

Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling

Helsedirektoratets innspill til
videreutvikling av folkehelsepolitikken

Rapport
IS-2748



Innhold

Innhold	3
Forord	5
Sammendrag	8
1 Innledning	10
1.1 Rapportens innretning	11
1.2 Folkehelsebegrepet og politikkutvikling	11
1.3 Valg av innsatsområder	12
1.4 Bærekraftig utvikling og folkehelse	13
1.5 FNs bærekraftsmål	15
Del I Status og utfordringsbilde	18
2 Status og utfordringsbilde – økonomisk og sosial bærekraft i et folkehelseperspektiv	18
2.1 Økende offentlige utgifter	19
2.2 Demografiske endringer	20
2.3 Sykdomsbyrden, levekår og levevaner	21
2.4 Sosial ulikhet i helse og utenforskap	24
2.5 Internasjonalt folkehelsearbeid	26
2.6 Mål for en framtidig folkehelsepolitikk	27
Del II Folkehelsearbeid og forebygging styrker samfunnets bærekraft	29
3 Utjevning av sosiale helseforskjeller	29
3.1 Hva er sosiale helseforskjeller?	31
3.2 Hva skyldes helseforskjellene?	32
3.3 Helsetjenestens betydning	33
3.4 En tverrsektoriell folkehelsepolitikk som reduserer sosiale helseforskjeller	34
3.5 Styrket veiledning til kommunene	37
3.6 Verktøy for vurdering av konsekvenser – utvikling og implementering	38
3.7 Nasjonalt indikatorsystem for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	39
4 Psykisk helse og livskvalitet	41
4.1 Måling av livskvalitet	43

4.2 Psykososiale faktorer og deres betydning for helse og livskvalitet	46
4.3 Program for folkehelsearbeid i kommunene	53
4.4 Bedre helse og livskvalitet for barn og unge	56
5 Et trygt og helsefremmende lokalsamfunn	68
5.1 Kommunenes systematiske folkehelsearbeid og statens understøttelse	69
5.2 Sosialt bærekraftig by-, steds- og nærmiljøutvikling	76
5.3 Aldersvennlige samfunn	81
5.4 Skader og ulykker	84
5.5 Lokal luftkvalitet	91
5.6 Astma og allergi	92
5.7 Barns læringsmiljø i skoler og barnehager	95
6 Levevaner og helsevennlige valg	97
6.1 Ernæring	99
6.2 Forebygging av overvekt og fedme blant barn og unge	105
6.3 Alkohol	106
6.4 Tobakk	110
6.5 Fysisk aktivitet	112
6.6 Søvn og søvnvansker	114
6.7 Digital kommunikasjon – digitale verktøy – digital dialog	115
7 Levekår, helse og livskvalitet i innvandrerbefolkningen	118
7.1 Levekårsutfordringer	121
7.2 Helseutfordringer og sykdomsbilde	121
7.3 Diskriminering, psykisk helse og livskvalitet	122
7.4 Likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen	125
8 Helsefremmende og forebyggende helsetjenester	127
8.1 Forebyggende helsetjenester – voksne	131
8.2 Forebyggende helsetjenester – barn og unge	133
8.3 Forebyggende helsetjenester – psykisk helse	137
8.4 Kommunale ernæringsfysiologer	139
8.5 Arbeid og helse	140
8.6 Health literacy	142
Litteratur	143

Forord

Bærekraftig utvikling er et overordnet mål for samfunnsutviklingen i Norge og globalt. I realiseringen av dette målet er en befolkning med god helse og livskvalitet, og en rettferdig fordeling av dette, en viktig forutsetning. Helsedirektoratet har ansvar for å bidra til at befolkningens helse vektlegges på tvers av samfunnets sektorer både lokalt, regionalt og nasjonalt. I tillegg skal direktoratet jobbe for sosial utjevning, likeverd og livskvalitet, og at forebyggende arbeid prioriteres.

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2018 fått i oppdrag å legge fram en rapport om status i folkehelsearbeidet, og anbefalinger for videre arbeid som grunnlag for ny folkehelsemelding. Denne rapporten er Helsedirektoratets innspill og anbefalinger til denne meldingen. Helse- og omsorgsdepartementet skal legge fram en stortingsmelding om folkehelsepolitikken våren 2019.

En overordnet ramme for arbeidet med rapporten har vært målet om en bærekraftig samfunnsutvikling. Mye av folkehelsearbeidet som gjøres i dag understøtter en slik samfunnsutvikling, men også i videreutviklingen av folkehelsepolitikken er en slik overordnet målsetting viktig. Bærekraftig samfunnsutvikling vil være en viktig ramme for prioriteringsdiskusjoner lokalt og nasjonalt. Samtidig kan dette gi legitimitet til og understøtte folkehelsearbeidets betydning knyttet til synergier mellom en bærekraftig samfunnsutvikling og folkehelsepolitikk.

