

Bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid

Trine-Lise Offergaard

CC-BY-SA Høgskolen i Oslo og Akershus

HiOA Tema 2014 nr 4

ISSN 1893-0425

ISBN 978-82-93208-72-3

Opplag trykkes etter behov, aldri utsolgt

HiOA,
Læringscenter og bibliotek,
Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Adresse hjemmeside: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Nettbokhandel>

For elektronisk bestilling klikk Bestille bøker

Trykket hos Allkopi
Trykket på Multilaser 80 g hvit

Ny utgave, samme innhold.
Tidligere utgitt som publikasjon Forskningsserie 18/11
Høgskolen i Akershus (isbn 978-82-488-0039-2).

Trine-Lise Offergaard

Bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid

Forord

2

Et mangeårig arbeid med studenter med ulik helsefaglig bakgrunn, har vist meg at helse og bærekraft i utgangspunktet sjelden oppleves som naturlige partnere. Det kan se ut til at helsen oppleves som «å bo inni individet», mens jorda og jordas fremtid befinner seg «et annet sted». I den grad bærekraftig utvikling oppleves som et anliggende, relateres denne vanligvis til den politiske sfære, til noe som gjelder «de fattige landene» eller evt. også til forbruk eller atferd i eget privatliv. Til tross for hederlige unntak, kan det se ut til at menneskers helse og jordas helse sjelden ses i sammenheng. Heller ikke i helsefaglig litteratur er det vanlig å støte på begrepet bærekraftig utvikling, eller å møte en mer grunnleggende presentasjon av økologiske helsebetingelser.

Jeg har undret meg over hvorfor det er slik. Uten en jord som kan gi oss luft, vann, jord og mat; uten fungerende økosystemer og forutsigbart klima, finnes heller ingen menneskehet. Vi trenger jorda – den trenger ikke oss. Mitt arbeid med studenter har imidlertid også vist meg at de gjennomgående er raske til å ta inn over seg relevansen, når de først får satt seg inn i sammenhengene mellom helse og bærekraft.

Det er disse forholdene som har dannet bakgrunn for arbeidet med denne boken. Dels har jeg søkt å få klarhet i hva som kan være grunnen til at bærekraftig utvikling så sjelden behandles i ulike helsesammenhenger, og dels har jeg ønsket å bidra med innspill til en nærmere integrering av de to. Da egne studenter skal utdanne folk som jobber «på grasrota», og som ofte kan spille en sentral rolle i forebyggende helsearbeid, har det vært naturlig å sette spesiell fokus på folkehelsearbeidet. Boka kan derfor være relevant lesning for alle som på ulike måter er involvert i folkehelsearbeid, eller utdanner seg til dette. Den kan i tillegg være nyttig for personer som utdanner til slikt arbeid.

En stor takk går til de mange aktive og engasjerte studenter jeg har hatt ved Yrkesfaglærerutdanningen i helse- og sosialfag. De har inspirert og utfordret meg til en stadig dypere utforskning av sammenhengene mellom bærekraftig utvikling og helse. Uten deres lydhørhet og engasjement hadde denne boken aldri blitt påbegynt.

Kollega Pål B. Walstad har vært en veiviser inn i hermeneutikkens verden. Jeg er ham stor takk skyldig – for viktige innspill og kommentarer, og for

interesse for prosjektet. Guri Brit Nielsen har bidratt med innspill om folkehelsearbeid og drøftinger knyttet til den metodiske tilnærmingen – jeg er henne svært takknemlig for viktige avklaringer på enkelte kritiske punkter. En spesiell takk går til Hanna Kristiansen, tidligere dekan ved Avdeling for Yrkesfaglærerutdanning ved Høgskolen i Akershus. Før hun sluttet ved høgskolen bidro hun, ved engasjement og interesse for temaet, til at skriveprosjektet i det hele tatt ble noe av.

Å integrere bærekraftig utvikling og helse innebærer en syntesebygging, basert på en sammenføring av fagstoff og temaer fra en rekke ulike kunnskapsområder og -tradisjoner. For meg har noen av disse områdene vært relativt nye. Dette har gjort at muligheten for misforståelser og faglige kortslutninger kan være stor. Tematikken favner vidt, og det har vært nødvendig å gjøre et utvalg. Intensjonen er primært å gi en bred oversikt, fremfor å gå i dybden på enkeltområder. Til tross for dette, håper jeg at boken kan bidra til en større forståelse for viktigheten av å se jordas og menneskers helse i sammenheng, og dermed også bidra til at helsepersonell i økende grad kan verdsette og ta ansvar for vårt felles livsgrunnlag.

Trine-Lise Offergaard
Kjeller, 2010

Innhold

4

Introduksjon	6
1.0 Innledning	9
1.1 Bærekraftig utvikling i norsk politikk	9
1.2 Norsk folkehelsepolitikk	10
1.3 Bærekraftig utvikling og helse – et kunnskapsbehov?	12
2.0 Bærekraftig utvikling – begrepets innhold og opprinnelse	14
Del 1. Bærekraftig utvikling – plass og rolle i folkehelsepolitikken	18
3.0 Metodisk tilnærming	19
3.1 Hermeneutikk	19
3.2 Mistankens hermeneutikk	21
3.3 Analyseverktøy	23
3.4 Fellesområder mellom bærekraftig utvikling og helse	24
3.5 Nøkkelperspektiver	29
4.0 Internasjonal oppfølging av bærekraftig utvikling og helse	32
4.1 Global oppfølging	33
4.1.1 WHO (1992): Our planet - our health	33
4.1.2 Agenda 21	37
4.1.3 WHO (1994): Healthy and productive lives in harmony with nature	41
4.1.4 Sammenfatning – global oppfølging	43
4.2 Europeisk oppfølging	44
4.2.1 Europeisk charter om miljø og helse	44
4.2.2 Helsinki-deklarasjonen	45
4.3 Hovedlinjer i internasjonal oppfølging	47
5.0 Nasjonal oppfølging av bærekraftig utvikling og helse	50
5.1 Handlingsplan for miljø og helse	50
5.2 Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling	53
5.3 Hovedlinjer i nasjonal oppfølging	56

6.0 Bærekraftig utvikling i norsk folkehelsepolitikk	59
6.1 St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken	59
6.2 St.meld. nr. 16 (2002–2003) i relasjon til tidligere dokumenter	64
6.3 St.meld. nr. 16 (2002–2003) og integrering av bærekraftig utvikling	69
7.0 Forståelsen av forholdet mellom bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid	71
7.1 Forståelsen av bærekraftig utvikling	72
7.2 Forståelsen av folkehelsearbeid	72
7.2.1 Reaksjoner på St.meld. nr 16 (2002–2003)	73
7.2.2 Folkehelsearbeid og helseforståelse	75
7.2.3 En biomedisinsk helseforståelse?	77
7.3 En helseforståelse som utelukker integrering av bærekraftig utvikling?	83
Del 2. Et folkehelsearbeid som fremmer bærekraftig utvikling	85
8.0 Folkehelsearbeidets grunnlag	86
8.1 Bærekraftig utvikling – et overordnet folkehelseperspektiv?	86
8.2 Biomedisin og økokrise – to sider av samme sak?	93
8.3 En annen helseforståelse?	96
9.0 Folkehelsearbeidets innhold	101
9.1 Kunnskaps- og forskningsbehov	102
9.2 Politisk påvirkning – føre var	106
9.3 Livsstil og forbruk	108
9.3.1 Kosthold	109
9.3.2 Inaktivitet	112
9.3.3 Forbruk, verdier og verdensbilde	114
9.4 Helseopplysning og -kommunikasjon	116
10.0 Utdanning for endring	120
Epilog	127
Litteratur	129

Introduksjon

6

Med offentliggjøringen av Vår felles framtid, rapporten fra Verdenskommisjonen for miljø og utvikling (Verdenskommisjonen for miljø og utvikling [VMU], 1987)¹, ble begrepet *Bærekraftig utvikling* for alvor satt på den globale politiske dagsorden. Siden den tid har målsetningen om bærekraftig utvikling vært en gjenganger i overordnede politiske dokumenter, både nasjonalt og internasjonalt. Særlig under Rio-konferansen² i 1992, ble målsetningen nærmere utdypet og konkretisert. I Norges nasjonalrapport til FN-konferansen om miljø og utvikling fastslås det at «Den overordnede politiske målsetningen er å oppnå en bærekraftig utvikling nasjonalt og globalt» (Miljøverndepartementet [MD], 1992, s. 8).

En ting er imidlertid overordnede formuleringer og intensjoner. En annen er hvordan disse følges opp og nedfelles i planlegging og konkret handling. At en målsetning er overordnet, innebærer at den kan forventes å være synliggjort og integrert innenfor underliggende og mer avgrensede områder. I denne boken er det forholdet mellom bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid som vil stå i fokus. Spørsmålet er hvordan den overordnede målsetningen om bærekraftig utvikling har blitt behandlet og integrert i helsefeltet, nasjonalt og internasjonalt; og hvordan målsetningen *kan* integreres.

At en ikke bærekraftig utvikling har negative helsekonsekvenser i fattige land ble synliggjort allerede i Vår felles framtid. Siden den tid har utviklingen, blant annet når det gjelder global oppvarming, medført stadig mer alvorlige helsetrusler for et økende antall av jordas fattige (Schirnding, 2002). Men hva med et rikt land som Norge? Har målsetningen om bærekraftig utvikling i det hele tatt noen relevans for folkehelsearbeid i Norge, og har den fått noen konsekvenser for utformingen av norsk folkehelsepolitikk? Og omvendt, kan planer og prioriteringer innenfor norsk helsesektor ha noen betydning i forhold til om den globale utviklingen skal gå i bærekraftig retning?

I denne boken settes fokus på forholdet mellom den overordnede målset-

¹ Også kalt Brundtlandrapporten. Videre i boken angis bare dokumentnavnet Vår felles framtid uten nærmere referanse.

² Rio-konferansen: FN-konferansen om miljø og utvikling i Rio i 1992 (UNCED)

ningen om bærekraftig utvikling, og norsk folkehelsepolitikk og folkehelsearbeid. Det er imidlertid nærliggende å tro at det som har vært gjort / gjøres i Norge, henger sammen med den internasjonale oppfølgingen av bærekraftig utvikling i forhold til helsefeltet. Hovedtrekk i denne internasjonale oppfølgingen blir derfor nærmere belyst.

Første del av boken er en dokumentanalyse, der det ses nærmere på hvordan forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse behandles og forstås i internasjonale og nasjonale oppfølgingsdokumenter etter publiseringen av Vår felles framtid. Denne analysen danner så bakgrunn for en nærmere studie av hvordan bærekraftig utvikling behandles og forstås i «Folkehelsemeldingen» Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken (St.meld. nr. 16 (2002–2003), 2003)³.

Andre del av boken søker å gi et bidrag til en utvidet forståelse av folkehelsearbeid, sett i lys av den overordnede målsetningen om bærekraftig utvikling. Søkelyset settes både på folkehelsearbeidets grunnleggende forutsetninger i form av hvilken helseforståelse det bygger på, og på mer konkrete aspekter i forhold til innhold og prioriteringer.

Samlet tar boken for seg et bredt spekter av forhold relatert til folkehelsearbeid. Den kan derfor være aktuell for studenter og lærere innen ulike helsefaglige utdanninger, men også for andre med ulike roller i forhold til folkehelsearbeid – fra politikkkutforming til grasrotarbeid.

Første del av boken dreier seg som nevnt om analyse og fortolkning av ulike dokumenter, de fleste av disse utformet innen en helsefaglig kontekst. Enhver fortolkning vil ha et subjektivt element, og vil være preget av fortolkerens bakgrunn. Forfatteren har selv ingen utdanningsbakgrunn innen helsefag, men er utdannet biolog (cand. real.) og faglærer i kroppsøving, med friluftsliv som fordypningsområde. I kombinasjon med et sterkt miljøengasjement, har denne utdanningen gitt grunnlag for en stor interesse og stadig faglig fordypning i humanøkologisk retning. Gjennom nærmere 20 års arbeid med undervisning rettet mot helse- og sosialfaglige lærerutdanninger⁴, er det særlig skjæringsfeltet mellom humanøkologi og helse som har blitt viet oppmerksomhet. I forhold til arbeidet med denne boken, kan fraværet av en helsefaglig utdanning utgjøre både en fordel og en ulempe. Manglende «innsidekunnskap» kan ha gjort at spesifikt helsefaglig stoff har blitt misforstått eller feiltolket. Motsatt kan det imidlertid også ha bidratt til at helsefaglige problemstillinger kan ha blitt sett med nye øyne.

³ Videre i boken angis bare dokumentnavnet St.meld. nr. 16 (2002-2003) uten nærmere referanse.

⁴ Frem til høsten 2000: Faglærerutdanning i helse- og sosialfag, deretter Yrkesfaglærerutdanning i helse- og sosialfag

I møte med ulike dokumenter kan et sterkt personlig engasjement være både en fordel og en ulempe. Engasjement kan gjøre en blind for det en ikke ønsker å se, og medføre en tendens til å tolke det en leser som en be-
kreftelse på eget ståsted og forutfattede meninger. Motsatt kan imidlertid også engasjementet føre til en vilje til å forstå, og til å få ny kunnskap og nye sammenhenger frem i lyset. Et selvkritisk blikk på egen fortolknings-
virksomhet, vil forhåpentligvis kunne bidra til at arbeidets troverdighet ikke blir svekket på grunn av et personlig engasjement i saken.

1.0 Innledning

Verdens helseorganisasjon (World Health Organization) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende», og ikke bare som fravær av sykdom eller svakhet (Mæland, 2005, s. 25). Helse dreier seg dermed om tilfredsstillende av et bredt spekter av menneskelige behov. Også i definisjonen av bærekraftig utvikling står menneskelige behov sentralt. Vår felles framtid (s. 42) definerer bærekraftig utvikling som «en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov». Noe omskrevet kan en si at bærekraftig utvikling er en utvikling som ivaretar alle menneskers helse, både i dag og i fremtiden. På denne bakgrunn virker det rimelig å anta at målsetningen om bærekraftig utvikling vil være integrert og utdypet i helsepolitiske målsetninger og føringer, både nasjonalt og internasjonalt. World Health Organization [WHO] har da også spilt en sentral rolle, både når det gjelder utvikling av et kunnskapsgrunnlag knyttet til forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse generelt (WHO, 1992), og i forhold til strategier for videre arbeid med integrering av bærekraftperspektiver i forhold til helsepolitiske målsetninger (WHO, 1994).

Bærekraftig utvikling i norsk politikk

Når det gjelder norske forhold, er det som nevnt en overordnet politisk målsetning å oppnå en bærekraftig utvikling. Selv om selve begrepet bærekraftig utvikling ikke er anvendt, synes intensjonen i begrepet også å ligge nedfelt i selve grunnloven. I § 110b slås det fast at:

Enhver har Ret til et Milieu som sikrer Sundhed og til en Natur hvis Productionsævne og Mangfold bevares. Naturens Ressourcer skulde disponeres ud fra en langsiktig og alsidig Betragtning, der ivaretager denne Ret ogsaa for Efterslægten (Grunnloven, 1814).

Både et miljø som sikrer helse, og det langsiktige perspektivet er sentrale elementer ved bærekraftig utvikling. Grunnlovsteksten skulle dermed gi et solid fundament å bygge videre på når det gjelder å utforme en nasjonal politikk for bærekraftig utvikling, og en helsepolitikk som ivaretar og integrerer målsetningen om bærekraftig utvikling.

Den første norske nasjonale strategien for bærekraftig utvikling ble utgitt i 2002, forut for FN's verdenstoppmøte om bærekraftig utvikling i

Johannesburg (Utenriksdepartementet [UD], 2002). Strategiens «fremste formål er å sikre at alle de enkelte planene, vedtakene og tiltakene i størst mulig grad trekker samfunnet i retning bærekraftig utvikling» (s. 6). Det understrekes videre at strategien ikke bare er ment å omfatte statens virksomhet. Den «skal vise retningen for *alle* aktører i det norske samfunnet» (s. 6). Strategien karakteriseres som et første forsøk, og daværende statsminister Bondevik poengterer i forordet at strategien «skal være begynnelsen på en langsiktig samarbeidsprosess for å skape og realisere en felles visjon om et bærekraftig samfunn» (s. 3). På bakgrunn av dette virker det naturlig å forvente at målsetningen om bærekraftig utvikling også nedfelles i folkehelsearbeidet og folkehelsepolitikken.

1.2 Norsk folkehelsepolitikk

Folkehelsearbeid omfatter et samfunns samlede innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen (Mæland, 2005). I hele etterkrigstiden har det norske forbruket av helsetjenester vist en stigende tendens, noe som gjør seg gjeldende i alle industrialiserte land. I dagens Norge er helsesektoren en stor og ressurskrevende samfunnssektor, både når det gjelder økonomiske, materielle og menneskelige ressurser. Det ser også ut til at etterspørselen etter helsetjenester øker raskere enn hva det offentlige helsevesenet kan møte (NOU 1997: 18, 1997). Fra 1990 til 2002 var det en realvekst på 50 prosent i utgiftene til helseformål, og helseutgiftene utgjorde i 2002 en større andel av både BNP og de samlede offentlige utgifter enn tidligere (Barstad & Hellevik, 2004). I en slik situasjon synes en satsning på det forebyggende helsearbeidet å være en viktig samfunnsmessig prioritering. På lengre sikt vil dette kunne bidra til å lette det økende og kostnadskrevende presset på de kurative tjenestene. Det «å forebygge mer for å reparere mindre» er da også et vesentlig poeng i St.meld. nr.16 (2002–2003).

Denne meldingen ble utgitt i stortingsperioden etter utgivelsen av Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling (UD, 2002), og 10 år etter den forrige folkehelsemeldingen.⁵ I St.meld. nr. 16 (2002–2003) legges de overordnede politiske føringer for norsk folkehelsearbeid, og det presenteres strategier for folkehelsearbeidet for den kommende tiårsperioden. Intensjon er å utforme en mer systematisk og helhetlig politikk enn den som til da har vært rådende. En av begrunnelsene for utgivelsen er at «nye utviklingstrekk i samfunnet gir nye helseutfordringer» (s. 6). I innledningskapitlet slås det fast at meldingen «forholder seg til den store helsepolitikken» – til de mange påvirkningsfaktorene som bidrar til å

⁵ St.meld. nr. 37 (1992-1993). (1992) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.

skape helseproblemer, og faktorer som bidrar til å beskytte mot sykdom» (s. 7). Det poengteres at befolkningens helse ikke bare kan ses i relasjon til individuelle eller lokale forhold, men at den også er «et resultat av utviklingstrekk og politiske valg utenfor enkeltindividenes rekkevidde» (s. 7). Målet for folkehelsepolitikken formuleres som:

- et sunnere Norge gjennom en politikk som bidrar til:*
- *flere leveår med god helse i befolkningen som helhet*
 - *redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn* (s. 6).

Innledningsvis gir meldingen en situasjonsbeskrivelse av befolkningens helsetilstand og viktige utviklingstrekk når det gjelder denne. I tillegg gis en beskrivelse av viktige samfunnsmessige utviklingstrekk som har betydning for fremtidig folkehelsearbeid. De påfølgende kapitler presenterer og utdyper deretter meldingens fire hovedstrategier for folkehelsearbeidet:

1. *Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse*
2. *Bygge allianser for folkehelse*
3. *Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre*
4. *Utvikle ny kunnskap*

Mellom publiseringen av Vår felles framtid og St.meld. nr. 16 (2002–2003) ligger 25 år. Leser man meldingen, ser en imidlertid at begrepene bærekraftig utvikling eller bærekraft knapt nok er nevnt. I innledningskapitlet, som presenterer meldingens bakgrunn og angir dels hovedinnhold, finnes ingen relatering til bærekraftig utvikling som en overordnet målsetning. Lenger ute i meldingen nevnes begrepet tre steder⁶: i kapittel 7 *Miljøet rundt oss*, og ellers innenfor avgrensede områder som ernæring (avsnitt 4.2) og miljørettet helsevern (avsnitt 8.5). Noen nærmere utdyping eller konkretisering av forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse forekommer imidlertid ikke. Det kan se ut til meldingens forfattere ikke ser bærekraftig utvikling som noe som har vesentlig relevans for norsk folkehelsearbeid eller folkehelsepolitikk. På bakgrunn av den erklærte norske målsetningen om å oppnå en bærekraftig utvikling, virker dette overraskende. Det er også overraskende, på bakgrunn av den tidligere nevnte oppfølgingen av Vår felles framtid's intensjoner som har foregått i WHO-regi.

⁶ Egentlig fire steder, men det ene stedet (boks 1.1, s. 6) brukes begrepet bærekraft på en måte som tydelig ikke refererer til det meningsinnholdet som ligger i bærekraftig utvikling.

1.3 Bærekraftig utvikling og helse – et kunnskapsbehov?

En undersøkelse blant et representativt utvalg av norske leger, viser at fire av fem anser den globale miljøsituasjonen som en stor trussel mot menneskers helse. Tre av fem mener dessuten at leger har et spesielt ansvar for å bidra til en bærekraftig utvikling, og være et eksempel i forhold til en bærekraftig livsstil (Røttingen, Feruglio, Aasland & Fugelli, 2002). I medisinsk og helserettet faglitteratur er det imidlertid lite å finne om forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse. Et unntak utgjør Økologisk helselære (Solli, Mysterud, Steen & Fugelli, 2001), som er rettet mot studenter innenfor et bredt spekter av helsefagutdanninger. Ellers forekommer spredte tidsskriftartikler som berører temaet, ofte på relativt generelt grunnlag – se for eksempel Solli (1990) og Fugelli (1993). Det finnes dessuten en forskningsbasert kunnskapsbase om miljø og helse, som tar for seg sammenhenger mellom et bredt spekter av negative miljøfaktorer og helse (Melsom, 2009).

I ovennevnte undersøkelse blant norske leger, oppgir imidlertid et stort flertall at den viktigste informasjonskilden om sammenhenger mellom miljø / utvikling og helse er massemedia. Mye kan derfor tyde på at det eksisterer et kunnskapsbehov, både blant leger og annet helsepersonell, samt helsepolitikere i forhold til disse sammenhengene. I denne boken vil derfor flere forhold knyttet til forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse bli behandlet.

De spørsmålene som søkes belyst er:

1. Hvordan forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse behandles i den internasjonale oppfølgingen av Vår felles framtid.
Sentrale momenter vil være:
 - Hvilke aspekter ved bærekraftig utvikling som vektlegges
 - Hvilke føringer som legges
 - Om det kan spores noen historisk utvikling
2. Hvordan forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse behandles i den nasjonale oppfølgingen av Vår felles framtid.
Sentrale momenter vil være:
 - Hvilke aspekter ved bærekraftig utvikling som vektlegges
 - Hvordan den internasjonale behandlingen følges opp
3. Hvordan forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse behandles i norsk folkehelsepolitikk – representert ved St.meld. nr. 16 (2002–2003)
Sentrale momenter vil være:
 - Hvordan bærekraftig utvikling integreres
 - Hvilke aspekter ved bærekraftig utvikling som vektlegges

- Hvordan den internasjonale og den nasjonale behandlingen følges opp

En ting er hvordan forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse behandles i St.meld. nr. 16 (2002–2003); like interessant er imidlertid hvilken forståelse av dette forholdet som meldingens behandling er et uttrykk for. Gjennom en dypere tilnærming til innholdet i St.meld. nr. 16 (2002–2003) vil derfor følgende spørsmål bli belyst:

4. Hvordan forstår St.meld. nr. 16 (2002–2003) forholdet mellom bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid?

En nærmere utdyping og behandling av disse spørsmålene utgjør bokens del 1. I kapittel 2 gis først en nærmere presentasjon av begrepet *bærekraftig utvikling*. Dette begrepet står sentralt i arbeidet, og en nærmere utdyping av dets innhold og opprinnelse vil være nødvendig før begrepet relateres videre til helsetematikk. Deretter blir den metodiske tilnærming til fortolkning av de ulike dokumentene presentert. De påfølgende kapitlene tar deretter for seg de ovenfor angitte spørsmålene. På bakgrunn av innholdet i del 1, søkes det så i del 2 å gi noen bidrag til en (mer) integrert forståelse av forholdet mellom bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid.

2.0 Bærekraftig utvikling – begrepets innhold og opprinnelse

Det er særlig de innledende kapitlene i Vår felles framtid som behandler de generelle og overordnede aspekter ved bærekraftig utvikling. I det følgende presenteres derfor en oversikt over grunntankene i disse kapitlene. Bærekraftig utvikling defineres i Vår felles framtid (s. 42) som «en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov». Intensjonen i rapporten er å forene to temaer som inntil da hadde vært atskilt: miljø (jordas miljøutfordringer) og utvikling (tilfredsstillelse av menneskelige behov og forventninger, nå og i fremtiden). Én grunntanke er at menneskehetens samlede belastning på jordas ressurser og økosystemer er av et slikt omfang at den kan true jordas framtid – manglende økologisk bærekraft; en annen er at godene er ulikt fordelt, slik at noen har mulighet til å få sine grunnleggende behov dekket, men andre ikke – manglende sosial bærekraft. I følge Vår felles framtid henger disse to forholdene imidlertid nært sammen, da:

... dette er en verden hvor industrilandene allerede har forbrukt mye av klodens økologiske kapital. Denne urettferdige fordelingen er Jordens viktigst «miljø»-problem. Den er også dens viktigste «utviklings»-problem (s. 16).

Derfor må arbeidet med miljøspørsmål og arbeidet med økonomisk vekst og utvikling ses i sammenheng. Det hevdes at en strategi for bærekraftig utvikling vil fremme både harmoni mellom mennesker og mellom mennesker og natur. Vår felles framtid ser utvikling som noe mer enn økonomisk vekst i utviklingsland. I stedet vektlegges behovet for en varig nyorientering, en helt ny utviklingsvei:

En vei som ikke bare sikrer menneskelig framgang noen få steder i noen få år, men som legger grunnlaget for en utvikling i pakt med naturgrunnlaget for hele Jordens befolkning inn i en fjern framtid. Dermed blir «bærekraftig utvikling» et mål, ikke bare for utviklingslandene, men også for den industrialiserte del av verden (s. 15).

Manglende økologisk bærekraft blir en begrensende faktor i forhold til å nå dette målet. For å dekke menneskelige behov både nå og i fremtiden er økologisk bærekraft nødvendig, men ikke tilstrekkelig:

Minstekravet for bærekraftig utvikling er at de naturlige systemene som opprettholder livet på Jorden, atmosfæren, vannet, jordsmonnet og alt som lever, ikke settes i fare (s. 43).

Det poengteres at endringer i teknologi og ressursbruk må skje lenge før grensene for jordas bæreevne er nådd. Det langsiktige perspektivet som ligger innebygd i bærekraftbegrepet gir så å si fremtiden tilbakevirkende kraft. Å ivareta fremtiden stiller krav i nåtiden.

Et sentralt anliggende i Vår felles framtid er den tette sammenvevingen av sosiale, økonomiske og økologiske forhold. Kriser eller problemer er ikke avgrenset til enkelte land, områder eller sektorer, men har forgreninger og ringvirkninger både i rom og tid. En rekke ulike forhold danner et sammenhengende nett av årsaker og virkninger. Samlet skaper disse dagens ikke-bærekraftige situasjon. Det påpekes dessuten at politisk ansvar og beslutningsprosesser ofte er preget av institusjonell og sektormessig fragmentering. Sentrale myndighetsorganer har gjerne snevre mandater som ikke favner kompleksiteten i de problemene som mennesker står overfor, verken nasjonalt eller globalt. Vår felles framtid vektlegger derfor behovet for en helhetlig tilnærming, og for politiske prosesser og institusjoner som kan se alt i sammenheng. Bare en ny og samlet global tilnærming kan gi håp om å løse de problemene menneskeheten står overfor.

Bærekraftig utvikling fremtrer i Vår felles framtid som et normativt begrep – målet er å realisere visse verdier, både overlevelse og rettferdig fordeling.

Bærekraftig utvikling forutsetter at alle får dekket de grunnleggende behovene, og at alle får anledning til å tilfredsstille sine forventninger om et bedre liv (s. 42).

Med «alle» forstås at hensyn til sosial rettferdighet skal gjelde, både mellom generasjoner, og innen hver generasjon. I første omgang er den største utviklingsutfordringen å dekke behovene og ønskene til jordas fattige. Å dekke grunnleggende behov dreier seg imidlertid ikke bare om å sikre et visst minimum i forhold til fysisk overlevelse.

Bærekraftig utvikling forutsetter et syn på menneskelige ønsker og behov som omfatter ikke-økonomiske variabler som utdanning og helse, ren luft, rent vann og vern av naturens skjønnhet (s. 49).

Rapporten problematiserer dessuten forhold knyttet til behov, og henviser til at våre følte behov er sosialt og kulturelt bestemt. Forbruksstandarder kan ikke baseres utelukkende på slike sosialt og kulturelt betingede behov, men må ta hensyn til hva som er bærekraftig på lang sikt. Det betyr at de

både må ligge innenfor det økologisk mulige, og være mulige å oppnå for alle. I rapporten påpekes at en direkte overføring av forbruksmønstre fra industrialiserte land til utviklingsland verken er mulig eller ønskelig. Dette medfører spesielle utfordringer for jordas rike.

En bærekraftig global utvikling krever at de som lever i overflod, tilpasser seg en livsstil i samsvar med Jordens økologiske forutsetninger (...) (s. 18).

16

Å dekke alle menneskers behov på en bærekraftig måte forutsetter dyptgripende politiske endringer, men det krever også en holdningsendring blant Jordas rike. Vår felles framtid er dermed også normativ i forhold til å plassere ansvar. Generelt vektlegges at en bærekraftig utvikling krever et endret verdisyn som kan styrke både den enkeltes og fellesskapets ansvar for miljøet:

En bærekraftig utvikling krever endringer i verdisynet på og holdningene til miljø og utvikling – ja, faktisk til samfunnet og til arbeid i hjemmet, på gården og i fabrikken (s. 89).

Videre vektlegges viktigheten av

å utforme nye verdsett som kan styrke den enkeltes og fellesskapets ansvar for miljøet, og som kan anspore til et harmonisk forhold mellom mennesker og miljøet (s. 89).

Det fremholdes at temaene som tas opp i Vår felles framtid ikke bare er av vidtrekkende betydning for menneskers livskvalitet – de er av vidtrekkende betydning for livet selv. Om mennesket skal lykkes i å ivareta dette, kan i følge rapporten avhenge av «om vi lykkes i å opphøye bærekraftig utvikling til en global etikk» (s. 222).

En presentasjon av innholdet i et omfattende dokument som Vår felles framtid, må nødvendigvis baseres på et utvalg. Hva som velges ut, vil være avhengig av den konteksten som utvalget skal settes inn i, men vil også gjenspeile det faglige og ideologiske ståstedet til den som gjør uvalget. Den presentasjonen som her er gjort vil derfor ikke være nøytral, men til en viss grad være et uttrykk for utvelgerens faglige og holdningsmessige ståsted.

Det som ytterligere kompliserer det å gjøre et utvalg, er at begrepet bærekraftig utvikling er både mangetydig, kritisert og omdiskutert. Innholdet i begrepet er ikke gitt en gang for alle. Forskjellige aktører bruker begrepet på forskjellige måter, ofte tilpasset en egen agenda. Begrepet har dessuten vist seg å være vanskelig å omsette i konkret politisk handling. Det har imidlertid blitt, og kommer etter all sannsynlighet til å fortsette å være, en

del av den offentlige og politiske dagsorden. Nye utviklingstrekk kan føre til ny debatt og endret vektlegging og forståelse av begrepets ulike elementer. Hvorvidt begrepet skal fortsette å være fruktbart, avhenger av fortsatte drøftinger om begrepets innhold og målene for fremtiden (Lafferty & Langhelle, 1995). En nærmere undersøkelse av forskjellige aspekter ved forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse, kan si noe om den historiske utvikling av bruken av begrepet, og kanskje også gi noen innspill til videre utvikling og forståelse.

Del 1.

Bærekraftig utvikling – plass og rolle i folkehelsepolitikken

18

*Hvis jorden blir pasient,
blir vi alle pasienter.*

Per Fugelli (2008)

3.0 Metodisk tilnærming

Temaet for første del av dette arbeidet er forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse slik dette kommer til uttrykk i ulike dokumenter. De dokumentene som blir behandlet er dels grunnlagsdokumenter som har bidratt til å sette bærekraftig utvikling og helse på den internasjonale dagsorden, og dels ulike planer og strategier som bygger på disse, og som har gitt føringer for norsk folkehelsepolitikk. De utgjør en historisk-politisk kontekst for St.meld. nr.16 (2002–2003). De ulike bakgrunnsdokumentene blir nærmere presentert innledningsvis i kapittel 4 (internasjonale dokumenter) og 5 (nasjonale dokumenter).

Ett utgangspunkt for arbeidet videre vil være det som dokumentene direkte uttrykker om ulike aspekter ved forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse. Generelt, men særlig i forhold til det fjerde forskningsspørsmålet⁷, er det imidlertid like viktig hva teksten indirekte gir uttrykk for når det gjelder relasjonen mellom bærekraftig utvikling og helse. Det siktes her til tekstens eventuelle underliggende mening – en implisitt, men u-uttrykt forståelse av relasjonen mellom bærekraftig utvikling og helse. Her kan det som teksten *ikke* uttrykker, være like viktig og interessant som det som direkte uttrykkes.

3.1 Hermeneutikk

Å forstå hva en gitt tekst uttrykker om et saksområde krever tolkning. Den vitenskapen som beskjeftiger seg med tolkning av tekster er hermeneutikken. Opprinnelig ble begrepet hermeneutikk brukt om tolkning av bibelske tekster (Gulddal & Møller, 1999). Fra begynnelsen av 1800-tallet ble imidlertid perspektivet utvidet til å gjelde tolkning av språklige fenomener i vid forstand.

Schleiermacher (1768–1834) regnes som den moderne hermeneutikkens far. Han hevdet at det er umulig å møte tekster eller andre meningsbærende størrelser forutsetningsløst. Vår forståelse av en tekst vil alltid ta utgangspunkt i noen forutsetninger – en forståelseshorison. Denne omfatter et sett av holdninger og oppfatninger som vi selv ikke har noen klar

⁷ Forståelsen av forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse i St.meld. nr. 16 (2002-2003)

bevissthet om, og som vil farge vårt møte med det som skal fortolkes. I tillegg har vi en forforståelse (eller forutforståelse) som er mer direkte rettet mot den aktuelle teksten som er gjenstand for tolkning. Disse forholdene kan lede til at vi misforstår den aktuelle teksten (Gulddal & Møller, 1999). En hermeneutisk tilnærming kan imidlertid gjøre det mulig å etablere fremgangsmåter som er egnet til å få frem meningsinnholdet i tekster, til tross for disse begrensningene.

Sentralt i en hermeneutisk tilnærming er forholdet mellom del og helhet. Utforskningen av en tekst skjer i en stadig pendelbevegelse mellom de enkelte deler av teksten, og teksten som helhet. Fortolkningen skjer i en «hermeneutisk sirkel» der de enkelte delene forstås ut fra den helheten de inngår i, mens helheten igjen må forstås ut fra delene (Gulddal & Møller, 1999). Med i denne sirkelen spiller også fortolkerens evne til å leve seg inn i teksten og i forfatterens intensjon med denne. Dette innebærer også å leve seg inn i den historiske og / eller samfunnsmessige kontekst som teksten er blitt til innenfor. Med en slik stadig bevegelse frem og tilbake, kan del og helhet gjensidig kaste lys over og å være et korrektiv til hverandre, og gjøre at fortolkeren får en stadig bedre forståelse av teksten (Jakobsen, 1996). Det er dermed vel så mye snakk om en forståelsens spiralbevegelse, som en sirkelbevegelse. En spiral beveger seg inn på stadig nye felter, slik forståelsen stadig beveger seg videre og forståelses-horisonten endres (Krogh, 1996).

I et historisk perspektiv er det kort tid siden utgivelsen av Vår felles framtid og St.meld. nr. 16 (2002–2003). I dette tidsrommet har det skjedd hurtige, men neppe så gjennomgripende endringer at disse tekstene skulle være vanskeligere tilgjengelige enn nåtidstekster. De siste årene har det imidlertid skjedd en klar forverring av den globale miljøsituasjonen, og en ser en gryende global miljøoppvåkning – særlig knyttet til global oppvarming. Dette utgjør en del av forforståelsen for en som leser tekstene i dag. I møte med disse er det derfor en utfordring ikke å forvente noe annet av dokumentene enn det som var rimelig, ut fra den historisk / politiske situasjon som eksisterte da tekstene ble utformet.

Metodehermeneutikken, som Schleiermacher ga opphav til, søker å fremskaffe en mest mulig objektiv kunnskap om hva som var forfatterens intensjon med den aktuelle teksten – den intenderte mening (Gulddal & Møller, 1999). Ved å undersøke hva som skrives om forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse i de ulike dokumentene, og relatere dette til helheten i teksten, kan en få et inntrykk av hvordan relasjonen mellom bærekraftig utvikling og helse forstås. I en gjentatt pendling mellom del og helhet, kan den intenderte mening komme klarere frem.

Særlig når det gjelder St.meld. nr. 16 (2002–2003), er imidlertid målet for dette arbeidet også å søke noe mer enn hva teksten direkte er ment å ut-

trykke, nemlig en eventuell u-uttrykt, men implisitt forståelse av relasjonen mellom bærekraftig utvikling og helse. I forhold til dette kan Ricoeur's «mistankens hermeneutikk» representere en nyttig innfallsvinkel. Her er det nettopp jakten på «den skjulte mening» som står i sentrum (Knutson, 2002).

3.2 Mistankens hermeneutikk

En tekst er i følge Ricoeur (1999) enhver diskurs som er festet i skrift. I utgangspunktet er en diskurs en «språkbegivenhet» som kan være enten muntlig eller skriftlig (Ricoeur, 2002b). Karakteristisk for en diskurs er blant annet at den har et subjekt som henvender seg til en mottaker, og som søker å uttrykke noe om verden. Når en diskurs nedfelles som tekst, oppstår imidlertid en rekke problemer i forhold til fortolkning. Det vi har tilgang til er selve teksten, men ikke hva den aktuelle forfatteren faktisk har tenkt og ment. Ved nedskrivningen oppstår det en splittelse mellom tekstens verbale mening og forfatterens mentale intensjon. Teksten får en autonomi, og gir ingen direkte tilgang til hva forfatteren har ønsket å uttrykke (Ricoeur, 2002b). Den skrivende og den lesende har ikke noen felles situasjon – teksten har ingen referanse til en verden som kan erfares av begge parter, her og nå. Tekstens mottaker er dessuten ukjent og usynlig for forfatteren. Dermed vil det alltid eksistere en avstand og et spenningsforhold mellom tekst og leser.

Ricoeur (2002b) hevder dessuten at enhver tekst uttrykker mer enn det som var forfatterens intensjon. Den vil også gjenspeile en bestemt historisk-kulturell sammenheng, og får med dette et meningsoverskudd av implisitt, ikke-intendert mening. Teksten fremstår dermed også som kontekst – den er et uttrykk for en tilhørighet til verden, i tid og rom (Nerheim, 1995). For en leser som befinner seg i en helt annen sosiokulturell situasjon, kan dette skape problemer i forhold til fortolkning. Ulik referanseramme kan gjøre at en går glipp av både meningsinnhold og nyanser. Ord kan dessuten være flertydige, og deres betydning kan endres over tid. Selv om de i utgangspunktet bare har én betydning, har de også en brukshistorie. I tidens løp kan de vinne nye meningsdimensjoner uten å tape de gamle (Ricoeur, 1999). Jo større avstand i tid og / eller rom, jo større utfordring kan det medføre å komme frem til en riktig, eller rimelig fortolkning.

Fordi tekstens mening på ulike måter er atskilt fra forfatterens hensikt, blir det umulig å søke en riktig forståelse av teksten bare ved å vende tilbake til forfatterens hensikt. Ricoeur (2002 b) avviser dermed en ensidig metodehermeneutisk tilnærming, der målet er å søke forfatterens intenderte mening. Han hevder derimot at det finnes flere ulike og motstridende teorier innen det hermeneutiske feltet. Én hovedretning er

tradisjonshermeneutikken – med en lyttende tilnærming, der man søker å finne tilbake til den overleverte meningen i et gitt budskap. En annen er å nærme seg en tekst med tvil og mistanke (Thompson, 1981). Bakgrunnen for den siste tilnærmingen er erkjennelsen av at en tekst også kan ha en skjult mening. Hermeneutikerens oppgave blir da å lete etter denne skjulte meningen bak den uttrykte meningen. En slik tilnærming gis ofte betegnelsen «mistankens hermeneutikk».

Enhver uttalelse om virkeligheten vil uunngåelig være forankret i en form for ideologi, en tolkningskode som forfatteren lever, tenker og formulerer seg ut fra (Ricoeur, 1981). En tekst vil derfor være et uttrykk for en forfatteres ideologiske ståsted, uten at dette fremgår eksplisitt i selve teksten, og uten at det nødvendigvis er tydelig for forfatteren selv. Det gjør at teksten får en skjult mening, forankret i bevisstheten til den personen som er opphav til teksten. Ricoeur (1981) avviser at et preideologisk og fullstendig objektivt ståsted i det hele tatt er mulig. Enhver vil gå ut fra visse gitte forutsetninger om virkeligheten, og vil både uttrykke seg og fortolke ut fra disse forutsetningene. Leseren kan derfor ikke bare ta en tekst for det den gir seg ut for å være, men må lese den som om den uttrykker noe annet og mer enn det den tilsynelatende uttrykker. Teksten må møtes med «mistanke». Leseren må søke etter de underliggende forutsetninger og premisser som teksten bygger på, og søke å avsløre ulike ideologier eller særinteresser som kan ligge skjult i teksten.

Tolkning av en tekst vil derfor alltid skje i spenningsfeltet mellom den intenderte og den skjulte mening. Fortolkningen består i «å dechiffere den skjulte mening i den åpenbare, å folde ut de betydningsnivåer den bokstavelige betydning bærer i seg» (Ricoeur, 1999, s. 69). Ved fortolkning av tekster hevder Ricoeur (2002a) at det ikke er noen motsetning mellom en distansert og objektiv tilnærming til teksten, og en mer subjektiv tilnærming basert på engasjement og innlevelse. En kritisk distanse til teksten kan nettopp være en forutsetning for en vellykket fortolkning. Uten en viss distanse vil det heller ikke være mulig å møte en tekst med mistanke. Enhver leser vil imidlertid selv også ha en ideologisk forankring som igjen vil påvirke fortolkningen. Å lese en gitt tekst med mistanke vil også gi leseren en klarere forståelse av eget ideologiske ståsted, og kan bidra til økt selvforståelse (Ricoeur, 1981).

En tekst er et kumulativt hele. Den utgjør mer enn en enkel rekkefølge av setninger som er likeverdige og forståelige hver for seg. Meningen kan derfor ikke leses direkte ut av teksten, setning for setning. Teksten vil alltid være flertydig. Dette åpner for flere forskjellige lesemåter og meningskonstruksjoner (Ricoeur, 1999).

Selv om det finnes flere måter å konstruere en tekst på, er ikke alle tolkninger likeverdige. Teksten utgjør et begrenset felt av mulige konstruksjoner.

Ricoeur (2002b) hevder at vurderinger av hva som er vesentlig og uvesentlig, hvilke tekstutsagn man knytter til andre utsagn osv. vil være basert på gjetning. I en slik gjetning, finnes det ingen enkle og klare regler for hvordan man skal kunne gjette riktig. En gitt fortolkning av teksten kan derfor ikke verifiseres empirisk. Det er derimot mulig å argumentere for sannsynligheten av en gitt fortolkning i forhold til en annen. Ved en gjentatt pendling mellom gjetning og validering kan det være mulig å komme frem til en fortolkning som er mer sannsynlig enn andre fortolkninger. Å finne «den endelige sannhet» vil imidlertid være et uoppnåelig mål.

3.3 Analyseverktøy

Dokumentene som studeres i dette arbeidet er av forskjellige typer og omfang, og alle deler av disse kan ikke forventes å være like relevante i forhold til undersøkelsens tema. Det er følgelig nødvendig å utarbeide noen analyseredskaper eller kategorier for å kunne fange opp det som er relevant i dokumentene. Undersøkelsens gyldighet er avhengig av at disse kategoriene er egnet til å fange opp det som arbeidet tar sikte på å finne ut av. Da intensjonen er å avdekke både den intenderte og en eventuell skjult mening, må kategoriene dessuten kunne fange opp både en eksplisitt og en eventuell implisitt forståelse av forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse. Utfordringen er å etablere analyseredskaper som er brede nok til å favne komplekse sammenhenger, men smale nok til å fremskaffe et materiale som er presist og avgrenset nok til at det kan gis en meningsfull tolkning – uansett type og omfang av dokumentet.

Vår felles framtid utgjør startpunktet for inntreden av *bærekraftig utvikling* på den globale politiske arena. Det synes derfor naturlig å ta utgangspunkt i denne for å avgjøre hvilke aspekter ved bærekraftig utvikling som er særlig relevante i forhold til folkehelsematikk. I det følgende gis en oversikt over forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse, slik dette fremgår i Vår felles framtid. Fremstillingen relaterer også til dokumenter som har stått sentralt i WHO's planer og strategier for folkehelsearbeid, som Helse for alle innen år 2000 (HFA 2000), fra 1977 (Helsedirektoratet, 1987a) og Ottawa Charteret om helsefremmende arbeid fra 1986⁸ (Helsedirektoratet, 1987b), samt andre relevante folkehelsekilder. Ut fra dette avgrenses noen fellesområder mellom bærekraftig utvikling og helse. Disse fellesområdene favner vesentlige aspekter ved

⁸ Ottawa-konferansen var den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i 1986, og charteret derfra har vært et grunnlagsdokument for det senere internasjonale og nasjonale helsefremmende arbeidet. Charteret var blant annet en viktig inspirasjon for NOU 1998:18 Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Videre i boken brukes bare betegnelsen Ottawa Charteret uten nærmere referanse.

bærekraftig utvikling, som også anses å være sentrale i forhold til folkehelsematikk – både generelt, og spesielt i den tiden da St.meld. nr. 16 (2002–2003) ble utarbeidet. På bakgrunn av disse fellesområdene defineres deretter noen *nøkkelperspektiver*. Disse er ment å representere forhold som er særlig egnet til å fange opp og vise hvordan relasjonen mellom bærekraftig utvikling og helse behandles og forstås. Begrepet perspektiv stammer fra det latinske *perspicere*, som betyr å se gjennom (Guttu, 2005). De utvalgte nøkkelperspektivene vil utgjøre et sett med «briller» som de utvalgte dokumentene studeres gjennom.

Utvalget av nøkkelperspektiver vil til en viss grad være subjektivt og kan være preget av egen forforståelse. Faren er å velge ut perspektiver som nettopp kan bekrefte egne forutfattede meninger og holdinger. Ved at utvalget forklares og begrunnes, vil leseren imidlertid ha en mulighet til å prøve argumentasjonen, og enten akseptere eller forkaste det utvalget som er gjort.

3.4 Fellesområder mellom bærekraftig utvikling og helse

Vår felles framtid har et globalt perspektiv, og et sentralt anliggende i rapporten er hvordan man skal bedre de fattige landenes situasjon. I forhold til norsk folkehelsepolitikk er imidlertid indre anliggender i fattige land mindre relevant. Forhold knyttet til fattigdom og urettferdig fordeling blir derfor i det følgende mer sporadisk berørt. Dette gjelder også tematikk knyttet til økonomisk vekst og bærekraft.

I Vår felles framtid finnes ikke noe eget helsekapittel. Det fortelles at Gro Harlem Brundtland ble konfrontert med dette da rapporten ble lagt frem. Hennes svar var: «Every page of this book is about health»⁹. Bærekraftig utvikling dreier seg som nevnt, om at alle mennesker skal kunne få dekket sine grunnleggende behov. Uten at disse er dekket gir det heller ingen mening å snakke om helse. Rapporten fastslår dessuten at:

En god helsetilstand er grunnlaget for menneskelig velbefinnende og produktivitet. Omfattende helsetiltak er derfor helt nødvendig for en bærekraftig utvikling (s. 87).

Konteksten tilsier at uttalelsen primært gjelder for de fattige landene, men det virker ikke urimelig å anta at dette også kan ha relevans for rike land. Det kan derfor se ut til at Vår felles framtid ser bærekraftig utvikling som en forutsetning for helse, samtidig som helse anses som en forutsetning for bærekraftig utvikling.

⁹ Referert i forordet til Handlingsplan for miljø og helse. (Sosial og helsedepartementet og Miljøverndepartementet, 2000).

Målsetningen om bærekraftig utvikling som et overordnet og normativt utviklingsperspektiv er grunnleggende, og utgjør selve essensen i Vår felles framtid. Det overordnede målet for folkehelsearbeidet, ble av verdens helseforsamling i 1977 besluttet som:

Det viktigste sosiale mål for verdens regjeringer og for WHO i de 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 (Helse- direktoratet, 1987a, s. 7).

I Ottawa Charteret (s. 3) relateres helse videre til miljøet, og ansvaret i forhold til dette: «bevaring av de naturlige ressurser i verden bør understrekes som et globalt ansvar». Vår felles framtid's mål om å ivareta jordas ressurser, tilfredsstille menneskelige behov, og gi alle mennesker muligheten til å leve gode liv, ser derfor ut til å være et mål som en folkehelsepolitikk også vil søke å realisere. Et sentralt aspekt ved målsetningen om bærekraftig utvikling, er innsikten at realiseringen av visse verdier i fremtiden krever endringer i dag. Også helsefremmende arbeid er preget av langsiktig tenkning. Oppnåelse av en fremtidig ønsket helsetilstand medfører konsekvenser for hvilke individuelle og samfunnsmessige valg som kan eller bør gjøres i dag. Et slikt overordnet mål om å ivareta menneskelige behov i en overordnet, langsiktig og global miljøkontekst, ser derfor ut til å utgjøre et viktig fellesområde mellom bærekraftig utvikling og folkehelsepolitikk.

Den sammenvevde karakteren av årsaker og virkninger, og behovet for en helhetlig politisk og institusjonell tilnærming til jordas og menneskehetens utfordringer er sentral i Vår felles framtid. Selv om rapporten ikke formulerer noen klar helseforståelse eller helsedefinisjon, og heller ikke gir noen konkrete helsepolitiske råd, poengteres det at det er mange forbindelseslinjer mellom utvikling, miljøforhold og helsestell. Dette medfører:

at helsepolitikk ikke bare kan uttrykkes i form av helbredende eller forebyggende medisin, ikke en gang i form av sterkere vektlegging på offentlig helsetjeneste. Det er nødvendig med integrerte tiltak som gjenspeiler sentrale helsemålsettinger på områder som matproduksjon, vannforsyning og hygiene, industripolitikk som legger særlig vekt på sikkerhet og forurensningstiltak, og planlegging av bosettingsområder (s. 88).¹⁰

Å ivareta helse betyr, i en bærekraftkontekst, også å gå utenfor helsevesen

¹⁰ Konteksten sitatet står i refererer primært til fattige land, men det synes rimelig å anta at det er uttrykk for et generelt synspunkt på at helse angår langt mer enn helsepolitikk, offentlig helsestell og klart definerte helseinstitusjoner

og -institusjoner, og rette en innsats direkte mot det som er de dypere årsaker til at helsen er truet. For å bli ivaretatt må helsen også «flyttes» inn i og over i helt andre politiske områder. Dette er også i samsvar med HFA 2000, der en av de seks hovedretningslinjene er å forene innsats fra alle sektorer (Helsedirektoratet, 1987a). Tilsvarende slår Ottawa Charteret (s. 3) fast at forutsetningene og mulighetene for en god helse ikke kan sikres av helsesektoren alene:

Helsefremmende arbeid strekker seg lenger enn helseomsorg. Det plasserer «helse» på saklisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer, leder dem til bevissthet om konsekvensene av de avgjørelsene de tar og får dem til å akseptere det ansvar de har for helse.

Nødvendigheten av å overskride en snever sektortilnærning, og i stedet se mange forskjellige livs- og samfunnsområder i sammenheng, ser dermed ut til å være felles, både fra et bærekraft- og et helseståsted. Et helhetlig, langsiktig og globalt *overordnet perspektiv* favner vesentlige helseanliggender, og vil derfor stå sentralt i møte med de dokumentene som senere blir behandlet.

Et annet sentralt område er hvem som tillegges ansvar når det gjelder ivaretagelse av bærekraft og helse. Som sitert ovenfor tillegger Ottawa Charteret ansvaret for helse til alle de organer og instanser som tar avgjørelser som har konsekvenser for helse. Også Vår felles framtid (s. 224) er tydelige når det gjelder en bred plassering av ansvar:

Miljøvern og bærekraftig utvikling må bli en integrert del av mandatet til alle departementer, internasjonale organisasjoner og store private organisasjoner. De må bli gjort ansvarlige og regnskapspliktige for at deres politikk, programmer og budsjetter befordrer og støtter virksomheter som økonomisk og økologisk er bærekraftige både på kort og lang sikt.

I følge Vår felles framtid vil dette nødvendiggjøre institusjonelle endringer, der miljøproblemer og miljøpolitikk ses i en større sammenheng, hevet over en snever sektortilnærning. Rapporten er imidlertid også opp-tatt av enkeltmenneskers ansvar, og setter fokus på nødvendigheten av at hver enkelt handler til det felles beste: «Det som trengs mest, er at befolkningen har kunnskap og vilje til oppfølging, hvilket innebærer at befolkningen får delta i beslutningene som vil påvirke miljøet» (s. 55). Lovverk og institusjonelle endringer må suppleres med aktiv deltakelse og ansvar fra befolkningen. Som en parallell til dette finner en at en av hovedretningslinjene i HFA 2000 er vektlegging av brukermedvirkning og at «Et godt, informert, motivert og aktivt deltakende samfunn er et vesentlig element i alt arbeid fram mot HFA 2000» (Helsedirektoratet, 1987a, s. 8). En

bred ansvars plassering ser dermed ut til å være felles, både for arbeidet for bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid. Det vil derfor være naturlig å studere de nevnte dokumentene ut fra et *ansvarsperspektiv*.

Hensynet til bevaring av miljøet er helt grunnleggende i Vår felles framtid, og er en integrert del av selve bærekraftbegrepet. Miljø¹¹ utgjør selve livsgrunnlaget, og kan derfor ses som helt sentralt i forhold til helse, både i rike og fattige land. Også i det helsefremmende arbeidet inkluderes miljøet som en viktig faktor. I Ottawa Charteret (s. 3) fastslås for eksempel at:

De sterke bånd som eksisterer mellom folk og miljø danner grunnlaget for en sosio-økologisk tilnærming til helsespørsmålet. Det viktigste, ledende prinsipp både for verden, nasjonene, regionene og lokalsamfunnene, er behovet for å oppmuntre til gjensidig støtte – å ta vare på hverandre, våre samfunn og vårt naturlige miljø.

Miljø er imidlertid, som tidligere nevnt, et mangetydig begrep. Det er derfor nødvendig å se nærmere på hvilke miljøaspekter som vektlegges. I Vår felles framtid knyttes miljø til helse på to forskjellige måter. Den ene er gjennom bevaring av miljøet som selve *livsgrunnlaget* – jord, luft, vann og biologisk mangfold¹². Uten dette kan verken menneskelig liv eller helse opprettholdes på lang sikt. Rapporten viser hvordan helse- og ernæringsproblemer i en del fattige land allerede i 1987 kunne knyttes til overbelastning av og / eller ødeleggelse av jord- og vannressurser. Det uttrykkes dessuten bekymring, for eksempel for fortykning av ozonlaget og for muligheten for globale klimaendringer.

I flere avsnitt i Vår felles framtid nevnes imidlertid konkrete, miljørelaterte helseutfordringer mer direkte, i tilknytning til skadevirkninger fra menneskelige aktiviteter. For eksempel understrekes at utnyttning av de fleste energikilder vil medføre helseskade eller -utfordringer i en eller annen form. Særlig påpekes skadevirkningene ved forbrenning av fossilt brensel som gir store helseproblemer i form av luftforurensning i byer og tettbefolkede områder¹³. Intensivt jordbruk innebærer blant annet et høyt forbruk av plantevernmidler. Disse kan gi helseskade når de spres

¹¹ Miljø er et upresist begrep, og kan, avhengig av konteksten, omfatte mange forskjellige forhold og aspekter. I samsvar med den dominerende bruken i Vår felles framtid, er det i denne sammenheng særlig det som kan kalles «det ytre miljø» som behandles. I den grad andre miljøaspekter behandles, vil dette bli nærmere presisert.

¹² Biologisk mangfold omfatter jordas samlede tilgang på biologisk variasjon: Genetisk variasjon innen arter, artsmangfold og mangfoldet av naturtyper/økosystemer

¹³ I tillegg kommer indirekte helseeffekter knyttet til økonomiske, sosiale og politiske konsekvenser av globale klimaendringer.

til luft, vann, jord og mat. Tilsvarende nevnes at industriproduksjon kan medføre spredning av kjemikalier, mange av dem med et stort eller ukjent potensial for helseskade.

Det som beskrives i disse avsnittene er at livsgrunnlaget tilføres fremmedelementer eller -stoffer som forringer dets kvalitet som livsgrunnlag. Her betones dermed et annet miljøaspekt som knytter seg til spesifikke *miljøfaktorer*. I noen tilfelle må imidlertid begge miljøaspektene ses under ett. En aktivitet eller en type utslipp kan bidra både til spredning av skadelige miljøfaktorer, og være en trussel mot livsgrunnlaget. Et eksempel er forbrenning av fossilt brensel. Dette kan medføre utslipp av direkte helseskadelige gasser samt miljøgifter, men bidrar også til global oppvarming. De indirekte helsekonsekvensene knyttet til de økonomiske, sosiale og politiske konsekvensene av dette kan knapt nok overskues.

Hvilken konkret betydning miljøskader har i forhold til helse og dødelighet er omdiskutert, og det er behov for mer kunnskap på området (Mæland, 1999). I Utredning om miljø og helse – oppfølging av Helsinki-deklarasjonen (Statens helsetilsyn, 1996) hevdes det imidlertid at miljøet kan ha stor betydning for omfanget av mer hverdagslige sykdommer og helseplager som belastningsslidelser, psykososiale problemer, astma og allergi. Det påpekes dessuten at befolkningen utsettes for et stadig økende antall potensielt helseskadelige miljøfaktorer. Kunnskapen om konsekvensen av denne eksponeringen er mangelfull, og forskning på området byr på store utfordringer (Røttingen et al., 2002). Selv om mange sammenhenger kan være ukjent, finnes imidlertid god dokumentasjon på at forskjellige kjemiske miljøfaktorer kan medvirke til utvikling av flere sykdommer og helseskader, som for eksempel kreft, luftveissykdommer, allergier, reproduksjonsskader, skader på organsystemer med mer (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003).

Sammenhengene mellom helse og miljø er mange og komplekse og favner et stort spekter – fra skader forårsaket av kjemisk forurensning som kan måles i mikrogram eller mindre, og til global oppvarming med tap av vannressurser og dyrkingsjord. En rekke miljømessige forhold på mange nivåer, ser derfor ut til å utgjøre et sentralt felles anliggende mellom bærekraftig utvikling og helse. På den bakgrunn kan et *miljøperspektiv* på dokumentene være egnet til å belyse nærmere hvordan forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse behandles og forstås.

I Utredning om miljø og helse – oppfølging av Helsinki-deklarasjonen (Statens helsetilsyn, 1996) understrekes at den helsemessige betydningen av enkelte miljøfaktorer ikke kan ses isolert, men også må ses i relasjon til livsstil og levevaner, samt sosiale og økonomiske forhold. I Norge henger livsstil og forbruk nært sammen, og siden offentliggjøringen av Vår felles framtid har en forbruksorientert livsstil blitt et stadig mer markant trekk i

det norske samfunnet (Barstad & Hellevik, 2004). Livsstilssykdommer har dessuten siden 1950-tallet vært et betydelig folkehelseproblem (Mæland, 1999). Vår felles framtid nevner imidlertid ikke livsstil, forbruksnivå og -mønstre direkte i relasjon til helsetematikk innen industrialiserte land. Meget sentral er derimot relateringen av en rekke miljøskader til en forbruksorientert livsstil. Koblingen mellom livsstil og helse i Vår felles framtid ser dermed ut til å være indirekte – ved at en ressursbelastende livsstil medfører miljøskader, og truer de grunnleggende systemene som opprettholder livet på jorda.

Skal en rette innsatsen mot disse dypere årsakene til at helsen er truet, må en se nærmere på de viktigste drivkreftene i ødeleggelsen – nemlig produksjons- og forbruksmønstre, særlig i den rike, industrialiserte del av verden. Livsstil og forbruk ser derfor ut til å utgjøre et klart fellesområde mellom bærekraftig utvikling og helse. Underskriverne av Ottawa Charteret (s. 4), forplikter seg da også til å «understreke betydningen av den økologiske siden ved vår livsførsel». Et *forbruks- og livsstilsperspektiv* vil derfor være et viktig nøkkelperspektiv i det videre arbeidet.

Samlet ser det ut til å være store fellesområdene og mange felles anliggender mellom bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid. De overordnede målsetningene har mange felles trekk i forhold til å ivareta menneskers behov innenfor en langsiktig helhetstenkning. Felles er også at ansvar for realisering av målsetningene tillegges dels myndigheter, dels det sivile samfunn, men også enkeltpersoner. For både bærekraftig utvikling og helse er forskjellige aspekter ved miljø et viktig anliggende. Tilsvarende gjelder også for tematikk knyttet til livsstil og forbruk. På bakgrunn av gjennomgangen ovenfor, fremtrer forebyggende helsearbeid og arbeid for å fremme en bærekraftig utvikling på mange måter som komplementære størrelser. Det synes derfor ikke å skulle være noen uoverkommelig utfordring å integrere de to.

3.5 Nøkkelperspektiver

På bakgrunn av foregående gjennomgang, vil følgende fire nøkkelperspektiver stå sentralt i det videre arbeidet:

- Det overordnede perspektivet
- Ansvarsperspektivet
- Miljøperspektivet
- Forbruks- og livsstilsperspektivet

Disse perspektivene representerer både helt sentrale aspekter ved bærekraftig utvikling, og vedrører dessuten viktige temaer i folkehelsearbeid. Selv om de siste årenes utvikling har medført endringer både i miljø- og

forbruksstatus, var temaene som sådan også viktige og relevante ved offentliggjøringen av St.meld. nr. 16 (2002–2003) i 2003.

Det første perspektivet favner bredden og kompleksiteten ved bærekraftig utvikling, og setter helse inn i en bred samfunnsmessig kontekst. Det andre retter seg mot hvilket ansvar som tillegges hvilke instanser når det gjelder å realisere ønskede målsetninger. De to siste representerer mer avgrensede og konkrete forhold som anses sentrale både for bærekraftig utvikling og i forhold til helse. Perspektivene griper noe over i hverandre, men neppe mer enn at det er mulig å behandle hvert enkelt på en meningsfull måte. De skulle dessuten være brede nok til å kunne fange opp både eksplisitte og implisitte uttrykk for forståelse av relasjonen mellom bærekraftig utvikling og helse. De vil derfor utgjøre de «briller» som dokumentene blir møtt og lest med. Hvordan disse perspektivene behandles i de historiske bakgrunnsdokumentene og i St.meld. nr. 16 (2002–2003), antas å kunne si noe om dokumentenes forståelse av forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse.

For hvert av de dokumentene som blir behandlet, vil det være sentralt å klargjøre om perspektivets innhold/anliggende er nevnt direkte i teksten, og hvordan det evt. er utdypet eller konkretisert. Det er dessuten aktuelt å undersøke hvordan dokumentene evt. behandler temaer som er relevante for det enkelte nøkkelperspektiv, men *uten* at dette relateres til bærekraftig utvikling. For de enkelte perspektivene vil følgende spørsmål stå sentralt:

Det overordnede perspektivet:

- Hvorvidt / hvordan helsearbeid settes inn i et overordnet, helhetlig og langsiktig bærekraftperspektiv
- Hvorvidt / hvordan hensynet til bærekraft medfører konkrete føringer for innholdet i og tilnærmingen til folkehelsearbeid

Ansvarsperspektivet:

- Hvem som tillegges ansvar for realisering av overordnede målsetninger
- Hvilket ansvar helsemyndigheter tillegges i forhold til å fremme en bærekraftig utvikling

Miljøperspektivet:

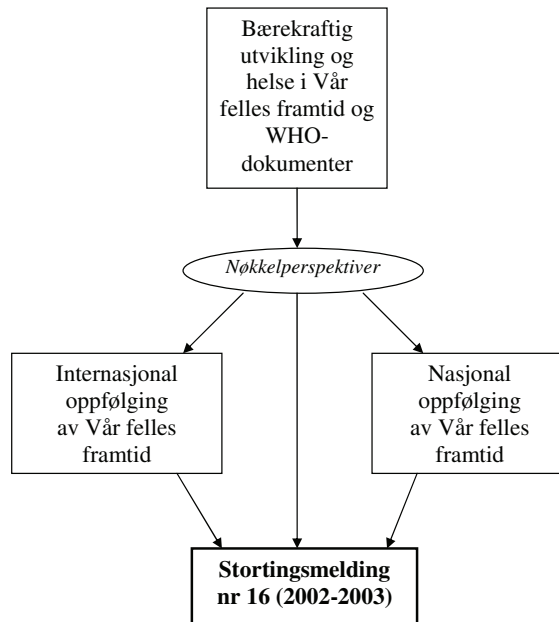
- Hvorvidt / hvordan helseproblemer og -utfordringer relateres til miljø
- Hvilke miljøaspekter som vektlegges – livsgrunnlag og / eller miljøfaktorer

Forbruks- og livsstilsperspektivet:

- Hvorvidt / hvordan forbruks- og livsstilstematikk relateres til miljø- og / eller helseskade

I de to neste kapitlene vil nøkkelperspektivene tjene som verktøy i møte

med utvalgte dokumenter som representerer henholdsvis en internasjonal og en nasjonal oppfølging av Vår felles framtid. Et studium av disse bakgrunnsdokumentene vil blant annet kunne vise om det har skjedd noen historisk utvikling i behandlingen av relasjonen mellom bærekraftig utvikling og helse, i tiden før utarbeidningen av St.meld. nr. 16 (2002–2003). Deretter, i kapittel 6, vil nøkkelperspektivene bli brukt i analyse av St.meld. nr. 16 (2002–2003), og meldingens innhold bli drøftet i forhold til disse, og i forhold til den historisk-politiske konteksten. En oversikt over leddene i arbeidets metodiske tilnærming er presentert i figur 1.



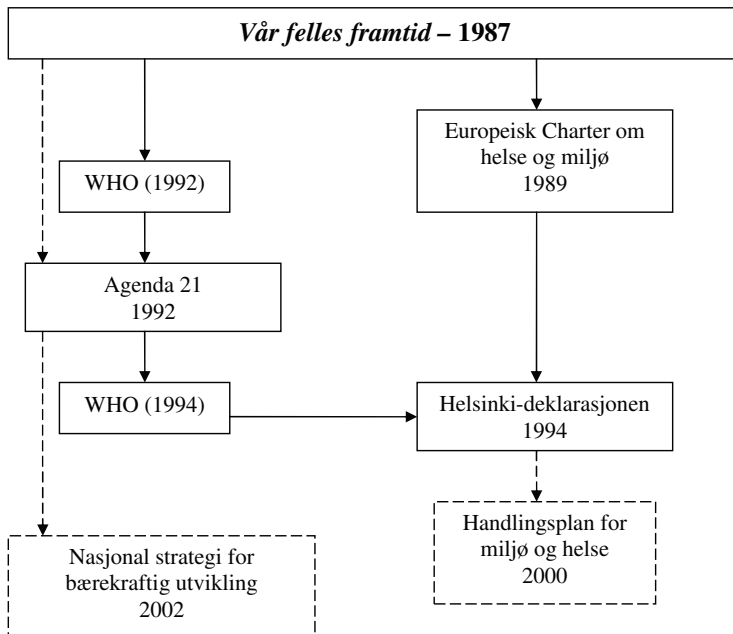
Figur 1. Hovedlinjer i den metodiske tilnærming.

I kapittel 7 er intensjonen å gå dypere inn i teksten i St.meld. nr. 16 (2002–2003). Fremstillingen her er derfor ikke lenger bundet til en oppfølging av nøkkelperspektivene, men tar for seg forhold knyttet til bl.a. språk og begrepsbruk, stoffutvalg og stoffpresentasjon. Tilnærmingen vil bli nærmere beskrevet i kapittel 7.

4.0 Internasjonal oppfølging av bærekraftig utvikling og helse

Etter offentliggjøringen av Vår felles framtid i 1987 har flere dokumenter, både nasjonalt og internasjonalt, utviklet og utdypet forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse. Disse dokumentene utgjør en historisk-politisk kontekst som St.meld. nr. 16 (2002–2003) må ses i forhold til. Hvordan forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse behandles i disse bakgrunnsdokumentene, kan si noe om hva en ville kunne forvente i St.meld. nr. 16 (2002–2003) ut fra de internasjonale føringene. Inten-sjonen i dette kapitlet er derfor å klargjøre om det, gjennom disse dokumentene, har skjedd en historisk utvikling i behandlingen og forståelsen av forholdet mellom bærekraft og helse. På den bakgrunn kan en nærmere analyse av St.meld. nr. 16 (2002–2003) vise i hvilken grad denne representerer en videreføring av tenkningen i Vår felles framtid, en nytenkning eller evt. et tilbakeskritt.

Den videre fremstillingen tar for seg et sentralt utvalg av disse



Figur 2. Forholdet mellom de enkelte dokumenter som blir behandlet. Stiplede linjer angir nasjonale dokumenter som blir presentert i kapittel 6.

dokumentene. Den globale og den europeiske oppfølgingen av Vår felles framtid som har skjedd i WHO-regi blir nærmere behandlet, da den blant annet har gitt føringer for det videre nasjonale arbeidet med helse- og miljøspørsmål. I Agenda 21: Programme of action for sustainable development (1992)¹⁴ fra Rio-konferansen, finnes dessuten kapitler som direkte eller indirekte behandler helserelevante emner, og som kan være relevante i forhold til norsk folkehelsepolitikk. Disse blir derfor presentert. Forholdet mellom de ulike dokumentene er vist i figur 2.

De globale og de europeiske dokumentene blir behandlet hver for seg og i kronologisk orden. I behandlingen av de enkelte dokumentene står de fire nøkkelperspektivene sentralt.

4.1 Global oppfølging

De tre dokumentene som behandles i det følgende har en innbyrdes kontinuitet, men er av noe ulik karakter. Det første, WHO (1992), utgjorde grunnlagsmateriale til Rio-konferansen; Agenda 21 er et av hoveddokumentene fra selve Rio-konferansen, mens WHO (1994) bygger på, og viderefører innhold fra begge disse dokumentene.

4.1.1 WHO (1992): Our planet – our health

Etter offentliggjøringen av Vår felles framtid, ble det innen WHO klart at kunnskapen om det komplekse samspillet mellom miljø og helse var mangelfull. I utredninger og diskusjoner om miljø og utvikling var helse-spørsmål ofte fraværende, eller var gitt lav prioritet. Denne erkjennelsen førte til at WHO nedsatte en kommisjon som skulle gjøre nærmere rede for forholdet mellom helse og miljø. En slik dyptgående internasjonal studie av samspillet mellom miljø og helse sett innenfor en utviklingskontekst, hadde aldri tidligere vært gjort. Resultatet av kommisjonens arbeid forelå i form av rapporten *Our planet, our health* (WHO, 1992) som utgjorde WHO's hovedbidrag til Rio-konferansen, og som senere ble fulgt opp i WHO-regi.

Da rapporten er en direkte oppfølging av Vår felles framtid er et overordnet bærekraftperspektiv selve forutsetningen for hele dokumentet. I rapporten plasseres helse i sentrum for drøftinger knyttet til miljø og utvikling. Dels søkes det å utrede og dokumentere den kunnskap som finnes tilgjengelig på området, og dels søkes det å trekke konklusjoner og gi anbefalinger om hva slags handling som er nødvendig for å motvirke rådende negative forhold og trender. Gjennomgående behandles helse og

¹⁴ Videre i boken brukes bare betegnelsen Agenda 21, uten nærmere referanse.

miljø sammen, innenfor en overordnet bærekraftkontekst. Et miljøperspektiv er dermed også nedfelt i selve dokumentets intensjon. Det poengteres, som i Vår felles framtid, at uten helse har utvikling og beskyttelse av miljøet liten verdi, og utvikling igjen kan ikke oppnås uten medvirkning av mennesker som har god helse. Det å forene målsetningene om bærekraftig utvikling og om helse for alle, krever i følge rapporten en ny forståelse av hva som menes med utvikling, og i denne forståelsen må helse spille en mer sentral rolle.

34

I sin helseforståelse legger rapporten WHO's helsedefinisjon til grunn. Utgangspunktet er dermed en bred tilnærming til helse, som også omfatter en opplevelse av trygghet og velvære. Det vektlegges at et helsefremmende miljø ikke bare dreier seg om å minimalisere direkte helse risiko, det skal også fremme «personal and community fulfillment, self-esteem and security» (s. 6). Dette er i tråd med tilnærmingen til helsefremmende arbeid som tidligere ble formulert i Ottawa Charteret.

Rapporten har et globalt utgangspunkt. Den gir en generell oversikt over helsekonsekvenser knyttet til ulike miljøskader og -endringer, går i separate kapitler nærmere inn på spesifikke utfordringer knyttet til forskjellige samfunnsområder, og avslutter med strategier og anbefalinger.¹⁵ Størst vekt legges på fysisk helse, men særlig i forhold til bosetting og urbanisering blir forhold og forskningsbehov vedrørende psykososial helse behandlet.

I den generelle innledningen fremheves det at helse er avhengig av et samfunns evne til å håndtere samspillet mellom menneskelig aktivitet og det fysiske og biologiske miljøet. Samfunnet må kunne trygge og fremme helse, uten å true tilstanden til de naturlige systemene som helsen i ytterste konsekvens er avhengig av. Generelt påpekes at forholdet mellom helse og miljø er mangesidige og komplekst – helse- og miljøtemaer er både vevd sammen, og inn i de fleste samfunnssektorer og livsområder.

Utfordringer knyttet til helse og miljø er også av varierende art og viktighet, avhengig av hvilke land det dreier seg om. Alt som behandles i rapporten er derfor ikke like relevant for alle land. Noen problemområder er imidlertid i økende grad felles. Dette gjelder blant annet helsetrusler knyttet til kjemisk forurensning av luft, vann og jord – og dermed også matvarer. Slike helseskadelige miljøfaktorer kan være lokalt produsert, som for eksempel luftforurensning i storbyer i både rike og fattige land. Denne er ofte forårsaket av bruk av fossilt brensel til transport, oppvarming, industri- eller kraftproduksjon. Rapporten vektlegger imidlertid også

¹⁵ Forhold som behandles i egne kapitler er: Mat og jordbruk, vann, energi, industri, bosetting og urbanisering, samt grenseoverskridende og internasjonale problemer.

utfordringene knyttet til grenseoverskridende miljøproblemer som rammer de fleste land. Dette kan dreie seg om enkeltstående miljøfaktorer, som for eksempel miljøgifter som er i (mer eller mindre) global spredning, og som kan utgjøre en trussel for eksempel når det gjelder matkvalitet og mattrygghet.

Imidlertid vektlegges også globale problemer knyttet til tap av biologisk mangfold, fortynning av ozonlaget og truslene om globale klimaendringer. Både fortynning av ozonlaget og globale klimaendringer kan innebære direkte og individuelle helsetrusler¹⁶, men kan også ramme jordbruk og / eller økosystemer som mennesker direkte eller indirekte er avhengig av for helse og livsopphold. Også biologisk mangfold vektlegges som en betingelse for langsiktig bærekraft, og dermed som uunnværlig for menneskers helse. Særlig for fattige land vil mange av problemene knyttet til helse og miljø nettopp dreie seg om livsgrunnlaget, det vil si tilgangen til og kvaliteten av basisressurser i forhold til livsopphold – vann, jordbruksareal og økosystemer til å høste av.

Med vektlegging og grundig behandling av både negative, lokale miljøfaktorer og store globale utfordringer viser rapporten både dybde og bredde i behandlingen av miljøperspektivet. Både miljøfaktor- og livsgrunnlagsaspektet ved miljøperspektivet er tydeliggjort. Rapporten fastslår også at det i noen tilfelle kan være en konflikt mellom å ivareta de to aspektene. Det påpekes at velstående samfunn ofte har lyktes i å fjerne patogener og forurensninger fra menneskers livsmiljø, og i å ivareta nøkkelressurser som for eksempel jord og skoger. Prisen for dette har imidlertid ofte vært et høyt forbruk av ikke-fornybare ressurser og store utslipp av klimagasser. En forebygging av problemer knyttet til miljø i form av miljøfaktorer kan dermed ha bidratt til ytterligere ødeleggelse av miljø i form av livsgrunnlag, og dermed ha bidratt til en forverring av helse og levekår, særlig i fattige land.

Når det gjelder rike land fokuserer rapporten imidlertid også på andre aspekter, nemlig på disse landenes bidrag til miljøproblemer gjennom sitt overforbruk av ressurser, og den tilhørende produksjon av avfall og forskjellige former for forurensning. Dette overforbruket anses som en essensiell faktor når det gjelder truslene mot livsgrunnlaget. Det påpekes dessuten at mange helseproblemer i disse landene nettopp er knyttet til overforbruk av ressurser, for eksempel i forhold til kosthold, livsstil og psykososiale problemer (som for eksempel misbruk av alkohol og tobakk)¹⁷.

¹⁶ Økt UV-stråling gir økt fare for hudkreft og grå stær. Varmere klima vil gi flere dødsfall p.g.a. heteslag, og dessuten større utbredelsesområder for sykdomsfremkallende organismer og vektorer.

¹⁷ I rapporten poengteres imidlertid at en mer detaljert behandling av helseproblemer knyttet til selvsagt overforbruk anses å ligge utenfor dokumentets rammer (WHO, 1992).

Særlig nevnes helseproblemer som overvekt, hjerte- og karsykdommer og kreft i forbindelse med uheldig kosthold. Samtidig påpekes hvordan et økende kjøttforbruk blant jordas rike, medfører et økende press på jord- og vannressurser, og et økende beslag på jordas kornproduksjon. Her påvises dermed en direkte sammenheng mellom en uheldig livsstil og både miljø- og helseskader. Rapporten anbefaler utforming av nasjonal politikk som motvirker overdreven bruk av matvarer som bidrar til kroniske sykdommer, og påpeker samtidig at en økning i kjøttproduksjon basert på kornprodukter både vil bidra til redusert bærekraft og lede maten bort fra de som trenger den mest. For tobakk påpekes tilsvarende forhold. I lys av miljøskadene knyttet til produksjon, og helseskadene knyttet til forbruk av tobakk, anbefales det å arbeide for en reduksjon i etterspørselen, slik at dyrkingsarealene kan anvendes til mer gunstige produkter.

I et noe forenklet bilde er rapportens budskap at i fattige land fører miljøskader til helseskader, mens i rike land fører en forbruksorientert livsstil til både miljø- og helseskader. Ved å koble forbruk og livsstil direkte til helseproblemer i den rike del av verden, blir forbruks- og livsstilsperspektivet her tydeliggjort i forhold til Vår felles framtid. Forbruk og livsstil fremtrer ikke bare som en årsak til miljøskader og via disse indirekte til helseskader. En overforbrukende livsstil kan i seg selv innebære et direkte helseproblem.

På bakgrunn av en grundig presentasjon av sammenhenger mellom helse og miljø, formuleres mål, strategier og anbefalinger for det videre arbeidet med å ivareta et miljø som kan fremme og sikre helse, både globalt og nasjonalt. Rapportens overordnede mål er:

1. Å oppnå et bærekraftig grunnlag for helse for alle.
Dette innebærer at befolkningsøkningen må avta, og til syvende og sist ta slutt; samt at livsstil og forbruksmønstre som er forenlige med økologisk bærekraft må fremmes.
2. Å sørge for et helsefremmende miljø for alle.
Dette omfatter en reduksjon av risikoen for å bli utsatt for helseskadelige biologiske, fysiske eller kjemiske påvirkninger, men også å sikre alle tilgang til de ressurser som er en forutsetning for helse. I tillegg vektlegges at planlegging av nye produkter, foretagender og investeringer i alle sektorer, må minimalisere skadelige effekter på helse og miljø.
3. Å gjøre alle individer, organisasjoner og bedrifter, i alle samfunnssektorer og på alle nivåer, klar over sine roller og sitt ansvar i forhold til helse og miljø.

I målene fremgår tydelig at ansvaret ikke bare ligger på offentlige

myndigheter. I sin gjennomgang viser rapporten hvor innvevd helse- og miljøspørsmål er i de fleste livs- og samfunnsområder. En konsekvens av denne komplekse innvevingen, er at ansvaret for å fremme helse utvides til alle grupper og sektorer i samfunnet. Rapporten vektlegger at ikke bare helseprofesjoner, men alle som direkte eller indirekte påvirker det fysiske eller sosiale miljøet har ansvar for å bidra til et miljø som fremme helse. I forhold til å fremme livsstil og forbruksmønstre som er forenlige med bærekraft og helse for alle, blir alle mennesker ansvarliggjort. Rapporten har dermed et bredt og omfattende ansvarsperspektiv.

I de avsluttende anbefalingene som rapporten gir, fremgår klart noen av de verdimeslige ufordringene som reises i forhold til forbruk og livsstil:

Until (...) high living standards and a high quality of life are dissociated from unsustainable levels of consumption and waste generation, deterioration of the environment will continue in most countries and be added to what has been inherited from the past (...). Short-term action is therefore needed now to protect people from the harmful effects on health of the environmental changes that will develop in the next two decades (s. 260).

Både i den faktabaserte gjennomgangen av forholdet mellom helse og miljø, og i de overordnede målene, synes alle nøkkelperspektivene å være synliggjort og ivaretatt. Det overordnede perspektivet går som en rød tråd gjennom hele fremstillingen – noe man også ville forvente ut fra rapportens intensjon. Det mangesidige og komplekse forholdet mellom helse og miljø blir presentert og utdypet. Både miljø som livsgrunnlag, og miljø i form av helseskadelige miljøfaktorer gis grundig behandling. I forhold til ivaretagelse av helse og miljø, har rapporten dessuten et helhetlig perspektiv der ansvar legges til alle samfunnsområder og -sektorer. Nokså direkte utfordres jordas rike til å etterstrebe en levestandard og livskvalitet som kan opprettholdes på en bærekraftig måte.

Når det gjelder tre av nøkkelperspektivene representerer rapporten dermed en klar kontinuitet i forhold til Vår felles framtid. Når det gjelder forbruks- og livsstilsperspektivet synes rapporten dessuten å vise en viss videreutvikling. Som i Vår felles framtid er rapporten tydelig på miljøkonsekvensene av overforbruket i den rike del av verden. Den vektlegger imidlertid også at en overforbrukende livsstil kan bidra direkte til helseproblemer, og ikke bare gi indirekte helsekonsekvenser via miljøskader.

4.1.2 Agenda 21

Rio-konferansen ble avholdt i 1992, som oppfølging av en anbefaling i Vår felles framtid. Her ble det gjort opp status, og retningen for verdenssamfunnets videre arbeid med miljø- og utviklingsspørsmålene ble staket ut. Resultatet av forhandlingene ble nedfelt i flere dokumenter. I *Rio-*

erklæringen om miljø og utvikling fastsettes 27 prinsipper om generelle rettigheter og forpliktelser. Her bekreftes og videreføres sentrale tanker fra Vår felles framtid, og det legges et grunnlag for hvordan verdenssamfunnet skal arbeide videre med forholdet mellom miljø- og utviklingshensyn. I *Prinsipp 1* er selve grunntanken i bærekraftig utvikling nedfelt:

Menneskene står i sentrum for en bærekraftig utvikling. De har rett til et sunt og produktivt liv i harmoni med naturen (St. meld. nr. 13 (1992-1993), 1992, s. 153).

Prinsippene fra Rio-erklæringen utdypes og konkretiseres i Agenda 21. Dette er et omfattende dokument på nærmere 700 sider, fordelt på 40 fagkapitler. Agendaen utgjør et dynamisk program, og er ment å være en handlingsplan for det 21. århundre. Det understrekes imidlertid at programmet vil måtte bli virkeliggjort på forskjellige måter, avhengig av situasjon og muligheter i de enkelte land. Programmet vil også kunne utvikle seg over tid, ettersom nye behov og forhold kan vise seg nødvendige å ta i betraktning. Agenda 21 har ingen formell juridisk karakter, men inneholder likevel viktige politiske føringer for videre arbeid på nasjonalt nivå.

I forhold til de fire nøkkelperspektivene, er det overordnede perspektivet selve forutsetningen for Agenda 21. Det er gitt med agendaens forankring i prinsippene i Rio-erklæringen, og ved at agendaens ulike fagkapitler utgjør konkretiseringer av hvordan den overordnede målsetningen om bærekraftig utvikling skal kunne virkeliggjøres innenfor vidt forskjellige livs- og samfunnsområder. Virkeliggjøringen av Agenda 21 fremholdes i forordet som starten på et globalt partnerskap for bærekraftig utvikling. I det følgende tas derfor det overordnede bærekraftperspektivet for gitt, og det blir bare behandlet i den grad det er nødvendig i forhold til øvrige perspektiver. Av disse berøres ansvarspektivet allerede i innledningskapitlet. Her understrekes at implementering av agendaen først og fremst er regjeringenes ansvar, støttet og supplert av internasjonalt samarbeid. Det oppmuntres imidlertid også til bred deltakelse fra NGO'er¹⁸, samt det sivile samfunn generelt.

Fagkapitlene i Agenda 21 dekker de fleste sektorer av betydning for miljø- og utviklingsspørsmål. Når det gjelder to av nøkkelperspektivene, er anliggendet til disse behandlet i særskilte kapitler: *Kapittel 4, Endring i forbruksmønstre* og *Kapittel 6, Beskytte og fremme menneskers helse*.

Kapittel 4, Endring i forbruksmønstre gjentar innsikten fra Vår felles framtid, at hovedårsaken til ødeleggelsen av det globale miljøet er å finne

¹⁸ NGO: non-governmental organization

i ikke-bærekraftige produksjons- og forbruksmønstre, spesielt i industrialiserte land. Kapitlet omfatter to hovedområder: dels har det fokus på ikke-bærekraftige produksjons- og forbruksmønstre, og dels tar det for seg utvikling av nasjonal politikk og strategier for å fremme endringer av disse mønstrene. Målene for sistnevnte er:

- a) *To promote patterns of consumption and production that reduce environmental stress and will meet the basic needs of humanity;*
- b) *To develop a better understanding of the role of consumption and how to bring about more sustainable consumption patterns*

I kapitlet knyttes forbruks- og livsstilsperspektivet hovedsaklig til miljø og forhindring av miljøskader, og det forekommer nesten ingen direkte referanser til helse. Derimot trekkes stedvis inn bredere spørsmål knyttet til livskvalitet. I avsnitt 4.11 påpekes behovet for nye forestillinger om rikdom og velstand, og at dette kan innebære en høy levestandard basert på endret livsstil – mindre avhengig av jordas begrensede ressurser og mer i harmoni med jordas bæreevne. Dette anliggende var også uttrykt i WHO (1992). I den grad en kan si at helse berøres, ligger tilnærmingen i grenselandet mellom helse og livskvalitet, og forholdet mellom livskvalitet og forbruk. At overforbruk og en ressursløsende livsstil kan medføre direkte helseskader, blir imidlertid ikke berørt.

Kapitlet går ikke i dybden når det gjelder miljøskader fra overforbruk og en ikke-bærekraftig livsstil. Disse slås bare fast som begrunnelse for nødvendigheten av å endre forbruksmønstre. Når det gjelder miljøperspektivet, er fokuset dermed primært på miljø som livsgrunnlag, og de truslene dette er utsatt for. For å minske miljøbelastningen, formuleres det i 4.17 som et mål å styrke verdier som fremmer bærekraftig produksjon og forbruk. Generelt tillegges hovedansvaret for dette de enkelte lands myndigheter¹⁹, i samarbeid med relevante instanser og sektorer – industri, husholdninger og egnede organisasjoner. En ansvarliggjøring av forbrukerne vektlegges; for eksempel i 4.22, der myndighetene oppfordres til å stimulere fremvekst av informerte forbrukere som kan gjøre miljømessig gunstige valg – blant annet gjennom å gjøre forbrukerne klar over helse- og miljøpåvirkningen fra ulike produkter. Med vektleggingen av et slikt allsidig ansvar og samarbeid, fremviser kapitlet et bredt og omfattende ansvarsperspektiv – ingen aktør eller instans alene kan virkeliggjøre en gjennomgripende endring av forbruksmønsteret.

I *kapittel 6, Beskytte og fremme helse* slås innledningsvis fast at helse og utvikling er nært forbundet. Dette gjelder manglende utvikling som fører

¹⁹ Dette er for så vidt ikke overraskende, da Agenda 21 i utgangspunktet er en handlingsplan for nasjonale myndigheters videre arbeid med miljø- og utviklingsspørsmål.

til fattigdom, men også uhensiktsmessig utvikling som fører til overforbruk. Her antydes dermed, på en svært generell måte, et forbruks- og livsstilsperspektiv. Det fremheves også at sammenhengene mellom helse, miljø og sosioøkonomiske endringer nødvendiggjør en tverrsektoriell tilnærming. En satsning på forebygging vektlegges, fremfor utelukkende å sette sin lit til reparasjon og behandling.