Målet om en bærekraftig samfunnsutvikling, både lokalt og globalt, er reflektert gjennom FNs bærekraftsmål som Norge skal følge opp. Stort sett alle målene har relevans for folkehelsepolitikken, og vi har derfor trukket fram flere av bærekraftsmålene i rapporten.

Befolkningens helse og livskvalitet påvirkes av mange forhold, som for eksempel nærmiljø, oppvekst- og skoleforhold og tilgang på arbeid og sunne arbeidsforhold, i tillegg til kosthold, fysisk aktivitet og tobakk. Folkehelsepolitikken og folkehelsearbeidet berører derfor stort sett alle samfunnsområder, og tverrsektoriell innsats er helt nødvendig. I rapporten omtales et bredt spekter av områder og temaer med tilhørende forslag til konkrete innsatser for en videreutvikling av folkehelsepolitikken.

To viktige grunnlagsdokumenter i arbeidet med denne rapporten har vært Folkehelseinstituttets "Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge 2018" og Helsedirektoratets "Folkehelsepolitisk rapport 2017 – Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet".

Vår rapport utgjør et av flere grunnlag i arbeidet med ny folkehelsemelding. Vi håper at mange samfunnsaktører gir innspill og høres i prosessen rundt arbeidet med meldingen.

Oslo, august 2018

A handwritten signature in blue ink, reading "Bjørn Guldberg". The signature is written in a cursive style with a distinct loop at the end of the last name.

Helsedirektør

Sammendrag

Bærekraftig utvikling er et overordnet mål for samfunnsutviklingen både lokalt, nasjonalt og globalt. For å nå dette målet er et effektivt folkehelsearbeid en av forutsetningene.

Befolkningens helse og livskvalitet, og en rettferdig fordeling av denne, er avgjørende for bærekraften i et samfunn. I denne rapporten ser vi folkehelse og bærekraft i større grad i sammenheng enn det vi tidligere har gjort på folkehelseområdet. Særlig når det gjelder *sosial bærekraft og folkehelse* ser vi at disse begrepene og innsatsene har mye til felles.

I arbeidet med å sikre en bærekraftig samfunnsutvikling globalt, men også lokalt, har FN, i samarbeid med medlemslandene, etablert 17 bærekraftsmål med konkrete delmål og tilhørende måleindikatorer. I Norge har vi en bred forståelse av folkehelse i tråd med internasjonale føringer. Arbeidet rettes mot hele befolkningen, ikke bare mot utsatte grupper, og det er påkrevet med innsats fra alle samfunnets sektorer. Dette medfører at stort sett alle de 17 bærekraftsmålene er relevante i en folkehelsesammenheng. De ulike temaene som omtales i rapporten er tett knyttet opp til mange av bærekraftsmålene og de tilhørende delmålene. Målene som er mest relevante er synliggjort under hvert tema.

Rapporten gir en kort omtale av *status for befolkningens helse og for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. I tillegg beskrives et *bredere utfordringsbilde*, der offentlige utgifter, særlig til helse- og omsorgssektoren, og demografiske endringer utfordrer en velferdsstat som er bærekraftig framover. For å møte disse utfordringene er folkehelsearbeidet som gjøres lokalt og rammene som den nasjonale folkehelsepolitikken legger, av stor betydning. Å satse på helsefremming og forebygging for å sikre en frisk befolkning som bidrar til høy sysselsettingsgrad er avgjørende for å opprettholde en bærekraftig velferdsstat.

Selv om folkehelsen generelt i Norge er god, så er det betydelige *sosioøkonomiske forskjeller i forventet levealder*. Dette gjelder for de aller fleste sykdommene, skader og plager, og i levevaner og levekår. Det er også dokumentert at disse forskjellene er økende. Innsatser for å redusere sosial ulikhet i helse er derfor en av de viktigste innsatsområdene framover. Fortsatt krever dette sammensatte løsninger, samt at det gjøres vurderinger av fordelingskonsekvenser og at dette tas hensyn til ved gjennomføring både av små og store tiltak. Helsesektoren må ta ansvar for at vi ikke får et todelt helsevesen der de med høy sosioøkonomisk status gis prioritet foran andre.

Psykisk helse har de senere årene blitt en integrert del av folkehelsearbeidet. Et viktig steg videre er å få på plass et system for måling av livskvalitet i befolkningen, og i rapporten gis det en beskrivelse av dette. Det er fortsatt nødvendig å jobbe med lokalsamfunns-tilnærminger som fremmer helse og livskvalitet, og tiltak både nasjonalt og lokalt som reduserer stressbelastninger. Barn og unges oppvekstmiljø og levekår er viktig for deres nåværende og framtidige helse og livskvalitet. Tidlig og tverrfaglig innsats er helt sentralt, og skolen er en viktig arena for å jobbe med psykisk helse og livsmestring.