Helsekapitlet er igjen delt i fem programområder:

1. Behovet for primærhelsetjenester, særlig på landsbygda
2. Kontroll med smittsomme sykdommer
3. Beskytte utsatte befolkningsgrupper
4. Helseutfordringene i byene
5. Redusere helsefarene og truslene fra miljøforurensninger

Generelt bærer kapitlet preg av primært å være rettet mot utviklingsdimensjonen ved bærekraftig utvikling. Mye av innholdet er derfor mest relevant for fattige land. Det femte programområdet har imidlertid relevans for både rike og fattige land. Her behandles behovet for handling rettet mot en rekke skadelige miljøfaktorer, som for eksempel spredning av kjemikalier, luft- og vannforurensning, samt stråling. Fokus er hovedsakelig rettet mot lokal miljøforurensning – av globale utfordringer er det kun strålingsfare p.g.a. fortynnet ozonlag som er nevnt. Miljøperspektivet er derfor alt overveiende konsentrert om lokale miljøfaktorer, mens miljø som livsgrunnlag ser ut til å ligge utenfor kapitlets intensjon. Når det gjelder forbruks- og livsstilsperspektivet, er dette heller ikke synliggjort i kapitlet. Utover den generelle innledningen, fremgår det ikke at det nettopp er overdreven forbruk – særlig blant de rike – som (direkte eller indirekte) forårsaker en rekke av de helseskadelige forurensningene som behandles.

Som for kapittel 4, poengteres her flere ganger at problemene bare kan løses i samarbeid med andre involverte eller berørte instanser og sektorer: industri og næringsliv, lokalsamfunn, organisasjoner, utdanningsinstitusjoner etc. Hovedansvaret tillegges imidlertid også her myndighetene. Imidlertid ser ikke helsemyndighetene ut til å bli tillagt noe særskilt ansvar i forhold til å fremme bærekraftig utvikling på et mer overordnet plan.

Ser man kapittel 4 og 6 under ett er alle nøkkelperspektivene behandlet. Når det gjelder ansvarspektivet er fokus og vektlegging relativt lik i de to kapitlene. Myndighetenes overordnede ansvar og nødvendigheten av å samarbeide med et bredt spekter av berørte parter, står sentralt. Forbrukskapitlet går imidlertid lengst i også å plassere ansvar på enkeltpersoner. Når det gjelder miljø-, samt forbruks- og livsstilsperspektivet behandles disse i noe varierende grad og på ulike måter i de to kapitlene. Forbrukskapitlet vektlegger primært miljø som livsgrunnlag, mens helsekapitlet legger hovedvekten på miljø i form av spesifikke helseskadelige miljøfaktorer. Videre blir forbruks- og livsstilsperspektivet bare antydnet på

en meget generell måte i helsekapitlet, mens det (rimeligvis) er grundig utdypet i forbrukskapitlet. Til gjengjeld finner en i sistnevnte kapittel lite referanse til helseskader som direkte eller indirekte (via miljøskader) forårsakes av overforbruk. Det kan dermed se ut til sammenhengene mellom livsstil / forbruk og helse kommer mindre tydelig frem i Agenda 21 enn i WHO (1992).

4.1.3 WHO (1994): Healthy and productive lives in harmony with nature²⁰

Som en videreføring av helsekapitlet i Agenda 21, utarbeidet WHO en ny global strategi for helse og miljø. Denne ble godkjent i 1993. Strategien utgjør et samlende rammeverk for WHO's videre arbeid med miljø og helsespørsmål, og innebærer en utvidelse og styrking av dette arbeidet. Den bygger også på WHO (1992), og de overordnede målene herfra blir gjentatt med mindre justeringer:

- *To achieve a sustainable basis for health for all*
- *To provide an environment that promotes health*
- *To make all individuals and organisations aware of their responsibility for health and its environmental basis* (WHO, 1994, s. 3)

Videre formuleres 12 mer konkrete handlingsmål. Disse er mangesidige, og retter seg mot så varierte forhold som miljøforbedringer, forbedret teknologi og informasjonstilgang, forskning og kompetanseoppbygning, forbedret samarbeid mellom relevante offentlige og private instanser og aktører med mere.

Strategien vektlegger nødvendigheten av en bred tilnærming for å kunne forstå og håndtere de komplekse sammenhengene mellom en befolknings helse på den ene side, og de fysiske og sosiale miljøfaktorene på den annen side. Det poengteres videre at egnede og varige løsninger forutsetter en videre utforskning av og dypere forståelse av disse sammenhengene. Å forstå og fremme menneskers helse innenfor en bredere kontekst av «økologisk helse» krever dessuten nasjonalt, regionalt og globalt samarbeid – innen FN-systemet, med nasjonale regjeringer, NGO'er og hele den private sektor. Strategien integrerer dermed helse og miljøspørsmål i en bred samfunnsmessig kontekst.

Et ansvarsperspektiv er også klart representert. Strategien vektlegger deltakelse og felles handling fra alle – uansett rolle og plassering i samfunnet: «Environmental health is everyone's concern and re-

²⁰ Til tross for iherdig innsats fra HiAks bibliotek, samt Nasjonalbiblioteket har det vist seg umulig å skaffe den fullstendige WHO-strategien. Behandlingen her er derfor basert på en forkortet utgave av teksten.

sponsibility» (s. 6). Det poengteres imidlertid at endringer i bærekraftig retning krever politisk lederskap. I forhold til dette erkjennes det at helsemyndighetene kan ha sviktet:

In many countries, both developed and developing, health authorities have failed to become involved in development and environmental management. Health ministries are often remote from policy making on matters of environment and development (s. 20).

42

Det poengteres dessuten at helsesektoren også har et ansvar for å minimere egne bidrag til miljøskader. Samlet ser strategien ut til å tillegge helsemyndighetene et særlig ansvar for å ivareta og skape et miljø som fremmer helse, men det understrekes at å nå dette målet krever deltakelse av alle.

Ett av de tolv handlingsmålene har et mer generelt folkeopplysningsaspekt, og vektlegger økende bevissthet om og motivasjon for å bidra til bærekraftig utvikling.

We must be prepared to accept a new kind of development – sustainable development. In order to reconcile economic activity with global health, resources must be replenished and wasteful depletion must cease. We must become more globally orientated (s. 16).

Hva en slik global reorientering vil innebære, fremgår imidlertid ikke. Om det for eksempel er tenkt å medføre endringer av privat livsstil og forbruk, så uttrykkes ikke dette klart. Derimot forekommer noe senere en generell oppfordring til å fremme en sunn livsstil, men uten at dette relateres til evt. miljøskadelige konsekvenser av en mindre sunn livsstil. Forbruks- og livsstilsperspektivet er dermed ikke vesentlig berørt.

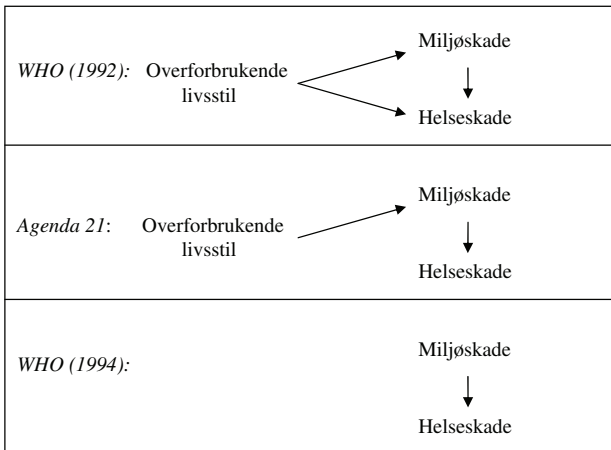
Som for WHO (1992) og Agenda 21, er også her et miljøperspektiv innebygd i selve dokumentets intensjon. Strategiens anvendelse av begrepet miljø (environment) er imidlertid bred og til dels mangetydig. Når det gjelder hvilke miljøaspekter som vektlegges, forholder strategien seg primært til spesifikke helseskadelige miljøfaktorer. Livsgrunnlag-aspektet blir imidlertid også berørt. Blant annet vektlegges nødvendigheten av risikovurdering i forhold til hvilken betydning for eksempel klimaendringer, fortynning av ozonlaget og lignende kan ha for helse. Det påpekes at slike vurderinger igjen kan gi grunnlagsmateriale for regionale og globale avgjørelser vedrørende miljø og utvikling. Samlet er strategiens intensjon å bidra til at både det fysiske, sosiale, økonomiske og politiske miljø skal fremme helse og sikre bærekraftig bruk av naturressurser. Gjennom hele dokumentet ses og behandles helsespørsmål som en integrert del av en overordnet bærekraftkontekst.

4.1.4 Sammenfatning – global oppfølging

Sett under ett, viser den globale oppfølgingen av Vår felles framtid en høy grad av kontinuitet, men også med noen eksempler på svekkelse av enkelte perspektiver. Når det gjelder ansvarsperspektivet finnes det mange fellestrekk i behandlingen i de tre dokumentene. Gjennomgående tillegges helsemyndighetene et overordnet ansvar for miljø og helse, og for å samarbeide med alle relevante og nødvendige instanser som kan påvirke dette forholdet. Det understrekes også tydelig at helse og miljø er alles ansvar, og ikke bare myndighetenes. I både WHO (1992) og WHO (1994) synes dessuten helsemyndighetene å bli tillagt et ansvar for den mer overordnede samfunnsutviklingen, og for å bidra til at denne går i bærekraftig retning. I WHO (1994) uttrykkes dessuten, som tidligere nevnt, at helsemyndigheter ofte kan ha sviktet i dette.

Mange fellestrekk finnes også når det gjelder miljøperspektivet. Alle dokumentene synliggjør miljø både som livsgrunnlag og som miljøfaktorer, men vektleggingen er noe ulik. I Agenda 21 er tematikk knyttet til miljøfaktorer primært vektlagt i helsekapitlet, mens det mer overordnede livsgrunnlags-aspektet er ivaretatt i forbrukskapitlet. Selv om WHO (1994) også nevner forhold vedrørende livsgrunnlaget, ligger hovedvekten av tilnærmingen her på miljøfaktor-aspektet. Samlet kan det derfor se ut til at livsgrunnlags-aspektet har blitt noe svekket.

Generelt kan det se ut til at noen av de bredere verdimeslige utfordringene knyttet til livsstil og forbruk blant jordas rike, som tas opp i WHO (1992), ikke blir videreført i helsekapitlet i Agenda 21, og heller ikke i WHO (1994). Gjennom de tre dokumentene synes det å være en klar svekkelse av forbruks- og livsstilsperspektivet, som vist i figur 3. WHO (1992) er tydelig, ikke bare om at overforbruk fører til miljøskade, og via disse til helseskade, men også om at overforbruk i seg selv kan være helse-



Figur 3. Sammenhenger mellom overforbrukende livsstil, miljøskade og helseskade i WHO (1992), Agenda 21 og WHO (1994).

skadelig. I Agenda 21 behandles imidlertid forbruk og helse i to forskjellige kapitler, og forbindelsen mellom forbruk og helse svekkes. Forbrukskapitlet tar for seg forbygging av miljøskadene knyttet til forbruk – uten å relatere til helse, mens helseskapitlet har fokus på helseskadene forårsaket av miljøskader – uten å relatere til forbruk. I WHO (1994) gjenstår bare sammenhengen mellom miljøskader og helseskader, uten at noen av disse knyttes direkte til en overforbrukende livsstil.

4.2 Europeisk oppfølging

De to europeiske dokumentene utgjør det eldste og det yngste av de internasjonale dokumentene som behandles. Det Europeiske charteret (Helsedirektoratet, 1991) forelå to år etter Vår felles framtid, og dermed før den globale oppfølgingen av Vår felles framtid i WHO-regi som er behandlet ovenfor. Helsinki-deklarasjonen (WHO, Regional office for Europe, 1994) derimot, bygger på WHO (1994) – det siste av de globale dokumentene. Sammenlignet med de foregående, er de to dokumentene som behandles her relativt kortfattet. De er også tydelige politiske dokumenter, og gir klare føringer for hvordan myndighetene i de enkelte land skal arbeide videre med utviklingen av en politikk for helse- og miljøspørsmål. Deler av dokumentene retter seg derfor mot organisatoriske og strukturelle forhold i tilknytning til dette, noe som er mindre relevant i forhold til tema for denne boken.

4.2.1 Europeisk charter om miljø og helse

WHO avholdt sin første Europa-konferanse om miljø og helse i 1989, og resultatet av drøftingene ble nedfelt i Europeisk charter om miljø og helse (Helsedirektoratet, 1991). Her foreligger prinsipper og strategier for de europeiske landenes videre arbeid med miljø og helse. Det uttrykkes innledningsvis at charteret bygger på den grunnleggende filosofien fra Vår felles framtid og at det innebærer en utvidelse av den europeiske «Helse for alle»-strategien fra 1984. I dette ligger en anerkjennelse av at menneskers helse avhenger av en lang rekke miljøfaktorer, og «at bevaring og bedring av helse og velferd krever et bærekraftig utviklingsprogram» (Helsedirektoratet, 1991, s. 3).²¹ Et overordnet bærekraftperspektiv er dermed slått fast som basis for dokumentet. Dette gjenfinnes også mer indirekte som ett av prinsippene for offentlig politikk, der det heter at «Alle sider ved den økonomiske utvikling som får innvirkning på miljø, helse og trivsel, må vurderes» (s. 5).

Charteret har et eget kapittel om rettigheter og ansvar. Her formuleres eksplisitt at ethvert menneske, alle deler av samfunnet, samt enhver regjering

²¹ Videre i boken angis bare dokumentnavnet Europeisk charter, uten nærmere referanse.

og offentlig myndighet (innenfor sine respektive ansvars- og myndighetsområder) har ansvar for å verne om miljøet ut fra hensyn til helse. Det poengteres også at enhver regjering og offentlig myndighet har ansvar for å «sikre at aktiviteter som er underlagt deres ansvar eller kontroll ikke er helseskadelig for mennesker i andre stater» (s. 4). Et ansvarsperspektiv er dermed tydelig uttrykt; ansvaret er nokså altomfattende, og strekker seg for myndighetenes vedkommende ut over egne landegrenser. I samme kapittel poengteres at det å verne om miljø og helse er en tverrfaglig utfordring som angår mange fagområder. Enhver offentlig myndighet bør derfor samarbeide med andre sektorer for å løse helse- og miljøproblemer. Blant annet vektlegges viktigheten av tverrfaglig miljøplanlegging og samfunnsforvaltning. Frivillige organisasjoner tillegges dessuten en viktig rolle når det gjelder informasjon og bevisstgjøring.

I kapitlet *Prioriterte områder* er listet opp de viktigste områdene der landene bør bestrebe seg på å gjennomføre tiltak. Her nevnes en rekke ulike miljøfaktorer, som luft- og vannkvalitet, kjemikalier, sikker mat med mer. Ansvaret for å sikre det globale miljøet slås imidlertid også fast, og tiltak mot «globale miljøforstyrrelser, som for eksempel klimaendringer og nedbrytning av ozonlaget, er ført opp. Når det gjelder miljøperspektivet, kan en derfor si at miljø som livsgrunnlag er gitt en viss plass, selv om hovedvekten ligger på miljø som miljøfaktorer.

Det perspektivet som imidlertid i svært liten grad er dekket, er forbruks- og livsstilsperspektivet. Det eneste stedet livsstil er berørt, er i ett av de prioriterte områdene for handling: «Helsefremmende tiltak bør supplere det sykdomsforebyggende arbeid for å oppmuntre til en sunn livsstil i et rent og harmonisk miljø» (s. 7). Her er imidlertid ingen referanse til at en overforbrukende eller usunn livsstil kan medføre miljøskader, og dermed indirekte helseskader. Forbruk og livsstil ses dermed ikke i et overordnet bærekraftperspektiv, og relateres ikke direkte til verken miljø- eller helseskade.

4.2.2 Helsinki-deklarasjonen

Deklarasjonen er en europeisk handlingsplan for helse og miljø, vedtatt på den andre europeiske WHO-konferansen om miljø og helse i 1994 (WHO, Regional office for Europe, 1994). Den er en oppfølging, dels av det Europeiske charteret fra 1989, dels av Agenda 21 fra Rio-konferansen, samt WHO-strategien om helse og miljø som ble vedtatt i 1993. Innledningsvis uttrykkes det overordnede målet om bærekraftig utvikling, og det påpekes at «Coexistence between man and nature is a prerequisite for the future of humankind» (WHO, Regional office for Europe, 1994, s. 1).²² I deklara-

²² Videre i boken angis bare dokumentnavnet Helsinki-deklarasjonen, uten nærmere referanse.

sjonen nedfelles noen grunnleggende prinsipper som statene forplikter seg på i arbeidet med å utarbeide nasjonale handlingsplaner for miljø og helse. I disse inngår blant annet forpliktelsen til å:

- Opprettholde *solidaritet* mellom nasjoner og innad i hvert land
- Sikre *bærekraftig utvikling* gjennom hensiktsmessig handling i miljø- og helsesektoren, slik at behovene til dagens befolkning kan bli møtt, uten å inngå kompromisser med kommende generasjoners behov
- Praktisere *samarbeid og partnerskap*, ikke bare mellom miljø- og helsesektoren, men også med andre økonomiske sektorer og samarbeidspartnere

Det understrekes dessuten at bærekraft må bygges inn i strategiene for alle samfunnssektorer. Samarbeid med myndigheter for andre sektorer – som for eksempel landbruk, industri, energi og transport – må styrkes, slik at helse- og miljøhensyn kan integreres på disse områdene, og samlet kunne gi viktige bidrag til en bærekraftig utvikling. Landene forplikter også sine helse- og miljøverndepartementer til å utarbeide felles handlingsplaner for miljø og helse innen 1997. Deklarasjonen er tydelig på helse- og miljømyndighetenes forpliktelser i forhold til å ivareta helse og miljø, men lite eksplisitt om evt. andre som kan ha ansvar for å bidra til et miljø som fremmer helse. Deklarasjonen uttrykker heller ikke at helsemyndighetene har noe direkte eller tydelig ansvar for å fremme en bærekraftig utvikling. Ansvarsperspektivet i dokumentet er dermed noe uklart.

I et eget kapittel som beskriver utfordringene knyttet til miljø og helse gis en kort oversikt over de viktigste miljøutfordringene i forhold til helse. Her nevnes blant annet forurensning av jord, luft, vann og mat, som også er kjent fra tidligere behandlede dokumenter. Globale miljøtrusler er derimot ikke nevnt. Derimot nevnes andre forhold som arbeidsmiljø, ulykker og forringelse av bymiljøer, som alle ligger noe på siden i forhold til denne bokens tema. Når det gjelder miljøperspektivet, ligger dermed hovedvekten på miljø i form av miljøfaktorer, mens miljø som livsgrunnlag ikke er synliggjort. Når det gjelder det komplekse samspillet mellom helse og miljø, uttrykkes dessuten:

We are convinced that there is a pressing need for a more comprehensive, integrated approach to creating healthy and ecologically sound local communities and for a much better understanding of the interplay of the many factors contributing to their wellbeing (s. 5).

Med dette synes det som om samspillet mellom helse og miljø settes inn i en bred samfunnskontekst. Om denne brede tilnærmingen også er tenkt å omfatte faktorer som forbruk og livsstil, er vanskelig å vurdere. I deklarasjonen for øvrig er verken miljøskader eller helseproblemer relatert til en overforbrukende livsstil. Innledningsvis uttrykkes riktignok at «Sus-

tainable development can only be assured by radical changes in present patterns of production and consumption» (s. 1), men utsagnet verken utdypes eller relateres videre til helse- og miljøtematikk. Forbruks- og livsstilsperspektivet kan dermed ikke sies å være synliggjort i dokumentet.

4.3 Hovedlinjer i internasjonal oppfølging

Behandlingen av temaet bærekraft og helse i internasjonale dokumenter viser en høy grad av kontinuitet, men det er også klare tegn på at fokus og tilnærming gradvis blir noe innsnevret. Hovedtrekk i utviklingen er vist i tabell 1. Det overordnede bærekraftperspektivet går igjen i alle dokumentene. Dette er forventet, i og med at oppfølging av det overordnede utviklingsmålet om bærekraftig utvikling i Vår felles framtid, nettopp er bakgrunnen for at dokumentene har blitt til. For de to europeiske dokumentene kan det imidlertid se ut til at bærekraftig utvikling mest er en programerklæring, uten at denne konkretiseres eller relateres nærmere til dokumentenes øvrige innhold. Om dette kan ha sammenheng med at disse dokumentene er mer kortfattede politiske dokumenter som er konsentrert om å gi klare politiske føringer, er vanskelig å si.

Når det gjelder plassering av ansvar for et miljø som fremmer helse, er alle dokumenter tydelige på myndighetenes rolle. Felles for alle dokumenter er også erkjennelsen av at utfordringene knyttet til helse og miljø er sammensatte, og umulig kan løses av en samfunnssektor alene. Både WHO-dokumentene, det europeiske charteret og til en viss grad Agenda 21, vektlegger at helse- og miljøutfordringene er alles ansvar, og ikke bare myndighetenes. Ansvarsperspektivet fremtrer dermed i alle dokumentene, men er mindre tydeliggjort og utdypet i Helsinki-deklarasjonen enn i de øvrige. Mens de foregående dokumentene eksplisitt tillegger ansvar til alle berørte parter, har denne et relativt ensidig fokus på myndighetene. Samarbeid med andre sektorer og partnere nevnes, men disse tillegges ikke noe særskilt ansvar i forhold til å fremme helse og miljø. Dette dokumentet skiller seg også noe ut i forhold til hva myndighetene har ansvar for. Mens dette ansvaret i de tidligere dokumentene, om enn i noe varierende grad, peker ut over nasjonale grenser og mot en global bærekraftsdimensjon, synes ansvaret i Helsinki-deklarasjonen mer ensidig å være rettet mot etablering av en nasjonal politikk for helse og miljø.

	Overordnet perspektiv	Ansvarsperspektiv	Miljøperspektiv		Forbruks- og livsstilsperspektiv	
			Livsgr.lag	Miljøfakt.	Miljøskade	Helse-Skade
WHO (1992)	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Agenda 21 Kap 4 Kap 6	XX	XX	XX	XX	XX	
WHO (1994)	XX	XX	XX	XX		
Europeisk charter	X	XX	XX	XX		
Helsinki-deklarasjonen	X	X		XX		

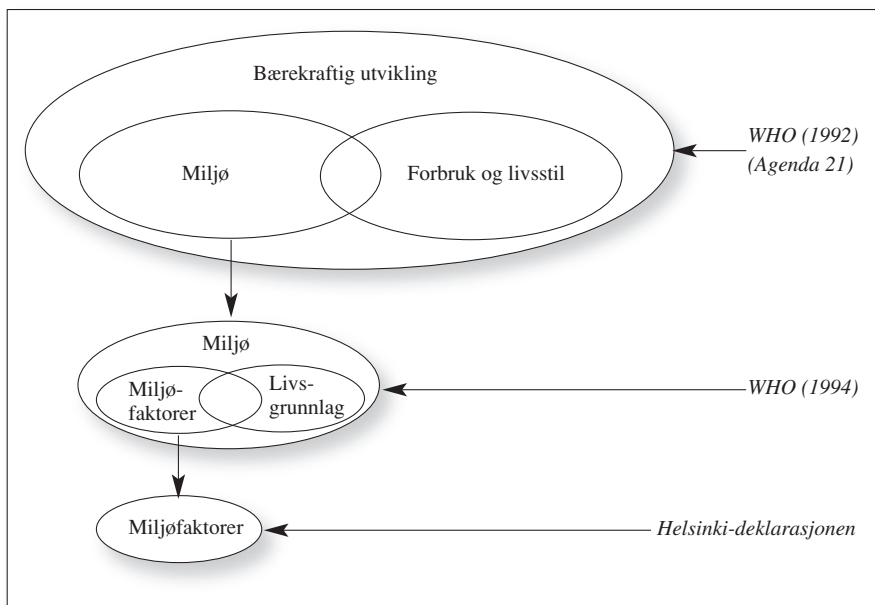
Tabell 1. Oversikt over hvordan nøkkelperspektivene er representert i de utvalgte dokumentene. XX: Perspektivet er tydeliggjort og integrert i dokumentet. X: Perspektivet er nevnt, men ikke utdypet eller integrert.

Helsinki-deklarasjonen skiller seg også ut ved at livsgrunnlagsaspektet ikke er synliggjort. Fra et bredt miljøperspektiv, som inngår i de tidligere dokumentene²³, er miljø her snevret inn til hovedsakelig å dreie seg om lokale miljøfaktorer. I stedet kommer imidlertid et noe sterkere vektlegg-
ing av sosiale miljøfaktorer.

Den mest markante endringen opptrer imidlertid når det gjelder forbruks- og livsstilsperspektivet, som tidligere vist i figur 2. Fra WHO (1992)'s tydelige relatering av en overforbrukende livsstil til både miljø- og helseskader, har dette perspektivet falt bort i de senere dokumentene. Forbrukskapitlet i Agenda 21 uttrykker riktignok tydelig sammenhengen mellom forbruk og miljøskade, men denne relateres ikke videre til helseskader. Helsekapitlet vektlegger bl.a. helseskader forårsaket av negative miljøfaktorer, men disse relateres ikke til en overforbrukende livsstil. Agenda 21 har vært et meget sentralt dokument i verdenssamfunnets videre arbeid med å realisere målsetningen om en bærekraftig utvikling. Det faktum at helse og forbruk her er behandlet i to forskjellige kapitler, kan muligens ha bidratt til at trekantsammenhengen mellom en overforbrukende livsstil, miljøskade og helseskade har gått tapt (jfr. figur 3). Generelt kan det derfor se ut til at en av de grunnleggende innsiktene

²³ Graden av synliggjøring og utdyping varierer imidlertid

fra Vår felles framtid – at overforbruk utgjør et fundamentalt problem i forhold til menneskehetens livsgrunnlag og videre fremtidsutsikter – ikke blir videreført i det internasjonale samfunnets arbeid med helse og miljø. Selv om det overordnede bærekraftperspektivet er uttrykt i alle dokumentene, kan det samlet se ut til å være en dreining i tilnærmingen fra WHO (1992) og frem til Helsinki-deklarasjonen. Hovedtendensen, vist i figur 4, er at stadig flere av nøkkelperspektivene enten faller bort eller svekkes. Da det europeiske charteret stammer fra før Rio-konferansen, er det ikke tatt med i figuren. Mens de tidligste dokumentene tydelig plasserer helse, miljø, livsstil og forbruk i relasjon til en overordnet bærekraftig utviklingsstrategi, synes det brede bærekraftanliggendet gradvis å bli avløst av et mer avgrenset fokus på miljøfaktorer og helse. Inntrykket er at det mangesidige og komplekse forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse, som ble utredet i WHO (1992), i tidens løp har blitt redusert til et ensidig fokus på forebygging av individuell helseskade forårsaket av enkeltstående miljøfaktorer.



Figur 4. Utviklingslinjer når det gjelder bortfall og svekkelse av nøkkelperspektiver.

5.0 Nasjonal oppfølging av bærekraftig utvikling og helse

To norske dokumenter utgjør også et sentralt bakteppe for St.meld. nr. 16 (2002–2003). Det ene er Handlingsplan for miljø og helse (Sosial- og helsedepartementet og Miljøverndepartementet [SHD & MD], 2000), som utgjør Norges oppfølging av Helsinki-deklarasjonen. Det andre er den tidligere nevnte Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling fra 2002 (UD, 2002). Dokumentene representerer to forskjellige linjer og videreføring fra Vår felles framtid; det ene en helsepolitisk linje; det andre en overordnet politisk linje. Hvordan dokumentene forholder seg til de internasjonale dokumentene behandlet i forrige kapittel, er tidligere vist i figur 2.

Den nasjonale strategien utgjør en overordnet strategi for det norske samfunnet, og er ikke spesifikt rettet mot helse. I kraft av å være en overordnet strategi, tar den imidlertid for seg en rekke forhold som kan være av betydning for forholdet mellom bærekraftig utvikling og folkehelsepolitikken. Det blir også henvist til den i St.meld. nr. 16 (2002–2003). Den er derfor inkludert i dette arbeidet. I det følgende blir innholdet i de to dokumentene belyst ut fra de tidligere anvendte nøkkelperspektivene.

5.1 Handlingsplan for miljø og helse.

Handlingsplanens internasjonale forankring går via Helsinki-deklarasjonen tilbake til Rio-erklæringen og Agenda 21 fra Rio-konferansen i 1992, og til «Helse for alle»-strategien til WHO. Intensjonen er at planen skal være «en felles handlingsplan for helse- og miljøvernmyndighetene med formål å integrere mål og aktiviteter innen helse, miljø og utvikling» (SHD & MD, 2000, s. 5).²⁴ Planen inneholder hovedmål og prinsipper for arbeidet, samt arbeidsmål og aktuelle tiltak. Hovedmålet er:

Innen år 2000 skal Norge ha utviklet og iverksatt en samordnet strategi for miljø og helse som bidrar til økologisk bærekraftig utvikling, verner mot miljøfarer og sikrer miljøkvaliteter slik at hele befolkningen kan leve i sunne og helsefremmende miljøer (s. 8).

²⁴ Videre i boken angis bare dokumentnavnet Handlingsplan for miljø og helse, uten nærmere referanse.

Handlingsplanen gjentar prinsippene fra Helsinki-deklarasjonen som grunnlag for myndighetenes arbeid med miljø og helse, og gir en ytterligere konkretisering av prinsippenes innhold. Når det gjelder *prinsippet om bærekraftig utvikling* vektlegges bl.a. en klarere sammenheng mellom lokal handling og globale konsekvenser, og at retningen på utviklingen må ses i et langsiktig perspektiv. Behovet for en verdidebatt knyttet til økologisk og sosial bærekraft, blir også vektlagt. Med *prinsippet om solidaritet* forstås blant annet at det skal utvises internasjonal solidaritet, og «legges til rette for størst mulig lik fordeling av miljøgoder både geografisk og mellom generasjonene inklusive fremtidige generasjoner» (s. 8). Når det gjelder *prinsippet om samarbeid* med andre sektorer er intensjonen en tydeliggjøring av samarbeid med andre sektorer for at helse- og miljøaspekter best mulig skal integreres i disse sektorenes mål og tiltak. Både hovedmålet og to av de grunnleggende prinsippene uttrykker dermed et overordnet bærekraftperspektiv.

Selv om begrepet ansvar ikke er nevnt direkte, indikerer hovedmålet og de nevnte prinsippene at helse- og miljømyndighetene erkjenner et ansvar i forhold til å se egen virksomhet i lys av og integrert i en overordnet bærekraftig utviklingsretning. Handlingsplanens formulerte intensjon er ikke ensidig å forhindre helseskade forårsaket av negative miljøfaktorer, men også aktivt å bidra til økologisk bærekraftig utvikling, slik det er formulert i hovedmålet. Hele planen kan ses som en konkretisering av hvordan helse- og miljømyndighetene søker å ivareta dette ansvaret. Inkludert i dette er også ansvaret for å samarbeide med andre relevante sektorer og instanser for å bidra i ønsket retning. Hvilket ansvar enkeltindivider evt. tenkes å ha i denne sammenheng fremgår ikke. Når det gjelder ansvarspektivet, er dette dermed konsentrert om myndighetenes overordnede ansvar.

I kapittel 5. *Miljøutfordringer* formuleres mål og tiltak for arbeidet, i forhold til en rekke negative miljøfaktorer.²⁵ Det som vektlegges, og som særlig er relevant i forhold til dette arbeidet, er miljøfaktorer som lokal luftforurensning, vannkvalitet, fremmedstoffer i mat, helse- og miljøfarlige kjemikalier og stråling. Fokus er konsekvent rettet mot lokale og nasjonale miljøforhold – hvordan disse evt. henger sammen med globale trusler mot livsgrunnet blir ikke berørt. Av områder og tiltak som nevnes, kan imidlertid noen tenkes å bidra i mer global bærekraftig retning. Dette gjelder for eksempel intensjonen om å «arbeide for å redusere den samlede trusselen som helse- og miljøfarlige kjemikalier representerer» (s. 24).

²⁵ De faktorene som behandles er: Lokal luftkvalitet, inneklima, støy, vannkvalitet, smitte- og fremmedstoffer i mat, helse- og miljøfarlige kjemikalier, ulykker, stråling, friluftsliv og steds-kvalitet- kulturmiljø og byggeskikk.

Andre steder i planen, der en kunne forvente et mer globalt perspektiv, kan dette imidlertid ikke gjenfinnes. Eksempel på dette er behandlingen av lokal luftkvalitet. Mål og tiltak er her konsentrert om enkeltkomponenter i forurensningen, samt kunnskapsbehov og grenseverdier knyttet til disse. Derimot nevnes ingen tiltak rettet mot reduksjon i veitrafikken – noe som ville vært reelle bidrag i retning global bærekraft. En klar synliggjøring av miljøets livsgrunnlagsaspekt synes dermed ikke integrert i handlingsplanen.

I den innledende orienteringen om handlingsplanens innhold (kapittel 2) påpekes at planen, sett i et folkehelseperspektiv, bare tar for seg en del av de forholdene som påvirker helsen, og at dens viktigste intensjon er å redusere det negative bidraget som miljøfaktorer kan gi i forhold til helse. Forbruk og livsstil ligger dermed hovedsakelig utenfor dokumentets ramme, og er i liten grad berørt. Flere steder gis imidlertid eksempler på sammenhenger mellom helse, livsstil og miljøfaktorer. Generelt understrekes at «Kvaliteten i omgivelsene er bestemmende for hvilke muligheter nærmiljøet gir for helsebringende aktivitet og opplevelse» (SHD & MD, 2000, Vedlegg s. 2). I vedlegget, som omfatter en del av kunnskapsgrunnlaget som planen bygger på, poengteres for eksempel at helseproblemer som belastningslidelser og ulike livsstilssykdommer kan ha sin rot i fysiske miljøfaktorer. Eksempler kan være dårlige rammebetingelser for å drive friluftsliv i hverdagen – med påfølgende inaktivitet, eller liten mulighet til å oppleve stillhet og rekreasjon p.g.a. nedbygging av grøntarealer.

I kapittel 5 settes fokus på enkelte positive miljøfaktorer og deres helsemessige betydning. I avsnittet om friluftsliv vektlegges betydningen av at alle har lett tilgang til natur og friluftsområder, blant annet for å motvirke inaktivitet. Det fremheves imidlertid at mangelen på tilgang til natur i nærmiljøet fører til at transportbehovet knyttet til utøvelsen av friluftsliv øker. Denne erkjennelsen settes imidlertid ikke videre i relasjon til problemene med luftforurensning/lokal luftkvalitet, som er behandlet andre steder i planen.

Generelt er behandlingen av livsstil i handlingsplanen hovedsakelig helse-relatert og ikke miljørelatert. I den grad forholdet mellom forbruk/livsstil og miljø behandles, er fokus rettet mot at negative miljøfaktorer kan bidra til en helsemessig uheldig livsstil. At livsstilen også kan ha miljøkonsekvenser både nasjonalt og globalt, og at disse miljøkonsekvensene igjen kan få helsekonsekvenser blir ikke synliggjort. Den tidligere nevnte vektleggingen av en verdidebatt knyttet til økologisk og sosial bærekraft blir heller ikke nærmere utdypet eller konkretisert, verken i forbindelse med livsstil eller ulike miljøfaktorer. I den grad et livsstilsperspektiv er representert i planen, er dette relativt ensidig knyttet til individuell helse, og ikke til mer langsiktige trusler mot livsgrunnlaget eller mer grunnleggende verdimeessige utfordringer i samfunnet.

For å fremme positive miljøkvaliteter pekes det på at LA21-prosesser i kommunene²⁶ kan være viktige arenaer for å utvikle nettverk og samarbeid, og for å skape folkelig deltakelse i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Intensjonen med et slikt samarbeid er å synliggjøre sammenhengen mellom helse, miljø og trivsel. Koblingen til LA21 kan antyde en viss bevissthet om sammenhengen mellom lokale og globale forhold. Slike globale sammenhenger er imidlertid ikke synliggjort. Relateringen til LA21 ser dermed mer ut til å være et eksempel på hvordan man kan skape frivillig lokalt engasjement i forhold til en lokal, kommunal målsetning.

Når det gjelder planen som helhet er et overordnet bærekraftperspektiv klart uttrykt, både i hovedmålet og som et grunnleggende prinsipp for myndighetenes arbeid med helse- og miljøspørsmål. Både når det gjelder miljø- og forbruks- og livsstilsperspektivet, er imidlertid disse nesten utelukkende relatert til lokale og nasjonale forhold. Forbruk nevnes overhodet ikke i meldingen, og livsstil presenteres utelukkende som et helseanliggende; ikke som noen drivkraft i forhold til miljøskader. At nettopp individuelt forbruk og livsstil i høy grad bidrar til de miljøskadene som planen retter seg mot å minimalisere, fremgår ikke.

Presiseringene som gjøres innledningsvis angående bærekraftig utvikling (om sammenheng mellom lokal handling og globale konsekvenser, samt verdidebatt knyttet til økologisk og sosial bærekraft) er vanskelig å finne gjennomslag for eller konsekvenser av i planens øvrige innhold. Tilsvarende gjelder for prinsippet om solidaritet – hvordan handlingsplanen skal kunne bidra til internasjonal solidaritet og hensyn til fremtidige generasjoner fremgår ikke på noen klar eller entydig måte. Det overordnede bærekraftperspektivet synes dermed ikke integrert i handlingsplanen, men fremstår mer som en generell intensjon.

5.2 Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling

At bærekraftig utvikling er en overordnet politisk målsetning i Norge har siden Rio-konferansen vært gjentatt og utdypet i flere planer, utredninger, rapporter og stortingsmeldinger.²⁷ I 2002, 10 år etter Rio-konferansen, ble for første gang en *Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling* (UD, 2002) offentliggjort.²⁸ Utgangspunktet for strategien er at menneskenes samlede produksjon og forbruk har et omfang som truer naturgrunnet. «Vi tærer

²⁶ Lokal Agenda 21: Den lokale og kommunalt forankrede oppfølgingen av Agenda 21 fra Rio-konferansen.

²⁷ Se for eksempel St.meld. nr. 13 (1992-1993) FN-konferansen om miljø og utvikling i Rio de Janeiro, St.meld. nr. 58 (1996-1997) Miljøvernpolitikk for en bærekraftig utvikling

²⁸ Videre i boken anvendes bare dokumentnavnet Nasjonal strategi, uten nærmere referanse.

på selve naturkapitalen og ikke bare på avkastningen av den, det motsatte av en bærekraftig utvikling» (s. 5). Strategien er ment å være en overordnet strategi, ikke bare for statens virksomhet – den «skal vise retningen for *alle* aktører i det norske samfunnet» (s. 6). Strategiens «fremste formål er å sikre at alle de enkelte planene, vedtakene og tiltakene i størst mulig grad trekker samfunnet i retning av bærekraftig utvikling» (s. 6). Det fastslås at:

Den overordnede målsettingen for det norske samfunnet, og verdenssamfunnet, er at utviklingen skal være økonomisk, sosialt og økologisk bærekraftig. Grunnlaget for vedvarende bruk av naturen og dens ressurser skal bevares. Innenfor disse rammene skal vi fremme en stabil og sunn økonomisk utvikling og et samfunn med høy livskvalitet, og bidra til at også verdens fattige får mulighet til materiell velferd og økt livskvalitet (s. 7).

Det påpekes at arbeidet for bærekraftig utvikling bygger på solidaritet i tid og rom, og at dette har konsekvenser for hvordan vi bruker og fordeler jordens goder. Som grunnleggende prinsipp slås det fast «at vi må respektere naturens tålegrense og basere politikken på føre-var-prinsippet» (s. 5).

For å realisere en bærekraftig utvikling gir meldingen tydelig uttrykk for at alle i samfunnet har ansvar for å bidra:

Visjonen om bærekraftig utvikling virkeliggjøres gjennom politiske beslutninger og gjennom de valg og beslutninger som tas ellers i samfunnet, i næringslivet, i offentlig sektor sentralt og lokalt, og av organisasjoner og enkeltmennesker (s.33).

For myndighetenes vedkommende presiseres at sektormyndigheter har sin del av ansvaret, og at de må legge rammebetingelser som stimulerer til å ta bærekraftshensyn. I denne sammenheng poengteres utfordringen med å få forståelse for tiltak som først vil gi gevinst mange år inn i fremtiden. Derfor vektlegges blant annet medvirkningsprosesser, som kan fremme «erkjennelsen av at alle har interesse av å bidra til at felles mål blir nådd» (s. 34). Når det gjelder enkeltindividers bidrag, vektlegges at alle, via livsstil og forbruk, har en rolle i forhold til bærekraftig utvikling. Strategien viser med dette et bredt og omfattende ansvarsperspektiv, der alle instanser og nivåer i samfunnet – fra statlige myndigheter til enkeltindivider – tillegges et ansvar og en rolle i å fremme en bærekraftig utvikling.

I strategien formuleres delmålsetninger for fem forskjellige områder²⁹ –

²⁹ Internasjonalt samarbeid, Sunn og stabil økonomisk utvikling, Trygghet og personlig utvikling, Sterkt og kostnadseffektivt miljøvern og Langsiktig forvaltning av naturressursene.

av disse er to særlig relevant i forhold til helse: *Trygghet og personlig utvikling* (livskvalitetsmål) og *Sterkt og kostnadseffektivt miljøvern* (miljømål). Under livskvalitetsmålet fremheves helse som en viktig velferdsfaktor, og det påpekes at et sunt og helsefremmende miljø er en forutsetning for god helse. Som eksempler på negative miljøforhold nevnes fysiske, kjemiske og biologiske faktorer som vi utsettes for via luft, vann eller mat. Det understrekes imidlertid at helsen påvirkes både av livsstilen og av negative (og positive) miljøforhold.

På miljøområdet vektlegges særlig tre utfordringer: drivhuseffekten, biologisk mangfold og miljø- og helsefarlige kjemikalier. Konkrete helseutfordringer knyttes spesielt til helse- og miljøfarlige kjemikalier, og det påpekes et stort kunnskapsbehov i forhold til disse – særlig når det gjelder sammensatte effekter ved eksponering for flere ulike stoffer. Av negative miljøfaktorer fremheves ellers særlig støy og forurensning fra motorisert transport som et folkehelseproblem. Dessuten vektlegges at bruken av fossilt brennstoff i transportsektoren bidrar til globale klimaendringer (forsterket drivhuseffekt). Generelt fremheves utslipp av klimagasser som en av de største miljøutfordringene globalt. Reduksjon av utslipp på disse områdene anses derfor som viktige innsatsområder.

Også ved behandlingen av mat og landbruk presenteres miljø som noe mer enn isolerte miljøfaktorer. I forhold til helse og miljø ligger hovedvekten på miljøgevinstene med omlegging av landbruket, med vektlegging av mer miljøvennlige produksjonsmåter og en videre utvikling av økologisk landbruk. Det relateres imidlertid også i noen grad til helse, for eksempel ved at en av utfordringene for norsk landbruk angis å være «å bidra til helsemessig trygg mat av høy kvalitet med bakgrunn i forbrukernes preferanser, og produsert på en bærekraftig måte» (s. 31).

Samlet viser behandlingen av store globale miljøutfordringer (klimaendringer og utfordringen med bærekraftig matproduksjon) og en viss relatering av disse til nasjonale forhold, at miljø som livsgrunnlag gis en reell plass i strategien. Andre steder vektlegges dessuten andre forhold knyttet til miljø som livsgrunnlag – for eksempel bevaring av biologisk mangfold. Noe indirekte kobles dette også til helse og livskvalitet – for eksempel fremheves viktigheten av å «hegne om miljøkvaliteter som landskap, muligheter for friluftsliv og mangfoldig bruk av kulturminner og -miljøer» (s. 9) og av at landets «miljøformue» skal kunne gis videre til neste generasjon. Når det gjelder miljøperspektivet ser strategien samlet ut til å favne både miljøfaktor- og livsgrunnlagsaspektet.

Strategien fremhever også sammenhenger mellom miljø, livsstil og helse. For eksempel vektlegges viktigheten av «bystrukturer og bymiljø som stimulerer til helsefremmende livsstil, (...) sterkere satsing på kollektivtransport, sykling og gange, byer og tettsteder som tar vare på natur- og

kulturmiljø» (s. 37). Av helsemessig problematiske livsstilsfaktorer fremheves blant annet stress, usunne matvaner og manglende fysisk aktivitet. To av disse faktorene gjenfinnes også der omlegging til et mer bærekraftig forbruk behandles. Her understrekes at «Potensialet for omlegginger på matområdet, i boligbruk og transport bør vies særlig oppmerksomhet» (s. 35).

Generelt påpekes at «forbrukerne øver betydelig innflytelse på samfunnsutviklingen gjennom sitt forbruksnivå, valg av varer og tjenester og organisering av hverdagslivet» (s. 35). Under behandlingen av helse- og miljøfarlige kjemikalier påpekes særlig problemet med deres tilknytning til produkter i alle faser av disses liv – produksjon, anvendelse og avfall. Strategien viser dermed en klar kobling mellom livsstil, forbruk, miljøskade og helseskade. Det poengteres imidlertid at miljøhensyn og forbrukerinteresser ikke nødvendigvis er sammenfallende. Som et virkemiddel for å endre forbruksmønsteret vektlegges derfor en styrking av den enkelte forbrukers kunnskap om og engasjement i forhold til miljøkonsekvensene av forbruk. Det poengteres også at økt livskvalitet for fremtiden må oppnås på andre måter enn ved høynet materiell levestandard.

Samlet har strategien et tydelig forbruks- og livsstilsperspektiv der en overforbrukende livsstil knyttes til både miljøskade og helseskade. Helsemessige forbedringer knyttes dessuten direkte til en omlegging til mer bærekraftig forbruk og livsstil – både når det gjelder kosthold, transport og et mer generelt forbruksnivå.

Sett under ett har strategien (rimeligvis) et tydelig overordnet bærekraftsperspektiv. Det knyttes an til både globale og nasjonale utfordringer, og disse ses i noen grad i sammenheng. Når det gjelder ansvarspektivet er dette bredt og omfattende, og inkluderer alle instanser og nivåer i det norske samfunnet – fra myndigheter på forskjellige nivåer, til næringsliv, frivillige organisasjoner og enkeltmennesker. Miljøperspektivet omfatter både livsgrunnlag og miljøfaktorer, der særlig de sistnevnte knyttes direkte til helse. Også forbruks- og livsstilsperspektivet er tydelig, med klare eksempler på synliggjøring av komplekse sammenhenger mellom livsstil, forbruk, miljø og helse.

5.3 Hovedlinjer i nasjonal oppfølging

De to nasjonale dokumentene er av relativt forskjellig karakter, og har også forskjellige intensjoner. På noen områder har de imidlertid overlappende innhold. Felles for begge dokumenter er at de har et overordnet bærekraftsperspektiv. Mens dette er synliggjort og konkretisert i den nasjonale strategien, har det i handlingsplanen imidlertid preg av å være en mer uforpliktende intensjon som ikke er reelt integrert i planens innhold. Til tross for

at strategien ikke har noe særskilt helsepolitisk siktemål, finnes likevel en rekke eksempler på at helse er forstått og integrert i et overordnet bærekraftsperspektiv – noe som i liten grad fremgår i handlingsplanen. Tilsvarende forhold gjenspeiles også når det gjelder plasseringen av ansvar i forhold til å virkeliggjøre en bærekraftig utvikling. Også her er den nasjonale strategien tydeligere enn handlingsplanen, der et reelt ansvarspektiv i forhold til overordnet bærekraft ikke forekommer.

I sin behandling av miljø-, samt forbruks- og livsstilsperspektivet, skiller imidlertid dokumentene seg fra hverandre. Når det gjelder miljøperspektivet, er fremstillingen i handlingsplanen konsentrert om helseskadelige miljøfaktorer; riktignok med noen mindre referanser til positive miljøfaktorer – som kan antyde at miljø også har karakter av livsgrunnlag og ikke bare utgjøres av enkeltstående miljøfaktorer. En relativt ensidig vektlegging av miljøfaktoraspektet, har handlingsplanen til felles med Helsinki-deklarasjonen. Samlet kan det dermed se ut til at den gradvise innnevringen av «miljø» til å gjelde enkeltstående miljøfaktorer, som kunne spores i de internasjonale dokumentene, også videreføres i handlingsplanen. I motsetning til dette representerer den nasjonale strategien en bredere tilnærming. Helseutfordringer knyttet til ulike miljøfaktorer behandles også her, men i tillegg er miljø som livsgrunnlag også til en viss grad synliggjort.

Også når det gjelder forbruks- og livsstilsperspektivet finnes en del overlappende innhold i de to norske dokumentene. Begge påpeker at negative miljøfaktorer kan medvirke til en helsemessig uheldig livsstil. Her finner en dermed det motsatte perspektivet av det en finner i Vår felles framtid og WHO (1992), der det er miljøkonsekvensene av en overforbrukende livsstil som vektlegges. Det er imidlertid bare den nasjonale strategien som setter forbruk og livsstil inn i en større samfunnsmessig sammenheng, der både helse- og miljøkonsekvensene av en overforbrukende livsstil synliggjøres. Handlingsplanen har et snevrere perspektiv, der livsstilens individuelle helsekonsekvenser står i fokus. Livsstil relateres her heller ikke til forbruk. Generelt har den nasjonale strategien en bredere og mer helhetlig tilnærming til forbruk, livsstil og miljø – noe som også er rimelig å forvente ut fra dokumentets intensjon om å være en overordnet strategi for det norske samfunnet.

Begge dokumenter kan imidlertid i hovedtrekk sies å representere klare videreføring av de tidligere behandlede internasjonale dokumentene. Langs den overordnede politiske linjen finnes en klar kontinuitet fra Vår felles framtid, via Agenda 21 og til den nasjonale strategien.³⁰ I sistnevnte

³⁰ Sammenligningen av Nasjonal strategi med Vår felles framtid og Agenda 21 tar bare utgangspunkt i områder som er relevante for dette arbeidet, og som er nedfelt i nøkkelperspektivene. Hvorvidt strategien også følger opp de nevnte dokumentene på andre områder, tas det her ikke stilling til.

kan det også se ut til at elementer fra den helsepolitiske linjen er tatt opp og integrert. Langs den internasjonale helsepolitiske linjen har det som tidligere nevnt skjedd en svekkelse og et bortfall av flere av nøkkelperspektivene. Dette gjenspeiles også i handlingsplanen, da den innholdsmessig har flest fellestrekk med Helsinki-deklarasjonen, som er det siste i rekken av internasjonale bakgrunnsdokumenter.

6.0 Bærekraftig utvikling i norsk folkehelsepolitikk

I motsetning til de andre dokumentene som er behandlet, er St.meld. nr. 16 (2002–2003) ikke en direkte oppfølging av Vår felles framtid. Den er imidlertid utgitt etter at den første norske nasjonale strategien for bærekraftig utvikling ble publisert³¹, og etter at det globale samfunn hadde gjort opp status i bærekraftarbeidet på *The Earth Summit* i Johannesburg, september 2002. Da St.meld. nr. 16 (2002–2003) søker å se folkehelsepolitikken i et stort og langsiktig perspektiv, synes det rimelig å forvente at en overordnet samfunnsmessig målsetning om bærekraftig utvikling vil ha satt sitt preg på dokumentet. Meldingen kan derfor betraktes som en prøvestein på hvilket gjennomslag Vår felles framtid og den videre nasjonale og internasjonale oppfølgingen av denne har fått i norsk folkehelsepolitikk. I den videre fremstillingen vil de fire nøkkelperspektivene bli anvendt for å klargjøre hvor og hvordan bærekraftig utvikling blir vektlagt og integrert i meldingen, og hvordan de tidligere behandlede internasjonale og nasjonale dokumentene blir fulgt opp. I forhold til dette vil ikke alle deler av St.meld. nr. 16 (2002–2003) være like relevante. Den videre fremstilling forholder seg derfor primært til de deler av meldingen som kan relateres til nøkkelperspektivene³².

6.1 St.meld.nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken

Som nevnt i innledningskapitlet, forekommer begrepet bærekraftig utvikling nesten ikke i St.meld. nr. 16 (2002–2003). Spørsmålet er om meldingen likevel, uten å nevne selve begrepet, kan sies å ha et overordnet bærekraftperspektiv, ivareta sentrale bærekraftanliggender og representere en oppfølging av Vår felles framtid, samt de internasjonale og nasjonale dokumentene som bygger på denne.

I meldingens innledningskapittel finnes flere utsagn som dreier seg om

³¹ St.meld. nr. 16 (2002–2003) ble lagt frem i januar 2003. Tiden mellom offentliggjøringen av den nasjonale strategien i 2002 og St.meld. nr. 16 (2002–2003) er dermed relativt kort, og utarbeidingen av de to dokumentene har sannsynligvis til dels foregått parallelt. Uansett hadde den overordnede målsetning om bærekraftig utvikling på denne tiden ligget fast i mange år.

³² En del av meldingen som ikke blir nærmere berørt er Del V En kvinnehelsestrategi.

den overordnede samfunnsutviklingen. Det hevdes at det avgjørende for helse- og sykdomsutviklingen er «våre egne valg og hvordan vi sammen innretter samfunnet innenfor en rekke ulike områder» (s. 5). Det poengteres imidlertid også at befolkningens helse ikke minst er «et resultat av utviklingstrekk og politiske valg utenfor enkeltindividenes rekkevidde» (s. 7), og det hevdes at «Som samfunn bør vi føre en politikk som også tar ansvar for å påvirke framtidige behov og utfordringer, og som forsøker å redusere framtidige lidelser» (s. 5). Det forekommer imidlertid ingen utsagn som antyder at den overordnede samfunnsutviklingen bør gå i en bestemt (bærekraftig) retning, eller at hensynet til jordas og menneskehetens fremtid skal tillegges noen særskilt betydning når det gjelder våre politiske valg. I kapittel 7 *Miljøet rundt oss*, henvises imidlertid til Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling:

I forkant av toppmøtet om bærekraftig utvikling i Johannesburg i september 2002 la regjeringen fram en nasjonal strategi for bærekraftig utvikling. Strategien tar utgangspunkt i en bred oppfatning av bærekraftbegrepet hvor helse er en sentral dimensjon (s. 59).

Hvordan helse inngår som en sentral dimensjon i bærekraftbegrepet, og hvilken relevans en overordnet bærekraftig utvikling kan ha for norsk folkehelsearbeid, utdypes imidlertid ikke nærmere.

Fraværet av et overordnet bærekraftperspektiv gjenspeiles også i de fire hovedstrategiene for folkehelsearbeidet som presenteres i meldingen. De to første strategiene omhandler emner med en klar relevans i forhold til bærekraftig utvikling. Hovedinnholdet i disse blir derfor nærmere presentert i det følgende.³³

I hovedstrategi 2. *Bygge allianser for folkehelse* heter det blant annet at «Helsehensyn skal trekkes sterkere inn i alle deler av samfunnsplanleggingen», og at «målet er å bygge opp et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid» (s. 24). En stor del av kapittel 8. *Sammen om folkehelsen*, tar for seg hvordan folkehelsearbeid kan innarbeides bedre på ulike forvaltningsnivåer, og integreres i forskjellige plan- og beslutningsprosesser. Behovet for utvikling av sektorovergrepene verktøy understrekes, da mange faktorer av betydning for helse ligger utenfor helsesektorens rekkevidde. Et slikt verktøy kan være konsekvensutredninger, som kan gi en oversikt over hvilke konsekvenser forskjellige beslutninger kan ha for hele eller deler av befolkningen. Som eksempler på forhold som kan inngå i en slik konsekvensutredning, nevnes livsstil, sosioøkonomiske faktorer og miljøfaktorer.

³³ De to siste har imidlertid mindre relevans og blir i liten grad berørt. Den tredje hovedstrategien retter seg primært mot interne forhold når det gjelder helsevesenets arbeid og prioriteringer, mens den fjerde handler om utvikling av ny kunnskap.

Miljørettet helsevern som er en kommunal oppgave, behandles i et eget avsnitt (8.5). Innledningsvis (s. 82) listes opp tre hovedgrupper av temaer som inngår i miljørettet helsevern:

- *fysisk, kjemisk og biologisk forurensning*
- *ulykkesforebygging og*
- *sosiale miljøfaktorer og bærekraftig utvikling*

Hvordan miljørettet helsevern relaterer til bærekraftig utvikling, er imidlertid ikke nærmere behandlet eller utdypet. I den grad konkrete miljøfaktorer blir behandlet, er fremstillingen konsentrert om sosiale miljøfaktorer. Spesielt vektlegges miljørettet helsevern i barnehager og skoler – også her med stor vekt på psykososiale forhold. For øvrig er fremstillingen konsentrert om erfaringene fra og forskjellige modeller for organiseringen av det kommunale arbeidet med miljørettet helsevern. Ut fra St.meld. nr. 16 (2002–2003) synes det dermed ukart hvorvidt eller hvordan miljørettet helsevern kan eller skal bidra til bærekraftig utvikling, hvorvidt / hvordan det skal bøte på konsekvensene av en ikke-bærekraftig utvikling, eller evt. begge deler.

Et sentralt element for å lykkes i å skape et helhetlig folkehelsearbeid, hevdes å være et allsidig samarbeid. Det påpekes (s. 74) at «det [er] viktig å betrakte stat og kommune, offentlig og frivillig sektor som partnere som skal dra i samme retning». At lokalt folkehelsearbeid kan ha tilknytningspunkter til globale forhold fremgår ikke. Som organisatorisk eksempel henvises til erfaringer fra *Lokal Agenda 21* -arbeid i kommunene, men det antydes ikke at folkehelsearbeid og LA21-arbeid kan ha noen felles elementer eller anliggender. Generelt ser forebygging av evt. helsetrusler fra en ikke-bærekraftig samfunnsutvikling ikke ut til å være noe sentralt element i det helhetlige folkehelsearbeidet som tilstrebes. I den grad bærekraftig utvikling er nevnt, er det mer som generelle henvisninger, uten at det fremgår hvilke konsekvenser målsetningen om bærekraftig utvikling egentlig ville kunne ha for folkehelsepolitikken. På bakgrunn av dette synes det overordnede bærekraftperspektivet dermed så vidt å være antydnet i meldingen, men ikke synliggjort, integrert eller konkretisert.

I presentasjonen av hovedstrategi 1. *Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse*, er særlig kapitlene *Sunne livsstilsvalg* (kap. 4) og *Miljøet rundt oss* (kap. 7) relevante i forhold til bærekraftig utvikling. Miljøkapitlet representerer en bred forståelse av begrepet miljø, med egne avsnitt som spenner fra det globale (Agenda 21), via den nasjonale satsningen på helse og miljø til arbeidsmiljø, trygg mat og smittevern. Innledningsvis påpekes den begrensede kunnskapen om både kort- og langsiktige helsekonsekvenser av negative miljøfaktorer, særlig når det gjelder hvordan ulike faktorer virker sammen. Nødvendigheten av videre forskning slås fast, og likeledes behovet for en risikovurdering når det gjelder ulike miljøfaktorer. Det påpekes også at det på enkelte områder vil

være nødvendig å følge «føre-var»-prinsippet, fordi kunnskapsgrunnlaget aldri vil være helt fullstendig.

Avsnittet om Agenda 21 (7.1) er meldingens korteste underkapittel, og består av fem setninger. Her henvises, som tidligere nevnt, til Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling, og arbeidet med å videreføre og konkretisere denne i en nasjonal Agenda 21. Avsnittet har ingen referanser til globale miljøskader eller -utfordringer, eller evt. nåtidige eller fremtidige helsetrusler på bakgrunn av disse. Det bidrar derfor ikke til å sette folkehelsepolitikken inn i en større, global bærekraftkontekst.

I behandlingen av nasjonale satsninger for miljø og helse (7.2) presenteres hovedbudskap og innhold i Handlingsplan for miljø og helse. De konkrete miljøfaktorer som nevnes er særskilt støy og lokal luftkvalitet, samt stråling – hovedsakelig i form av UV-stråling. For å redusere helseproblemene knyttet til lokal luftforurensning vektlegges viktigheten av å integrere miljø- og helsehensyn i areal- og transportpolitikken. I avsnittet om trygg mat (7.4) behandles mattryggheten i Norge. Det fastslås at denne generelt er god, men at vi stadig stilles overfor nye utfordringer. Hovedvekten i avsnittet ligger på mat og smittevern, samt forhold vedrørende matforvaltning og internasjonalt samarbeid knyttet til regelverksutvikling. Av negative miljøfaktorer knyttet til mat, nevnes imidlertid miljøgifter og viktigheten av overvåking og informasjon til befolkningen. Miljøperspektivet i dette kapitlet synes dermed konsentrert utelukkende om enkeltstående miljøfaktorer.

Kapitlet *Sunne livsstilsvalg* berører i tillegg til livsstil, også noen av de samme miljøfaktorene som er behandlet i miljøkapitlet. I det følgende blir derfor ulike forhold vedrørende miljø og livsstil sett i sammenheng. Kapitlet vier stor plass til fysisk aktivitet (4.1) og riktig kosthold (4.2)³⁴. Under behandlingen av kosthold som livsstilsfaktor, legges hovedvekten på kosthold blant barn og unge og økt forbruk av frukt og grønnsaker. Innledningsvis refereres de generelle hovedmålene for mat- og ernæringspolitikken. Ett av disse er at kostholdet skal være sammensatt slik at det «er produsert på en bærekraftig og miljøvennlig måte» (s. 35). Hvilke konsekvenser denne målsetningen har for prioritering og valg mellom ulike matvarer fremgår imidlertid ikke, og det er heller ikke foreslått noen tiltak for å dreie kostholdet i bærekraftig retning. Relateringen til «bærekraftig og miljøvennlig» kan muligens antyde en forståelse av miljøet som livsgrunnlag, og av at våre matvarevalg har miljøkonsekvenser som er uforenlig med langsiktige bærekraftshensyn. Da dette ikke er fulgt opp av noen nærmere konkretisering, kan miljøets livsgrunnlagsaspekt likevel ikke sies å være integrert.

³⁴ Andre livsstilsfaktorer som behandles er røyking og rusmisbruk. Disse blir imidlertid ikke nærmere berørt i dette arbeidet.

For å fremme fysisk aktivitet vektlegges blant annet en satsning på aktiv transport (4.1.3), der et av tiltakene er å styrke sykkelens rolle som transportmiddel. Generelt skal det satses på å «bringe helsemessige hensyn sterkere inn i transportpolitikken» (s. 33). I denne sammenheng nevnes luftforurensning og støy blant de negative konsekvenser av transport som det skal satses på å begrense. At økt sykkelbruk direkte ville kunne bidra til å redusere nivået av helseskadelige miljøfaktorer fremgår imidlertid ikke direkte. Heller ikke nevnes at mer aktiv transport og mindre bruk av fossile brensel ville være bidrag til en global bærekraftig utvikling i form av reduserte CO₂-utslipp. Fokus er dermed rettet mot enkeltstående negative miljøfaktorer, mens mer grunnleggende forhold ved miljø som livsgrunnlag heller ikke her er trukket inn. Samlet synes miljøperspektivet i meldingen ensidig å være rettet mot enkeltstående miljøfaktorer, mens et bredere livsgrunnslagsaspekt ikke er synliggjort eller integrert.

Forbruk er ikke nevnt i livsstilskapitlet eller i meldingen for øvrig, ut over utsagnet: «Satt på spissen: Tidligere slet vi oss til sykdom og død – nå konsumerer vi oss til det samme, og vi gjør det i sittende stilling» (s. 28). Da meldingen vektlegger de fire områdene fysisk aktivitet, kosthold, røykig og rusmidler, virker det rimelig å anta at det er disse livsstilsområdene utsagnet henspeiler på. En nærmere konkretisering av evt. miljøkonsekvenser av nevnte forbruk og livsstil, og av hvordan disse miljøkonsekvensene igjen kan påvirke helse på kort eller lang sikt, er ikke nevnt. Noen klar sammenheng mellom forbruk og livsstil, miljøskade og helseskade presenteres dermed ikke, heller ikke der slike sammenhenger kunne synes svært naturlige å påpeke. Samlet synes behandlingen av forbruk og livsstil ensidig å være rettet mot individuelle helsemessige forhold, uten å være satt inn i en overordnet bærekraftkontekst. Noe forbruks- og livsstilsperspektiv kan derfor ikke sies å være integrert i meldingen.

Et sentralt anliggende i en folkehelsepolitikk er å fastslå hvem som skal være ansvarlig for oppfølging og implementering. Som tidligere nevnt, erkjennes det i meldingen at dagens norske sykdomsbilde speiler en generell samfunnsutvikling, og at «Ansvar må derfor synliggjøres i alle sektorer når nasjonal politikk formes» (s. 7). Meldingen vektlegger nødvendigheten av sektorovergripende arbeid, og dessuten «en klarere ansvarsforankring og en omfattende alliansebygging både innen det offentlige og mellom offentlige instanser og det frivillige Norge (...)» (s. 24).

Meldingen er også tydelig på enkeltindividers ansvar for egen helse, og for å foreta sunne livsstilvalg (kap 4). I forhold til dette er myndighetenes ansvar å «skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse» (s. 24). Det poengteres at det er nødvendig med et samarbeid der både den enkelte og myndighetene tar ansvar og bidrar aktivt. At enkeltindivider evt. også skulle ha ansvar for å bidra til et helsefremmende miljø, eller til

en mer overordnet bærekraftig utvikling, er derimot ikke vektlagt.

Når det gjelder ansvarspektivet, ser helsemyndighetenes ansvar generelt ut til å handle om tilrettelegging, samarbeid og påvirkning overfor alle de instanser hvis virksomhet på en eller annen måte påvirker befolkningens helsetilstand. Ansvaret ser derimot ikke ut til å strekke seg så langt som til å påvirke den mer overordnede og generelle samfunnsutviklingen, eller til å se helseutfordringer eller -tiltak i lys av bærekraftig utvikling. Nasjonale ulikheter i helse påpekes som et rettferdighetsproblem, men at norsk folkehelsepolitikk også kan settes inn i en global rettferdighets- og dermed bærekraftsammenheng, fremgår ikke.³⁵ Samlet synes det tydelig at helsemyndighetene ikke tillegges noe særskilt ansvar for å fremme eller bidra til en bærekraftig utvikling.

6.2 St.meld. nr. 16 (2002–2003) i relasjon til tidligere dokumenter

Som det tidligere er gjort rede for (se blant annet tabell 1 og figur 4), viser de internasjonale dokumentene en tendens til at stadig flere av nøkkelperspektivene faller bort eller svekkes. Om en ser bort fra Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling, bekreftes denne tendensen også i de norske dokumentene³⁶. Som vist i tabell 2, er verken det overordnede bærekraftperspektivet eller ansvarspektivet integrert eller synliggjort i St.meld. nr. 16 (2002–2003). I motsetning til i de fleste internasjonale dokumentene er imidlertid et livsstilsperspektiv representert i alle de norske dokumentene. I både Handlingsplanen for miljø og helse, og St.meld. nr. 16 (2002–2003) er dette imidlertid bare relatert til individuell helseskade, og ikke til miljøskade. Livsstil er heller ikke relatert til mer overordnede samfunnsmessige utviklingstrekk. Samlet fremstår St.meld. nr. 16 (2002–2003) dermed som det dokumentet som har svakest representasjon av nøkkelperspektiver.

I alle dokumentene før St.meld. nr. 16 (2002–2003), presenteres bærekraftig utvikling innledningsvis som en overordnet målsetning som evt. blir videre utdypet og integrert. I motsetning til dette, nevnes bærekraftig utvikling i St.meld. nr. 16 (2002–2003) mer som en generell referanse

³⁵ Meldingen har et eget avsnitt om helse og globalisering, der det blant annet påpekes at skillet mellom nasjonale og internasjonale helseproblemer stadig blir mindre relevant. I den grad meldingen behandler internasjonale forhold, er det imidlertid hovedsakelig påvirkningen utenfra og inn mot det nasjonale som behandles.

³⁶ Den nasjonale strategien er, som tidligere nevnt, en overordnet strategi for det norske samfunnet. Som vist i figur 2 er den ikke en del av den helsepolitiske, men av den generelle politiske oppfølgingen av Vår felles framtid. Det er derfor rimelig å forvente en helt annen synliggjøring av nøkkelperspektivene i denne, enn i de to helsepolitiske dokumentene.

	Overordnet perspektiv	Ansvars-perspektiv	Miljø-perspektiv		Forbruks- og livsstilsersp	
			Livs-gr.lag	Miljø-fakt.	Miljø-skade	Helse-Skade
Handlingsplan for miljø og helse	X	X		XX		X
Nasjonal strategi	XX	XX	XX	XX	XX	XX
St.meld. nr. 16 (2002–2003)				XX		X

Tabell 2. Oversikt over hvordan nøkkelperspektivene er representert i norske dokumenter.

XX: Perspektivet er tydeliggjort og integrert i dokumentet.

X: Perspektivet er nevnt, men ikke utdypet eller integrert.

under behandlingen av andre temaer, og ikke som et overordnet utviklingsperspektiv som legger føringer for, eller synes å ha konsekvenser for utformingen av folkehelsepolitikken.

Som helhet synes meldingen hovedsakelig å fremtre som et helsepolitisk sektordokument. Den tar riktignok til orde for sektorovergrepene samarbeid, men andre samfunnssektorer og -områder synes bare relevante i den grad de påvirker eller har konsekvenser for individuell helse. Det vektlegges at helsehensyn må tas inn i samfunnsplanleggingen, og at helsemyndighetene har ansvar for å samarbeide med relevante offentlige og private instanser for å bidra til dette. Et omvendt perspektiv – at en ikke-bærekraftig samfunnsutvikling på lengre sikt kan true helsen, og at helsemyndighetene i dag kan ha noe ansvar i denne sammenheng – er derimot ikke representert. Hvem som har ansvar for å virkeliggjøre den overordnede bærekraftmålsetningen er noe St.meld. nr. 16 (2002–2003) ikke forholder seg til.

I St.meld. nr. 16 (2002–2003) stilles heller ikke spørsmål om hvordan folkehelsearbeidet bør drives, om det skal kunne bidra til en langsiktig bærekraftig utvikling. Hovedmålet fra Handlingsplan for miljø og helse (SHD & MD, 2002, s. 8) – at Norge skal «ha utviklet og iverksatt en samordnet strategi for miljø og helse som *bidrar til økologisk bærekraftig utvikling*³⁷ (...)» – synes ikke å ha påvirket meldingens innhold. Snarere kan innholdet nettopp synes å bekrefte utsagnet fra meldingens innled-

³⁷ Egen kursivering.

ningskapittel (St.meld. nr. 16 (2002–2003, 2003, s. 5), at «Den politiske oppmerksomheten fanges ofte av det akutte, og av de umiddelbare behovene for hjelp».

Helseproblemer knyttet til overvekt, inaktivitet, uheldig kosthold, røyking og rusmidler er høyst reelle. Spørsmålet er om tiltak, strategier og virkemidler i folkehelsearbeidet kunne sett annerledes ut, om disse forbruksrelaterte helseproblemene i høyere grad ble relatert til dagens ikke-bærekraftige samfunnsutvikling. Som tidligere sitert, uttrykker meldingen innledningsvis at «Som samfunn bør vi føre en politikk som også tar ansvar for å påvirke fremtidige behov, og som forsøker å redusere framtidige lidelser» (s. 5). Om dette utsagnet er ment som en generell politisk uttalelse som også kan tenkes å inkludere målsetningen om bærekraftig utvikling, synes noe uklart. Uansett er det vanskelig å se at utsagnet i særlig grad har fått konsekvenser for meldingens innhold.

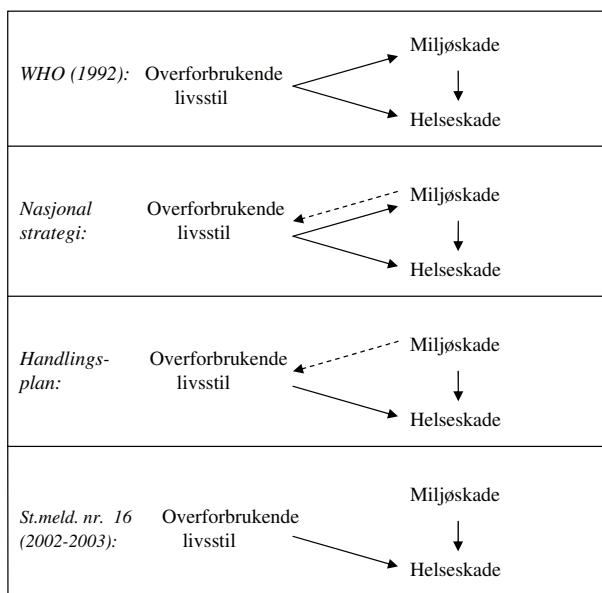
Generelt kan det synes som om meldingen relativt ensidig er opptatt av helse som et individuelt livsstilsanliggende, og i mindre grad vektlegger samfunnsmessige betingelser for helse³⁸. Dette gjenspeiles blant annet i behandlingen av både miljø-, og forbruks- og livsstilsperspektivene. Når det gjelder miljøperspektivet, er dette både i St.meld. nr. 16 (2002–2003) og i handlingsplanen ensidig konsentrert om enkeltstående miljøfaktorer som kan representere en individuell helsetrussel. At forekomsten av disse miljøfaktorene også kan være en konsekvens av en generelt overforbrukende individuell livsstil og dominerende samfunnsmessige trender, fremgår ikke. Heller ikke er det synliggjort at en overforbrukende livsstil er en langsiktig trussel mot miljøet som livsgrunnlag. I forhold til de internasjonale dokumentene, ligger innholdet i de to norske her på linje med Helsinki-deklarasjonen.

Hvordan sammenhengene mellom livsstil, miljøskade og helseskade er fremstilt i de norske dokumentene er vist i figur 5. Til sammenligning er også WHO (1992) (som også er vist i figur 3) tatt med i figuren. Som vist, ses konsekvensene av en overforbrukende livsstil, både i handlingsplanen og i St.meld. nr. 16 (2002–2003), utelukkende i relasjon til individuell helse, og ikke i relasjon til miljøskader. Livsstil fremstår som et individuelt helseproblem, mens mer dyptgående samfunnsmessige og globale konsekvenser av livsstilen ikke berøres. Livsstil blir dermed ikke presentert som et problem i forhold til langsiktig bærekraft. Derimot vises, både i Nasjonal strategi og i handlingsplanen, at negative miljøfaktorer kan bidra til en helsemessig uheldig livsstil. I forhold til WHO 1992

³⁸ Dette fremkommer da også i en del av den kritikken meldingen har blitt møtt med, se for eksempel Mæland (2003) og Fugelli & Solbakk (2003). Denne kritikken blir nærmere utdypet i neste kapittel.

vektlegges her en motsatt sammenheng. I Nasjonal strategi er begge disse sammenhengene synliggjort, mens ingen av dem er behandlet i St.meld. nr. 16 (2002–2003).

I forhold til de andre dokumentene, synes dermed St.meld. nr. 16 (2002–2003) å være det som er svakest når det gjelder å synliggjøre sammenhenger mellom livsstil, helse og miljø. At individuell livsstil (og forbruk) medfører helseskader er et av meldingens hovedbudskap, men at forbruk og livsstil også representerer en langsiktig trussel mot miljøet som livsgrunnlag, og dermed mot helse på lang sikt, fremgår ikke. Generelt savnes en klarere presentasjon av sammenhenger – mellom livsstil, helse og miljø; mellom lokale miljøfaktorer og livsgrunnlaget; mellom nasjonale prioriteringer / handlinger og globale konsekvenser.



Figur 5. Sammenhenger mellom overforbrukende livsstil, miljøskade og helseskade i WHO (1992) og nasjonale dokumenter. Stiplet linje angir at miljøskader kan bidra til en overforbrukende livsstil, men at også mange elementer i en overforbrukende livsstil ikke er en konsekvens av miljøskader.

Når både de internasjonale og nasjonale helsepolitiske dokumentene ses under ett, synes de samlet å utgjøre en historie om bortfall av stadig flere sammenhenger; fra WHO (1992) som setter helse, miljø, livsstil og forbruk samlet inn i en overordnet bærekraftkontekst, til St.meld. nr. 16 (2002–2003) der en helhetlig sammenheng mellom forbruk, livsstil, miljøskade og helseskade i liten grad er synliggjort. Den opprinnelige intensjonen fra WHO (1992) – å plassere helse i sentrum for drøftinger knyttet til miljø og utvikling – ser ut til å ha forsvunnet underveis.

Fra å sette helsepolitikken inn i et globalt bærekraftperspektiv, har utviklingen i tidens løp medført et bortfall av stadig flere av de komplekse sammenhengene som inngår i forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse. Det kan se ut til at selve intensjonen underveis gjennom dokumentkjedene har dreid fra spørsmålet: *Hvilke konsekvenser har målsetningen om bærekraftig utvikling for helsesektorens arbeid?* til: *Hvordan forebygge helseskade forårsaket av uheldig individuell livsstil og negative miljøfaktorer?* Temaene livsstil og miljøfaktorer går igjen i alle dokumenter, men måten de fremstilles på, og den konteksten de settes inn i blir radikalt endret. St.meld. nr. 16 (2002–2003) fremtrer som et slutt-punkt i denne utviklingslinjen – det overordnede bærekraftperspektivet har falt bort, og tilbake synes å stå et relativt ensidig fokus på individuell livsstil og enkeltstående miljøfaktorer som helseserisiko. Meldingen representerer dermed et ytterpunkt når det gjelder bortfall av sammenhenger.

En forutsetning for gyldigheten av disse vurderingene er at de anvendte nøkkelperspektivene har vært egnet til å fange opp sentrale elementer ved forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse, og at ikke vesentlige momenter har blitt utelatt eller forbigått fordi de ikke har passet inn i forhold til noen av nøkkelperspektivene. Spørsmålet er om vurderingene av graden av integrering av bærekraftig utvikling i de ulike dokumentene ville blitt en annen, ved valg av andre analyseredskaper. Gjennom analysearbeidet har det imidlertid ikke avtegnet seg særskilte forhold eller momenter som tilsier at andre analyseredskaper ville vært bedre egnet.

En annen usikkerhet kan ligge i at de analyserte dokumentene er av svært ulik karakter og omfang. I omfangsrike dokumenter kan det være en fare for at relevante utsagn og momenter blir oversett. Korte og konsise plandokumenter, som de to europeiske dokumentene, vil på den annen side kunne tenkes å ha færre nyanser og mindre innholdsmessig bredde enn en omfangsrik rapport / plan / melding. Utsagn i kortfattede dokumenter kan dermed være mer generelle, noe som kan gjøre det vanskeligere å relatere dem til de enkelte nøkkelperspektiver. I de korte dokumentene kan det derfor være en fare for at nøkkelperspektiver har blitt underrepresentert. Representasjonen av nøkkelperspektiver, og graden av integrering av bærekraftig utvikling ser imidlertid ikke ut til å være ensidig knyttet til dokumentenes omfang. For eksempel har de to europeiske dokumentene et omfang på ca 10 sider eller mindre, men begge har flere nøkkelperspektiver representert enn St.meld. nr. 16 (2002–2003), som er på mye over 100 sider.

Nok en usikkerhet ligger i utvalget av hvilke utsagn og formuleringer som er ansett for å representere et nøkkelperspektiv. Dette utvalget innebærer et klart subjektivt element, der egen forforståelse kan ha preget vurderingene. Det er ikke mulig å angi klare kriterier for hva eller hvor

mye som skal være nevnt, for at et nøkkelperspektiv skal kunne sies å være representert og integrert i et dokument. Dermed er det ikke sikkert at andre, med de samme nøkkelperspektivene som verktøy, ville kommet til samme resultat. Ved at det flere steder gjengis sitater fra de utvalgte dokumentene, får imidlertid leseren en mulighet til å gjøre seg opp en mening om grunnlaget for de vurderinger som er gjort.

6.3 St.meld. nr. 16 (2002–2003) og integrering av bærekraftig utvikling

Som nevnt er det fremste formålet med Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling (s. 6), at «de enkelte planene, vedtakene og tiltakene i størst mulig grad trekker samfunnet i retning av bærekraftig utvikling». Dette synes imidlertid ikke å ha fått nevneverdige konsekvenser for innholdet i St.meld. nr. 16 (2002–2003). Som vist tidligere, er tiltak og virkemidler i folkehelsearbeidet ikke satt inn i, eller vurdert i en overordnet bærekraft-kontekst. Generelt savnes en erkjennelse av at de prioriteringene som gjøres i folkehelsearbeidet, også kan ha mer overordnede politiske konsekvenser, både i tid og rom. Inntrykket er at målsetningen om bærekraftig utvikling anses å ha liten relevans for folkehelsearbeidet, og at folkehelsearbeidet ikke ses som en relevant arena i forhold til å bidra til å føre Norge i en mer bærekraftig retning. En reell integrering av bærekraftig utvikling mangler. Samlet kan den måten bærekraftig utvikling er behandlet på i St.meld. nr.16 (2002–2003), langt på vei virke som en bekreftelse på den institusjonelle og sektormessige fragmenteringen som Vår felles framtid påpeker som et viktig hinder for bærekraftig utvikling.

Av det som savnes i forhold til en reell integrering, er en problematisering av forhold som:

- Hvilke konsekvenser kan en overordnet målsetning om bærekraftig utvikling ha for folkehelsearbeidet?
- Hvordan kan folkehelsearbeid drives for å fremme bærekraftig utvikling?
- Hvilke føringer bør legges?
- Hvilke tiltak bør prioriteres?
- Hvilke tiltak kan fremme både bærekraftig utvikling og helse
- Hvilke globale konsekvenser har tiltak som foreslås?

Uten en slik gjennomtenkning, kan en i verste fall risikere at nasjonale folkehelseprioriteringer kan komme i konflikt med overordnede bærekraftensyn. Som tidligere nevnt påpeker WHO (1992) at lokale miljømessige helsegevinster for de rike, kan ha bidratt til globalt redusert bærekraft. Et ensidig fokus på individuell helsegevinst uten at miljø som livsgrunnlag også tas med i vurderingen, kan i verste fall svekke lang-

siktig bærekraft, og dermed også fremtidig helse og livskvalitet for alle mennesker. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) kan dette eksemplifiseres med ett av meldingens hovedanliggender – satsningen på økt fysisk aktivitet. Anbefalinger om økt fysisk aktivitet kan få vidt forskjellige konsekvenser i forhold til global bærekraft – avhengig av om de fører til mer hverdagsaktivitet i nærmiljøet, eller mer bilkjøring til for eksempel treningssentre eller skianlegg.

Også når det gjelder kostholdsråd kan det oppstå konflikter mellom helsemessige anbefalinger og langsiktige bærekrafthensyn. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) fremheves for eksempel viktigheten av å stimulere til økt forbruk av fisk. Allerede i 1996 var det imidlertid kjent at ca en tredjedel av jordas fiskearter var truet av utryddelse (Tuxill & Bright, 1998). Siden den tid er situasjonen forverret. Ut fra bærekrafthensyn er det dermed ikke likegyldig hva slags fisk som spises. En generell anbefaling om å spise mer frukt og grønt kan også ha problematiske sider, avhengig av hvor og hvordan varene er produsert, og hvor langt og hvordan de blir transportert. Sett i et overordnet bærekraftperspektiv, bør derfor miljø- og rettferdighetshensyn integreres i kostholdsrådene.

Den «store helsepolitikken» angis å være tema for St.meld. nr. 16 (2002–2003), men hvor «stor» kan en vente at en helsepolitikk skal være? Kan en vente at en nasjonal folkehelsepolitikk tar opp i seg hensynet til livsgrunnlaget, til fattige mennesker i andre land, til langsiktig bærekraft og livets fremtid på jorda? Svaret vil blant annet avhenge av hvordan en forstår både folkehelsearbeid og bærekraftig utvikling. Om en har som utgangspunkt at bærekraftig utvikling representerer en ny utviklingsvei som har konsekvenser for alle livs- og samfunnsområder, så er kanskje ikke helsepolitikken i St.meld. nr. 16 (2002–2003) «stor» nok? Med en noe annerledes forståelse av innholdet i begrepene folkehelsearbeid og bærekraftig utvikling, ville kanskje meldingen sett annerledes ut. Neste kapittel vil derfor ta for seg ulike forståelser av disse begrepene og av forholdet mellom dem.

7.0 Forståelsen av forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse i norsk folkehelsepolitikk

Som vist i forrige kapittel synes ikke den overordnede målsetningen om bærekraftig utvikling å være integrert i, eller å ha fått vesentlige konsekvenser for utformingen av St.meld. nr. 16 (2002–2003). Begrepet i seg selv er knapt nok nevnt, og der det er nevnt er det ikke nærmere utdypet eller relatert til meldingens tematikk. I og med at St.meld. nr. 16 (2002–2003) henviser til at Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling ser helse som en sentral dimensjon i bærekraftbegrepet, synes det noe overraskende at meldingen ikke viser tegn til å utdype eller konkretisere denne dimensjonen. Meldingens indirekte budskap kan synes å være at bærekraftig utvikling ikke er relevant i forhold til norsk folkehelsearbeid. Samlet uttrykker meldingen ingen eksplisitt forståelse av forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse. En kan tenke seg ulike grunner til dette.

Fraværet av integrering av bærekraftig utvikling kan tenkes å være et uttrykk for det Lafferty & Langhelle (1995) påpeker – at bærekraftig utvikling er et mangetydig begrep som har vist seg vanskelig å omsette i konkret politisk handling. Som en helhetlig og overordnet målsetning er bærekraftig utvikling lett å slutte seg til. Når konkret politikk skal utformes, kan det imidlertid være vanskelig å vite hva innenfor dette mangetydige begrepet en skal ta fatt i. I stedet kan det være lett å fokusere ensidig på eget felt – og enten glemme overordnede målsetninger, eller tenke at disse er det andre som tar ansvar for.

Manglende integrering av bærekraftig utvikling i St.meld. nr. 16 (2002–2003) kan også henge sammen med en tradisjonell sektorvis spesialisering, og mangelfull kontakt mellom de miljøer som har utformet ulike politiske dokumenter. St.meld. nr. 16 (2002–2003) er utformet av personer med helsefaglig bakgrunn, og bærekraftig utvikling er ikke nødvendigvis en del av deres tradisjonelle referanseramme. Manglende integrering av bærekraftig utvikling vil da ikke nødvendigvis være uttrykk for et bevisst valg, men kan bunne i en på forhånd gitt oppfatning av hva som er relevante temaer innen folkehelsearbeidet, og av hvordan dette bør drives. Uansett synes dette imidlertid å være i strid med den overordnede målsetningen som er presentert i Nasjonal Strategi for bærekraftig utvikling (s. 6) – at «alle de enkelte planene, vedtakene og tiltakende i størst mulig grad trekker samfunnet i retning av bærekraftig utvikling».

Når det gjelder forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse, synes det

mest påfallende i St.meld. nr. 16 (2002–2003) å være det som *ikke* skrives. Det er ikke mulig å finne noen klar «intendert mening» når det gjelder akkurat dette forholdet. Fraværet av en eksplisitt uttrykt forståelse, kan imidlertid også ses som uttrykk for en form for forståelse. Som tidligere nevnt, hevder Ricoeur (2002b) at enhver tekst har en skjult mening – den uttrykker mer enn det som var forfatterens bevisste intensjon. Også ved det St.meld. nr. 16 (2002–2003) *ikke* sier, kan den uttrykke noe om sin forståelse av forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse. Spørsmålet blir dermed hva denne forståelsen er. For å nærme seg et svar på dette, kan det være nyttig å se på hvordan St.meld. nr. 16 (2002–2003) forstår hvert enkelt av de to forholdene bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid. Hvilken forståelse meldingens forfattere har av hva bærekraftig utvikling er, og av hva folkehelsearbeid skal være / omfatte, vil sannsynligvis også ha konsekvenser for hvordan forholdet mellom disse forstås. I den videre tilnærmingen til dette vil oppmerksomheten bli rettet både mot konkrete utsagn i meldingen, men også mot hva som ikke sies / behandles.

7.1 Forståelse av bærekraftig utvikling

Det at bærekraftig utvikling er nevnt så få steder i St.meld. nr. 16 (2002–2003), gjør det vanskelig å si noe sikkert om hvilken forståelse av bærekraftig utvikling som legges til grunn. Materialet som er tilgjengelig for fortolkning er så begrenset at det å finne ut hva meldingens forfattere legger i begrepet må basere seg på ren gjetning.

Én mulighet er at meldingens forfattere ser bærekraftig utvikling som noe som primært gjelder de fattige landene som skal «utvikles». I så fall kan det være forståelig om målsetningen om bærekraftig utvikling anses å ha liten relevans for folkehelsearbeid i Norge, og at ansvaret for å fremme bærekraftig utvikling tillegges aktører på et mer overordnet politisk nivå, og ikke en nasjonal samfunnssektor som helsesektoren.

Det at bærekraftig utvikling ikke er integrert i meldingen, kan også være knyttet til forståelsen av begrepet miljø. En kan tenke seg at bærekraftig utvikling assosieres med globale miljøproblemer, men at lokale miljøfaktorer ikke settes i sammenheng med disse. I så fall mangler den koblingen som kunne gjøre det naturlig å sette folkehelsearbeidet inn i en mer overordnet bærekraftsammenheng.