En rask *befolkningsvekst i bysentra og tettbygde strøk* krever ny kunnskap, bevissthet og planlegging for å sikre sosialt bærekraftige bo- og nærmiljøer. Fortetting er en overordnet strategi for samfunns- og arealutviklingen. Vi ser behov for økt kunnskap om mulige uheldige konsekvenser for helse, livskvalitet og fordeling ved fortetting. Fysiske forhold som bedre luftkvalitet, forebygging av fall og innsatser for å redusere astma og allergi er også områder som fordrer økt innsats, og som beskrives.

Kommunene orienterer seg i større grad mot et *systematisk folkehelsearbeid*. Men det er fortsatt forskjeller når det gjelder hvor langt kommunene har kommet i å etablere et kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet, planforankre satsinger og iverksette tiltak i tråd med utfordringsbildet. I en videreutvikling er statens tilrettelegging for utvikling av et egnet kunnskapsgrunnlag og kommunenes kapasitet og kompetanse på koplingen til planarbeidet viktige virkemidler.

Helseatferd og levevaner som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol har innvirkning på en rekke sykdommer og lidelser. Dette er ikke bare resultat av individuelle valg – det er nødvendig å skape samfunnsmessige rammer for god helse gjennom ulike virkemidler som tilgangsreguleringer og tilrettelegginger. På ernæringsområdet har det vært et økende samarbeid med næringslivet som har gitt viktige resultater og erfaringer. Søvn og søvnevansker trekkes frem som et folkehelseproblem som har vært undervurdert og der vi har fått økt kunnskap. Den digitale utviklingen gir også nye muligheter for kommunikasjon som har helseatferd/levevaner som budskap.

God helse for innvandrere handler i stor grad om å skape inkluderende samfunn der hele befolkningen deltar på lik linje. Lokalt folkehelsearbeid og integreringsarbeid har mye til felles, og verktøy og metoder for å integrere hensynet til innvandreres helse og livskvalitet i det lokale folkehelsearbeidet er viktig. Ved å legge til rette for koplinger til landbakgrunn i aktuelle helseregistre kan vi få økt kunnskap om innvandreres helse og livskvalitet.

Et viktig bidrag for å holde potensielle helseutgifter lave og folkehelsen god kan komme fra *helsesektoren selv*. Det er et potensiale for at forebyggende innsatser i større grad retter seg mot hele livsløpet og at det blir en naturlig del av helsetjenestene. Det må tilrettelegges for helhetlige digitale helsetjenester til ungdom. Forebyggende psykiske helsetjenester som har lav terskel for kontakt og som kan gi raskere hjelp kan være et viktig supplement til øvrig behandling i helse- og omsorgssektoren. Deltakelse i arbeidslivet kan i seg selv være helsefremmende, men dersom arbeidstaker rammes av sykdom eller plager kan helsetjenesten og NAV medvirke til en intensivert innsats slik at man får hjelp til å kunne fortsatt være i arbeid.

1 Innledning

1.1 Rapportens innretning

Denne rapporten er Helsedirektoratets svar på oppdrag gitt i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2018 om å legge fram en rapport om status i folkehelsearbeidet, og gi anbefalinger for videre arbeid som grunnlag for ny folkehelsemelding. Stortingsmeldingen skal lanseres i 2019. Rapporten inngår i styringssystemet for det nasjonale tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Det innebærer at Helsedirektoratet hvert fjerde år skal utarbeide en rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet skal legge fram en stortingsmelding om folkehelsepolitikken det påfølgende året.

En overordnet ramme for arbeidet med rapporten har vært målet om en bærekraftig samfunnsutvikling. Mye av det folkehelsearbeidet som gjøres i dag understøtter en slik samfunnsutvikling, men også i videreutviklingen av folkehelsepolitikken er en slik overordnet målsetting viktig. Bærekraftig samfunnsutvikling kan være en viktig ramme for prioriteringsdiskusjoner lokalt og nasjonalt. Det kan samtidig gi legitimitet til og understøtte folkehelsearbeidets betydning knyttet til synergier mellom en bærekraftig samfunnsutvikling og folkehelsepolitikk.

Med dette som bakteppe har vi valgt å korte ned på beskrivelsen av status og i stedet beskrevet utfordringsbildet mer grundig. Utgangspunktet er noen av de større utfordringene vi ser i Norge når det gjelder økonomiske utfordringer for en bærekraftig velferdsstat. Vi mener at folkehelsearbeidet kan bidra til å møte disse utfordringene.