7.2 Forståelse av folkehelsearbeid

I følge St.meld. nr. 16 (2002–2003) (s. 6) innebærer folkehelsearbeid «å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse». Et folkehelsearbeid er imidlertid ikke politisk eller ideologisk

nøytralt. Forståelsen av helse og sykdom, og dermed også forebyggende helsearbeid, er uløselig knyttet til de samfunnsforholdene disse opptrer innenfor. I sin presentasjon av fremveksten av det offentlige helsevesenet i Norge viser Moseng (2003, s. 318) at de fleste elementene i dette «samlet seg i en smeltedigel av ideologi, mentalitet, kultur, helsepolitiske programmer, sosialpolitiske styringsverktøy, humanisme, lovverk, vitenskapelig analyse og tradisjonell erfaring». Hva som inkluderes, vektlegges, og prioriteres i folkehelsearbeidet, kan derfor ha klare ideologiske og politiske overtoner; som igjen kan ha stor betydning for hvordan folkehelsearbeidet relateres eller evt. ikke relateres til bærekraftig utvikling. Om et folkehelsearbeid hovedsakelig vektlegger enkeltindividers ansvar for egen helse, eller om det retter seg mot politiske og strukturelle rammebetingelser, kan tenkes å få konsekvenser for hvordan folkehelsearbeidet relateres til en overordnet politisk målsetning som bærekraftig utvikling.

Fugelli (2003) hevder at det finnes to forskjellige ideologiske tradisjoner i folkehelsearbeidet. Den ene, en gammel og etablert epidemiologisk tradisjon, der folkehelsearbeidet er forankret i medisinske ekspertsystemer, med vektlegging av sentralstyrt overvåkning og påvirkning av folkehelsen. Utgangspunktet her er et biomedisinsk sykdomsbegrep, der sykdom anses som en feilfunksjon i en biologisk organisme som kan beskrives og forklares innenfor et rammeverk av naturvitenskapelige disipliner (anatomi, fysiologi, biokjemi, cellebiologi, mikrobiologi osv). En logisk konsekvens av et slikt syn er å satse på individuell sykdomsforebygging i folkehelsearbeidet.

Den andre tradisjonen er i følge Fugelli (2003) ny, demokratisk og forankret i et bredt helsebegrep. Røttene til denne tradisjonen er å finne i Ottawa Charteret og dets fokus på å fremme helse, heller enn å forebygge sykdom. Helse anses her som et dypt personlig fenomen, nært knyttet til forhold som frihet, trygghet, tilhørighet og mening. En slik helseforståelse gjør det i følge Fugelli nødvendig å forankre folkehelsearbeidet i enkeltmennesket, i lokalsamfunnet og politikken. Målet blir å skape samfunnsmessige betingelser som gir mulighet for god helse for alle.

7.2.1 Reaksjoner på St.meld. nr.16 (2002–2003)

Utredningen «*Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*» (NOU 1998:18, 1998) la stor vekt på forankring av folkehelsearbeidet i lokalsamfunnet, i kommunen og i politikken. Den var blant annet inspirert av Ottawa Charteret og Agenda 21, og representerte i følge Fugelli (2003) demokratimodellen. I motsetning til denne, hevder Fugelli at St.meld. nr. 16 (2002–2003) står for en ensidig individualisering av det forebyggende helsearbeidet, og representerer et tilbakefall til en epidemiologisk tradisjon. Hovedvekten legges, i følge Fugelli og Solbakk (2003), ensidig på individets ansvar for valg av en helsefremmende livsstil. Det problematiseres ikke hvor fri en individuell livsstil egentlig er, og

underslås at både helse og livsstil er et speilbilde av de rammevilkår den enkelte lever under. De hevder at helsen dermed blir avpolitisert, og at strukturelle helsebetingelser ikke blir problematisert eller utfordret.

Mæland (2003) derimot, hevder at St.meld. nr. 16 (2002–2003) utgjør et korrektiv til en ensidig vektlegging av den helsefremmende ideologien som Ottawa Charteret representerer, og ser det som positivt at viktige elementer fra det individrettede sykdomsforebyggende arbeidet igjen trekkes inn i folkehelsearbeidet. Han fremhever imidlertid også at individuell livsstil påvirkes av politiske valg og samfunnsmessige forhold, og uttrykker savnet av en «klarere erkjennelse av at folkehelsen påvirkes av politiske valg på nasjonalt og overnasjonalt nivå» (Mæland, 2003, s. 1174). At sammenhengene mellom individuell livsstil og samfunnsmessige betingelser ikke kommer klarere frem i meldingen, hevder Mæland til en viss grad kan rettferdiggjøres pga kunnskapsmangel.

Også Næss (2003) kritiserer meldingen for at den ensidig prioriterer individrettede tiltak, uten at disse relateres til hvilke faktorer i det fysiske og sosiale miljøet som styrer individuelle valg og atferd. Han påpeker at man neppe finner årsaken til for eksempel overvekt, bare ved å studere individuelle egenskaper blant overvektige. Strukturelle faktorer i arbeidsliv og fritid kan være like vesentlige. Kunnskapen om sammenhenger mellom individuelle og miljømessige faktorer er imidlertid mangelfull. Næss påpeker dessuten at kunnskap om helserisiko på individnivå ikke uten videre lar seg overføre til befolkningsnivå – et folkehelsearbeid som utelukkende tar utgangspunkt i individuell risiko, baserer seg dermed på sviktende kunnskap.

Ut fra en sammenligning av St.meld. nr. 16 (2002–2003) med den forrige folkehelsemeldingen fra ti år tidligere³⁹ konkluderer også Stenvoll, Elvbakken og Malterud (2005) med at norsk folkehelsepolitikk går i retning av økt vektlegging av livsstil og individuelle valg⁴⁰. De viser til at et eksplisitt premiss i St.meld. nr. 16 (2002–2003) er at den enkelte må ta mer ansvar for egen helse, mens 1993-meldingen la større vekt på institusjoner og strukturer.

Samlet ser dermed mye av kommentarene til og kritikken av St.meld. nr. 16 (2002–2003) ut til å være rettet mot fraværet av plassering av individet i en større miljømessig, samfunnsmessig og politisk sammenheng. I meldingen påpekes riktignok (s. 59) at «miljø, helse og samfunnsutvikling ikke kan betraktes atskilt», men denne erkjennelsen synes ikke å ha fått vesentlige konsekvenser for det øvrige innholdet. Som noen av kritikerne påpeker, kan den manglende synliggjøringen av mer komplekse

³⁹ St.meld.nr.37 (1992-93), (1993). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid

⁴⁰ Den samme tendensen gjenfinnes i både Sverige og Danmark

sammenhenger blant annet henge sammen med kunnskapsmangel. I meldingens kapittel 10 *En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk*, påpekes da også kunnskaps- og forskningsbehov – både i forhold til sammensatte folkehelseproblemer som astma/allergi, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser/helseproblemer, men også i forhold til hva som påvirker individuell atferd. Spørsmålet er imidlertid om den ensidige individtilnærmingen bare kan forklares ut fra mangelfullt kunnskapsgrunnlag. Det synes nærliggende å spørre om den kanskje også kan henge sammen med en mer grunnleggende ideologisk oppfatning av hva folkehelsearbeid skal være, basert igjen på en bestemt helseforståelse.

7.2.2 Folkehelsearbeid og helseforståelse

Til alle tider har mennesker opplevd sykdom eller helseskade av varierende grad og omfang. Enhver kultur har utviklet tolkninger og strategier for å møte disse livsutfordringene. De har hatt en helseforståelse og, uløselig knyttet til denne, en medisin eller «helbredelseskunst». Disse tolkningene speiler igjen kulturens verdensbilde, dvs. kulturens forståelse av hvordan tilværelsens forskjellige aspekter henger sammen, og av hva som er menneskets plass og rolle i tilværelsen. Helse, medisin og kultur kan derfor ikke betraktes uavhengig av hverandre. De spiller sammen, og bidrar gjensidig til å forme vårt syn på helse og sykdom, liv og død, og på hva som er adekvate handlinger, tradisjoner og verdier i møte med slike livsutfordringer (Rothman, Marcus, & Kiceluk, 1995). En helseforståelse er dermed uløselig knyttet til en kulturell kontekst, og til det verdensbildet som denne kulturen legger til grunn.

Som nevnt, kritiserer Fugelli (2003) St.meld. nr. 16 (2002–2003) for å representere en epidemiologisk tradisjon, forankret i en biomedisinsk helseforståelse. Biomedisinen har sine røtter i det verdensbildet som vokste frem under den vitenskapelige revolusjon i det 17. århundre. Dette verdensbildet kan spores tilbake til tenkere som Galilei, Bacon og Descartes, og kan karakteriseres med begreper som dualistisk, mekanistisk og reduksjonistisk (Wright, 1991). Foss & Rothenberg (1990) hevder at dette er karakteristika som en også finner igjen innenfor biomedisinen.

Descartes, en av de mest sentrale personene for fremveksten av det nye verdensbildet, hevdet at virkeligheten, inkludert mennesket, består av to klart atskilte substanser: ånd og materie. Disse to er absolutte motsetninger og kan ikke reduseres til hverandre. Materie omfatter naturen «der ute», dyreorganismer og menneskekroppen. Den har romlig utstrekning, har bare kvantitative aspekter, og kan beskrives fullstendig via matematikk og matematiske termer.

Også menneskekroppen er å betrakte som et mekanisk system som kan studeres naturvitenskapelig ved hjelp av analytisk metode. Et slikt syn muliggjør objektive studier av menneskekroppen, og har hatt dyptgående

innflytelse på utviklingen av en medisinsk vitenskap (Günther, 1996; Ten Have, 1987). Med et slikt utgangspunkt reduseres menneskekroppen til en biologisk maskin, og sykdom forstås som en anatomisk / fysiologisk feilfunksjon – et naturvitenskapelig anliggende som kan føres tilbake til en klar fysisk / kjemisk / biologisk årsak (Foss & Rothenberg, 1990). Basert på en slik forståelse av mennesket blir biomedisinsk forskning og praksis reduksjonistisk, det vil si at den tar utgangspunkt i at komplekse helheter best kan forstås gjennom de enkelte deler de er bygd opp av. Pasientens kropp betraktes isolert fra hans / hennes sinn og fra de livs-sammenhengene hun / han inngår i. Sykdom blir følgelig en klinisk enhet som kan diagnostiseres og behandles mer eller mindre uavhengig av individets kulturelle kontekst (Mysterud, 1992).

Denne medisinske tilnærmingen ligger igjen til grunn for den moderne epidemiologien. Opprinnelig hadde epidemiologien et sterkt befolknings-fokus – dens anliggende var å forebygge sykdom og ivareta helsebehov på befolkningsnivå, mens andre grener av medisinen tok for seg sykdommer på individnivå. Fra midten av det 20. århundre vokste imidlertid dagens dominerende epidemiologiske paradigme frem. Bakgrunnen var en tilbakegang i infeksjonssykdommer, og fremveksten av et nytt sykdomsmønster, representert ved kroniske ikke-smittsomme sykdommer (McMichael, 1999; Pearce, 1996). Dette medførte at tilnærmingen dreide fra et fokus på sosioøkonomiske faktorer i samfunnet til studiet av individuelle risikofaktorer for sykdom. De siste tiårene av det 20. århundre ble risikofaktorer knyttet til individuell livsstil stadig sterkere vektlagt (Pearce, 1996).

Epidemiologiens dominerende anliggende i dag er å studere forekomsten av sykdom, og risikofaktorer for sykdom innen en gitt befolkning; samt anvendelsen av slike studier med henblikk på å forebygge sykdom og helseskade. Moderne epidemiologi baserer seg på kvantitative metoder; den konsentrerer seg derfor om de aspektene ved sykdom / helse som er målbare, og er avhengig av klare kriterier og definisjoner (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006). Den konteksten som sykdom opptrer innenfor har imidlertid langt på vei blitt ignorert (Kickbusch, 1999; McMichael, 1999; Pearce, 1996). Med sitt ensidige studium av risikofaktorer på individnivå, uten at disse relateres til, eller settes inn i en bredere sosial og kulturell kontekst, kan dagens epidemiologiske paradigme karakteriseres som reduksjonistisk (Loomis & Wing, 1990; McMichael, 1999; Pearce, 1996). Pearce (1996) kritiserer blant annet moderne epidemiologi for å ha blitt et sett med metoder for å *måle sammenhenger* mellom ulike risikofaktorer og sykdom på individnivå, heller enn et ledd i en flerfaglig tilnærming med henblikk på å *forstå årsaker* til sykdom i populasjoner. Spørsmålet er om det er grunnlag for å hevde at St.meld. nr. 16 (2002–2003) baserer seg på en slik epidemiologisk tilnærming, forankret i en biomedisinsk helseforståelse.

7.2.3 En biomedisinsk helseforståelse?

For å kunne bekrefte eller avkrefte mistanken om en biomedisinsk helseforståelse, må det klargjøres noen kriterier for hva en slik vurdering skal ta utgangspunkt i. Det som her er valgt ut til å kunne si noe om de mer fundamentale filosofiske forutsetninger som meldingen legger til grunn er:

1. Kriterier som er anvendt ved utvalg av hva som behandles i meldingen. Disse kriteriene kan signalisere noe om hva som tillegges mest vekt – om dette er temaer og tilstander som kan behandles og forklares hovedsakelig ut fra en biomedisinsk forankret epidemiologisk tilnærming.
2. Språk og begreper. Kirkengen (1993) hevder at medisinsk språk og begreper også er uttrykk for en virkelighetsforståelse. Hvilket språk og hvilke begreper som anvendes sier ikke bare noe om et saksforhold – det sier også noe om tankesystemet til den som uttrykker seg. Hvis fremstillingen i St.meld. nr. 16 (2002–2003) gjennomgående anvender et naturvitenskapelig språk, vil dette kunne ses som indikasjon på en biomedisinsk forankring.
3. Utvalg av temaer som behandles. Særlig relevant her er om utvalget er dominert av temaer som kan behandles og forklares innenfor et biomedisinsk rammeverk.
4. Vektlegging innenfor de ulike temaer som behandles. Her er det sentralt hvordan ulike temaer ses i forhold til hverandre, og hvorvidt sammenhenger presenteres og vektlegges. Om de enkelte forholdene som behandles blir presentert som atskilte og uavhengige, vil dette kunne ses som tegn på en reduksjonistisk tilnærming.

Når det gjelder utvalgskriterier for hva som blir behandlet i meldingen, kan disse tyde på at meldingen allerede i utgangspunktet velger bort det komplekse og sammensatte. Innledningsvis, i avsnitt 1.4 *Noen avgrensninger* påpekes det at meldingen skal overskue helheten i folkehelsepolitikken, men at enkelte områder og utfordringer blir fremhevet som spesielt viktige. Når det gjelder utvalget av hva som skal gis spesiell prioritet, trekkes blant annet inn forhold som hvorvidt det:

- berører ett eller flere store helseproblemer
- berører helseproblemer som koster samfunnet mye
- finnes kunnskap om årsaksforhold
- lar seg påvirke med effektive og aksepterte forebyggende virkemidler (s. 7)

Innledningen til Kapittel 10 *En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk* antyder dessuten noe om hvilket kunnskapssyn meldingen baserer seg på:

Det er et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikktutforming og praksis innen folkehelsearbeidet. Tiltak som planlegges og iverksettes, må så langt som overhodet mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsaker og virkninger (s.108).

Språkbruken i disse utdragene kan gi en indikasjon på noen grunnleggende filosofiske forutsetninger. Begrepet årsak kan ha ulike betydninger. Innenfor en eksakt naturvitenskapelig kontekst vil det være et entydig og lineært en-til-en-forhold mellom en gitt årsak og den tilhørende virkning (Nerheim, 1996). Når utvalgskriteriene vektlegger «kunnskap om årsaksforhold» og muligheten for å «påvirke med effektive og aksepterte forebyggende virkemidler», kan det se ut til at en naturvitenskapelig basert årsakstenkning legges til grunn. Hvis årsakene til viktige sykdommer og helseproblemer ikke bare er å finne i individet, men også i kulturelle og samfunnsmessige mønstre, synes det vanskelig å skulle finne entydige og effektive virkemidler i det forebyggende arbeidet. Det kan derfor se ut til at meldingen noe ensidig plasserer årsakene i individet, og at utvalgskriteriene som meldingen legger til grunn, utelukker (eller i alle fall unnlater å forholde seg til) at helsen også påvirkes av politiske valg både på nasjonalt og overnasjonalt nivå – slik blant annet Mæland (2003) hevder at den gjør.

Det synes også nærliggende å knytte meldingens ideal om «sikker kunnskap» til en forutsetning om at det eksisterer slike entydige årsaks-sammenhenger. En rekke av dagens kroniske sykdommer er imidlertid multifaktorielle, og det kan være mange ulike årsaksfaktorer som bidrar til sykdom (Mæland, 2005). Entydige årsaker som alltid får samme virkning vil ikke nødvendigvis forekomme. I stedet vil det ofte dreie seg om årsakskjeder eller nettverk av komplekse sammenhenger, som samlet kan gi ulike helsemessig utslag for ulike mennesker. Som tidligere nevnt, påpeker meldingen flere steder et kunnskapsbehov, nettopp når det gjelder slike komplekse sammenhenger. Hvis en skal ta slike komplekse forhold med i betraktningen, er det imidlertid et spørsmål om det er mulig å fremskaffe den typen «sikker kunnskap» som meldingen tilstreber.

At for eksempel fysisk inaktivitet og uheldig kosthold kan føre til sykdom, kan regnes som «sikker kunnskap». Som både Fugelli & Solbakk (2003) og Næss (2003) påpeker, er imidlertid en slik livsstil ikke nødvendigvis et fritt, individuelt valg, men snarere bestemt av sosiale og andre miljømessige rammefaktorer. Det er dermed ikke gitt at den «sikre kunnskapen» om helsekonsekvensene av fysisk inaktivitet, kan gi tilsvarende sikre svar om hvordan disse uheldige helsekonsekvensene skal forebygges. Om sykdom skal forebygges, er det også nødvendig å vite noe om hvorfor mennesker gjør de valgene de gjør. «Sikker kunnskap» kan da fremstå som et ideal som gir mening på bakgrunn av en biomedisinsk sykdomsforståelse, men som synes mer problematisk ut fra en bredere tilnærming.

Det kan virke som om meldingen nettopp velger å prioritere forhold der det er mulig å definere (mer eller mindre) klart avgrensede årsaker, og velger bort det komplekse og sammensatte. Utvalgskriteriene og det kunnskapssynet som meldingen legger til grunn, kan derfor allerede i utgangspunktet se ut til å signalisere en biomedisinsk forankring.

På bakgrunn av den beskrivelsen meldingen gir av befolkningens helseplager kan dette virke påfallende:

Ved inngangen til dette årtusen ser vi at lidelser forårsaket av overvekt, fysisk passivitet og mistrivsel øker. Depresjoner og kroniske smertetilstander blir etter hvert like viktige helseproblemer som hjertesykdom i vår del av verden (Boks 2.3 s. 22).

79

Ut fra denne beskrivelsen kunne det være naturlig å vente at meldingen gikk noe nærmere inn på mulige *sammenhenger* mellom disse helseproblemene. Gjennomgående behandles imidlertid den fysiske og den psykiske helsen hver for seg. Under avsnitt 2.4.2 *Psykisk helse* (s. 22) påpekes det for eksempel at:

I tillegg til utfordringene knyttet til livsstil og fysisk helse, er psykiske problemer og lidelser i ferd med å bli den nye store helseutfordringen både i Norge og i andre vestlige land.

Formuleringen «i tillegg til» kan antyde at den fysiske og den psykiske helsen anses å være to klart atskilte områder. En slik oppdeling av mennesket i en fysisk og en psykisk del, kan indikere et dualistisk og reduksjonistisk utgangspunkt.

Riktignok påpekes noe senere i samme avsnitt (s. 22) at «psykiske lidelser er resultat av et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer», men i fremstillingen for øvrig virker det ikke som livsstil, fysisk og psykisk helse anses som forhold som kan være gjensidig avhengige av hverandre. Under forsknings- og kunnskapsbehov er heller ikke slike sammenhenger nevnt som noe relevant område. Heller ikke er det presentert strategier for mer generelle, helsefremmende tiltak som kunne tenkes å være relevante i forhold til slike mer sammensatte helseutfordringer. Det er også interessant at kroniske smertetilstander, som forventes å bli like viktige helseproblemer som hjertesykdom (Boks 2.3, s. 22), overhodet ikke behandles senere i meldingen. Dette kan bunne i et mangelfullt kunnskapsgrunnlag, men kan eventuelt også tenkes å henge sammen med at disse helseproblemene ikke så lett lar seg passe inn i den virkelighetsforståelsen som legges til grunn.

Innledningsvis behandler også meldingen noen viktige samfunnsmessige trender og utviklingstrekk. Et avsnitt (2.3.1) er viet medikalisering og

risikofokusering. Her påpekes det hvordan helse synes å få en stadig mer dominerende plass både i folks bevissthet og i massemedia, og at angst for sykdom ser ut til å være et tiltagende fenomen. Som en konsekvens av dette advares det mot medikalisering, «der det anlegges et sykdomsperspektiv på stadig flere av livets små og store problemer» (s. 19). Medikalisering regnes som en konsekvens av en biomedisinsk sykdomsforståelse og innebærer at stadig flere livsområder trekkes inn som et medisinsk anliggende (Burri & Dumit, 2007). Avsnittet kan dermed leses som en advarsel mot en for sterk biomedisinsk tilnærming til sykdom og helse.

Spørsmålet er imidlertid hvordan advarselen mot medikalisering følges opp videre i meldingen. Som tidligere nevnt er den enkeltes ansvar for sunne livsstilsvalg et av meldingens hovedanliggender, mens den kulturelle og miljømessige konteksten som individet lever innenfor i liten grad problematiseres. Denne sterke vektleggingen av individuelle livsstilsvalg kan henge sammen med en epidemiologisk tilnærming, forankret i en biomedisinsk sykdomsforståelse – en forestilling om at sykdom er noe som oppstår i et individ når det utsettes, eller utsetter seg for gitte risikofaktorer. Hvis sykdom i hovedsak kan forklares på denne måten, virker det rimelig å prioritere individuelle livsstilsendringer slik som meldingen legger opp til. Spørsmålet er imidlertid om ikke dette nettopp kan bidra til ytterligere risikofiksering, og til en tingliggjøring av egen kropp og helse. Dermed kan det også være et spørsmål om ikke meldingens betoning av individuelt ansvar, kan bidra til å fremme nettopp den medikaliseringen som den advarer mot. Advarselen mot en biomedisinsk forankret medikalisering kan dermed synes noe tvetydig.

Også kapittel tittelen for kapittel 7: *Miljøet rundt oss* kan det være nærliggende å forstå som en indikasjon på reduksjonisme. Formuleringen kan antyde at «miljøet» er der ute et sted, utenfor og uavhengig av mennesket, og at det går en ensidig påvirkningslinje fra miljø til menneske. Kapitlets innledende formuleringer synes også å peke i reduksjonistisk retning:

Miljøpåvirkninger har positive eller negative helseeffekter. Negative miljøpåvirkninger vil kunne forsterke utviklingen av allerede forekommende sykdommer (...). For å forebygge må vi kunne vurdere hvilken helserisiko de ulike faktorene utgjør (s. 59).

Det kan synes som om miljøet her forstås som en sum av ulike fysiske / kjemiske / biologiske miljøfaktorer. Noen av de faktorene som behandles er støy og lokal luftkvalitet. Det henvises til arbeid som pågår med å integrere miljø- og helsehensyn i arealpolitikken, og pekes for øvrig på andre myndigheters / sektors ansvar for å følge opp krav og grenseverdier som er nedfelt i ulike forskrifter. Det er dermed tydelig at miljøfaktorene knyttes til virksomhet innen andre samfunnssektorer.

Forekomsten av disse negative miljøfaktorene ses imidlertid ikke i relasjon til den overordnede samfunnsutviklingen. De fremstår dermed til en viss grad som noe selvstendig og gitt; som akontekstuelle, uavhengig av overordnede politiske valg og prioriteringer. En logisk konsekvens blir da å beskytte befolkningen best mulig via reguleringer, forskrifter og grenseverdier, men ikke å problematisere den stadig økende veitrafikken, med tilhørende støy, forbruk av fossilt brensel og medfølgende utslipp av klimagasser og lokale forurensninger. Tegn til en mer helhetlig tilnærming finnes imidlertid i et lite avsnitt om pilotprosjekter med miljøsoner i byer og tettsteder. Hovedvekten her er lagt på å løse problemer knyttet til støy og luftkvalitet, men også forhold som ulykkesforebygging, grøntområder og kulturminner trekkes inn.

Også i avsnittene om smitte og trygg mat (7.3 og 7.4) legges det stor vekt på enkeltfaktorer og enkeltårsaker til sykdom. Et unntak i kapitlet utgjør imidlertid avsnittet om arbeidsarenaen (7.5) der hovedvekten ligger på psykososiale forhold, og der disse også relateres til nye samfunnsmessige utviklingstrekk. Det samlede inntrykket av kapittel 7 er imidlertid at «miljø» i hovedsak forstås som en rekke (mer eller mindre) helseskadelige miljøfaktorer, og at folkehelsearbeidets anliggende er å forebygge individuell sykdom eller helseskade ved å fjerne eller minimalisere flest mulig av disse.

Med unntak av avsnittet om arbeidsarenaen, kan derfor mye av fremstillingen i kapittel 7 ses som indikasjon på en reduksjonistisk tilnærming, der enkeltelementer tas ut av, og behandles isolert fra den større sammenhengen de inngår i. Det perspektivet som da faller bort er at mennesker i høy grad skaper det miljøet de lever i, og at det ikke er mulig å isolere det ene fra det andre. Det synes rimelig å anta at de fleste mennesker opplever sitt livsmiljø som en totalitet, og ikke som en samling av miljøfaktorer. I kapitlet finner en imidlertid lite om hva som karakteriserer et helsefremmende miljø, og hvilke tiltak som evt. kunne settes i verk for å virkeliggjøre et slikt miljø for flest mulig mennesker.

Som vist i forrige kapittel, behandler St.meld. nr. 16 (2002–2003) en rekke helseproblemer knyttet til individuell livsstil, og ser individuell livsstilsendring som en av de viktigste strategiene i folkehelsearbeidet. Dette er en helsetilnærming som plasserer helsen ensidig i den individuelle kroppen, uten at denne ses i forhold til de sosiokulturelle forhold individet lever under. Det synes derfor nærliggende å forstå dette som uttrykk for en reduksjonistisk tilnærming til helse.

En noe mer helhetlig tilnærming til både livsstil og miljø er imidlertid representert i avsnitt 4.1 *Folk i bevegelse*. Her vektlegges både tiltak som skal påvirke den enkeltes holdninger og atferd i forhold til fysisk aktivitet, men også i høy grad samfunnsmessige tiltak på ulike områder og arenaer

– blant annet trekkes areal- og transportplanleggingen inn som et viktig område. Det fremgår dermed at individuell atferd kan henge nært sammen med samfunnsmessig tilrettelegging og prioriteringer.

Også i meldingens andre hovedstrategi – Å bygge allianser for folkehelse – kommer det frem et større samfunnsmessig perspektiv. I kapittel 8 *Sammen om folkehelsen* fremheves at «Påvirkningsfaktorene for helsen befinner seg i alle samfunnssektorer» (s. 74). Det er derfor et mål at folkehelse skal tas inn i samfunnsplanleggingen. Bruk av sektorovergrepene som konsekvensutredninger, fremheves for å kunne klar- gjøre helsekonsekvensene av ulike tiltak, og gi et bedre beslutningsgrunnlag. Av forhold som kan virke inn på helsen og som dermed kan vurderes i konsekvensutredninger fremheves livsstil, sosio- økonomiske faktorer og miljøfaktorer. Det poengteres at konsekvensutredninger kan være aktuelle, både når det gjelder enkelttiltak (som ulike utbyggingsprosjekter) og i forhold til mer overordnede planer og programmer. Dermed fremgår tydelig at helse anses å bli påvirket av virksomhet på en rekke ulike samfunnsområder. Fokus synes imidlertid fremdeles primært å være rettet mot enkeltfaktorer og ivaretagelse av individuell helse. Selv om fremstillingen inkluderer langt mer enn individuell atferd, synes en biomedisinsk forankring likevel å være representert.

I kapittel 5 *Redusere sosial ulikhet i helse* finnes en tilnærming til livsstil og helse som avviker noe fra meldingens øvrige innhold. Her poengteres tydelig at menneskers levestil i forhold til røyking, kosthold og aktivitetsvaner, også må ses i relasjon til sosiale og økonomiske forhold. Det foreslås også mer kollektive tiltak som kan virke helseutjevnerende, mens det individuelle ansvaret for egen livsstil er tonet ned. Dette kapitlet fremtrer dermed som mer helhetsorientert enn store deler av meldingen for øvrig. Samtidig står kapitlet i en viss motsetning til det som er et av meldingens kjernebudskap, nemlig individets ansvar for egen livsstil og helse.

Samlet synes mye av innholdet i St.meld. nr. 16 (2002–2003) å indikere at meldingen er basert på en epidemiologisk tilnærming, forankret i en biomedisinsk helseforståelse. Dette viser seg dels i en språkbruk forankret i naturvitenskapelig tradisjon (årsak – virkning, «sikker» kunnskap), dels i forståelsen av mennesket som bestående av en fysisk og en psykisk del, dels i en tendens til å fremstille ulike emner løst fra den større sammenhengen de inngår i: livsstil som individuelt valg, miljø som atskilte miljøfaktorer. Kulturelle strømninger og overordnede samfunnsmessige prioriteringer trekkes bare inn i begrenset grad. Utvalget av temaer synes å være dominert av forhold som kan forklares ut fra en biomedisinsk epidemiologisk tilnærming, mens det for mer komplekse helseproblemer (muskel-skjelett lidelser, astma / allergi, psykiske lidelser) ikke gjøres stort mer enn å slå fast et kunnskapsbehov.

Til tross for noen unntak, kan det samlet se ut til at meldingens perspektiv hovedsakelig er rettet mot å skille enkeltfenomener, og i liten grad mot den komplekse helheten disse inngår i. Dette er, som tidligere nevnt, karakteristisk for en reduksjonistisk tilnærming. Tilnærmingen varierer imidlertid noe mellom ulike deler av meldingen. De deler som behandler særlig bærekraftrelevante temaer som livsstil og miljø, er imidlertid også de som synes mest preget av en biomedisinsk forankring.

En forutsetning for gyldigheten av vurderingene ovenfor er at kriteriene som er anvendt, er egnet til å avdekke de grunnleggende filosofiske forutsetningene som meldingen bygger på. Selv om kriterielisten er egnet, vil imidlertid også hvordan den brukes, hva i meldingen som velges ut og vektlegges osv. være basert på subjektive vurderinger. Det faktum at den tidligere presenterte kritikken av meldingen peker i samme retning, styrker imidlertid de vurderingene som her er gjort.

7.3 En helseforståelse som utelukker integrering av bærekraftig utvikling?

Det synes nærliggende å tro at behandlingen av bærekraftig utvikling i St.meld. nr. 16 (2002–2003), kan være en logisk konsekvens av den helseforståelsen som meldingen legger til grunn. Om utgangspunktet er en biomedisinsk helseforståelse, synes bærekraftig utvikling ganske enkelt ikke å være relevant. Epidemiologi og bærekraftig utvikling kan se ut til å høre til i to forskjellige verdener. Hvis folkehelsearbeid primært forstås som individuell sykdomsforebygging, og hvis sykdom relativt ensidig kan knyttes til individuell livsstil, løsrevet fra de større kulturelle og samfunnsmessige mønstre som denne livsstilen inngår i, da kan det også bli vanskelig å se at én og samme livsstil samtidig kan utgjøre både en helse- og en bærekraftstrussel. Hvis komplekse sammenhenger i liten grad behandles når det gjelder befolkningens helse, kan det være enda mindre grunn til å forvente at meldingen skal forholde seg til de enda mer komplekse spørsmålene knyttet til dagens ikke-bærekraftig utvikling. At St.meld. nr. 16 (2002–2003) ikke synliggjør eller vektlegger forhold som ville fremme både helse og bærekraft, kan dermed synes forståelig ut fra en biomedisinsk, epidemiologisk forankring.

På bakgrunn av ovenstående synes den manglende integreringen av bærekraftig utvikling i St.meld. nr. 16 (2002–2003) ikke å være et bevisst valg, men snarere å være en konsekvens av den virkelighetsforståelsen som meldingen legger til grunn. Forankret overveiende i en epidemiologisk folkehelsemodell har meldingen liten sannsynlighet for å forholde seg til en overordnet politisk målsetning som bærekraftig utvikling. Det synes nærliggende å tro at et mer helhetlig, samfunnsmessig / strukturelt perspektiv kunne gjøre det lettere å integrere en overordnet målsetning som

bærekraftig utvikling. Meldingens intensjon «å forebygge mer for å reparere mindre» kan være bærekraftmessig viktig⁴¹, men for å virkeliggjøre intensjonen synes det nødvendig å redefinere de forutsetninger som legges til grunn – nemlig forankringen i en biomedisinsk helseforståelse.

⁴¹ Forutsatt at dette fører til mindre ressursbruk i helsevesenet, og at frigjorte ressurser kan bidra til å fremme bærekraftig utvikling

Del 2.

Et folkehelsearbeid som fremmer bærekraftig utvikling

*If you think you are too small to make a difference,
try sleeping in a closed room with a mosquito.*

Afrikansk ordtak

8.0 Folkehelsearbeidets grunnlag

Bakgrunnen for at bærekraftig utvikling for alvor kom på den globale politiske dagsorden, er at mennesket i stadig økende grad endrer og ødelegger jordas grunnleggende prosesser og livsoppholdssystemer. Dermed trues både menneskers livskvalitet og overlevelse på lang sikt.

Men er det av den grunn rimelig å forvente at bærekraftig utvikling skal være et nasjonalt *folkehelseanliggende*? Kan en forvente at norsk folkehelsepolitikk skal forholde seg til global helse, og ikke bare nasjonal? Kan det å forebygge potensielle helseproblemer knyttet til en fortsatt ikke-bærekraftig utvikling, ukjent hvor langt inn i fremtiden, regnes som en legitim del av dagens folkehelsearbeid? Som vist tidligere, synes svaret blant annet å avhenge av hvilken forståelse av folkehelsearbeid som legges til grunn.

8.1 Bærekraftig utvikling – et overordnet folkehelseperspektiv?

Folkehelsearbeid i en eller annen form ser ut til å ha eksistert like lenge som menneskelige sivilisasjoner. Hippokrates vektla miljøets betydning for helse; i Romerriket ble det nedlagt et betydelig arbeid med drikkevannsforsyning og latriner. Hvordan samfunnet har forholdt seg til ulike folkehelseanliggender, har imidlertid variert gjennom tidene – avhengig blant annet av tilgjengelig kunnskap, og av religiøse og ideologiske strømninger. Folkehelsearbeid er i dag et mangfoldig begrep, med et bredt spekter av tolkninger. Avhengig av ståsted kan folkehelsearbeid favne det meste – fra kvaliteten av luft, vann og mat, til helseatferd, helsevitenskap og helsepolitikk (Richman, 2003). Det finnes ingen klar og entydig definisjon som alle kan slutte seg til. En av de første og mest gjennomarbeidede definisjonene av «Public Health» ble utformet av Mustard i 1947:

A health problem becomes a public responsibility if or when it is of such a character or extent as to be amenable to solution only through systematic social action. Its relative importance varies with the hazard to the population exposed. This hazard may be qualitative in terms of disability or death; quantitative in terms of proportion of population affected, it may be actual or potential (sitert i Evang, 1953, s. 772).

Helsetruslene ved midten av det 20. århundre var ikke de samme som i dag. Fordelen med Mustards definisjon er imidlertid at den ikke knytter folkehelsearbeidet til konkrete og historisk betingede helsetrusler, men i stedet angir generelle kriterier for hvorvidt et helseproblem blir å betrakte som et folkehelseanliggende. Definisjonen kan derfor danne utgangspunkt for å vurdere hvorvidt dagens ikke-bærekraftige utvikling kan inkluderes som et anliggende for folkehelsearbeidet.

Historisk har innretningen av folkehelsearbeidet endret seg etter som både kunnskapsgrunnlaget og samfunnets helseutfordringer har endret karakter. Tidlig på 1800-tallet var folkehelsearbeidet preget av en sosial og miljømessig helhetstenkning. Med oppdagelsen av sykdomsfremkallende mikroorganismer ved midten av århundret, fulgte en reorientering av den epidemiologiske tilnærmingen. Interessen vendte seg nå mot studie og forebygging av sykdommer forårsaket av spesifikke mikrober. Fremveksten av kroniske ikke-smittsomme sykdommer i andre halvdel av det 20. århundre, førte til at fokus igjen dreide – denne gang mot individrettet forebygging knyttet til ulike risikofaktorer (McMichael, 1999; Susser & Susser, 1996). I dag er det særlig to utviklingstrekk som representerer helt nye utfordringer når det gjelder befolkningers helse, det ene er globaliseringen av folkehelsen, og som en integrert del av dette: de globale miljøtruslene.

Mot slutten av det 20. århundre ble det tydelig at enkeltindividers liv ble stadig nærmere knyttet til globale hendelser og utviklingstrekk. Med globaliseringen, og en stadig tettere overnasjonal sammenveving på det økonomiske, politiske og teknologiske området, fulgte også en globalisering av folkehelsen (McMichael & Beaglehole, 2000; Yach & Bettcher, 1998a). Karakteristisk for de nye helsetruslene er at de rammer bredt og generelt, og at de gjelder store befolkningsgrupper (WHO, 1997b). De kan derfor ikke håndteres av nasjonale myndigheter alene.

Eksempler på globaliserte helsetrusler er spredning av smittestoff, globale miljøødeleggelser og trusler mot matvaresikkerhet. Økt mobilitet over landegrensar av både mennesker og varer fører til at smittestoff kan spres fra land til land, eller kontinent til kontinent i løpet av få dager eller timer (Skjerve, 1999; WHO, 1997a). Med utstrakt handel kan også skadelige miljøfaktorer (for eksempel kontaminanter i matvarer) som tidligere bare utgjorde et lokalt problem, også spres til, og få helsekonsekvenser i helt andre land enn der kontamineringen opprinnelig skjedde.

I forhold til kjente sammenhenger mellom tradisjonelle miljøskader og helseskader, representerer helseutfordringene knyttet til globale miljøødeleggelser en markant endring. De tradisjonelle miljøskadene er stedlig lokalisert og har en umiddelbar, konkret og direkte helseeffekt, for eksempel ved at inntak av kloakkforurenset drikkevann fører til diaré-sykdom. Helseeffekter knyttet til globale miljøskader skiller seg imidlertid

fra dette; både i tid, rom og kompleksitet (Cortese, 1993; Corvalán, Kjellström & Smith, 1999; McMichael, 1997; WHO, 1997a). For moderne, miljørelaterte helsetrusler, kan det ofte være en lang tidsforsinkelse før helseeffekten manifesterer seg. De prosessene som fører til miljøskadene, er dessuten ofte komplekse og kan være vanskelige å få oversikt over.

Via hav- og luftstrømmer er en rekke miljøgifter i global spredning – hva de nåtidige og fremtidige helsekonsekvensene av dette kan være, er det foreløpig liten kunnskap om (Grandjean et al., 2004; WHO, 1997a). Global oppvarming representerer allerede et helseproblem i mange land. Med økende oppvarming forventes situasjonen å bli forverret, og det er fattige land som allerede sliter med store helseproblemer som forventes å bli hardest rammet (Chan, 2008). Bildet omfatter konkrete og direkte trusler mot fysisk helse og overlevelse, for eksempel i form av økt utbredelse av smittebærende vektorer eller økende forekomst av hetslag, men inkluderer også indirekte helseeffekter knyttet til for eksempel flom, skred og ekstreme vindforhold. I tillegg kommer mer sammensatte trusler knyttet til tørke og vannmangel, degradering av jord og tap av livsberingens muligheter (IPCC, 2007; Schirnding, 2002a; WHO, 1997a). Dette kan igjen representere et økende potensial for vold og konflikter, og bidra til et økende antall miljøflyktninger.

En annen type utfordring henger sammen med liberalisering og globalisering av verdensøkonomien. I den sammenheng opptrer mer sammensatte helsetrusler knyttet til for eksempel arbeidsløshet og utrygghet; til barnarbeid eller andre former for utnyttning av arbeidskraft – særlig i fattige land. Med globaliseringen følger også et økende helsegap mellom fattig og rik, både innad i og mellom land, med de helsetruslene som ofte følger med fattigdom (McMichael & Beaglehole, 2000; Saracci, 2007; Schirnding, 2002b; WHO, 1997b). Det skjer også en globalisering av usunn livsstil, som bidrar til en «epidemi» av ikke smittsomme sykdommer (Schirnding, 2002a). I flere fattige land kommer dette i tillegg til allerede store utfordringer med infeksjonssykdommer, og andre sykdommer / helseskader knyttet til fattigdom (Follér, Garret & Hansson, 1996).

Som et resultat av globaliseringen av folkehelsen hevder Yach & Bettcher (1998a) at nasjonal og internasjonal folkehelsepolitikk blir mer og mer uatskillelig. Med åpne og gjensidig avhengige økonomier, vil hendelser og problemer ett sted i verden kunne få alvorlige konsekvenser et helt annet sted⁴². I et kortsiktig perspektiv har rike land større muligheter til å kom-

⁴² Også St.meld. nr 16 (2002-2003) fremhever at skillet mellom nasjonale og internasjonale helseproblemer er i ferd med å viskes ut. Derfor vektlegges viktigheten av internasjonalt samarbeid og internasjonale avtaler.

pensere for degradering av egne økosystemer ved hjelp av handel og teknologi (Soskolne & Bertolini, 1999). Indirekte kan dermed den generelle livsstilen og forbruksmønsteret i rike land utgjøre et press på fjerne økosystemer. Samlet medfører dette at miljøbelastningen forårsaket fra disse landene har blitt mer diffus, indirekte og forsinket – den rammer bredt både i tid og rom (Schirnding, 2002a).

På lang sikt kan ødeleggelsen av livsgrunnet være en trussel mot hele menneskeheten. På kort sikt er imidlertid truslene ujevnt fordelt. Mens for eksempel globale klimaendringer i dag truer bosetting og overlevelse i stadig flere områder i fattige land, er mange av de rike landene (inkludert Norge) fortsatt lite berørt. Samtidig er Norge, med sin materielle velstand og sin oljebaserte økonomi, en klar bidragsyter til globale miljøødeleggelser. Sett mot et bakteppe av fattigdom, sykdom og konflikter i mange av jordas fattigste land hevder imidlertid Yach & Bettcher (1998b) at det vil være et tidsspørsmål før konsekvensene av de rikes overforbruk også slår tilbake på dem selv. En fortsatt ikke-bærekraftig utvikling representerer dermed helseproblemer på flere ulike måter, og kan på lengre sikt være en trussel mot alle mennesker.

McMichael & Beaglehole (2000) hevder at dagens globale utvikling har ført oss til en grunnleggende skillevei når det gjelder menneskehetens helseutsikter, og at fremtidig helse i økende, men ukjent grad avhenger av den videre globaliseringsprosessen – med tilhørende globale miljøtrusler forårsaket av menneskets økonomiske aktivitet. Helsekonsekvensene av globaliseringen er derfor et politisk nøkkelområde (Yach & Bettcher, 1998a). De fremtidige helseproblemene er imidlertid komplekse, sammenvevde og kaotiske. De henger sammen med forhold som ingen i dag har oversikt over – noe som gjør det umulig å gjøre lineære fremskrivninger fra dagens situasjon (Kickbusch, 1999; McMichael, 1997; WHO, 1997b). Usikkerheten blir derfor stor.

Samlet synes de nevnte utviklingstrekkene å representere en fundamental historisk endring når det gjelder trusler mot menneskers helse. Sammenligner en dem med Mustards definisjon, synes de imidlertid å ligge godt innenfor rammene for hva som der anses å representere et folkehelseanliggende. De nye helsetruslene:

- kan sannsynligvis bare håndteres gjennom systematisk samfunnsmessig handling
- truer og / eller er reelt dødelige for mange mennesker i fattige land allerede i dag
- er potensielt dødelige for mange mennesker – i verste fall for hele menneskeheten

Disse nye helsetruslene er i høy grad knyttet til en (fortsatt) ikke-bære-

kraftig utvikling. Mot et bakteppe av en stadig forringelse av livsgrunnlaget, gir det derfor liten mening bare å forholde seg til det tradisjonelle målet om en gradvis forbedring av folkehelsen (McMichael, 1999). Folkehelsearbeidet må også vurderes, og redefineres i forhold til langsiktig bærekraft (Brown, Grootjans, Ritchie, Townsend & Verrinder, 2005b; Griffiths, 2006; Hancock, 1997; Kickbusch, 1999; Kozlowski & Hill, 1999; McMichael, 1999). Folkehelsearbeid og bærekraftig utvikling blir to sider av samme sak: «Public health and sustainable development should, can, and must be the same, not merely linked or synergistic or cross-cutting (Griffiths, 2006, s. 581).

Et isolert mål om å fremme en befolknings helse synes meningsløst og også etisk uakseptabelt, om det ikke også forholder seg til at fremtidige generasjoner skal ha de samme helsemuligheter som dagens mennesker. Et nasjonalt folkehelsearbeid som ikke tar inn over seg, og prøver å håndtere disse nye utfordringene, kan risikere å stå på sidelinjen i forhold til det som representerer noen av de mest alvorlige helseutfordringene i det 21. århundre.

Ivaretagelse av menneskers behov og menneskers helse utgjør som tidligere nevnt en integrert del av bærekraftig utvikling. Spørsmålet er om det i det hele tatt er mulig å ivareta fremtidig helse, uten å sette bærekraftig utvikling som en overordnet målsetning, også for nasjonalt folkehelsearbeid. Som tidligere vist er da også den overordnede målsetningen om bærekraftig utvikling nedfelt, og i noe varierende grad integrert, i den internasjonale oppfølgingen av Vår felles framtid som har foregått i WHO-regi.

En slik overordnet målsetning innebærer imidlertid at folkehelsearbeidet må forholde seg til forhold og faktorer som hittil har ligget utenfor dettes domene. Vår felles framtid (s.244) beskriver den globale situasjonen, og de institusjonelle utfordringene slik:

Forandringene skjer så raskt at det overgår de vitenskapelige disipliners evne og vår nåværende kapasitet til å vurdere og å gi råd. Det gjør at forsøkene fra politiske og økonomiske institusjoner på å tilpasse seg og mestre situasjonen, blir virkningsløse, for disse forsøkene har sin bakgrunn i en annen og mer oppstykket verden.

I forhold til hva som tradisjonelt har vært inkludert i nasjonalt folkehelsearbeid vil derfor en overordnet målsetning om bærekraftig utvikling nødvendigvis gjøre nytenkning på flere områder. En må forholde seg til nye og komplekse problemstillinger – i forhold til hva som er legitime og relevante folkehelseanliggender, i forhold til hva som kan være relevante tiltak og hvem som kan være aktuelle samarbeidspartnere. Ikke minst må det vurderes hvilket kunnskapssyn arbeidet må ta utgangspunkt i, og hvilket

kunnskapsgrunnlag som må skaffes til veie for å håndtere utfordringer av den kompleksitet som dagens ikke-bærekraftige utvikling representerer.

Generelt innebærer en overordnet målsetning om bærekraftig utvikling at perspektivet for folkehelsearbeidet må utvides, i både tid og rom. Folkehelsearbeidet må være proaktivt, ved at fremtidige trusler får konsekvenser for dagens handlinger og prioriteringer. Det må også forholde seg til hele menneskehetens helse og ikke bare til egen befolkning. Det betyr ikke at nasjonalt norsk folkehelsearbeid skal rette seg *direkte* mot helseproblemer i for eksempel fattige land, men at det må forholde seg til at de valgene som gjøres kan få helsekonsekvenser langt ut over nasjonale grenser. I et globalt perspektiv vil en intensivert innsats i retning bærekraftig utvikling kunne bidra til å redusere flere helseproblemer som allerede i dag er knyttet til fattigdom og miljøskader og / eller -ødeleggelser, spesielt i fattige land (McMichael et al., 1999).

En slik redefinering innebærer at folkehelsearbeidet får en ny etisk forankring. Hittil i menneskehetens historie har etikken ifølge den tysk-jødiske filosofen Jonas (1999) vært en antroposentrisk nabo- og nåtidsetikk. Den har gitt retningslinjer for hvordan mennesker skal forholde seg til hverandre i konkrete her- og nå-situasjoner. I dagens globaliserte virkelighet, der våre handlinger overskrider oss, både i tid og rom, kommer imidlertid en slik etikk til kort. På bakgrunn av dette misforholdet tar Jonas til orde for en ny ansvarsetikk eller fremtidsetikk. Selv om Jonas formulerer denne etikken i individuelle termer, kan den også ha relevans som etisk grunnlag for folkehelsearbeidet.

Essensen av fremtidsetikken formulerer Jonas blant annet i følgende imperativ: «Handl således, at virkningerne af din handling kan forenes med bevarelsen af et ægte menneskeligt liv på jorden» (Jonas, 1999, s. 41)⁴³. Dette imperativet konkretiserer Jonas videre i nye plikter for mennesket. En av disse er plikten til å sette seg inn i og forestille seg fjernvirkningene av egne handlinger – i tid og rom. Vi kan ikke unnskyldes oss med at vi ikke vet; vi har en plikt til kunnskap. Og selv når en ikke kan vite noe sikkert, så har en plikt til å ta fantasien og forestillingen til hjelp. På et overindividuellt plan innebærer dette et krav til vitenskapen om å fremskaffe kunnskap om konsekvensene av menneskelige handlinger. I forhold til folkehelsearbeidet, legger fremtidsetikken dermed føringer i forhold til hvilken kunnskap det er nødvendig å søke, og hvilken kunnskap som skal tillegges vekt.

⁴³Dette imperativet kan se ut til å ha et klart antroposentrisk innhold. For Jonas er det imidlertid som tidligere nevnt et ubrytelig fellesskap mellom mennesket og den øvrige natur. Menneskets overlevelse er uløselig knyttet til det totale livsmiljø som det er vevet inn i. Hensynet til mennesket og hensynet til den øvrige natur er derfor uatskillelig. Å prøve å skille disse vil i følge Jonas være å umenneskeliggjøre mennesket.

Å bygge et folkehelsearbeid på et slikt grunnlag kan medføre etiske utfordringer og vanskelige problemstillinger: Er det for eksempel globalt bærekraftig å sette store ressurser inn på stadig mer høyteknologisk forskning og behandling? I noen tilfelle kan det tenkes å oppstå motsetninger mellom nasjonale og globale hensyn, og mellom nåtidige gevinster i forhold til fremtidige tap. Det er fullt tenkelig at helsegevinster i dag kan oppnås på måter som svekker helsemulighetene for fremtidige generasjoner. For eksempel brukes økt levealder ofte som en indikator på bedret helsetilstand i en befolkning. I den rike delen av verden har dette imidlertid blitt oppnådd ved hjelp av ressurskrevende og høyteknologisk behandling som neppe er bærekraftig på lang sikt (McMichael et al., 1999).

Økonomisk vekst har ofte blitt vektlagt som et middel til å oppnå bedre helse. Den forbedrede helsetilstanden en har sett i rike land gjennom de siste århundrene, henger sammen med en sosial og økonomisk utvikling knyttet til industrialisering – som igjen har medført overutnytting av naturressurser og produksjon av forurensning (Hancock, 1997). Fordi en har unnlatt å vurdere økologiske konsekvenser av ulike tiltak, kan folkehelsearbeid dermed ha bidratt direkte til press på og ødeleggelse av jordas livsoppholdssystemer (Hess, 1999).

Mål og tiltak som ut fra en ensidig nasjonal tilnærming synes etisk høyverdige, kan i et globalt bærekraftperspektiv være vanskeligere å forsvare. På kort sikt kan målsetningen om bærekraftig utvikling dermed føre til etiske dilemmaer. Om rike land vil forholde seg til det moralske imperativet som dagens globale utvikling representerer, vil det imidlertid i følge Yach & Bettcher (1998b) på lang sikt gi gevinst for alle parter.

Utgangspunktet for den videre fremstilling er dermed at bærekraftig utvikling utgjør et overordnet og styrende prinsipp som folkehelsearbeidet må ses i forhold til, og at det å arbeide for bærekraftig utvikling og det å fremme folkehelsen, kan ses som to sider av samme sak. Som vist i kapittel 4, er dette standpunktet allerede nedfelt i flere av WHO's planer og strategier. En moderne epidemiologisk tilnærming, forankret i en biomedisinsk helseforståelse, vil som vist i forrige kapittel, være et lite egnet fundament å bygge et slikt folkehelsearbeid på. Dagens situasjon utfordrer dermed til en nytenkning når det gjelder hvilken helseforståelse folkehelsearbeidet skal ta utgangspunkt i (Kickbusch, 1999). Første ledd i en slik nytenkning kan være å se nærmere på hvilke sammenhenger det kan være mellom dagens økokrise og en biomedisinsk helseforståelse.

8.2 Biomedisin og økokrise – to sider av samme sak?

Ødeleggelsen av jordas livsoppholdssystemer og de medfølgende truslene mot menneskers livskvalitet og overlevelse på lang sikt, knyttes av mange til et mekanistisk og antroposentrisk verdensbilde (Cortese, 1993; Fox, 1995; Hegge 1993; Næss, 1976; Wright, 1994)⁴⁴. Ut fra dette anses mennesket å stå utenfor og ha herredømme over naturen. Naturen er å betrakte som en evigvarende ressurs for mennesket, og den antas å ha en nær ubegrenset evne til å ta imot avfall og forurensninger. Naturen blir et objekt som er til for å dekke menneskers ønsker og behov. Den blir «avsjelet» – en død ting.

Fra det 17. århundre og frem til i dag har dette natursynet i stadig økende grad preget menneskers handlinger, og gjort at våre omgivelser har blitt mer og mer teknologisk dominert. For stadig flere nordmenn har et mer eller mindre teknologisk omformet miljø blitt det normale, mens naturmiljøet er det uvanlige – noe man evt. kan «besøke» eller oppsøke i ferier og fritid. Et teknologisert miljø virker igjen som en ytterligere bekreftelse på en mekanistisk virkelighetsoppfatning, og fungerer som en praktisk innlæring av denne (Hegge, 1993). Underbevisst, via media, skole og menneskeskapt omgivelser, tar vi dermed som en selvfølge inn en mekanistisk virkelighetsoppfatning.

Den stadig økende bruken av industribearbeidet mat og drikke kan være et eksempel på dette. Det virker sannsynlig at jo mer en baserer sitt kosthold på ferdigprodusert mat og drikke i pakker, poser, bokser og flasker; jo mindre opplever en maten som et resultat av jordas naturlige prosesser. Ferdigmat kan dermed representere både et uttrykk for, og en ytterligere forsterker av et mekanistisk verdensbilde. Jo svakere sammenheng en ser mellom egen mat og «jordas helse», jo mindre tar en kanskje også inn over seg de truslene som ødeleggelsen av livsgrunnet representerer mot menneskehetens og jordas fremtid.

Et mekanistisk verdensbilde påvirker imidlertid også menneskets opplevelse av seg selv. I ytterste konsekvens fører det til en mekanisering, også av mennesket. Et ensidig tekno-urbant miljø vil fremme en mennesketype som opplever og tenker om verden i teknologiske, kvantitativt-mekanistiske termer. En rasjonell, analytisk holdning til omgivelsene favoriseres; samtidig svekkes en helhetlig og dypere forankret følelse og tenkning (Hegge, 1993). Også menneskekroppen blir avsjelet, og forstås som et materielt objekt, en ting. Konsekvensen blir at mennesket selv begynner å fungere «teknologisk» – som en maskin. Som tidligere nevnt er det nettopp en «maskinforståelse» av mennesket som er utgangspunkt for den

⁴⁴ Nærmere utdypet i Offergaard (2005).

biomedisinske helseforståelsen. Også den har sin rot i et mekanistisk-reduksjonistisk verdensbilde. Dette verdensbildet synes dermed å utgjøre en felles rot til både økokrisen og den biomedisinske helseforståelsen.

Det kan også synes relevant å spørre om ikke biomedisinens sterke stilling i dagens samfunn faktisk kan være en direkte bidragsyter til økokrisen. Den sterke vitenskapeliggjøringen av biomedisinen knytter denne stadig nærmere til teknologisk forskning og utvikling – noe som utgjør en sterk samfunnsmessig påvirkning (Burri & Dumit, 2007). Generelt ser det ut til å ha skjedd en industrialisering og kommersialisering av helse, sykdom, forebygging og behandling (Fugelli, 2003). Dette viser seg blant annet i sterke bånd mellom legemiddelindustrien og en del medisinsk forskning.

Legemiddelindustrien har en sterk kommersiell agenda, og krever mye både av materielle, økonomiske og menneskelige ressurser. For flere store transnasjonale selskaper utgjør legemidler og andre farmasøytiske produkter en vesentlig del av virksomheten. For disse selskapene er det egne økonomiske interesser, og ikke idealistiske målsetninger som er drivkraften. Det synes derfor nærliggende å spørre om vestlig medisinsk utvikling «styres mer av Wall Street enn av WHO» (Lie, 2000, s. 70). Biomedisinske forskningssentre krever dessuten mye energi og andre materielle ressurser til kontorer og laboratorier – ofte med avansert, høyteknologisk utstyr (Gruppenhoff, 1998). Dette, sammen med ulike former for miljøskadelig avfall som produseres, gjør at biomedisinsk forskning i seg selv også kan utgjøre et bærekraftproblem.

Via sin markeds- og mediamakt er legemiddelindustrien dessuten i høy grad med på å forme vår forståelse av helse og sykdom. Via aggressiv markedsføring kan den bidra til troen på at det finnes teknisk-materielle løsninger på de fleste sykdommer og helseplager, og forsterke et ideal om det perfekte menneske som har krav på å leve uten noen form for smerter eller helsemessige plager (Lian, 2000). Et slikt ideal kan igjen utgjøre et press i retning stadig bedre diagnostikk og behandling, som igjen blir et ytterligere insentiv i forhold til mer biomedisinsk forskning. Medisinsk teknologi får lett en imperativ karakter. Den påvirker vårt syn på hva som er sykdom, og hva som skal være gjenstand for medisinsk behandling; dermed kan den bidra til å skape stadig nye behov (Lian, 2000). Slik forsterkes en ond sirkel. Samlet kan denne utviklingen bidra til å lede det globale samfunnet i noe helt annet enn en bærekraftig retning.

Et ideal om det perfekte liv uten sykdom, smerter, eller lidelse – det Fugelli (2003) kaller 0-visjonen – kan også knyttes til en generell tingliggjøring av virkeligheten, til forestillingen om at vi kan «bestyre naturen, designe livet, programmere samfunnet (...)» (Fugelli, 2004, s. 416). Et slikt utgangspunkt kan føre til en ekstrem helseopptatthet, og et ønske om å skaffe seg en perfekt kropp – via riktig livsstil, riktig kosthold, riktig

trening. For noen kan kropp og helse bli en prestasjon man skal lykkes med, et vitenskapelig prosjekt som støttes og utnyttes av kommersielle interesser:

Prat om dehydrering og karbohydratlagring og riktig sammensatt kosthold, gjør at oppegående folk som går og løper rundt Sognsvann på 15 minutter tror de må ha med seg drikkeflaske med dyrt drikkepulver oppi for ikke å gå tom eller bli dehydrert. Videre at det haster med å kaste i seg en power-bar med riktig sammensetning av aminosyrer og antioksidanter og riktige sukkerarter for optimal restitusjon.

Normalt sunne mennesker mener bestemt at dersom du skal ut av døra må du ha teknisk tøy, double layer goretex shell, sportsbriller, forskjellige sko for grus, asfalt og opp- og nedoverbakke, og sokker med navn på OL-vinnere for i det hele tatt ta seg fram ved egen hjelp (Wigernæs, 2008).

Fysisk aktivitet er sunt, men under sterk påvirkning fra kommersielle interesser er den ikke nødvendigvis bærekraftig. Med sterkt fokus på utstyr og spesialtilpassede produkter til ulike aktiviteter, kan økt fysisk aktivitet i rike land tenkes å bidra til en forverring av økokrisen.

Det kan dermed se ut til at biomedisin og økokrise er sammenvevde fenomener, som kan føres tilbake til en felles rot i et mekanistisk og antroposentrisk verdensbilde. Om det skal være mulig å integrere bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid, synes det derfor nødvendig å søke alternativer til dette verdensbildet. Allerede tidlig på 1990-tallet forutsa Cortese (1993) at ødeleggelsen av jordas livsoppholdssystemer ville være et av de viktigste temaene som både folkehelsearbeidet og samfunnet som helhet ville måtte håndtere i det 21. århundret. For å møte denne utfordringen hevdet han at det var behov for en dreining fra en biomekanisk og mot en økologisk tenkning innen medisinen. Dette vil innebære at mennesket må revidere sin selvforståelse og nytenke sin plass og rolle i forhold til den jorda som det er avhengig av. Økokrisen og målsetningen om bærekraftig utvikling utfordrer dermed medisinen til å nytenke sitt eget kunnskapsfundament.

Også helsehensyn kan tilsi en slik nytenkning. Et reduksjonistisk verdensbilde løsriver ikke bare mennesket fra jorda, det løsriver det også fra kulturelle sammenhenger og sosiale relasjoner. Foss & Rothenberger (1990) hevder at dagens sykdomsbilde, der psykososiale faktorer utgjør en stadig større del av årsakene til sykdom, nødvendiggjør en nytenkning av de grunnleggende forutsetninger som medisinen bygger på. Slike psykososiale faktorer lar seg ikke umiddelbart passe inn i en biomedisinsk helseforståelse, men krever en annen tilnærming. En rekke fagfolk har derfor kritisert den biomedisinske reduksjonismen som de mener preger

helsefeltet i dag, og tatt til orde for alternative modeller og tilnæringer til sykdom og helse (Berg, 2003; Eriksson, 1996; Foss & Rothenberg, 1990; Fugelli, 2003; Günther, 1996; Kickbusch, 1999; Kirkengen, 1993).

Med historisk-kulturelle endringer har det som tidligere nevnt, skjedd store endringer i helseforståelsen, og dermed også i medisinen. Nye utfordringer har krevet nye tilnæringer. Derfor vil ikke en videre ekstrapolering av nåtidens trender nødvendigvis gi et troverdig bilde av fremtidens medisin. Dramatiske endringer og paradigmeskifter kan oppstå brått og uventet (Nylenna, 2000). Med de nye utfordringene som dagens globaliserte verden representerer, virker det rimelig at helseforståelsen igjen må revideres. I det følgende skisseres derfor en helseforståelse som kan gjøre det enklere å sette folkehelsearbeidet inn i en overordnet bærekraftkontekst.

8.3 En annen helseforståelse?

For at en helseforståelse skal være relevant i forhold til dagens helsemessige utfordringer, synes det nødvendig at den overskrider den reduksjonistiske oppdelingen av virkeligheten som er arven etter Descartes, og i stedet anerkjenner de komplekse sammenhenger som eksisterer mellom mennesket og dets omgivelser. Hvis det også er slik at en biomedisinsk tilnærming til kropp, sykdom og helse kan utgjøre en drivkraft i retning en forsterkning av økokrisen, vil en slik revurdert helseforståelse også kunne være sentral i forhold til å føre verden i en mer bærekraftig retning. I dag er det norske helsevesenet i sine vesentlige trekk bygget på et biomedisinsk idégrunnlag (Solli et al., 2001). En endret helseforståelse innebærer dermed en revisjon av det kunnskapsfundamentet som mange norske helsefaglige miljøer og profesjoner baserer sin virksomhet på.

For at en helseforståelse skal gjøre det mulig å integrere bærekraftig utvikling, må den ta utgangspunkt i menneskets relasjon til jorda som helhet. Günther (1996) hevder at en i stedet for å plassere mennesket øverst i en hierarkisk rangorden, bør tenke på virkeligheten som «holarkier», det vil si som systemer som omslutes hierarkisk av systemer på stadig høyere nivåer. I slike systemer vil det alltid være en gjensidig avhengighet mellom systemer på de ulike nivåene, og verken helheter eller deler kan forstås uavhengig av hverandre. Jo høyere systemnivå en befinner seg på, jo flere nye egenskaper vil dessuten opptre i forhold til nivået under (Solli, 1990).

For jordas vedkommende vil det øverste systemnivået være økosfæren⁴⁵,

⁴⁵ Økosfæren: Summen av alle jordas økosystemer

mens menneskesamfunnet er et undersystem under dette. En slik tankemodell utgjør basis for en humanøkologisk helseforståelse. Humanøkologien har et holistisk utgangspunkt. Den har alle aspekter ved samspillet mellom menneske, natur, kultur og samfunn som sitt anliggende, og er tverrfaglig / tverrvitenskapelig i sin tilnærming (Honari, 1999). En humanøkologisk tilnærming avviser ikke at mennesket er både et sosialt og kulturelt vesen, men uttrykker at vi i forhold til jorda som helhet må forstå mennesket som et biologisk vesen, på lik linje med andre organismer. Som andre levende vesener overlever vi ved å høste av ressurser fra våre (nære eller fjerne) omgivelser. Vi inngår dermed uunngåelig i jordas grunnleggende prosesser og systemer (Follér et al., 1996).

Mennesket kan ikke betraktes som atskilt fra den naturen og det miljøet det lever i. I sin biologifilosofi fremhever Jonas at mennesket med sine sanser og sitt stoffskifte er uløselig knyttet til andre levende organismer (Fidjestøl, 2004). Intet liv kan være fullstendig atskilt fra annet liv – å være levende innebærer nødvendigvis sam-liv. Å betrakte mennesket som atskilt og løsrevet fra den øvrige natur, blir dermed å gjøre vold på virkeligheten. En kan snarere se mennesket som en *manifestasjon av jorda*, heller enn en organisme som *lever på den* (Berry, 1990).

Konsekvensen av en slik tankegang er at mennesket er underlagt jorda, og ikke omvendt. Jordas økosystemer følger sine egne iboende lovmessigheter som ikke lar seg diktere av mennesket. Med dagens samlede menneskelige ressursutnyttelse forstyrres disse prosessene og systemene dramatisk – noe som er selve utgangspunktet for målsetningen om bærekraftig utvikling. For å sikre egen overlevelse, må mennesket derfor tilpasse sin virksomhet til de begrensninger som jorda setter. På lang sikt kan ikke mennesket eksistere, uten å samarbeide med det miljøet det er en integrert del av (Günther, 1996). Målsetningen om bærekraftig utvikling er nettopp uttrykk for en slik erkjennelse. «Jordas helse» og menneskers helse blir dermed to sider av samme sak (Brown et al., 2005b; Cortese, 1993; Follér et al., 1996; Honari, 1999; Kozlowski & Hill, 1999; Soskolne & Bertollini, 1999). Helse må derfor ses i et globalt, økologisk perspektiv, og helseutfordringer må håndteres innenfor de økologiske grenser som er bestemt av jordas bæreevne.

Tradisjonelt har folkehelsearbeidet fokusert overveiende på menneskeheten som en separat størrelse og ikke som innvevd i en kontekst av levende omgivelser (Brown, Ritchie, Grootjans & Rohan, 2005a). En humanøkologisk tilnærming til helse kan derimot bidra til at den overordnede målsetningen om bærekraftig utvikling kan gjennomsyre folkehelsearbeidet. Samtidig utfordres dagens dominerende reduksjonistiske og epidemiologiske tilnærming (Kickbusch, 1999). Som tidligere nevnt har epidemiologien utviklet nye tilnærminger og metoder, etter som de helsemessige utfordringene i samfunnet har endret seg. De siste hundreårene

har epidemiologer levd i en verden der jordas prosesser og systemer har vært intakte. Man har derfor kunnet ta dem for gitt, og har ikke hatt behov for å forholde seg til dem i folkehelsearbeidet. Dette er imidlertid ikke lenger tilfelle. Miljøets betydning for helse dreier seg ikke lenger bare om lokale miljøfaktorer; det er selve livsgrunnlaget som står på spill (Brown et al., 2005b; Cortese, 1993; Kickbusch, 1999; McMichael, 1999; WHO 1997a).

De store globale miljøutfordringene, som global oppvarming og tap av biodiversitet påvirker hele jorda – om enn konsekvensene kan ramme nasjonalt / regionalt ulikt. Stadig flere miljøfaktorer i form av helseskadelige stoffer er dessuten i global sirkulasjon – enten via luft- eller havstrømmer, eller via matvarer og andre handelsvarer. Et ensidig lokalt fokus gir derfor i dag liten mening. Mot slutten av det 20. århundre var det da også flere epidemiologer som tok for seg de helseutfordringene som den nye globale situasjon innebærer. Blant annet hevdet Loomis & Wing (1990) at de store folkehelsekonsekvensene av dagens globale miljømessige, demografiske og sosiale endringer ville stimulere til et paradigmeskifte innen epidemiologien.

Den moderne epidemiologien har dessuten vist seg lite egnet i møte med en del nyere og sammensatte helsemessige utfordringer. Studiet av disse ut fra etablerte metoder har vist seg lite fruktbare (McMichael, 1999; Pearce & McKinlay, 1998). Etter hvert har flere derfor tatt til orde for nødvendigheten av å overskride individnivået, og utvikle teorier og tilnærminger som erkjenner kompleksiteten av hele de systemene som helse / sykdom opptrer innenfor (Kickbusch, 1999; Koopman, 1996; McMichael, 1999; McMichael & Beaglehole, 2000; Pearce, 1996). Dette medfører en dreining fra fokus på enkeltfaktorer til systemanalyse innen epidemiologien.

En systemtilnærming innebærer at faktorer på individnivå (atferd, livsstil, arbeidssituasjon, fysiske omgivelser) behandles som elementer i en kompleks årsaksvev som også favner den aktuelle populasjonens historie, kultur, sosioøkonomiske status og økologiske betingelser. I en slik årsaksvev finner en ikke nødvendigvis lineære sammenhenger eller faktorer som kan plasseres inn i en ryddig og systematisk orden. Bildet vil snarere være preget av samvirke og feedbacksløyfer mellom ulike faktorer (McMichael, 1999). En slik kompleksitet er ikke nødvendigvis noe epidemiologer liker, men som McMichael (1999, s. 891) kommenterer: «life is like that; it comprises complex systems».

En lignende innsikt er da også nedfelt i Ottawa Charteret (s. 3):

Våre samfunn er komplekse og vevet inn i hverandre. (...) De sterke bånd som eksisterer mellom folk og miljø danner grunnlaget for en sosio-økologisk tilnærming til helsespørsmålet.

En mer systemorientert tilnærming innebærer også at det miljøet et menneske lever i, ikke bare kan forstås som summen av ulike miljøfaktorer, men må betraktes som et integrert hele:

Environments are not just the visible structures and services surrounding us but have spiritual, social, cultural, economic, political and ideological dimensions as well. Furthermore, all the different facets are interwoven and inseparable. Influencing one will bring about changes in others, for better or for worse. Yet if healthy social development is to be maintained (...), the environment must be targeted for change. This is what is known as sustainable development (...).

(World Health Organization, 1996, s. 7)

Implisitt i en slik helhetlig tilnærming til relasjonen mellom menneske og miljø, er også en helhetlig forståelse av mennesket selv. Helse og sykdom ses da ikke bare i relasjon til anatomiske strukturer og biokjemiske / biologiske prosesser, men involverer kropp, tanker, følelser, stemninger og opplevelser i et dynamisk samspill. I sin store «Helse på norsk» undersøkelse finner Fugelli & Ingstad (2009, s. 438) at folks helseforståelse er holistisk – «(...) helsen er vevd inn i kroppen, sjelen, samlivet, familien, arbeidsplassen, Gud, naturen og samfunnet (...)». Kropp, sinn og ånd⁴⁶ blir dermed å betrakte som et integrert hele (Eriksson, 1996; Ewles & Simnett, 2003; Fugelli, 2003; Fugelli & Ingstad, 2009; Kirkengen, 1993). For å fremme helse blir det derfor nødvendig å forholde seg like mye til menneskers sinn og ånd som til deres fysiske kropp.

En skisse av en slik holistisk helseforståelse⁴⁷ er vist i figur 6. Mellom de ulike elementene som inngår eksisterer ingen skarpe grenser – samlet utgjør

⁴⁶ Ulike forfattere bruker ulik terminologi for de enkelte aspekter ved mennesket. Begrepet sinn brukes her om menneskets psyke, og dekker det Eriksson (1996) kaller sjel, mens begrepet ånd her retter seg mot en eksistensiell / religiøs dimensjon ved mennesket. Hos Fugelli (2003) og Kirkengen (1993) synes betegnelsen ånd å dekke både det som her er kalt sinn og ånd.

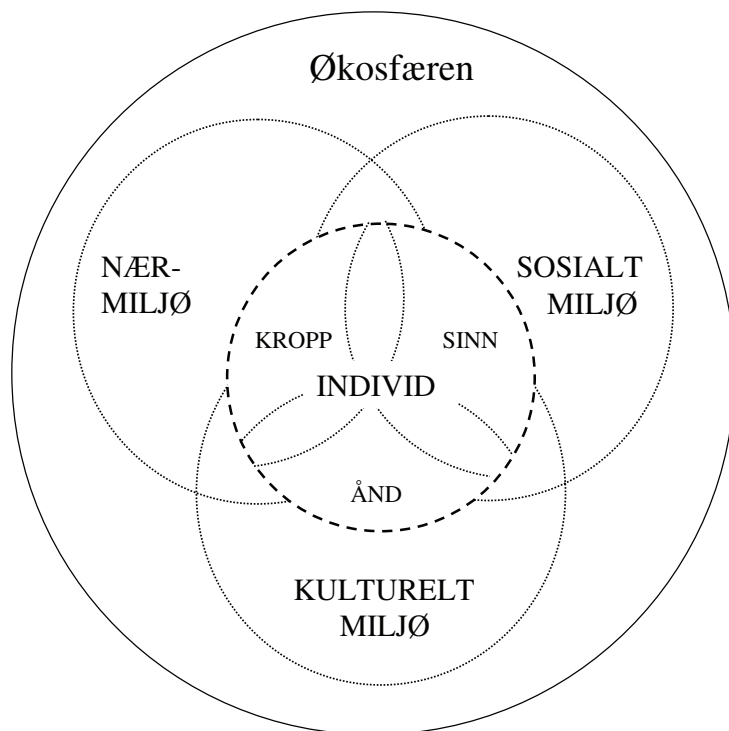
⁴⁷ Det er vanskelig å finne et klart og allment akseptert begrep for en helseforståelse som trekker inn flere elementer enn den biomedisinske. Begrepet holisme / holistisk er problematisk, og brukes upresist – blant annet i mange «alternativ-miljøer», men inngår også i akseptert faglitteratur (for eksempel Eriksson (1996) og Ewles & Simnett, (2003). Fugelli & Ingstad (2009) beskriver folks helseforståelse som helhetlig eller holistisk. Behovet for en holistisk tilnærming når det gjelder forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse understrekes av for eksempel Brown et al., (2005b) og Hancock (1997). Ifølge Wright (1991, s. 53) er det «Å anlegge et holistisk syn på en gjenstand (et system, en totalitet) (...) å forstå delenes egenskaper og virkemåte ut fra de lover som gjelder for helheten». Han ser dette som en motsetning til normen for den vitenskapelige utvikling fra 1600-tallet og frem til det 20- århundret. Nordtvedt & Grimen (2004) påpeker imidlertid at det finnes flere typer holisme. Det er derfor nødvendig å presisere hva som er ment å inngå i den helheten man presenterer, og hvordan relasjonen mellom de enkelte delene som inngår i helheten skal forstås. Skissen i figur 6 er ment å klargjøre dette.

de et integrert hele, med nær ubegrensede muligheter for samspill og gjensidige påvirkninger mellom ulike elementer. Mens det som i figuren er betegnet med nærmiljø, sosialt og kulturelt miljø dekker det som mennesker lever i og er i nærkontakt med i sitt daglige liv, omfatter økosfæren selve livsgrunnlaget – det vil si jordas grunnleggende prosesser og systemer. I det daglige har ikke mennesker nødvendigvis noen konkret opplevelse av livsgrunnlaget, men det utgjør likevel fundamentet for vår eksistens som mennesker.

100

De tre ulike miljøaspektene som er vist i figuren er gjensidig avhengige av og påvirker hverandre. På individnivå er det samme tilfelle for menneskets kropp, sinn og ånd. Når det gjelder ulike konkrete helsemessige og / eller psykososiale utfordringer, kan det ofte være nødvendig å vektlegge enkelte av elementene i figuren mer enn andre. Det essensielle er imidlertid at enkeltelementer ikke behandles løsrevet fra den integrerte helheten som de inngår i.

Samlet kan en slik holistisk helseforståelse åpne for en mer selvfølgelig integrering av bærekraftig utvikling i folkehelsearbeidet – noe som igjen vil bidra til en revurdering av folkehelsearbeidets innhold og ulike tilnærminger når det gjelder å ivareta befolkningens helse.



Figur 6. Elementer som inngår i en holistisk helseforståelse. Stiplede linjer angir at det ikke finnes noen skarpe skiller mellom de ulike elementene.

9.0 Folkehelsearbeidets innhold

Et folkehelsearbeid som tar sikte på å fremme bærekraftig utvikling vil på mange områder være annerledes enn dagens – så annerledes et en kan snakke om et grunnleggende paradigmeskifte (Brown et al., 2005b; Kickbusch, 1999). Det dreier seg ikke bare om at aktører innen folkehelsefeltet må tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter, men også om at arbeidet forankres i et nytt verdensbilde.

Flere har tatt til orde for at den globale miljøsituasjonen gjør det nødvendig med en nyorientering i retning å skape helse, heller enn å behandle sykdom (Cortese, 1993; Soskolne & Bertollini, 1999). I forhold til dagens situasjon betyr dette en opprioritering av det forebyggende helsearbeidet. Som tidligere nevnt tar Fugelli (2003) til orde for en «demokratimodell» i folkehelsearbeidet, forankret i et bredt helsebegrep. Inspirasjonen er hentet, blant annet fra Ottawa Charteret og Lokal Agenda 21. Utgangspunktet er at helse skapes nedenfra, av enkeltmennesker og lokalsamfunn, men også i politikken. Dette innebærer at betydningen til helsefaglige ekspertsystemer tones ned. En slik tilnærming krever et grunnleggende tankemessig skifte, og representerer et skritt inn i et ukjent landskap bortenfor biomedisinens domene (Waltner-Toews, 1999). Til grunn for en slik nyorientering ligger en holistisk helseforståelse. Det er også behov for en ny etisk forankring og et nytt kunnskapstilfang, der kunnskap om sammenhenger mellom ulike fenomener står sentralt.

Helse- og miljøspørsmål har i dag en stadig økende grad av kompleksitet og sammenveving. Mange helsedeterminanter ligger dessuten i økende grad utenfor helse- og / eller miljøsektoren (Schirnding, 2002a; WHO, 1997a). For å kunne bidra til bærekraftig utvikling må folkehelsearbeidet derfor forholde seg til helt nye områder. Tilnærminger og tiltak må dessuten vurderes, ikke bare i en nasjonal, men også i en global kontekst; ikke bare i forhold til nåtiden, men også i forhold til fremtiden. Ikke noe land eller noen region kan oppnå bærekraft alene. Flere av drivkreftene i forhold til både nåtidens og fremtidens helseproblemer ligger langt utenfor nasjonale helsesektors domene. Et globalt og tverrsektorielt samarbeid er derfor nødvendig (Schirnding, 2002a; 2002b; WHO, 1997a, 1997b; Yach & Bettcher, 1998a).

Som tidligere nevnt, drives folkehelsearbeid i dag på flere arenaer og nivåer. En rekke aktører utenfor helsevesenet vil kunne være sentrale

bidragsyttere til et «folkehelsearbeid for bærekraftig utvikling» – for eksempel lærere og barnehageansatte. Som vist i kapittel 4, er alles ansvar for å bidra til et miljø som fremmer helse nedfelt i flere WHO-dokumenter. Helsesektoren vil imidlertid kunne spille en nøkkelrolle på ulike måter. Dels kan den bidra til å fremskaffe kunnskap om ulike helse-trusler som er knyttet til en ikke-bærekraftig utvikling; dels kan den bidra til å utforme politikk og strategier som ivaretar både helse og bærekraft; og dels kan den bidra til å bygge opp kapasitet og evne (både innenfor og utenfor helsesektoren) til å handle i overensstemmelse med tilgjengelig kunnskap (Schirnding, 2002a). Folkehelsearbeid omfatter dessuten informasjon og opplysning til offentligheten. Dette kan være en viktig kilde til kunnskapsspredning, og dermed også representere en pådriver i bærekraftig retning.

En nytenkning av folkehelsearbeidet som det her tas til orde for, innebærer imidlertid ikke at det skal kastes vrak på alt som hittil har vært gjort. Mye av det eksisterende arbeidet kan videreføres, mens andre deler kan videreutvikles til å finne sin plass innenfor et nytt og utvidet folkehelsearbeid (Brown et al., 2005a). I det følgende behandles ulike innfallsvinkler og elementer som representerer flere aspekter ved og områder av et slikt nytt folkehelsearbeid. Fremstillingen tar utgangspunkt i at en rekke personer og grupper, både i og utenfor helsevesenet, direkte eller indirekte er involvert i folkehelsearbeid, selv om deres yrkes- eller profesjonstilhørighet ikke nødvendigvis offisielt tilsier dette. Da denne boken primært henvender seg til personer med en helsefaglig bakgrunn, er det hva som kan gjøres innen helsesektoren som primært blir vektlagt.

9.1 Kunnskaps- og forskningsbehov

Kunnskap om komplekse sammenhenger, og om samfunnsmessige konsekvenser av tiltak og virkemidler, synes å være helt essensielt for at folkehelsearbeidet skal kunne bidra til langsiktig bærekraft, og ikke forsterke allerede eksisterende globale utfordringer knyttet blant annet til materielt overforbruk. For å kunne handle klokt, er det nødvendig å søke kunnskap om konsekvensene av ulike valg som kan gjøres. Her vil tverrfaglig kunnskapsutvikling og forskning stå sentralt. Mye kunnskap finnes imidlertid allerede. Utfordringen er å kombinere kunnskap fra ulike kilder og tradisjoner, slik at tilgjengelig kunnskap faktisk blir nyttiggjort til å skape et folkehelsearbeid basert på bærekraft som overordnet målsetning.

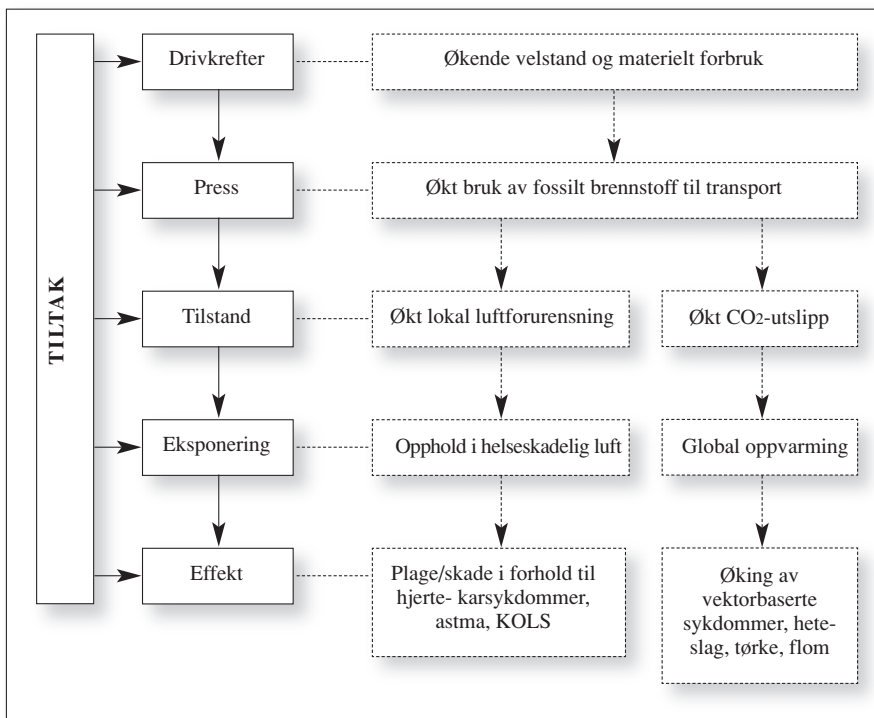
Figur 7 viser en modell for hvordan ulike helse- og bærekraftrelaterte forhold kan henge sammen, og også være styrt av mer overordnede samfunnsmessige drivkrefter. *Drivkreftene* i figuren omfatter blant annet politiske føringer som gjør at mange mennesker opptrer på en gitt måte. Overordnede politiske avgjørelser bestemmer økonomisk utvikling og for-

bruksmønstre – i figuren eksemplifisert med økende velstand og materielt forbruk. Disse drivkreftene skaper igjen et *press* på miljøet i form av produksjon av avfall og forurensning, eller uttak av ressurser og råvarer. Dette presset vil igjen føre til endret miljøtilstand – som for eksempel økende forurensning eller tap av biologisk mangfold. Type og grad av helse-skade (*effekten*) bestemmes igjen av graden av menneskers *eksponering* for den uønskede miljøtilstanden (Corvalán et al., 1999; WHO, 1997a).

Avhengig av hvilke nivåer i figuren som skal studeres, vil ulike fag-områder og tilnærminger måtte tas i bruk. Ulike tiltak kan dessuten settes inn mot ulike nivåer. Ofte vil helsetiltak være kortsiktige og rettet mot de nederste nivåene i figuren, enten mot den utløsende faktoren eller mot selve helseeffekten. De mest effektive og langsiktige tiltakene vil imidlertid være rettet mot å endre de overordnede drivkreftene og presset på miljøet. Endringer her vil dessuten kunne ha positive ringvirkninger på flere ulike områder (Corvalán et al., 1999; WHO, 1997a). Om folkehelsearbeidet skal bidra til bærekraftig utvikling, synes det derfor viktig at det skjer en dreining mot en mer langsiktig og bredspektret tilnærming, som rører ved de overordnede drivkreftene som opererer i et gitt samfunn.

For å drive et bærekraftig nasjonalt folkehelsearbeid er det derfor ikke nok bare å forholde seg til livsstil og forbruk på individnivå. Det er også nødvendig å forstå og forholde seg til overordnede faktorer og drivkrefter som ligger bak livsstil og forbruksmønstre. En synliggjøring av hvordan samfunnsforhold og politiske verdivalg påvirker helse og livsstil kan gi viktige bidrag til å unngå at folkehelsepolitikken blir en «plasterpolitikk» i forhold til individuelle helseproblemer, mens de overordnede samfunns-messige trender som påvirker individuell atferd utvikler seg videre i negativ retning. Dette betyr ikke at folkehelsearbeidet skal slutte å forholde seg til helsetrusler knyttet til individuell livsstil eller lokale miljøfaktorer, men at det *også* må forholde seg til de samfunnsmessige mønstre og drivkrefter som livsstil og miljøfaktorer henger sammen med.

En individuell livsstil vil imidlertid også være styrt av drivkrefter på det indre plan. Den henger sammen med blant annet verdipreferanser og sosial tilhørighet (Botten, 1992). Skal livsstilen endres, er det derfor viktig å vite noe om hvilken sosial og følelsesmessig funksjon livsstilen har. I enkeltindividet møtes dessuten egne livsutfordringer og de store globale spørsmålene. Hva er drivkreftene for at mennesker handler som de gjør? Hvordan påvirkes mennesker av å leve med truslene om globale klimaendringer, og et mulig globalt økologisk sammenbrudd? Hvordan spiller kropp, sinn og ånd sammen, gitt dagens verdensbilde og kulturelle kontekst? For å håndtere slike spørsmål er det viktig med integrasjon og syntese av kunnskap og erfaringer fra mange ulike fagfelt og retninger.



Figur 7. Årsakskjede mellom overordnede drivkrefter og opplevde helseeffekter. Stiplede bokser og linjer representerer en konkretisering av den generelle modellen angitt til venstre i figuren. Omarbeidet etter Corvalán et al., (1999).

Like sentralt som forskning rettet mot å klargjøre farer og trusler er det imidlertid å fremskaffe mer kunnskap om hva som fremmer helse. Fugelli og Ingstad (2009) påpeker at det er vanskelig å finne forskning som tar utgangspunkt i helse som et positivt fenomen, og etterlyser mer forskning på «helsens kilder». Tverrfaglig forskning rettet mot å finne ut mer om hva som samtidig kan fremme helse og bærekraft, ville kunne styrke det helsefremmende arbeidet og bidra til bedre helse både for befolkning og jordklode.

Også når det gjelder miljøfeltet, er det behov for en bred tilnærming. Både omfanget og rekkevidden av globale miljøendringer tilsier et økende behov for global, forebyggende tenkning og handling. Hensyn må tas, både til enkeltstående miljøfaktorer, og til truslene mot livsgrunnet. Mye er kjent om helseskader knyttet til enkeltstående miljøfaktorer. Mange nye og potensielt skadelige kjemiske stoffer slippes imidlertid ukontrollert ut i miljøet, og har et globalt spredningsmønster. Det er liten kunnskap om deres skadepotensial, både alene og i kombinasjon med

andre stoffer. Behovet for forebygging på dette feltet er derfor økende (Grandjean et al., 2004).

Sammenlignet med enkeltstående miljøfaktorer, vil imidlertid konsekvensene for menneskers helse og fremtid av globale miljøødeleggelser være av en helt annen størrelsesorden. Dette henger sammen med: i) varigheten av skader som oppstår, ii) kompleksiteten av de systemer som berøres, iii) samspillet mellom faktorer på ulike nivåer (globalt, regionalt, lokalt) og iv) den (sannsynligvis) irreversible karakteren når ødeleggende prosesser først har kommet i gang (Soskolne, 2004). Behovet for forebyggende strategier og handlinger på dette feltet vil derfor være enda mer kritisk (Grandjean et al., 2004; Soskolne, 2004). I de kommende tiårene vil vi derfor sannsynligvis se mer vekt på indirekte og langsiktige helseskader, og på flerdimensjonale helseproblemer som involverer mange kilder og årsakslinjer (Schirnding, 2002a). Et ledd i folkehelsearbeidet blir dermed å fremskaffe kunnskap om slike fremtidige helsetrusler, og å anvende denne i et påvirkningsarbeid for å dreie den overordnede politiske utviklingen i bærekraftig retning (McMichael, 1999).