Et annet viktig perspektiv har vært FNs 17 bærekraftsmål, som Norge har sluttet seg til. Noen av bærekraftsmålene peker seg ut som særlig relevante i denne sammenheng, for eksempel #3 *God helse*, #10 *Mindre ulikhet* og #11 *Bærekraftige byer og samfunn*. Fordi folkehelsearbeid handler om hva som påvirker og har betydning for befolkningens helse og livskvalitet, og har en tverrsektoriell tilnærming, er imidlertid stort sett alle de 17 bærekraftsmålene relevante.

1.2 Folkehelsebegrepet og politikkutvikling

Som vi beskriver i rapporten består bærekraftsbegrepet av en sosial, en økonomisk og en miljømessig komponent. Folkehelse har mye til felles med sosial bærekraft, og kanskje særlig i et lokalsamfunnsperspektiv kan disse områdene dra nytte av hverandre og spille på lag. Dette kan bidra til å forsterke folkehelsearbeidet og forståelsen av dets betydning. I Sverige benyttes "social hållbarhet" i stor utstrekning og til dels overlappende med det vi i Norge gjerne omtaler som "helsevennlig samfunnsutvikling". Et viktig argument i Sverige er

at "social hållbarhet" kommuniserer bedre inn mot andre sektorer. NIBR/OsloMet konkluderer i en studie med at det i Norge ikke nødvendigvis er hensiktsmessig å bytte ut folkehelsebegrepet med sosial bærekraftbegrepet. Potensialet ligger snarere i å la seg inspirere og lære av begreps- og policyutvikling på feltet sosial bærekraft (Hofstad og Bergsli 2017).

Folkehelse og folkehelsearbeid forklares og brukes på svært mange måter. I folkehelseloven er folkehelse definert som "befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning". Folkehelsearbeid er definert som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygge sykdom skade eller lidelse, beskytte mot helsetrusler og arbeid for en jevnere fordeling av påvirkningsfaktorer. Folkehelsearbeid orienterer seg mot samfunnet, befolkningen og grupper, snarere enn enkeltindividet. Noen av kjernetrekkene ved folkehelsearbeidet er at det er en samfunnsoppgave, at det er befolkningsrettet, og at det utøves gjennom å påvirke faktorer som har positive eller negative effekter på helsen og fordelingen av denne.

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer kommunenes ansvar når det gjelder helsefremmende og forebyggende tjenester, som for eksempel helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjenester. Helse- og omsorgstjenestene skal i henhold til loven også bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

En av folkehelsemyndighetenes viktigste funksjoner er å drive politikktvikling som rammer inn og støtter opp om folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Folkehelseloven er den viktigste ressursen i så måte. Den gir legitimitet og prioritet til arbeidet slik at lokale og regionale aktører kan kreve sin plass i den lokale politikktviklingen. Det siste tiåret har forståelsen for folkehelseoppdraget med påvirkningsperspektivet som grunnmur blitt kommunisert av folkehelsemyndighetene. Og gradvis har dette vunnet fotfeste i kommuner og fylker. Parallelt har også kapasiteten og kompetansen hos kommuner og fylkeskommuner blitt bygget opp. Det er viktig at folkehelsemyndighetene fortsetter å støtte opp om dette brede folkehelsebegrepet samtidig som folkehelsepolitikken videreutvikles (Hofstad 2018).

1.3 Valg av innsatsområder

I valg av innsatsområder og temaer som beskrives i denne rapporten har det vært gjort mange vurderinger. Vi har ønsket å prioritere områder der vi har sett et potensiale eller behov for videreutvikling, basert på Helsedirektoratets følge med-rolle og tilfang av ny kunnskap. Videre har vi forsøkt å legge vekt på nye forslag til innsatser som ikke er omtalt eller spilt inn i andre prosesser. Mye har skjedd siden vi laget en tilsvarende rapport for fire år siden. Mange områder som da ble prioritert, har ikke hatt behov for like stort fokus denne gangen.

Vi oppfatter at den sosiale dimensjonen ved bærekraftsbegrepet – som vi skal beskrive senere – har hatt mindre oppmerksomhet og vi har forsøkt å omtale forhold vi her mener er relevante for utviklingen av folkehelsepolitikken. Vi har videre ønsket å se på hvordan det forebyggende og helsefremmende arbeidet i helsetjenesten i større grad kan bidra, for å redusere noe av den økonomiske belastningen vi vet kommer i helsetjenesten blant annet som følge av at flere lever lenger.

I tillegg har vi tatt utgangspunkt i hva de to nevnte grunnlagsdokumentene viser er status på ulike områder, og om det er områder der som peker seg ut med særlige utfordringer og behov for videreutvikling. Samtidig er det også andre rapporter eller kunnskapsgjennomganger som viser status på noen områder som gjør det nødvendig å omtale inn mot en ny folkehelsemelding.

Innholdet i rapporten beskriver ikke alt av hva Helsedirektoratet gjør på folkehelseområdet og dekker heller ikke alt folkehelse- og forebyggende arbeid.