Tradisjonelt har epidemiologisk forskning vært rettet inn mot forebygging, og den har vært en viktig premissleverandør i folkehelsearbeidet. Med de potensielt meget alvorlige helsekonsekvensene av en fortsatt ikke-bærekraftig utvikling, hevder McMichael (1997; 1999) at epidemiologer ikke lenger kan forholde seg bare til nåtidige risikofaktorer. De bør også utvikle verktøy til å forstå og forutse helsekonsekvensene av dagens økonomiske, sosiale og miljømessige trender, slik at disse kan brukes i et politisk arbeid for å begrense de alvorlige miljøtruslene som jorda står overfor. Når det gjelder forholdet mellom helseindikatorer på befolkningsnivå, og lokal eller global økologisk endring, er det blant annet behov for forskningsprosjekter med fokus på 25-50 års trender (Soskolne & Bertollini, 1999). Dagens helseindikatorer er imidlertid avledet av det biomedisinske paradigmet. Det kan derfor også være behov for å utvikle nye indikatorer for folkehelse, forankret i et mer holistisk paradigme (Hess, 1999).

Graden av fremtidig bærekraft er avhengig av den videre utvikling når det gjelder tre sentrale faktorer: befolkningsstørrelse, forbruksnivå og anvendt teknologi (Soskolne & Bertollini, 1999). For å finne sammenhenger og gjøre fremskrivninger når det gjelder slike komplekse forhold, er det behov for en transdisiplinær tilnærming. Transdisiplinær forskning defineres av Soskolne (2004, s. 72) som «approaches that integrate the natural, social and health sciences in a humanist context, and in so doing transcend each of their traditional boundaries». En slik tilnærming vil kunne gi en dypere forståelse av samspillet mellom ulike samfunnsmessige prosesser, og også kunne bidra til kreativitet og nytenkning.

Et ledd i å håndtere komplekse helse / miljø-utfordringer er utviklingen av en ny underspesialitet – øko-epidemiologi. Dens mål er «to promote trans-disciplinary approaches to serve the public health interest in the longterm» (Soskolne, 2004, s. 73). Fokus for øko-epidemiologisk forskning vil nettopp være relasjonen mellom menneskers helse og dynamikken i de pågående globale økologiske endringene. Ved hjelp av komplekse systemmodeller, er målet å identifisere nøkkelementer der det kan være mulig å sette inn tiltak (Ness et al., 2009). Folkehelseinstitutter kan spille en ledende rolle når det gjelder å initiere slik forskning, og å anvende resultatene til å influere den politiske utviklingen nasjonalt og globalt (Soskolne & Bertollini, 1999).

9.2 Politisk påvirkning – føre var

For å kunne bidra til langsiktig bærekraft synes det nødvendig at folkehelsearbeidet tar en mer tydelig politisk rolle. Dels kan dette ligge i å tydeliggjøre hva helsekonsekvensene blir av politiske avgjørelser som tas innen andre sektorer enn helsesektoren (for eksempel transport, energi, jordbruk), og dels kan det ligge i å involvere seg i bredere politiske spørsmål og planprosesser (Schirnding, 2002a). En utfordring ligger imidlertid i det at kanskje de alvorligste helsekonsekvensene vil ligge fremover i tid. Kunnskap om fremtiden vil alltid være usikker, uansett hvor avansert vitenskap som legges til grunn. Det vil derfor ikke være mulig å få hundre prosent oversikt over fremtidige sammenhenger mellom miljø- og helseskader (McMichael, 1997). Som ledd i sin fremtidsetikk hevder Jonas (1999) at en slik uvisshet må få etiske konsekvenser, i den forstand at en dårlig prognose må gis fortrinnsrett fremfor en god prognose. Resultatet vil bli desto mer alvorlig, og i mange tilfelle irreversibelt om de dårligste prognosene slår til; derfor er det disse prognosene som må tillegges vekt. Jonas foregriper med dette føre-var-prinsippet, som blant annet ble nedfelt i Rio-erklæringen i 1992 – om enn i en noe neddempet form⁴⁸.

Også innen folkehelsefeltet tar flere nå til orde for en føre-var-holdning, både når det gjelder enkeltstående risikofaktorer og de mer sammensatte truslene mot livsgrunnlaget (Brown et al., 2005b; Grandjean et al., 2004; Soskolne, 2004). Å være føre var, innebærer at «When an activity raises threats of harm to the environment or human health, precautionary measures should be taken even if some cause and effect relationships are not

⁴⁸ Førsteutgaven av Jonas' bok kom i 1979. I Rio-erklæringen (slutterklæringen fra FN-konferansen om miljø og utvikling, Rio-konferansen, i 1992) lyder prinsipp 15: For å beskytte miljøet skal statene i stor utstrekning bruke føre-var-prinsippet i henhold til sine muligheter. Der hvor det foreligger trussel om alvorlig eller uopprettelig skade, skal ikke mangel på fullstendig vitenskapelig visshet kunne brukes som begrunnelse for å utsette kostnadseffektive tiltak for å hindre miljøforringelse (St.meld. nr. 13 (1992-1993), 1992).

fully established» (The Wingspread 1998 Statement on The Precautionary Principle, sitert i Soskolne, 2004, s. 70). På et slikt grunnlag, kan det å handle på tross av usikkerhet ses som et moralsk ansvar (Hancock, 1997).

En implementering av føre-var-prinsippet medfører imidlertid store utfordringer når det gjelder krav til, og valg av forskningsstrategier og -metoder. Det vil innebære en reduksjon i kravene til vitenskapelig sikkerhet, mens anslagene for usikkerhet i stedet kan tillegges mest vekt. Å sette opp en formel for å kunne avgjøre når et kunnskapsgrunnlag er godt og sikkert nok til å kunne handle, vil imidlertid være umulig. Føre-var-prinsippet kan likevel tjene som et kompass til å veilede, og til å forbedre avgjørelser som må tas under usikre og komplekse forhold (Soskolne, 2004). Ufullstendig, men troverdig vitenskapelig dokumentasjon kan dermed danne grunnlag for beslutningstaking. Et viktig anliggende blir imidlertid hvordan vitenskapelig usikkerhet, og avgjørelser som tas på et slikt grunnlag, skal kommuniseres til offentligheten (Ness et al., 2009).

Forskning innen en føre-var-kontekst kan lett bli verdiladet, og kan møte motstand fra politiske og / eller økonomiske interesser som føler seg truet (Soskolne, 2004). Dette ser en blant annet i en del av debatten rundt arbeidet til FN's klimapanel (IPCC). Å etablere premisser for et samspill med politikere og andre beslutningstagere medfører derfor store utfordringer. En enorm utfordring ligger i hvordan en skal nå frem i offentligheten, ikke bare med budskapet om et paradigmeskifte innen folkehelsearbeidet, men med et budskap om de konsekvenser dette har, også for mer overordnet sosial og økonomisk politikk. Hancock (1997) påpeker behovet for å erkjenne at det er sterke økonomiske, sosiale og politiske krefter som ligger bak ulike former for helseskadelig miljøødeleggelser, og anser det som et moralsk ansvar å utfordre disse kreftene. I industrialiserte land er blant annet teknisk / vitenskapelig utvikling, og produksjons- og forbruksmønstre viktige drivkrefter. Politiske programmer og føringer reflekterer dessuten et verdisystem, og vil påvirke størrelsen og retningen av drivkrefter i forhold til miljørelaterte helse-trusler (WHO, 1997a). Om helsemyndigheter og helseprofesjoner klart og tydelig kunne hevde et føre-var-prinsipp, ville dette imidlertid kunne bidra til å motvirke et press i en stadig mindre bærekraftig retning fra kommersielle aktører og interesser, og også legge føringer for politisk debatt og avgjørelser.

Dagens politiske paradigme er knyttet til uavbrutt økonomisk vekst. Den stadig mer alarmerende degraderingen av jordas livsoppholdssystemer, tilsier imidlertid at en slik vekstdrevet politikk ikke kan fortsette. Et grunntema, både i Vår felles framtid og WHO (1992), er at en fortsatt velferdsøkning i de rike landene, ikke kan være bærekraftig. Vekst og utvikling er imidlertid to forskjellige ting. Utvikling er fullt mulig, uten at

denne er knyttet til økonomisk vekst. I stedet for vekst, synes det derfor nødvendig å fokusere på utvikling i form av kvalitative forbedringer, men uten noen økning i forbruket av energi eller materielle ressurser (Follér et al., 1996; Goodland, 1992; Kozlowski & Hill, 1999; Soskolne & Bertollini, 1999). For å oppnå global rettferdighet må snarere energi- og materialforbruket i de rike landene reduseres.

De endringene som må til, vil være såpass revolusjonerende at Karr (1993) sammenligner dem med de dyptgående endringene som var knyttet til jordbruksrevolusjonen og den industrielle revolusjon. Dette vil igjen forutsette like dyptgående politiske endringer. Endring i regjeringers og selskapers atferd vil imidlertid neppe skje, om ikke også folks verdier og forventninger blir endret (Hancock, 1997). Derfor må politiske endringer kombineres med verdi- og atferdsendringer. Sentralt i bildet, både ut fra et bærekraft- og folkehelsesynspunkt, står dermed livsstil og forbruk.

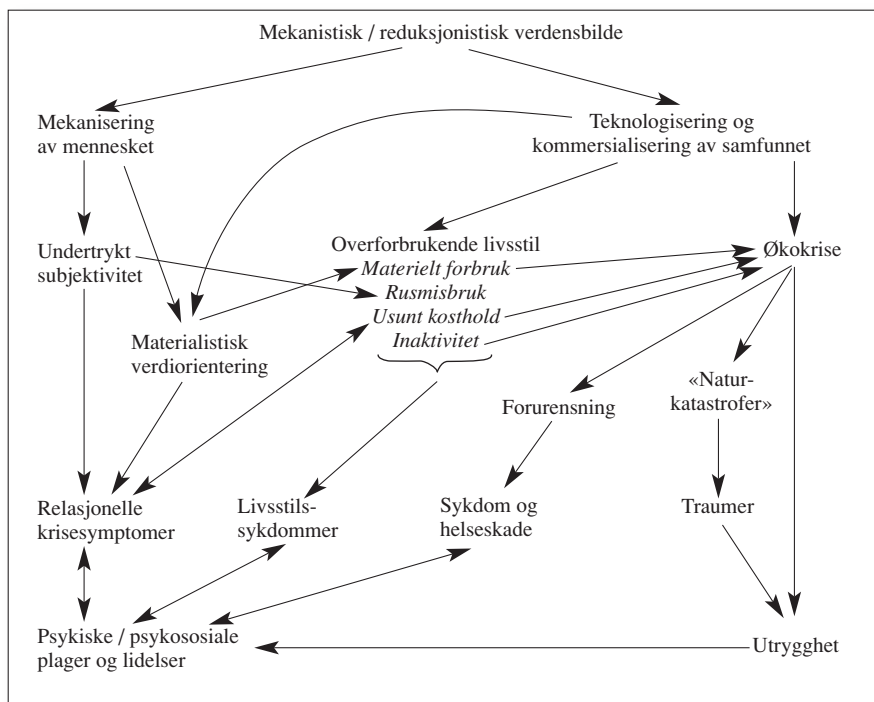
9.3 Livsstil og forbruk

Mange av de store folkehelseutfordringene i rike land er knyttet til ikke-bærekraftige forbruksmønstre. Mye ville derfor kunne oppnås ved å se utfordringer knyttet til både folkehelse og bærekraftig utvikling i sammenheng – situasjonen kan ses som en vinn-vinn-situasjon (McMichael & Beaglehole, 2000). På nasjonalt plan kan et nært samarbeid mellom fagpersoner innen folkehelse- og miljøfeltet føre kunnskap fra disse feltene sammen, og bidra til utviklingen av et folkehelsearbeid der hensynet til global bærekraft er integrert. Slik kan en unngå at kortsiktig helsegevinst søkes oppnådd på bekostning av langsiktig bærekraft.

Som vist i bokens del 1, fokuserer mye av dagens norske folkehelsearbeid på individuell livsstil – en livsstil som verken er helsemessig gunstig, eller bærekraftmessig forsvarlig. Derfor bør folkehelsearbeidet forankres i kunnskap om og forståelse av hvordan livsstil og forbruk er vevd inn i komplekse sammenhenger mellom verdensbilde, helseforståelse, samfunnsmessige utviklingstrekk, miljøskader, sykdommer og helseplager. En skisse av slike mulige sammenhenger er vist i figur 8, og vil bli nærmere utdypet i den påfølgende teksten.

Som beskrevet i flere av dokumentene behandlet i bokens del 1, skaper vårt samlede forbruk miljøproblemer – både i form av negative miljøfaktorer og i form av trusler mot livsgrunnlaget. Lokale miljøskader, for eksempel i form av luftforurensning, kan også knyttes til ulike helseproblemer som astma / allergi, KOLS og hjerte / karsykdom. Miljøgifter kan bidra til fosterskade, svekket immunsystem eller ulike former for organskade eller kreft (Melsom, 2009). De store globale miljøutfordringene gir andre helsemessige utfordringer – det kan dreie seg om dødsfall og / eller

traumer knyttet til «naturkatastrofer» forårsaket av endret klima (flom, skred, storm / orkan); men også generelt økt utrygghet og eventuelt fremtidsangst som kan bidra til psykiske plager. Rikdom og forbruk kan imidlertid også utgjøre et mer direkte helseproblem. Både usunt kosthold og inaktivitet kan i mange tilfelle relateres til økonomisk velstand.



Figur 8. Mulige sammenhenger mellom verdensbilde, samfunnsutvikling og helse.

9.3.1 Kosthold

I forhold til myndighetenes anbefalinger, inneholder dagens norske kosthold for mye fett (særlig mettet fett), sukker, salt og alkohol. Dette kan bidra til utvikling av blant annet overvekt, hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, samt flere kreftformer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Overvekt betegnes nå av WHO (2000) som en global epidemi.

I et bærekraftperspektiv er det imidlertid sentralt at flere elementer i det usunne kostholdet også kan knyttes til store miljøskader. I industrialiserte land regnes at 15 – 20 % av energiforbruket går til matvaresektoren – noe som gjør denne til en betydelig bidragsyter til utslipp av klimagasser. Om dette skal reduseres, anbefales et kosthold med mindre kjøtt og meieri-produkter, et høyere forbruk av ferskvarer, sesongvarer og mer lokal-produserte varer (Carlsson-Kanyama, Ekström & Shanahan, 2003).

For perioden 2005-2007 lå det norske kjøttforbruket på sitt høyeste nivå siden den andre verdenskrig. Det samme gjelder forbruket av ost og andre melke- og fløteprodukter. Kjøttvarer og meieriprodukter utgjør samlet de viktigste kildene til mettede fettsyrer i norsk kosthold (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Samtidig fører kjøttproduksjon, spesielt når det gjelder drøvtyggere, til store utslipp av klimagasser i form av både karbondioksid og metan. I tillegg innebærer kjøttproduksjon at kornprodukter og plante-proteiner som kunne vært brukt til menneskemat i stedet går til dyrefor. Proteininnholdet i kraftforet til norsk storfe, kan dessuten stamme fra soyadyrking i avskogede regnskogsområder. Et redusert kjøttforbruk ville dermed kunne gi både helse- og bærekraftgevinst.

Med økende velstand har også det norske alkoholforbruket økt. Det samlede forbruket av alkoholholdige drikkevarer lå i 2007 på sitt høyeste nivå siden 1950 (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). I tillegg til å medvirke til fysiske helseproblemer som kreft og diabetes, bidrar alkohol dessuten til skader / ulykker og psykososiale problemer (Mæland, 2005). I forhold til bærekraftig utvikling medfører produksjon av alkoholholdige drikkevarer at jordbruksareal og -produkter som kunne vært anvendt til matproduksjon, i stedet brukes til et helsemessig lite gunstig produkt. Både helse- og bærekrafthensyn ville dermed tilsi en reduksjon av alkoholforbruket.

Industrifremstilte mat- og drikkevarer kan ofte ha et helsemessig lite gunstig innhold av henholdsvis salt og sukker, og til dels også mettet fett (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Miljømessig vil utstrakt bruk av ferdigmat kunne medføre energikrevende produksjon og lange transport-distanser for de enkelte ingrediensene som inngår i produktene – med tilhørende høyt ressursforbruk og bidrag til blant annet globale klimaendringer. I tillegg kommer energi- og materialforbruk til produksjon og transport av emballasje. Økt forbruk av ferskvarer og lokalproduserte varer, vil dermed kunne gi både helse- og miljøgevinst.

Samlet synes et sunnere kosthold å kunne bidra til å redusere miljøtruslene fra matproduksjon og -forbruk, og bidra til økt bærekraft. Forutsetningen er imidlertid at bærekrafthensyn integreres i de kostholdsradene som myndighetene utarbeider, og at det legges til rette for at disse er enkle og mulige å følge. Uten en slik integrering kan individuelle helseråd komme i konflikt med bærekrafthensyn. Om for eksempel «fem om dagen» skal sikres ved hjelp av drivhusproduksjon basert på fossilt brennstoff, eller flyfrakt av korttidsholdbar frukt eller grønnsaker, kan det bidra til kortsiktig individuell helsegevinst, men langsiktig redusert bærekraft.

Et annet eksempel på en mulig konflikt mellom helse- og bærekrafthensyn er anbefalingen om å spise mer, og gjerne fet fisk. På grunn av tilbakegangen i verdens fiskebestander, må fremtidens fiskeinntak i økende

grad komme fra fiskeoppdrett (Turchini, Torstensen & Ng, 2009). Norsk oppdrettslaks utnytter energi og protein i føret bedre enn landbaserte husdyr. Sammenlignet med kjøtt fra disse kommer animalsk protein fra oppdrettslaks derfor heldig ut (Dalen & Holm, 2004). Isolert sett vil den derfor være et mer gunstig alternativ for animalsk protein enn disse. Laksen er imidlertid en rovfiskart, og produksjonen er basert på høy tilførsel av fiskebaserte fôrvarer. For å produsere 1 kg laks, behøves ca 3 kg fiskeråstoff (Olsen & Karlsen, 2009). På verdensbasis, i perioden 1992–2006, økte andelen av fiskemel og fiskeolje som brukes til fiskefôr, med en faktor på 3 (FAO, 2009). Gitt havets begrensede fiskeressurser, kan en slik utvikling imidlertid ikke fortsette. Havbruksnæringens avhengighet av marint fiskefôr er derfor i dag under sterk kritikk – både fra vitenskapelig hold og fra miljøorganisasjoner (Turchini et al., 2009).

Tradisjonelt har føret i norsk oppdrettsnæring bestått av fiskemel, fiskeolje, mais og hvete (Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning, 2009a). Mange fôrfiskarter anses å ha lav økonomisk verdi og dermed få andre bruksområder. De kan imidlertid ha høy «økologisk verdi», ved at de binder sammen ulike nivåer i de marine næringskjedene. Intensivt fiske av slike arter kan dermed etterlate «hull» i næringskjeden (FAO, 2007). I norske farvann er det særlig fiskearter som tobis, øyepål og kolmule som anvendes til fiskefôr. Av disse er tobis den mest ettertraktede ressursen, på grunn av høyt fettinnhold og god kvalitet på melet (Johannesen, 2004). Tobis er en nøkkelart i det marine økosystemet i Nordsjøen, og utgjør et viktig næringsgrunnlag både for annen fisk, for sjøfugl og sjøpattedyr. På grunn av overfiske er imidlertid tobisbestanden sterkt svekket (Johannesen, 2009). Dette, sammen med andre økosystemendringer, kan ha bidratt til en dramatisk nedgang i sjøfuglbestanden langs norskekysten, for eksempel for en kritisk truet art som lomvi (Gjershaug, 2006).

Om føret til norsk oppdrettsnæring i stedet hentes i andre havområder, kan det komme i konflikt med lokal fangst og avhengighet av fiskeressursene. Av de artene som utnyttes til fiskefôr, kan også noen anvendes til menneskemat. Internasjonalt stilles det derfor spørsmål ved det etisk forsvarlige i å produsere fiskefôr av fisk som like gjerne kunne vært brukt til menneskeføde (FAO, 2008).

For at oppdrettslaks skal inneholde de store og helsemessig gunstige nivåene av Omega 3-fettsyrer som laks er kjent for, er den avhengig av fiskeolje som fettkilde i føret. Om fiskeoljen i føret erstattes med vegetabiliske oljer, er laksen imidlertid ikke så sunn lenger (Turchini et al., 2009)⁴⁹. Den konkurrerer også om jordbruksjord som kunne vært brukt

⁴⁹ En helsemessig fordel med å erstatte fiskeolje med vegetabiliske oljer, er imidlertid at fiskens innhold av miljøgifter som PCB og dioksiner vil avta (Turchini et al., 2009).

direkte til produksjon av menneskemat. Som erstatning for fiskeolje kan det brukes ulike blandinger av vegetabiliske oljer, som for eksempel palmeolje, rapsolje og linfrøolje (Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning, 2009b). Om palmeolje inngår som en av erstatningene for fiskeolje, kan lakseoppdrett bidra til at mer tropisk regnskog omgjøres til palmeoljeplantasjer. For lokalbefolkningen kan dette medføre forurensning av jord og vannkilder, og tap av tradisjonelt næringsgrunnlag.

112 Samlet kan dermed et økende forbruk av oppdrettslaks bidra til redusert bærekraft på flere måter. Ved at potensiell menneskemat anvendes til dyrefôr, eller ved at tradisjonelt næringsgrunnlag ødelegges, kan helse og livsbergingsmuligheter for mennesker i fattige land bli svekket. Miljømessig representerer den norske oppdrettsnæringen en trussel mot det biologiske mangfoldet, både nasjonalt og internasjonalt. I tillegg til de nevnte trusselene mot fôrviskarter, sjøfugl og regnskog, kommer dessuten den trusselen som rømt oppdrettslaks utgjør for de ville laksestammene. I et globalt bærekraftperspektiv fremtrer dermed en unyansert kostholdsanbefaling om å spise mer fet fisk som problematisk.

De nevnte kostholdseksempelene viser at sentrale elementer i norsk matforbruk og matproduksjon kan gi ulike negative bidrag i forhold til global bærekraft. Kunnskap om slike sammenhenger bør derfor legges til grunn når det utarbeides kostholdsråd og anbefalinger til norske forbrukere. Generelt bør kostholdsråd være universaliserbare – det vil si at de bør være utformet slik at alle jordas mennesker kunne ha det anbefalte kostholdet, uten at det medførte en belastning som overskred jordas bæreevne.

Det bør også gjøres enkelt for forbrukerne å gjøre helse- og bærekraftmessige kloke valg. Et skritt i den retning kan være å gi god tilgang til informasjon, for eksempel ved hjelp av enkle og lettfattelige merkeordninger. Et annet alternativ kan være å bruke økonomiske virkemidler i form av skattlegging, slik at et sunt og bærekraftig kosthold fremstår som et økonomisk gunstig alternativ. Noe mer radikalt vil det være å begrense tilgang til og omsetning av produkter som er bærekraftmessige problematiske.

9.3.2 Inaktivitet

Som tidligere nevnt kan fysisk aktivitet koblet til utstyrsjag utgjøre et bærekraftproblem. Også fysisk inaktivitet kan imidlertid bidra til redusert bærekraft, i tillegg til å være et helseproblem. Mye av dagens utfordringer knyttet til inaktivitet henger sammen med at kroppslig hverdagsaktivitet er erstattet av maskiner av ulike slag – motorisert gressklipper, tørketrommel, ulike kjøkkenmaskiner, heis i stedet for trapper. Handleturer og arbeidsreiser skjer gjerne med bil, og det samme gjelder for transport av barn til skole og ulike fritidsaktiviteter. I arbeidslivet har data-teknologi i mange tilfelle erstattet manuelt arbeid; for mange har den også

ført til en mer stillesittende fritid. Vi kan se ut til å leve i et stadig mer aktivitetsfiendtlig samfunn (Bahr, 2000). Samlet bidrar dette til økt energiforbruk i samfunnet som helhet. Resultatet er økte nasjonale utslipp av klimagasser fra forbrenning av fossilt brensel og / eller at økende strømforbruk forhindrer norskprodusert vannkraft i å erstatte fossilt basert energibruk i andre europeiske land. Presset på utbygging av mer vannkraft kan også øke.

Om tapet av fysisk hverdagsaktivitet kompenseres av energi- og utstyrskrevenne fysisk aktivitet, kan nok helsegevinsten her og nå være reell, men de mer langsiktige bærekraftkonsekvensene problematiske. For å fremme både folkehelse og bærekraft, kan det derfor være viktig å satse på samfunnsmessige strukturelle tiltak som kan fremme hverdagsaktivitet, uten å bidra til økt ressursbruk. Dette kan for eksempel være tiltak som fremmer og tilrettelegger for fysisk aktivitet i nærmiljøet. God tilgang til grøntområder kan gjøre fysisk aktivitet mer attraktivt. Forskning tyder dessuten på at fysisk aktivitet i grønne omgivelser kan ha en mer gunstig helsemessig effekt enn fysisk aktivitet uten slike omgivelser (Mitchell & Popham, 2008; Pretty, Peacock, Sellens & Griffin, 2005).

I forhold til bærekraft, vil bomiljøer med parker og grønne lunger kunne ivareta biologisk mangfold. Vegetasjonen kan dessuten redusere både forurensningsnivå og støynivå, og dermed minske både fysiske og psykiske helsemessige belastninger. Epidemiologiske studier fra Nederland viser at mennesker som bor i et «grønt nærmiljø» har en høyere grad av selvopplevd helse, enn de som ikke har et slikt nærmiljø (Maas, Verheij, Groenewegen, Vries & Spreeuwenberg, 2006; Vries, Verheij, Groenewegen & Spreeuwenberg, 2003). Det er også dokumentert at opphold i grøntområder kan senke blodtrykk og stressnivå, og dermed bidra til både fysisk og psykisk restitusjon (Berg, Hartig & Staats, 2007; Mitchell & Popham, 2008; Pretty et al., 2005). I tillegg vil tilgang til grøntområder kunne stimulere til økt fysisk aktivitet og for mange kunne fungere som en sosial møteplass. Fra England viser forskning en lavere dødelighet av hjerte – kar sykdommer i lavinntektsgrupper som har tilgang til grøntområder, sammenlignet med tilsvarende grupper uten slik tilgang (Mitchell & Popham, 2008). Dette antas å ha sammenheng, både med økt fysisk aktivitet, og med den generelt stressreducerende virkningen av opphold i grøntområder.

Om hverdagsaktiviteten skal kunne øke, er det dessuten viktig at de daglige arenaene som folk benytter seg av (jobb, skole / barnehage, dagligvarehandel) har en innbyrdes avstand som gjør det mulig og overkommelig å forflytte seg uten bil. I tillegg må det oppleves både trygt og trivelig å forflytte seg til fots eller per sykkel. Dette stiller krav til den overordnede samfunnsplanleggingen, særlig når det gjelder byer og tettsteder. Både bærekraftmessig og helsemessig vil det være gunstig å kom-

binere en relativt kompakt bebyggelse – med korte avstander, lavt transportbehov og tilrettelegging for «myke trafikanter» – med tilgang til grøntområder (Berg et al., 2007). Målet bør være en samfunnsplanlegging som gjør det så enkelt og attraktivt å velge en helsefremmende og bærekraftig livsstil at dette kan oppleves som et positivt og selvfølgelig valg.

Generelt kan det synes gunstig å bruke politiske og økonomiske virkemidler for å fremme en bærekraftig livsstil (Soskolne & Bertollini, 1999). Generell samfunnsplanlegging kan være ett redskap til dette, et annet kan være ulike former for skattlegging som indirekte, enten kan fremme ønsket, eller motvirke uønsket atferd. Fordelen med en slik tilnærming er at den kan fremme både helse og bærekraft, uten at det oppleves som livsstilsmoralistiske påbud fra helsepersonell eller myndigheter.

I et rikt land som Norge er det imidlertid ikke bare den individuelle livsstilen, men hele det materielle overforbruket som fremstår som et bærekraftproblem. Som nevnt i kapittel 4, påpeker blant annet Agenda 21 behovet for å få en bedre forståelse av forbrukets rolle, og å skape mer bærekraftige forbruksmønstre. Sentralt i et bærekraftig folkehelsearbeid blir derfor også å se nærmere på sammenhenger mellom overforbruk og helse på et dypere plan.

9.3.3 Forbruk, verdier og verdensbilde

Gjennom historien har både betydningsfulle filosofer som Aristoteles, og de fleste religiøse tradisjoner tatt til orde mot overdrevent forbruk. Griskhet og fråtseri er i følge gammel kristen tradisjon to av de sju dødsyndene. Fugelli (2003) anvender det engelske begrepet *nimety*⁵⁰ som betegnelse for «rikdommens umettelighet» eller «formegethetens mentalitet», og henviser til de gamle romerne. De hevdet at mennesker og samfunn som vil ha mer og mer, uten grenser, blir ulykkelige, syke og farlige. Kanskje kan dette ha relevans også for dagens norske samfunn?

En viktig verdimeslig skillelinje i den norske befolkning går mellom mennesker med en materialistisk og de med en idealistisk verdiorientering (Hellevik, 2008). På den materialistiske siden finner en personer som hovedsaklig legger vekt på det ytre, de er opptatt av materielle goder og anskaffelser, og har en tendens til å sette egne behov foran hensynet til andre. I motsetning til dette vektlegger idealistene indre egenskaper, åndelige verdier og skapende virksomhet. De prioriterer også omsorg for andre, miljø og helse. Ser en disse to ulike verdiorienteringene i relasjon til ulike verdensbilder, synes det nærliggende å spørre om en materialistisk verdiorientering kan henge sammen med en mekanistisk virkelighetsoppfatning, mens en idealistisk verdiorientering kan synes mer forenlig med en holistisk.

⁵⁰ Fra latin: *nimis* – alt for stor, alt for mye, umåtelig

Som tidligere nevnt ser et mekanistisk verdensbilde ut til å ha ført til en mekanisering også av mennesket selv. Et slikt mekanisert menneskebilde innebærer en fornektelse og undertrykkelse av menneskers indre, subjektive liv. En konsekvens av dette kan være at mennesker behandler både seg selv og andre som objekter, som ting – noe som igjen kan bidra til stressrelaterte lidelser og / eller ulike former for psykiske plager. Manglende kontakt med eget følelsesliv kan dessuten tenkes å bidra til relasjonelle krisesyntomer og en generell brutalisering av mellommenneskelige forhold (Berg, 2003).

Om virkeligheten oppfattes mekanistisk, kan det også tenkes at det oppleves naturlig å vektlegge ytre materielle vilkår, og å søke tilfredsstillelse av menneskelige behov i materialistisk retning. Menneskelige behov står sentralt, både når det gjelder bærekraftig utvikling og helse. Behov er imidlertid ikke verdinøytrale. Hvis behovene er umettelige, er det heller ikke mulig å bli fornøyd. Som påpekt i Agenda 21, er ikke livskvalitet nødvendigvis relatert til materiell velstand. Det viser seg da også at mennesker med en tydelig materialistisk innstilling til livet, viser lavere tilfredshet med eget liv enn mennesker med en mer idealistisk innstilling (Hellevik, 2008). En slik utilfredshet kan igjen føre til en søken etter «påfyll» eller virkelighetsflukt av ulike slag – som for eksempel materielt forbruk, eller evt. kjemisk virkelighetsflukt i form av rusmidler. Om det å oppnå økt tilfredshet med livet assosieres med tilegnelse av stadig flere materiell goder, kan dette utgjøre en drivkraft i retning stadig økende materielt forbruk, og stadig redusert global bærekraft – uten at det nødvendigvis gir høyere tilfredshet med livet, eller bedre helse. En videre materialistisk verdiutvikling ser derfor ut til å kunne gjøre det vanskeligere å løse globale fattigdoms- og miljøproblemer (Hellevik, 2008).

Kanskje kan en stadig streben etter materiell overflod og et «perfekt» liv uten sykdom eller plager, være tegn på en flukt fra det Vetlesen (2004) kaller tilværelsens ufravikelige grunnvilkår – dødelighet, sårbarhet, avhengighet, relasjoners skjørhet og eksistensiell ensomhet. Om så er tilfelle, er det heller våre behov og målsetninger som må revideres. Kanskje kan et folkehelsearbeid, forankret i en mer holistisk helseforståelse, bidra til at mennesker ikke søker tekniske eller materielle kompensasjoner for smerten ved disse grunnvilkårene. En sterkere vektlegging av mennesket som åndsvesen kan derimot tenkes å bidra til en erkjennelse av at smerter, sykdom og helseplager er en uunngåelig del av livet (Fugelli, 2003). Ettertanke og indre fordypning kan gi mindre avhengighet av eksperthjelp og / eller kjemiske løsninger i forhold til den smerten, og de utfordringer livet uunngåelig fører med seg.

For å bidra til at mennesker kan utvikle en dypere forståelse av egen helse- og livssituasjon, kunne en i folkehelsearbeidet vektlegge ulike former for praksis som fremmer en integrering av kropp, sinn og ånd. Én

slik tilnærming kan være å fremme kunnskap om og bruk av ulike former for oppmerksomhetstrening (mindfulness), i form av meditasjon, yoga og avspenningsøvelser (Vibe, 2003; 2006). På lengre sikt kan slik trening lære mennesker å lytte til egen kropp og dens signaler. Det kan gi økende tillit til «kroppens visdom», og gjøre at mennesker handler ut fra denne (Fugelli, 2003). Vektlegging av naturkontakt og ulike kulturaktiviteter vil også kunne fremme helse og livskvalitet, og bidra til «helere» mennesker⁵¹. Et nært forhold til natur kan dessuten bidra til ønske om å bevare den, både lokalt, nasjonalt og globalt (Annerstedt, 2009).

Om mennesker slutter å jage etter det uoppnåelige, og lærer seg å lytte til egen kropp og egne følelser, kan det i seg selv bidra til bedre helse. Fokus på «hele mennesket», vektlegging av empowerment og tro på egne selvhelbredende krefter, kan også bidra til en reaksjon mot den rådende samfunnsformen og det rådende menneskesynet, og medføre andre valg i forhold til egen livsstil og forbruksnivå. Samlet kan dette bidra til endrede verdiprioriteringer i samfunnet som helhet, og bli en pådriver i bærekraftig retning. Det gode er at det verdisynet som gir størst sjanse til å oppleve individuell lykke, også er det som fremmer global bærekraft (Hellevik, 2008).

9.4 Helseopplysning og -kommunikasjon

Flere helsefaglige yrker og profesjoner deltar i ulike former for kommunikasjon og opplysning knyttet til folkehelsearbeid. Disse opererer også på til dels ulike arenaer. Noen arbeider «på grasrota», blant annet med å gi konkrete livsstilsråd rettet mot individ / gruppenivå. Andre arbeider i eller opp mot myndigheter og forvaltning, mens andre igjen kan henvende seg til offentligheten – enten ved å gi mer generelle helseråd, eller ved å være deltaker i og / eller premissleverandør i offentlig debatt. Uansett arena eller målgruppe – om folkehelsearbeidet skal bidra til bærekraftig utvikling er det likevel noe som vil være felles. Dette felles grunnlaget utgjøres av en holistisk helseforståelse, og av at råd, tiltak, virkemidler m.m. ses i relasjon til bærekraftig utvikling som overordnet målsetning.

Folkehelsearbeidet kan ikke diktere nasjonale verdisystemer. I første omgang kan det imidlertid sikre at de verdiene og handlingene det selv bygger på, ikke bidrar til en utvikling som i ytterste konsekvens er ødeleggende for livet på jorda. Aktører innen folkehelsefeltet kan dessuten spille en ledende rolle i å få frem budskapet om sammenhengen mellom

⁵¹ Et godt eksempel på dette er arbeidet som gjøres i NaKuHel-sammenheng – se www.nakuhel.org/

bærekraftig utvikling og helse i offentligheten. De kan gjøre hele feltet synlig, og kommunisere en visjon (Brown et al., 2005b). Slik kan de både formidle kunnskap og bidra til en offentlig debatt om hva slags fremtid vi ønsker. Dette innebærer, som tidligere nevnt, at folkehelsearbeidet tar en tydeligere, og dermed også mer utfordrende, verdimessig og politisk rolle. Indirekte vil dette også kunne gi styrke og legitimitet til ulike grupper og organisasjoner som arbeider for bærekraftig utvikling.

En bærekraftig utvikling vil måtte medføre endringer i både sosial og økonomisk praksis. På individnivå vil dette innebære endringer i livsstil og forbruksnivå. Målet bør være å fremme, ikke bare overfladiske livsstilsjusteringer, men en livsstil og et forbruksnivå som er bærekraftig på lang sikt. Når det gis konkrete råd i forhold til kosthold og fysisk aktivitet, er det derfor sentralt at miljøhensyn er integrert, slik at helsegevinster ikke søkes oppnådd på bekostning av langsiktig bærekraft. Opplysning og rådgivning knyttet til kosthold og fysisk aktivitet bør derfor settes inn i en større folkeopplysningssammenheng, slik at langsiktige globale konsekvenser av ulike valg kan bli tydelige. Både kosthold og fysisk aktivitet er temaer som allerede er mye behandlet i media. Gjennom en bevisst mediabruk, vil et budskap om bærekraftkonsekvensene av de valgene som gjøres, kunne nå frem til mange mennesker.

En omlegging til et bærekraftig forbruksnivå vil være en stor utfordring i de fleste demokratier, der gjennomføring av radikale tiltak vil være avhengig av opinionens støtte. I og med at en radikal demokratisk mobilisering synes nødvendig, blir også behovet for en bevisst strategi i forhold til offentlig debatt stort (Soskolne & Bertollini, 1999). Utfordringen er og nå frem med et bærekraftbudskap, uten å ty til en påtrengende moralisme. Derfor er det sentralt at budskap om behov for atferdsmessige endringer rammes inn i positive termer, slik at alternativene fremstår som attraktive og ikke belastende. Hvis budskapet oppleves som viktig og troverdig, kan det også føre til endret handling.

Omfattende endringer i livsstil og forbruk kan imidlertid neppe oppnås uten grunnleggende endringer i de kulturelle mønstrene og verdiene som livsstil og forbruk henger sammen med. Et sentralt budskap å få frem kan derfor være at ut over et visst nivå for BNP, ser ikke økt økonomisk velstand ut til å gi vesentlige forbedringer i indikatorer for folkehelse (Soskolne & Bertollini, 1999). Det er ingen automatikk i at god helse og livskvalitet henger sammen med en høy grad av økonomisk velstand. Som tidligere nevnt ser det ut til at verdimessige materialister har mindre sjanse for å føle seg lykkelige enn idealistene (Hellevik, 2008). Om forebyggende helsearbeid kan bidra til verdiendringer og til gjennomslag for en mer holistisk helseforståelse, kan dette på lengre sikt også tenkes å føre til redusert opptatthet av materielle goder, og økt bærekraft.

Om det er tilfelle, som tidligere hevdet, at en mekanistisk forståelse av mennesket bidrar til økokrisen, er det sentralt at folkehelsearbeidet ikke bare selv tar utgangspunkt i en holistisk helseforståelse, men at denne også aktivt kommuniseres utad. Et ledd i dette kan være å unngå budskap som kan bidra til opplevelsen av kroppen som et objekt, en ting – og til en forståelse av helse som noe som kan oppnås ved eksterne midler, eller ved ulike former for «bearbeiding» av en tingliggjort kropp. Generelt bør det tilstrebes at kropp, sinn og ånd ses i sammenheng. En videre tilnærming og dialog mellom utøvere innen det biomedisinske og det alternative / komplementære medisinske feltet kan kanskje bidra til dette.

Det vil også være sentralt å fremme et tydelig budskap om at sykdom, sorg og smerte er uunngåelige deler av livet, som det er essensielt at mennesker lærer seg å leve *med* og ikke leve *mot*. Slik kan helsesektoren også unngå å bidra til medikalisering, og i stedet medvirke til at mennesker blir bedre kjent med egen kropp og egne følelser; med egne muligheter og begrensninger. På lengre sikt vil dette kunne bidra til at mennesker kan gjøre kloke livs- og livsstilsvalg ut fra egen dømmekraft. Det vil også kunne føre til en dreining fra en materialistisk mot en mer idealistisk verdiorientering i samfunnet som helhet – noe som igjen vil kunne bidra til nedsatt materielt forbruk, og generelt en mer bærekraftig livsstil.

For å få frem budskapet om at bærekraftig utvikling er en overordnet målsetning, er det også sentralt at de som arbeider med folkehelsearbeid fremstår som rollemodeller. Som Gandhi har påpekt: Den forandring du ønsker å virkeliggjøre i verden, må du være selv. Budskapet må «leves», slik at det vinner respekt, og inspirerer til etterfølgelse. For å ha troverdighet, bør derfor både den individuelle aktør innen folkehelsefeltet, samt ulike kontorer, sentre og institusjoner (og fortrinnsvis hele helsesektoren) fremstå som mønstre og rollemodeller i forhold til bærekraft (Brown et al., 2005). Ved at helsepersonell selv både synliggjør og virkeliggjør en vektlegging av bærekraft i relasjon til helse, vil aktører i folkehelsefeltet også lettere kunne mobilisere andre til ansvar og arbeid for å ivareta både helse og miljø – lokalt og globalt.

Helsepersonell og helsesektoren kan opptre som rollemodell på ulike måter (Brown et al., 2005b). I sin egen livsførsel kan helsepersonell vise at de tar bærekraftig utvikling på alvor. I mindre lokalsamfunn kan dette alene utgjøre en påvirkning på andre. På større steder vil dette imidlertid være mindre synlig. I selve yrkesutøvelsen kan imidlertid også helsepersonell vise bærekraftshensyn, for eksempel ved å unnlate å sløse med forbruksmateriell, minimalisere bruken av engangsartikler, eller ved å ta i bruk ordninger for gjenbruk / resirkulering der dette er mulig. Om energi- og ressursbruk, samt avfallshåndtering tydelig viser at helsesektoren tar bærekraftshensyn, kan dette ha en folkeopplysningseffekt, og bidra til at

bærekraftsspørsmål i stadig økende grad oppleves som et sentralt helseanliggende.

En forpliktelse til å fremstå som rollemodeller kan også se ut til å bli bekreftet blant norske leger. Det synes imidlertid å gjenstå mye før denne teoretiske erkjennelsen nedfelles i praktisk handling (Røttingen et al., 2002). Om helsesektoren skal kunne være rollemodell, må imidlertid kunnskap om forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse integreres i utdanningen av de som skal arbeide innenfor folkehelsefeltet.

10.0 Utdanning for endring

Som vist tidligere, innebærer bærekraftig utvikling en radikal utfordring for hele folkehelsefeltet, både når det gjelder grunnlaget for og innholdet i virksomheten. Utfordringen er imidlertid ikke ny – den har ligget der siden WHO formulerte sin strategi for helse og miljø i 1993 (WHO, 1994), og fra dette dokumentet går linjen igjen tilbake til Vår felles framtid. En økologisk dimensjon ved helse er som tidligere nevnt, også nedfelt allerede i Ottawa Charteret. Generelt finnes det mange likheter i strategier og prioriteringer mellom dette og Vår felles framtid (Kickbusch, 1999). Forpliktelsen i forhold til bærekraftig utvikling har dessuten blitt gjentatt i flere av de ulike dokumentene som er behandlet i bokens del 1.

Målene for WHO's strategi for helse og miljø er som tidligere nevnt, blant annet å oppnå et bærekraftig grunnlag for helse for alle, og å gjøre alle individer og organisasjoner klar over sitt ansvar for helse og helsens miljømessige fundament. Om disse målene skal kunne realiseres, er det imidlertid behov for en aktiv og bevisst innarbeiding av temaet bærekraftig utvikling i ulike helsefaglige utdanninger. Målet for opplæringen må være at bærekraftig utvikling skal oppleves som et selvfølgelig helseanliggende, slik at det blir like innlysende å vurdere og å vektlegge globale som individuelle helsekonsekvenser av ulike valg og aktiviteter. Lokale og / eller individuelle helseanliggender må kunne settes inn i et globalt fremtidsperspektiv.

I dag vil en slik tilnærming sannsynligvis oppleves som fremmed av mange yrkes / profesjonsutøvere innen folkehelsefeltet. Det er imidlertid ikke snakk om en rasing av gammel og etablert praksis, men om å utvide perspektivet, og integrere nytt og gammelt (Brown et. al., 2005b). Utfordringen er å få bærekraftthensyn til å bli et like naturlig helseanliggende som for eksempel vektleggingen av personlig hygiene ble det i begynnelsen av det 20. århundre.