1.4 Bærekraftig utvikling og folkehelse

Bærekraftig utvikling er et overordnet mål for samfunnsutviklingen i Norge og internasjonalt. Det betegner en samfunnsutvikling som kan vedvare over tid uten å forringe nåværende eller kommende generasjoners muligheter (Brundtland (red.) 1987).

Bærekraftig utvikling beskrives ofte ut fra tre dimensjoner som er gjensidig avhengig hverandre; økonomisk bærekraft, miljømessig bærekraft og sosiale forhold (samfunn).

Den økonomiske bærekraften er vesentlig for velferdsstatens bærekraft. Desto mer utgifter velferdsstaten har i form av goder og tjenester for borgerne, desto mer inntekter er den avhengig av å få inn. Økende helseutgifter og sykdomsbyrden representerer store utfordringer for Norges økonomiske bærekraft. I denne rapporten foreslås det blant annet en rekke tiltak knyttet til folkehelsearbeid og forebygging som vil kunne være kostnadseffektive måter å bedre den økonomiske bærekraften på (WHO Europe 2014).

Tradisjonelt har bærekraftig utvikling særlig blitt koblet til miljøspørsmål, da forstått som et krav om å ta vare på naturen og klimaet som en fornybar ressurs for mennesker. Måten vi bruker naturen i dag, har store konsekvenser for både natur og mennesker. Reduksjon av klimagassutslipp og et trygt, rent og giftfritt miljø er viktig for befolkningens helse, og innsats på disse områdene er viktig i et folkehelseperspektiv.

Den sosiale delen av bærekraftig utvikling har fått minst oppmerksomhet. Sosial bærekraft handler om å sikre at alle mennesker får et godt og rettferdig grunnlag for et anstendig liv. Menneskerettighetene er det viktigste utgangspunktet for dette. Utdanning, anstendig arbeid, likestilling, kulturelt mangfold og et godt helsetilbud er bare noen av områdene som er sentrale.

Hofstad og Bergsli (2017) har sett på sammenhengen mellom sosial bærekraft og folkehelse/helsefremming. De finner at disse begrepene springer ut av et felles tankegods som har blitt videreutviklet og integrert i ulike internasjonale mål og visjoner, og som har blitt forpliktende for nasjonale forhold. De hevder derfor at det er et slektskap mellom folkehelse og sosial bærekraft. Dette begrunnes blant annet med at menneskelige behov står i sentrum, sosial rettferdighet er en hovedmålsetting, og at menneskelig utvikling og helse må fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer og nivåer, gjennom myndiggjøring av lokalsamfunn og gjennom medvirkning fra befolkningen (ibid. side 33). I rapporten beskriver de også hvordan dette knyttes til (sosial) ulikhet:

"(...) den økonomiske og sosiale politikken som styrer den globale utviklingen har negative konsekvenser for mennesker og miljø. Dagens politikk har ulikhetsskapende konsekvenser som medfører en ujevn fordeling av makt og ressurser hvor enkelte grupper og land taper systematisk. Gjennom målene om helsefremming og sosial bærekraft ønsker en å rette opp disse skjevhetene og skape like muligheter for menneskelig vekst og utvikling." (Hofstad og Bergsli 2017, side 33)

Rettfærdighet er en sentral grunnpilar i sosial bærekraftsbegrepet (Hofstad og Bergsli 2017), men også i politikken for å redusere sosial ulikhet i helse. Rettfærdig fordeling handler ikke kun om like muligheter eller lik tilgang til samfunnsgoder, men man ser at dette også har nytte for samfunnet som helhet; stater som har den jevneste fordelingen av ressurser i sin befolkning scorer høyest på internasjonale rangeringer av livskvalitet og lykke (Hofstad og Bergsli 2017). Det er også argumentert for at store inntektsulikheter har negativ effekt på helse og sosiale relasjoner (Wilkinson og Pickett 2016 i Hofstad og Bergsli 2017), og Piketty (2014) argumenterer for at økende ulikhet over tid vil true den økonomiske stabiliteten og demokratiet. Vurdert i et bærekraftsperspektiv betyr dette at dersom den økonomiske og/eller den økologiske dimensjonen prioriteres for mye over den sosiale dimensjonen så kan dette "(...) gi en feedback effekt som vil skade den økonomiske og/eller økologiske bærekraften som følge av blant annet sosial uro, manglende tillit mellom de styrende og de styrte og utrygghet" (Hofstad og Bergsli 2017, side 44).