For å virkeliggjøre målene i WHO's strategi for helse og miljø, vil ulike aktører innen folkehelsefeltet ha behov for ulik kompetanse. Alle vil imidlertid trenge en grunnleggende *bærekraftkompetanse*. Med dette forstås at de skal ha:

1. Grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og holdninger innenfor helse – bærekraftfeltet

2. Vilje og evne til å handle på en slik måte at de kan fremme både helse og bærekraft

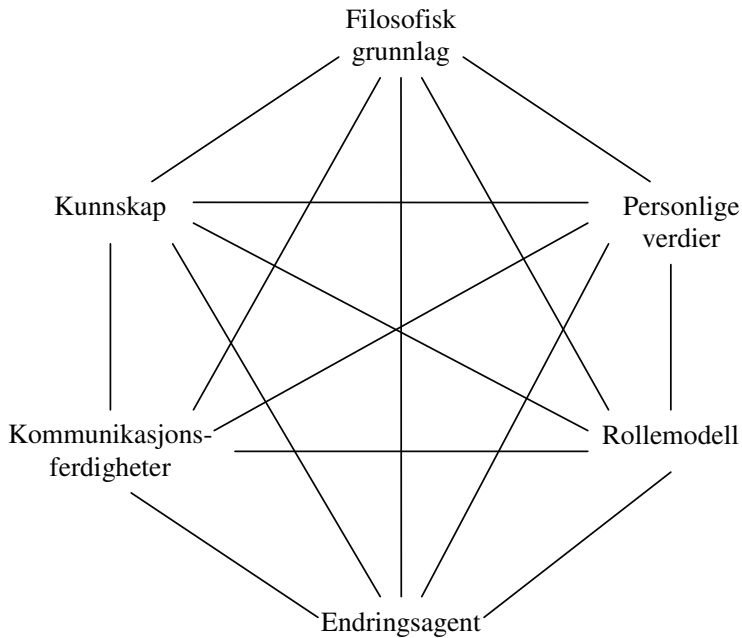
Sentrale elementer som bør inngå i en slik bærekraftkompetanse er vist i figur 9. Disse elementene henger igjen nært sammen og forutsetter hverandre. Faktorene filosofisk grunnlag, kunnskap, kommunikasjonsferdigheter og personlige verdier dekker i hovedsak pkt 1 ovenfor. Disse elementene er igjen forutsetninger for evne og vilje til å handle – som rollemodell og endringsagent. I det følgende blir hvert enkelt av disse elementene nærmere utdypet. Relevant bakgrunnsstoff i forhold til flere av disse elementene finnes dessuten i kapittel 8 og 9.

Det *filosofiske grunnlaget* angitt i figur 9 er gitt i form av en holistisk helseforståelse, slik denne ble presentert i kapittel 8. Uten en overordnet humanøkologisk tilnærming til helse, vil det som tidligere nevnt, være vanskelig å integrere bærekraftperspektiver på en meningsfylt måte. Det grunnleggende i humanøkologien er at «alt henger sammen med alt annet» (Daysh, 1999), og det er nettopp dette som må gjennomsyre en utdanning til bærekraftkompetanse innen folkehelsefeltet. Uten en holistisk helseforståelse vil det dessuten være vanskelig å fremme ikke-materielle verdier og tilnærminger i det forebyggende helsearbeidet.

For å kunne inngå i et allsidig samarbeid med ulike aktører, er det imidlertid sentralt at utdanningene gir innsikt i ulike kunnskapstradisjoner og tilnærminger til helse. Biomedisin vil være en av disse, men denne må inkluderes som én tradisjon, innenfor en mer overordnet holistisk tilnærming (Brown et al., 2005b). Om noe vitenskapsteori er inkludert i utdanningene, vil dette kunne bidra til en forståelse av at det er mange ulike måter å forstå virkeligheten på, og at «sannheten» ikke kan monopoliseres av én tradisjon. Det er imidlertid sentralt at vitenskapsteorien knyttes nært til konkrete problemstillinger, slik at den oppleves som relevant for den praksisen som skal utøves.

(Kan skrives slik for å tydeliggjøre: Elementer som jeg mener inngår i bærekraftkompetanse knyttet til folkehelsefeltet. Dette gjelder selvsagt ikke dersom du kan henvise til noe du har skrevet) Når jeg ikke har brukt jegform noe annet sted i manus, virker det etter min mening mer enn merkelig plutselig å innføre det i én eneste figurtekst. Jeg har flere andre figurer som også er mine egne, uten at dette presiseres på noen måte, så jeg foreslår at den opprinnelige figurteksten blir stående

Når det gjelder *kunnskap*, bør en basiskunnskap om bærekraftig utvikling og om «jordens tilstand» inngå som en integrert del i alle helsefaglige utdanninger. Denne kunnskapen må videre settes i relasjon til helse – både i nåtid og fremtid. Uten dette er det ikke mulig å forstå, og ta kon-



Figur 9. Elementer som inngår i bærekraftkompetanse knyttet til folkehelsefeltet.

sekvensene av hvordan helse- og bærekraftspørsmål er vevd sammen. Et første skritt kan være å vektlegge kunnskap om ulike sammenhenger mellom helse og miljø. For mange aktører i folkehelsefeltet vil sammenhenger mellom lokale miljøfaktorer og helse være kjent stoff, mens kunnskap om helsekonsekvensene av et forringet eller ødelagt livsgrunnlag kan ha blitt viet minimal oppmerksomhet. Sistnevnte er imidlertid helt sentral i et bærekraftig folkehelsearbeid. I en slik generell basiskunnskap bør også inngå kunnskap om føre var prinsippet, slik at studentene senere kan arbeide ut fra dette.

I tillegg til en generell kunnskapsbasis, vil dessuten ulike aktører trenge spesialkunnskap om ulike sammenhenger mellom bærekraftig utvikling og helse knyttet til de konkrete arbeidsoppgavene vedkommende vil komme til å utføre. Et sentralt element i utdanningene vil derfor være en analyse av egen yrkes / profesjonsutøvelse, med henblikk på å identifisere en global bærekraftdimensjon. Dette kan for eksempel dreie seg om å se muligheten til å integrere bærekraftensyn i forhold til individuell livsstilsveiledning, utarbeiding av kommunale planer, eller innkjøp av utstyr og forbruksvarer til helsesentre, kontorer med mer.

Konkret detaljkunnskap på ulike felter vil være viktig, men å håndtere helseutfordringer for isolert kan ha sine begrensninger (Verrinder, Nicholson & Pickett, 2005). Om stadig nye miljø- og helseskadelige stoffer kommer i global spredning på grunn av bruk i ulike produkter, er det liten hjelp i bare å satse på individuell forebygging. Å gå inn for økt veiutbygging for å bedre luftkvaliteten i byer og tettsteder, kan gi en helsemessig gunstig effekt lokalt, men kan samtidig bidra til økt bilbruk, og økte utslipp av CO₂. Derfor er det viktig å kunne se enkeltstående, konkrete helseproblemer og helseanliggender i et globalt perspektiv, og å vurdere dem i sammenheng med mer overordnede samfunnsmessige drivkrefter, som tidligere vist i figur 7. Eventuelle etiske dilemmaer mellom lokal helsegevinst kontra global miljøskade kan dessuten være viktig å belyse og drøfte – gjerne med føre-var-prinsippet som rettesnor.

Ut fra en basiskunnskap om sammenhenger mellom helse og miljø, vil neste skritt være å utvikle innsikt i hvordan helse- og miljøfeltene igjen er vevd inn i, og spiller sammen med mer omfattende sosiale og kulturelle prosesser og systemer. Generelt vil oversikts- og breddekunnskap være sentralt for at en stadig skal kunne formulere nye spørsmål, og gradvis oppnå større innsikt og evne til å handle. Tverrfaglig forståelse og systemtenkning må derfor vektlegges (Verrinder et al., 2005). Det sentrale er at studentene lærer å skape en syntese av kunnskap fra ulike kilder, tradisjoner og sammenhenger, slik at de kan danne seg et helhetsbilde av en situasjon, og kan velge handlingsalternativer ut fra dette. Utfordringen går i to retninger: dels å kunne se de mer langsiktige miljø- og samfunnsmessige konsekvensene av valg som gjøres innad i helsesektoren; og dels å kunne gripe hvilke helsekonsekvenser (på kort og lang sikt) som kan opptre som resultat av avgjørelser og endringer i andre samfunnssektorer.

I tillegg til kunnskap om sammenhenger mellom helse, miljø og samfunn, er det også behov for å vektlegge kunnskap om samspillet mellom kropp, sinn og ånd. Slik kunnskap vil være sentral for å kunne møte sammensatte og mer eller mindre diffuse helseplager som er vanskelige å håndtere ut fra en biomedisinsk tilnærming⁵². Om slik kunnskap tas i bruk innen folkehelsearbeidet, kan den, i tillegg til å gi bedre helse, også ha en folkeopplysende effekt, og på lengre sikt kunne bidra til å svekke en mekanistisk virkelighetsoppfatning. Sammen med kunnskap om de sosiale, samfunnsmessige og økologiske dimensjonene ved helse, kan slik kunnskap danne grunnlag for å kunne arbeide i overensstemmelse med en «demokratimodell» i folkehelsearbeidet, slik Ottawa Charteret legger opp til.

Like viktig som konkret kunnskapstilegnelse er det imidlertid å utvikle evne til å stille spørsmål, og til å møte nye utfordringer med en åpen og

⁵² Dette gjelder for eksempel muskel / skjelett lidelser og lettere psykiske lidelser.

utforskende holdning. Det gjelder å utvikle en generell lydhørhet overfor det som skjer innenfor helse- og bærekraftfeltet i samfunnet som helhet, og å kunne se dette i relasjon til egen virksomhet. Det å kunne stille de riktige spørsmålene, kan være like viktig som det å kunne gi riktige svar (Kozlowski & Hill, 1996). Utdanningen bør derfor være både kritisk og tilpasningsdyktig i forhold til å ta opp nye utfordringer. Samlet bør utdanningene gi de grunnleggende redskaper som trengs for en videre livslang læring innen helse / bærekraftfeltet (Brown et al., 2005). For å kunne utvikle evne til å stille stadig nye spørsmål, bør opplæringen være problemorientert, og rettet mot konkrete utfordringer som hver enkelt vil møte i sitt yrkesliv.

Kommunikasjonsferdigheter står sentralt i yrkesutøvelsen for mange aktører innen folkehelsefeltet. Det å drive helsefremmende arbeid i tråd med Ottawa Charteret forutsetter blant annet kommunikasjon og samarbeid med ulike brukere og samarbeidspartnere. I forhold til bærekraftkompetanse kan det imidlertid opptre noen nye kommunikasjonsmessige utfordringer. Når det gjelder individuell livsstilsveiledning, vil det for eksempel være sentralt å inkludere bærekraftenssyn i forhold til råd om kosthold og fysisk aktivitet. På en helsestasjon kan spørsmål knyttet til tøybleier kontra engangsbleier, eller ferdigmat kontra egenprodusert barnemat, være aktuelle temaer. At slike forhold trekkes inn kan imidlertid oppleves som uventet, og for noen uønsket. De kan føle seg pådyttet et verdiladet og politisk ladet budskap, som de selv mener ikke hører hjemme i den konteksten de befinner seg i. Utfordringen blir derfor å være i stand til å kommunisere et generelt budskap om viktigheten av miljøhensyn og redusert forbruk, uten at dette oppleves politisk påtrengende, moralistisk eller som trækking over personlige grenser. Det sentrale er å kunne sette det konkrete budskapet i relasjon til en overordnet visjon, og kommunisere på en slik måte at det inspirerer til engasjement og handling.

Like viktig som evne personlig kommunikasjon, er det imidlertid å utvikle evne til å kommunisere et bærekraftbudskap til offentligheten. Sentrale medier fremmer i dag et materialistisk verdibudskap (Barstad & Hellevik, 2004). Som en motvekt til dette, er det ønskelig at aktører i folkehelsefeltet kan bidra til å reise en samfunnsmessig bevissthet rundt overordnede utviklingstrekk, og synliggjøre et budskap om sammenhenger mellom verdivalg, helse og bærekraft. Utdanningene bør derfor forberede studenter på å være offentlige aktører som kan bidra i, og gjerne også sette dagsorden for, den offentlige debatt.

Å inkludere bærekraft i folkehelsearbeidet kan også medføre behov for nye samarbeidsrelasjoner. Som vist allerede i Vår felles framtid, er en oppdeling av virkeligheten i atskilte sektorer en vesentlig hindring for bærekraftig utvikling. For å kunne fremme helse og bærekraft på lang sikt,

kan det, som vist i kapittel 9, være nødvendig å arbeide for endring av forhold som ligger langt utenfor helsesektoren. Særlig kan det være aktuelt å etablere nye former for samarbeid med miljømyndigheter og -forvaltning. I utgangspunktet hører bærekraftig utvikling og helse til innenfor ulike kunnskaps / vitenskapsområder, de har ulike begrepsapparat og ulik faglig tilnærming (Brown, 2005). Hva bærekraftig utvikling dreier seg om, vil dessuten kunne ses gjennom ulike briller av ulike mennesker. Et fruktbart samarbeid forutsetter uansett at de ulike partene forstår og respekterer hverandres utgangspunkt og referanseramme. For en som skal jobbe mye i dialog med personer som representerer andre kunnskapstradisjoner, systemer eller sosiale grupper, vil derfor utvikling av gode kommunikasjonsferdigheter stå sentralt.

En del av utfordringene knyttet til bærekraft har med endring av vaner å gjøre. Ny kunnskap kan føre til at en ser at eksisterende praksis på ulike områder er lite hensiktsmessig. Det er imidlertid ingen automatikk i at ny kunnskap fører til endret handling. Handling forutsetter vilje, som igjen er forankret i *personlige verdier*. Like viktig som å utvikle en kunnskapsbasis, er det derfor at utdanningene inkluderer en verdimeisig side. Etikk inngår som en integrert del i alle / de fleste helsefaglige utdanninger. Her kan det da være naturlig å utvide perspektivet, og også trekke inn og drøfte det mer langsiktige etiske ansvaret knyttet til global bærekraft. Jonas' fremtidsetikk, som ble nevnt i kapittel 9 kan være en egnet innfallsvinkel (Jonas, 1999).

Abstrakte etiske drøftinger fører imidlertid ikke nødvendigvis til handling. Verrinder et al. (2005) understreker nødvendigheten av å utvikle verdivevissthet, slik at det oppleves som en personlig forpliktelse å bidra til fremtidig bærekraft. Denne vil da fungere som en indre drivkraft til å handle, til å stille nye spørsmål, skaffe seg ny kunnskap – og dermed søke en stadig dypere integrering av arbeidet for bærekraftig utvikling i sin egen yrkes / profesjonsutøvelse. Ut fra dette kan det å fremstå som *rollemodell* i forhold til bærekraft bli en naturlig konsekvens.

Imidlertid kan også selve driften av ulike helseinstitusjoner, kontorer osv. også fremstå som rollemodell. Helsesektoren er samlet en storforbruker av energi og ressurser. For at driften av ulike helsesentre, institusjoner m.m. skal kunne fremstå som rollemodell for bærekraft, er det imidlertid nødvendig med kunnskap om hvordan ressursbelastningen kan minimaliseres. Det vil også være aktuelt å vektlegge etiske krav i forhold til innkjøp. Det er ikke bærekraftig om utstyr og forbruksvarer til norsk helsesektor er basert på barnarbeid eller annen utnyttning av arbeidskraft i fattige land. En basiskunnskap om bærekraftkonsekvensene knyttet til for eksempel forbruk av ulike produkter eller valg av ulike energi- og avfallsløsninger, bør derfor inngå i utdanningene. I dette kan også inngå kunnskap om ulike miljømerker og sertifiseringsordninger som kan være

aktuelle for ulike produkter og / eller virksomheter innen helsesektoren – for eksempel Svanemerket og Miljøfyrtårn⁵³.

126

Samlet må målet være å sette ulike aktører innen folkehelsefeltet i stand til å spille en nøkkelrolle som *endringsagenter* i retning av en bærekraftig utvikling. Da vil kunnskap om og erfaring med konkret endringsarbeid også være et nyttig redskap (Brown et al., 2005a). En sentral del av utdanningene bør derfor være opplæring i endringsarbeid. Dels kan det dreie seg om å skape endringer innad i etablerte strukturer, for eksempel på egen arbeidsplass eller i egen kommunesektor; og dels kan det dreie seg om samarbeid med andre instanser med henblikk på ytre endringer i for eksempel et lokalsamfunn. Disse to situasjonene vil imidlertid kreve ulike kompetanse – den første kompetanse om endringsprosesser i organisasjoner; den andre kompetanse i å arbeide i komplekse sammenhenger med ulike typer aktører – som politikere, representanter for grasrotorganisasjoner, lokalsamfunn og forvaltning, samt evt. fagspesialister innen ulike områder. En som skal samarbeide med grasrotorganisasjoner eller representanter for innbyggerne i for eksempel en kommune, vil trenge andre kvalifikasjoner enn en person som hovedsaklig skal jobbe innad i helsevesenet. Opplæringen i endringsarbeid må derfor ta utgangspunkt i hva som er den mest sannsynlige kompetansen som en yrkes / profesjonsutøver vil ha behov for (Brown, 2005).

Den generelle skissen av opplæring til bærekraftkompetanse som her er gitt, overskrider det som vanligvis inkluderes i fag / studieplaner i folkehelsearbeid, og i helsefaglige utdanninger generelt. Som vist tidligere i boken, medfører imidlertid nye helseutfordringer et behov for nye tilnærminger. Da behovene vil variere noe mellom ulike yrker / profesjoner vil imidlertid utdanningenes mer detaljerte opplegg, tilnærming og vektlegging måtte variere. Den generelle skissen som her er gitt, kan likevel danne en basis som så kan konkretiseres og videreutvikles for ulike helsefaglige yrker / profesjoner. I forhold til utvikling av bærekraftkompetanse kan utdanning og opplæring uansett bare gi et første grunnlag. Deretter blir det opp til hver enkelt å integrere og videreutvikle dette i sin egen yrkes / profesjonsutøvelse.

⁵³ Stiftelsen Miljømerking som står bak Svanemerket (<http://www.ecolabel.no/>) har nylig startet opp et arbeid med miljømerking av utstyr til helsesektoren. En sertifisering som Miljøfyrtårn kan være aktuelt for eksempel for legesentre eller andre mindre virksomheter / institusjoner innen helsesektoren (<http://www.miljofyrtarn.no/>).

Epilog

Den engelske filosofen John Stuart Mill har påpekt at: «Enhver stor bevegelse vil oppleve tre stadier: latterliggjøring, diskusjon og aksept» (sitert i Stryken, 1994, s. 44). De siste årene har globale miljøspørsmål, særlig knyttet til global oppvarming, kommet på den politiske dagsorden som aldri før. Det kan virke som om et nytt alvor knyttet til menneskehetens fremtidsutsikter har begynt å feste seg. Likevel kan det fremdeles se ut til å være langt igjen til en reell aksept, der ord manifesterer seg i handling.

Fra historien er det kjent at en rekke store menneskelige sivilisasjoner har hatt en blomstringstid, for så å gå til grunne. Ofte har sammenbruddet hengt sammen med overutnytting og ødeleggelse av eget livsgrunnlag. Dagens situasjon er imidlertid ny – i dag er det ikke en regional eller nasjonal sivilisasjon som er i krise – for første gang i menneskehetens historie står vi overfor en krise av globalt omfang, der hele menneskehetens fremtid står på spill (Offergaard, 2005).

Mange av dagens dominerende helse- og miljøutfordringer er et resultat av samfunnsmessige endringer med rot i den industrielle revolusjon. Å arbeide for en langsiktig ivaretagelse av både helse og bærekraft, vil si å være åpen for, og kunne bidra til like grunnleggende endringer. Ulike aktører innen folkehelsefeltet utfordres derfor ikke bare til å delta i, men også til å være pådrivere for gjennomgripende sosiale og samfunnsmessige endringer (Brown, et al., 2005b). I forhold til slike endringer vil det også være sterke motkrefter – fra personer og instanser som føler sine interesser truet, og som (av ulike grunner) ønsker å bevare status quo. I det norske samfunn ser en imidlertid også tendenser som kan peke i retning av mer grunnleggende endringer. Etter årtusenskiftet har for eksempel Hellevik (2008) påvist en verdimeessig dreining i mer idealistisk retning i den norske befolkning. En slik dreining kan tenkes å styrke interesse og arbeid for bærekraftig utvikling.

For at nye ideer skal få gjennomslag i offentligheten, må de oppnå en «kritisk masse» (Verrinder, 2005). Det som er av betydning i den sammenheng er ikke bare hvor mange som målbærer ideene, men også hvilken troverdighet de har i offentligheten. Mens miljøbevegelsen kanskje av noen kan oppleves som primært opptatt av å fremme egne særinteresser, kan en slik anklage vanskeligere rettes mot helsepersonell.

Generelt kan aktører innen helsesektoren derfor tenkes å bli tillagt større troverdighet. I så fall kan de også lettere bidra til aksept for nødvendigheten av å bygge et bærekraftig samfunn, og også lettere virke som pådrivere i den retning. Med sin etiske forankring og nærhet til grunnleggende livsspørsmål, skulle de dessuten kunne forventes å ha de beste forutsetninger for å ta hele menneskehetens fremtid på alvor.

Om aktører i folkehelsefeltet arbeider ut fra premissen at det ikke er mulig å ivareta menneskers liv og helse, uten å ivareta *alt liv*, kan de gi kraftfulle bidrag til både individuelle og samfunnsmessige endringsprosesser. Utfordringen kaller på evne til kreativitet og nytenkning, og kan virke overveldende stor. Det er imidlertid ingen gitt å vite hvor mye som skal til for at bærekraft skal bli en samfunnsmessig realitet og ikke bare en målsetting. Om hver enkelt yrkes / profesjonsutøver gjør sitt, kan den samlede virkning bli større enn noen aner. Kanskje kan et omdefinert folkehelsearbeid nettopp utgjøre den forskjellen som skal til for å bygge en kritisk masse, og bidra til å føre Norge over i en tydelig bærekraftig utviklingsretning.

Litteratur:

- Agenda 21: Programme of action for sustainable development: rio declaration on environment and development: statement of forest principles* (1992). New York: United Nations Department of Public Information. Lest 6. Mars 2006, <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/>
- Annerstedt, M. (2009). Health promotion, environmental psychology and sustainable development – a successful «ménage-à-trois». *Global health promotion*, 16(1), 49-52.
- Bahr, R. (2000). Mot et aktivitetsfiendtlig samfunn? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1(120), 84.
- Barstad, A. & Hellevik, O. (2004). *På vei mot det gode samfunn: om forholdet mellom ønsket og faktisk samfunnsutvikling*. Oslo: SSB.
- Berg, A. E. van den, Hartig, T. & Staats, H. (2007). Preference for nature in urbanized societies: stress, restoration, and the pursuit of sustainability. *Journal of social issues*, 63(1), 79-96.
- Berg, O. (2003). Makt og eksistens. I: P. Fugelli, G. Stang & B. Wilmar (Red.), *Makt og Medisin* (s. 78-101, Rapportserien No. 57). Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998–2003.
- Berry, T. (1990). *The dream of the earth*. San Fransisco: Sierra Club Books.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2. utg.). Geneva: WHO.
- Botten, G. S. (1992). Livsstil som sykdomsrisiko. I: T. Bjerkedal, *Forebyggende medisin* (s. 55–68). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Brown, V. A. (2005). Knowing: linking the knowledge cultures of sustainability and health. I: V. A. Brown, J. Grootjans, J. Ritchie, M. Townsend & G. Verrinder (Ed.), *Sustainability and health: supporting global ecological integrity in public health* (s. 131–161). London: Earthscan.
- Brown, V. A., Ritchie, J., Grootjans, J. & Rohan, G. (2005a). Living: Public health and the future of life on the planet. I: V. A. Brown, J. Grootjans, J. Ritchie, M. Townsend & G. Verrinder (Ed.), *Sustainability and health: supporting global ecological integrity in public health* (s. 1-37). London: Earthscan.
- Brown, V. A., Grootjans, J., Ritchie, J., Townsend, M. & Verrinder, G. (Ed.). (2005b). *Sustainability and health: supporting global ecological integrity in public health*. London: Earthscan.
- Burri, R. V. Dumit, J. (2007). Introduction. I: R. V. Burri & J. Dumit (Ed.), *Biomedicine as culture* (s. 1-13). New York: Routledge.
- Carlsson-Kanyama, A., Ekström, M. P. & Shanahan, H. (2003). Food and life cycle energy inputs: consequences of diet and ways to increase efficiency. *Ecological Economics*, 44(2), 293–307.
- Chan, M. (2008). Climate change will erode foundations of health. Geneva: WHO. Lest 13. mai 2009, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr11/en/>
- Cortese, A. D. (1993). Introduction: Human health, risk, and the environment. I: E. Chivian, M. McCally, H. Hu & A. Haines (Ed.), *Critical condition: human health and the Environment* (s. 1-11). Cambridge Massachusetts: MIT Press.
- Corvalán, C. F., Kjellström, T. & Smith, K. R. (1999). Health, environment and sustainable development. Identifying links and indicators to promote action. *Epidemiology*, 10(5), 656–660.
- Dalen, M. & Holm, M. (2004). Miljøstatus for norsk havbruk. I: A-L. Agnalt, A. Ervik, T. S. Kristiansen, & F. Oppedal (Red.), *Havbruksrapport 2004* (s. 124–125). Bergen: Havforskningsinstituttet

- Daysh, Z. (1999). Foreword: human ecology and health in a global system. I: M. Honari & T. Boleyn (Ed.), *Health ecology: health, culture and human environment interaction* (s. xv-xviii). London: Routledge.
- Eriksson, K. (1996). *Omsorgens idé*. København: Munksgård.
- Evang, K. (1953). «Public health». Sosial og administrativ medisin. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 73, 767–777.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2003). *Promoting health: a practical guide*. (5. utg.). Edinburgh: Baillière Tindall.
- FAO. (2007). *The state of world fisheries and aquaculture 2006*. Rome: FAO.
- FAO. (2008). *Report of the FAO expert workshop on the use of wild fish and/or other aquatic species as feed in aquaculture and its implications to food security and poverty alleviation*. Rome: FAO.
- FAO. (2009). *The state of world fisheries and aquaculture 2008*. Rome: FAO.
- Fidjestøl, A. (2004). *Hans Jonas: ein introduksjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foller M-L., Garrett, M. J. & Hansson, L. O. (1996). Human ecology and health: its development and central themes. I: M-L. Follér & L. O. Hansson (Ed.), *Human ecology and health: adaptations to a changing world* (s. 7–42). Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Foss, L. & Rothenberg, K. (1990). *Fra biomedisin til infomedisin*. København: Munksgaard.
- Fox, W. (1995). *Toward a transpersonal ecology*. New York: State university of New York press.
- Fugelli, P. (1993). Pasienten Jordan – legenes ansvar? *Nordisk medicin*, 108(12), 312–15.
- Fugelli, P. (2003). *0-visjonen: essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. (2004). Formegethetens mentalitet – en utfordring for samfunnsmedisinen. I: J. G. Mæland, P. Fugelli, G. Høyer, & S. Westin (Red.), *Sosialmedisin – i teori og praksis* (s. 415–430). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fugelli, P. & Solbakk, J. H. (2003). Forebyggende selvransakelse. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 12(123), 1721–1722.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjershaug, J.O. (2006). *Lomvi. Uria aalge: rødlistet art* (Artsdatabankens faktaark 2–2006). Norsk institutt for naturforskning. Lest 15. November 2010, <http://www.nina.no/archive/nina/PppBasePdf/artikkel/2006/Gjershaug%20Lomvi%20Artsdatabanken%20Faktaark%20202006.pdf>
- Goodland, R. (1992). Det som taler for at verden har nådd grenser. I: R. Goodland, H. Daly, S. E. Serafy & B. von Droste (Red.), *Økonomisk politikk for en bærekraftig utvikling: oppfølging av Brundtlandkommisjonen* (s. 1–14). Oslo: Cappelen.
- Grandjean, P., Bailer, J. C., Gee, D., Needleman, H. L., Ozonoff, D. M., Richter, E., Sofritti, M., Soskolne, C.L. (2004). Implications of the precautionary principle in research and policy-making. *American journal of industrial medicine*, 45(4), 382–385.
- Griffiths, J. (2006). The convergence of public health and sustainable development. *Public health*, 120(7), 581–584.
- Grunnloven (1814). *Kongeriget Norges grundlov*. LOV-1814-05-17
- Gruppenhoff, J. T. (1998). The environment and biomedical research. *Environmental Health Perspectives*, 106(12), A580–A581.
- Gulddal, J. & Møller, M. (1999). Fra filologi til filosofi – introduksjon til den moderne hermeneutikk. I: J. Gulddal & M. Møller (Red.), *Hermeneutikk – en antologi om forståelse* (s. 9–45). [København]: Gyldendal.
- Guttu, T. (Red.) (2005). *Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok: riksmål og moderat boknål*. Oslo: Kunnskapsforl.
- Günther, J. (1996). Interconnectedness of ecosystem health and human health. I: M-L. Follér & L. O. Hansson (Ed.), *Human ecology and health: adaptations to a changing world* (s. 201–227). Göteborg: Göteborgs Universitet.

- Hancock, T. (1997). Ecosystem health, ecological latrogenesis, and sustainable human development. *Ecosystem health*, 3(4), 229–234.
- Hegge, H. (1993). *Mennesket og naturen* (2. utg.). Oslo: Antropos.
- Hellevik, O. (2008). *Jakten på den norske lykken: Norsk Monitor 1985–2007*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (1987a). *Helse for alle i Norge?* [Oslo]: Kommunalforlaget.
- Helsedirektoratet. (1987b). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid*. [Oslo]: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (1991). *Europeisk charter om miljø og helse*. [Oslo]: Helsedirektoratet.
- Hess, G. (1999). Public health: A threat to global integrity? I: C. L. Soskolne, & R. Bertolini (Red.), *Global ecological integrity and «sustainable development»: cornerstones of public health. A discussion document* (s. 53–57). Rome: World Health Organization, European centre for environment and health.
- Honari, M. (1999). Health ecology: an introduction. I: M. Honari & T. Boleyn (Ed.), *Health ecology: health, culture and human environment interaction* (s. 1–34). London: Routledge.
- IPCC. (2007). *Climate change 2007: synthesis report*. Geneva: International panel on climate change.
- Jakobsen, T. G. (1996). *Vitenskapsfilosofi: for natur- og humanvitenskapene*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Johannesen, T. (2004). Industritrålfiske (tobis, øyepål og kolmule). I: K. Michalsen (Red.), *Havets ressurser 2004* (s. 109–112). Bergen: Havforskningsinstituttet.
- Johannesen, T. (2009). Tobis. I: H. Gjøsæter, A. Dommasnes, T. Falkenhaus, M. Hauge, E. Johannesen, E. Olsen et al. (Red.), *Havets ressurser og miljø 2009* (s. 133–134). Bergen: Havforskningsinstituttet.
- Jonas, H. (1999). *Ansvarets princip: udkast til en etikk for den teknologiske civilisation*. København: Hans Reitzel.
- Karr, J. R. (1993). Protecting ecological integrity: an urgent societal goal. *The Yale journal of international law*, (18)1, 297–306.
- Kickbusch, I. (1999). Good planets are hard to find. I: M. Honari & T. Boleyn (Ed.), *Health ecology: health, culture and human-environment interaction* (s. 37–58). London: Routledge.
- Kirkengen, A. L. (1993). Kan vi skifte fokus fra sykdom til helse? I: A. L. Kirkengen & J. Jørgensen, (Red.), *Medisinsk teori: tanker om sykdom og tanker om helse* (s. 15–25). [Oslo]: TANO.
- Knutsen, P. (2002). *Analytisk narrasjon: en innføring i historiefagets vitenskapsfilosofi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Koopman, J. S. (1996). Comment: Emerging objectives and methods in epidemiology. *American journal of public health*, 86(5), 630–632.
- Kozlowski, J. & Hill, G. (1999). Health through sustainable development. I: M. Honari & T. Boleyn (Ed.), *Health ecology: health, culture and human-environment interaction* (s. 112–133). London: Routledge.
- Krogh, T. (1996). *Historie, forståelse og fortolkning: innføring i de historisk-filosofiske fags fremvekst og arbeidsmåter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lafferty, W. M. & Langhelle, O. (1995). Bærekraftig utvikling som begrep og norm. I: W. M. Lafferty & O. Langhelle (Red.), *Bærekraftig utvikling: om utviklingens mål og bærekraftens betingelser* (s. 13–35). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lian, O. (2000). Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1(120), 111–114.
- Lie, M. (2000). Hvem styrer medisinen utvikling? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1(120), 70.
- Loomis, D. & Wing, S. (1990). Is molecular epidemiology a germ theory for the end of the twentieth century? *International journal of epidemiology*, 19(1), 1–3.

- Maas, J., Verheij, R. A., Gorenweg, P. P. Vries, S. de & Spreuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of epidemiol community health*, 60(7), 587–592.
- McMichael, A. J. (1997). Integrated assessment of potential health impact of global environmental change: Prospects and limitations. *Environmental modelling and assessment*, 2(3), 129–137.
- McMichael, A. J. (1999). Prisoners of the proximate: Loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *American journal of epidemiology*, 149(10), 887–897.
- McMichael, A. J., Bolin, B., Costanza, R., Daily, G. C., Folke, C., Lindahl-Kiessling, K., Lindgren, E. & Niklasson, B. (1999). Globalisation and the sustainability of human health. *BioScience*, 49(3), 205–21.
- McMichael, A. J. & Beaglehole, R. (2000). The changing context of public health. *The Lancet*, 356(9228), 495–99.
- Melsom, K. (Red.). (2009). *Miljø og helse: en forskningsbasert kunnskapsbase*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Miljøverndepartementet. (1992). *Norges nasjonalrapport til FN-konferansen om miljø og utvikling, Brasil 1992*. Oslo: Miljøverndepartementet.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2003). *Miljø og helse – en forskningsbasert kunnskapsbase: revisjon 2003*. (Rapport 2003:9). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mitchell, R. & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*, 372(9650), 1655–1660.
- Moseng, O. G. (2003). *Ansvar for undersåttene helse 1603–1850*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mysterud, I. (1992). Medisinsk økologi – fokus på et helhetlig helsebegrep. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 6(112), 812–815.
- Mæland, J. G. (1999). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Mæland, J. G. (2003). Folkehelsemeldingen – fra prat til plan. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 9(123), 1174.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning. (2009a). *Hva spiser oppdrettslaks?* Lest 2. september 2009, http://www.nifes.no/index.php?page_id=308
- Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning. (2009b). *Planteoljer i fiskefor*. Lest 9. juni 2010, <http://www.nifes.no/forskning/akvakulturrenering/tema/planteoljer%20i%20fiskefor/>
- Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon: paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, R. B., Andrews, E. B., Gaudino, J. A., Newman, A. B., Soskolne, C. L., Stürmer, T. et al. (2009). The future of epidemiology. *Academic medicine*, 84(11), 1631–1637.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 1997:18 (1997). *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1998:18 (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nylenna, M. (2000). Fremtiden er ikke hva den pleide å være. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1(120), 11.
- Næss, A. (1976). *Økologi, samfunn og livsstil* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Næss, Ø. (2003). Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter – folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 22(123), 3245–3247.
- Offergaard, T-L. (2005). *Fra Eden til global krise – hvilken framtid?* Høgskolen i Akershus: Forskningsserie 11/2005.

- Olsen, R. E. & Karlsen, Ø. (2009). Kan laksen bli vegetarianer, og ønsker vi det? I: A-L. Agnalt, I. Bakketeig, T. Haug, J. A. Knutsen & I. Opstad (Red.), *Kyst og havbruk* (s. 139–140). Bergen: Havforskningsinstituttet.
- Pearce, N. (1996). Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American journal of public health*, 86(5), 678–683.
- Pearce, N. & McKinlay, J. B. (1998). Back to the future in epidemiology and public health: response to Dr. Gori. *Journal of clinical epidemiology*, 51(8), 643–646.
- Pretty, J., Peacock, J, Sellens, M. & Griffin, M. (2005). The mental and physical health outcomes of green exercise. *International journal of environmental health research*, 15(5), 319–337.
- Richman, J. (2003). Holding public health up for inspection. I: J. Costello & M. Haggart (Ed.), *Public health and society* (s. 3–22). Basingstoke: Palgrave
- Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences: essays on language, action and interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1999). *Eksistens og hermeneutikk*. Oslo: Aschehoug
- Ricoeur, P. (2002a). Distanseringens hermeneutiske funksjon. I: M. Hermansen & J. D. Rendtorff (Red.), *En hermeneutisk brobygger: tekster af Paul Ricoeur* (s. 33–47). Århus: Klim.
- Ricoeur, P. (2002b). Tekstmodellen – meningsfull handling betraktet som en tekst. I: M. Hermansen & J. D. Rendtorff (Red.), *En hermeneutisk brobygger: tekster af Paul Ricoeur* (s. 49–74). Århus: Klim.
- Rothman, D. J., Marcus, S. & Kiceluk, S. A. (1995). *Medicine and Western Civilization*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Røttingen, J.-A., Feruglio, S. L., Aasland, O. G. & Fugelli, P. (2002). Lokal og global miljømedisin – norske legers vurderinger. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 13(122), 1285–1289.
- Saracci, R. (2007). Epidemiology: a science for justice in health. *International journal of epidemiology*, 36 (2), 265–268.
- Schirnding, Y. von (2002a). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *The Lancet*, 360(333), 632–637.
- Schirnding, Y. von (2002b). *Health in sustainable development planning: the role of indicators*. Geneva: WHO.
- Skjerve, E. (Red.). (1999). *Jorda rundt på to dager: mikrobielle turister på avveie*. Oslo: Landbruksforlaget.
- Solli, H. M. (1990). Økologiens utfordring til medisinen. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 24(110), 3137–3140.
- Solli, H. M., Myrsterud, I., Steen, M. & Fugelli, P. (2001). *Økologisk helseleære*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Sosial- og helsedepartementet og Miljøverndepartementet. (2000). *Handlingsplan for miljø og helse* (2000). Oslo: Sosial- og helsedepartementet og Miljøverndepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Utviklingen i norsk kosthold 2007*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Utviklingen i norsk kosthold 2008*. Oslo: [Direktoratet].
- Soskolne, C. L. (2004). On the even greater need for precaution under global change. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 17(1), 69–76.
- Soskolne, C. L. & Bertollini, R. (1999). *Global ecological integrity and «sustainable development»: cornerstones of public health. A discussion document*. Rome: World Health Organization, European centre for environment and health.
- Statens helsetilsyn. (1996). *Utredning om miljø og helse – oppfølging av Helsinki-deklarasjonen*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stenvoll, D., Elvbakken, K. T. & Malterud, K. (2005). Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 5(125), 603–605.

- St.meld. nr. 13 (1992–1993). (1992). *FN-konferansen om miljø og utvikling i Rio de Janeiro*. Oslo: Miljøverndepartementet.
- St.meld. nr. 16 (2002–2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helsedepartementet.
- St.meld. nr. 37 (1992–1993). (1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 58 (1996–1997). (1997). *Miljøvernpolitikk for en bærekraftig utvikling*. Oslo: Miljøverndepartementet.
- Stryken, A. C. (1994). *Er fjellene våre: om naturens egenverdi i historisk, politisk og etisk perspektiv*. Fagernes: Valdres forlag.
- Susser, M. & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: I: Eras and paradigms. *American journal of public health*, 86(5), 668–673.
- Ten Have, H. (1987). Medicine and the Cartesian Image of Man. *Theoretical Medicine*, 8(2), 235–246.
- Thompson, J. B. (1981). Editors introduction. I: Ricoeur, P. *Hermeneutics and the human sciences: essays on language, action and interpretation* (s. 1–26). Cambridge: Cambridge university press.
- Turchini, G. M., Torstensen, B. & Ng, W-K. (2009). Fish oil replacement in finfish nutrition. *Reviews in Aquaculture*, 1(1), 10-57.
- Tuxill, J. & Bright, C. (1998). Tapte tråder i livets vev. I: *Jordens tilstand 1998* (s. 63–81). Oslo: Aschehoug.
- Utenriksdepartementet. (2002). *Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling*. Oslo: Utenriksdepartementet.
- Verdenskommisjonen for miljø og utvikling. (1987). *Vår felles framtid*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Verrinder, G. (2005). Innovating: Practitioners as innovators for sustainability and health. I: V. A. Brown, J. Grootjans, J. Ritchie, M. Townsend & G. Verrinder (Ed.), *Sustainability and health: supporting global ecological integrity in public health* (s. 243–271). London: Earthscan.
- Verrinder, G., Nicholson, R. & Pickett, R. (2005). Acting: practitioners as actors for sustainability and health. I: V. A. Brown, J. Grootjans, J. Ritchie, M. Townsend & G. Verrinder (Eds.), *Sustainability and health: supporting global ecological integrity in public health* (s. 199–242). London: Earthscan.
- Vetlesen, A. J. (2004). *Smerte*. Oslo: Dinamo.
- Vibe, M. de (2003). Oppmerksomhetstrening – en metode for selvregulering av helse. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 21(123), 3062–3063.
- Vibe, M. de (2006). Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske Sykdommer. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 15(126), 1898–1902.
- Vries, S. de, Verheij, R. A., Groenewegen, P. P. & Spreeuwenberg, P. (2003). Natural environments – healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and planning*, 35(10), 1717–1731.
- Waltner-Toews, D. (1999). A Community Based Ecosystem Approach to Health, Socio-economic Development and Environmental Integrity. I: Soskolne, C. L. & Bertollini, R. (Eds.). *Global ecological integrity and «sustainable development»: cornerstones of public health. A discussion document* (37-39). Rome: World Health Organization, European centre for environment and health.
- Wigernæs, I. (2008, 30. september). Hva er det dere ikke veit? *Valdres*, s. 4.
- World Health Organization. (1992). *Our planet, our health: report of the WHO commission on health and environment*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1994). *Healthy and productive lives in harmony with nature: a WHO Global Strategy for Health and Environment*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). *Creating supportive environments for health: stories from the third international conference on health promotion Sundsvall, Sweden*. (B. J. A. Haglund, Red.). Geneva: WHO.

- World Health Organization. (1997a). *Health and environment in sustainable development: five years after the earth summit*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1997b). *Think and act globally and intersectorially to protect national health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*.
WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.
- World Health Organization, Regional office for Europe. (1994). *Declaration on action for environment and health in Europe*. Helsinki: WHO, Regional office for Europe.
- Wright, G. H. von (1991). *Vitenskapen og fornuften: forsøk på en orientering*. Oslo: Cappelen.
- Wright, G. H. von (1994). *Myten om fremskrittet*. Oslo: Cappelen.
- Yach, D. & Bettcher, D. (1998a). The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *American journal of public health*, 88(5), 735–738.
- Yach, D. & Bettcher, D. (1998b). The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *American journal of public health*, 88(5), 738–741.

Trine-Lise Offergaard løfter med denne boken frem sammenhengen mellom bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid. Bærekraftig utvikling har lenge vært en overordnet politisk målsetning, både nasjonalt og internasjonalt. Forfatterens mangeårige arbeid med studenter med ulik helsefaglig yrkesbakgrunn, har imidlertid vist at helse og bærekraft i utgangspunktet sjelden oppleves som naturlige partnere.

Boken setter søkelys på det forhold at menneskers helse og jordas helse sjelden sees i sammenheng. Helsefaglig litteratur inneholder sjelden en mer grunnleggende presentasjon av økologiske helsebetingelser. Helsen oppfattes tilsynelatende som «å bo inni individet», mens jorda og jordas fremtid kan se ut til å befinne seg «et annet sted». Uten en jord som kan gi oss luft, vann, jord og mat; uten fungerende økosystemer og forutsigbart klima, er imidlertid både menneskers helse og fremtid truet.

Disse forhold har dannet bakgrunn for arbeidet med boken. Første del tar for seg hvordan målsetningen om bærekraftig utvikling har blitt fulgt opp i internasjonale og nasjonale helsepolitiske dokumenter. Det søkes å gi klarhet i hva som kan være grunnen til at bærekraftig utvikling så sjelden behandles i ulike helsesammenhenger. Boken bidrar videre med innspill til en reell integrering av bærekraftig utvikling i folkehelsefeltet, og tar samlet for seg et bredt spekter av forhold relatert til folkehelsearbeid. Hvordan bærekraftig utvikling kan innarbeides i ulike helsefaglige yrkes- og profesjonsutdanninger blir dessuten vektlagt.

Boken er aktuell for studenter innen ulike helsefaglige utdanninger, men også for andre som på ulike måter er involvert i folkehelsearbeid, utdanner seg til, eller utdanner til slikt arbeid.

Denne 2.utgaven av boken har fått oppgraderte figurer.