Helsens egenverdi

  arbeide for at alle kan ha god helse og livskvalitet er en menneskerettslig forpliktelse, og denne plikten er nedfelt i Grunnloven. God helse og livskvalitet har samtidig en egenverdi, og danner et selvstendig grunnlag for at folkehelsearbeid er viktig. I tillegg hviler det et etisk ansvar for å fremme alle menneskers muligheter til å oppnå best mulig helse og livskvalitet, og til å forebygge skader, ulemper og plager.   fremme gode, og like vilkår for en god helseutvikling, kommer i tillegg til ansvaret for å tilby beste tilgjengelige helsehjelp. Norge har forpliktet seg internasjonalt for å fremme god helse, og er et foregangsland på folkehelseområdet. Imidlertid er god helse og livskvalitet i befolkningen også avgjørende

for å oppnå andre samfunns mål, for eksempel som "innsatsfaktor" for å opprettholde høy sysselsetting og et bærekraftig velferdssamfunn.

1.5 FNs bærekraftsmål

Norge har sluttet seg til FNs bærekraftsmål. Dette er 17 globale felles mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Hovedmål #3 *God helse* innebærer å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. De fleste av hovedmålene har imidlertid konsekvenser for helse; fattigdom, sult, utdanning, rent vann og gode sanitærforhold, arbeidsforhold, boforhold og nærmiljø, klimaendringer, forurensning og sosiale forskjeller. Samarbeid er helt nødvendig for å nå målene.



Bærekraftmålene gjelder for alle land, og oppfølgingen av dem i en global kontekst vil få konsekvenser for Norge. Samtidig vil Norges forpliktelser og oppfølging ha konsekvenser for folkehelsearbeidet både lokalt, regionalt og nasjonalt. Norges tverrsektorielle innretning på folkehelsepolitikken, medfører at de fleste av målene er relevante for befolkningens helse og livskvalitet, ikke bare målet om god helse. Den siste internasjonale folkehelseerklæringen fra 2016, Shanghai-erklæringen (WHO 2016b), har fremme av helse gjennom FNs bærekraftsagenda som hovedmål.

Med utgangspunkt i de 17 hovedmålene, er det i alt 169 underliggende enkeltmål for innsats. Det er utviklet 232 indikatorer for å måle fremdrift og utvikling frem mot 2030. FNs bærekraftsmål erstatter tusenårsmålene som ble vedtatt i 2000, og hovedmålene var å utrydde ekstrem fattigdom og sult innen 2015. Tusenårsmålene ble utviklet av FN og medlemslandene, og tre av åtte mål var om helse.

Bærekraftsmålene er rammeverket for utvikling og samarbeid om verdens hovedutfordringer. Ekstrem fattigdom skal utryddes. Sosiale ulikheter skal utjevnes. Klimaendringene skal bremses. Bærekraftsmålene ble utviklet gjennom en åpen prosess hvor stater, organisasjoner og FNs medlemslands innbyggere har hatt mulighet til å foreslå bærekraftsmål og gi innspill til enkeltmål som innsatsområder for verden frem mot 2030.

Verden har gjennom bærekraftsmålene vedtatt et nytt rammeverk for utvikling, og hvor innsats for helse og livskvalitet har en sentral rolle. Samtidig gjenstår det et arbeid med helseutfordringene som ble prioritert i tusenårsmålene.

Alle land har et ansvar for å sikre god helse for sine innbyggere og møte nye helseutfordringer. Innsatsen frem mot 2030 skal gjøres i samarbeid på tvers av sektorer og med involvering av hele samfunnet, for å skape bærekraftige løsninger som sikrer god helse for alle, uansett alder.

I nasjonal sammenheng har regjeringen besluttet at det er fire delmål under hovedmålet om god helse som er spesielt prioritert:

- 3.3: Innen 2030 stanse epidemiene av aids, tuberkulose, malaria og neglisjerte tropiske sykdommer samt bekjempe hepatitt, vannbårne og andre smittsomme sykdommer
- 3.4: Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme psykisk helse og livskvalitet
- 3.5: Styrke forebygging og behandling av misbruk, blant annet av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol
- 3.9: Innen 2030 betydelig redusere antall dødsfall og sykdomstilfeller forårsaket av farlige kjemikalier og forurenset luft, vann og jord

Helsedirektoratet overleverte en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet våren 2017 med forslag til oppfølgingen av bærekraftsmål #3 *God helse*. I rapporten ble det pekt på følgende områder og forutsetninger for måloppnåelse knyttet til de fire enkeltmålene i nasjonal sammenheng: sosial ulikhet og psykisk helse, antimikrobiell resistens, og samarbeid for å nå målene. Dette er områder hvor det foreligger bred faglig enighet og hvor tiltak vil være en forutsetning for å nå de prioriterte enkeltmålene, samtidig som de vil være relevante i en global sammenheng.

Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere den nasjonale oppfølgingen og arbeidet rundt hovedmålet om god helse. Arbeidet handler blant annet om utvikling av

helseberedskapssystemer som sørger for at vi er bedre forberedt for å yte bistand ved helsekriser. Her lærer vi og samarbeider med andre land og får sertifisert systemer som bidrar til god nasjonal og internasjonal helsekriseberedskap. Et annet eksempel er direktoratets samarbeid med nasjonale og internasjonale aktører i det globale arbeidet mot antimikrobiell resistens.

Arbeidet med folkehelse er som nevnt bredt og nært knyttet opp til mange av målsettingene under bærekraftsmålene, og er viktig både for nasjonal og global måloppnåelse. I denne rapporten gis det forslag til innsatser på temaer og områder som vil være aktuelle for oppnåelsen av flere av bærekraftsmålene, og ikke bare målet som gjelder god helse.

Del I Status og utfordringsbilde

2 Status og utfordringsbilde – økonomisk og sosial bærekraft i et folkehelseperspektiv

2.1 Økende offentlige utgifter

Hvert fjerde år legger Finansdepartementet fram "Perspektivmeldingen", og siste gang var våren 2017 (Finansdepartementet 2017). Hovedfokus i meldingen er utfordringer og muligheter for norsk økonomi. Overordnet hadde meldingen fra 2017 omtrent det samme budskapet som i forrige perspektivmelding: Norges velstandsperiode er snart over. De økonomiske framskrivningene sannsynliggjør at offentlige utgifter vil øke raskere enn offentlige inntekter fra slutten av 2020-tallet. Med dagens nivå på BNP for fastlands-Norge vil inndekningsbehovet svare til nær 50 milliarder kroner per tiår, eller 5 milliarder kroner per år.

I 2015 utgjorde pleie og omsorg 28,5 prosent av kommunenes samlede utgifter og 16 prosent av statens utgifter gikk til helsesektoren (Finansdepartementet 2017). SSB gjorde i 2014 en framskrivning av etterspørselen på arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren frem til 2060 (Holmøy m.fl. 2014). Hvis det unnlates å kalkulere inn en forbedring av dagens tjenestestandard, og man forutsetter at familieomsorgen vil øke i samme takt som offentlig omsorg, vil bemanningsbehovet i helse- og omsorgssektoren i 2060 være det dobbelte av 2014-nivået. Gitt at det, mer realistisk, ikke blir noen sterk vekst i familieomsorgen, og det fortsatt skjer standardforbedringer i tjenestene i takt med realinntektsveksten, vil mer enn hvert tredje årsverk produsere helse- og omsorgstjenester i 2060. En slik utvikling er ikke bærekraftig.

Det er nær sammenheng mellom økonomisk og sosial utvikling og helse. I forarbeidene til folkehelseloven beskrives dette slik: «Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse, slik at ikke kostnader knyttet til sykdom binder opp stadig større deler av økonomien og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen» (Prop. 90 L 2011). Høy sysselsettingsrate, som blant annet forutsetter god helse i befolkningen, er sentralt i den norske velferdsmodellen. Økning i sykefravær og andelen på uføretrygd eller tidlig pensjonering grunnet dårlig helse, er alle eksempler på utviklingstrekk som svekker sysselsettingsandelen. I 2014 kom WHO med en rapport som fastslo at trenden i økningen i samfunnskostnadene i Europa ikke er bærekraftig, med mindre mer kostnadseffektiv policyutvikling kommer på plass (WHO Europe 2014b). I Norge er samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker beregnet til å utgjøre rundt 1.860 milliarder kroner i 2013 (Helsedirektoratet 2016a). Samfunnskostnadene fordeles på helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap.

I Perspektivmeldingen fra 2017, ble det anslått at den norske humankapitalen (framtidig arbeidsinnsats) utgjør 75 prosent, og klart mest, av Norges nasjonalformue. En svekkelse av sysselsettingsraten ved redusert helse i befolkningen, kan derfor få store konsekvenser for velferdsstatens bærekraft. Meldingen peker på at bærekraften best kan sikres ved å snu den nedadgående trenden i sysselsettingen blant menn, bedre integreringen blant enkelte innvandrergupper, og ved å inkludere flere av de som står utenfor arbeidslivet som følge av nedsatt arbeidsevne. I tillegg er det viktig at de langsiktige virkningene av

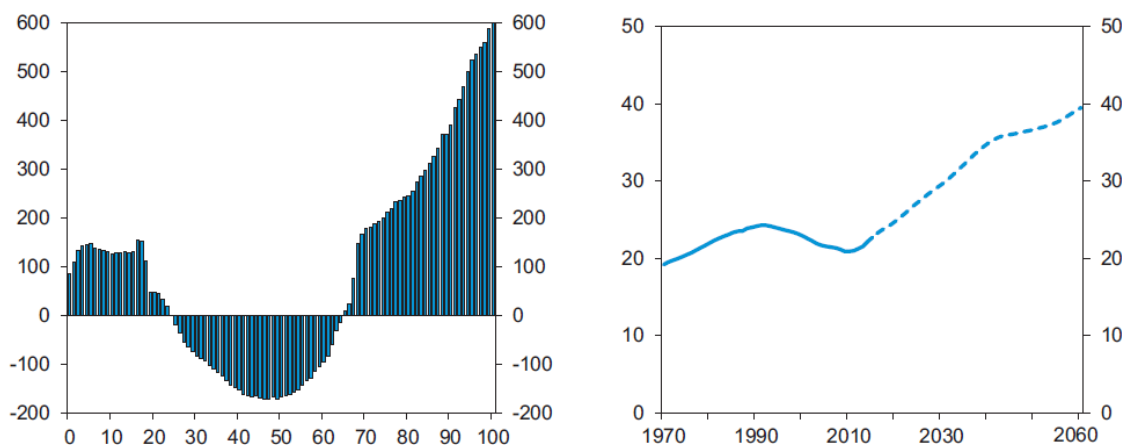
pensjonsreformen materialiserer seg, og at utsatt ungdom fullfører skolegang og får godt fotfeste i arbeidslivet.

2.2 Demografiske endringer

Hovedalternativet til SSBs befolkningsframskrivninger fra 2016 forutsetter at den gjennomsnittlige levealderen fortsetter å øke framover: fra dagens 80 år til rundt 87 år i 2060 for menn, og for kvinner fra 84 til 89 år (Syse, Pham og Keilman 2016). Sett i sammenheng med folkeveksttallene betyr det at vi vil bli flere eldre, og de eldre vil utgjøre en større andel av totalbefolkningen: i 2016 var 11 prosent over 70 år, i 2060 kan 19 prosent være over 70 år. Andre viktige forhold framover er at det blir flere innbyggere i Norge, flere innvandrere, og flere i sentrale strøk der spesielt storbyene vil vokse mye (Tønnessen, Leknes og Syse, 2016).

At vi blir flere eldre er i utgangspunktet svært bra, og et resultat av at de som blir gamle i dag har levd i et samfunn som har evnet å ivareta befolkningens helse og levekår på en god måte. Aldringen antas å bli sterkere i distriktene enn i byene.

Aldringen av befolkningen er et viktig premiss for forventningen om økte utgifter i helse- og omsorgssektoren. Ved økt levealder øker også sannsynligheten for helseutfordringer som inntreffer ved høy alder. I tillegg bidrar høy levealder til å øke statens pensjonsutgifter. I de to siste perspektivmeldingene har man derfor argumentert for at eldre bør stå lenger i jobb og at samfunnet bør legge til rette for at eldre er friske så lenge som mulig. God helse er en forutsetning for et langt arbeidsliv.



Figur 1 Aldersutfordringen: Til venstre: Netto overføringer per person etter alder i 2010 (1000 kr). Til høyre: Antall eldre (67 år og over) i forhold til antall personer i yrkesaktiv alder (20-66 år) (prosent). Netto overføringer omfatter offentlige utgifter til utdanning, helse, omsorg og overføringer til privatpersoner (herunder alderspensjon, sykepenger og uføretrygd), fratrukket personskatter, merverdiavgift og størsteparten av øvrige avgifter. Kilde: Perspektivmeldingen/Statistisk sentralbyrå

Høy alder kan preges av eksempelvis dårligere fysisk form, dårligere livskvalitet på grunn av ensomhet, nedsatt syns- eller hørselsevne, risiko for fall og infeksjoner, type 2-diabetes, hjertesykdommer og kreft. I tillegg er det risiko for demens ved høy alder. Disse helseutfordringene kommer delvis av arv, men kan også påvirkes av miljøfaktorer. Forskningen spriker i spørsmålet om eldre i dag er friskere enn før, men data fra norske helse- og levekårsundersøkelser blant hjemmeboende eldre personer viser at andelen som vurderer helsen som god eller meget god økte noe i perioden 1998-2008 (Otnes 2011).

Kognitiv helse i eldre år er påvirket av ytre faktorer gjennom hele livsløpet, slik som deltakelse og opplevelse av tilhørighet, fysisk aktivitet, røyking, intellektuelt stimulerende aktiviteter, kosthold og alkoholbruk. Et aktivt og sosialt liv ser også ut til å forebygge demens (Folkehelseinstituttet 2018a). Mange av de samme livsstilsfaktorene som gir økt risiko for hjerte- og karsykdom, gir også økt risiko for redusert kognitiv funksjon og demenssykdom. Dette er også funnet i nyere norske studier (Folkehelseinstituttet 2015). Fire nøkkelfaktorer er løftet fram som spesielt viktige med tanke på god aldring: Høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold.

Hvordan vi styrer samfunnsutviklingen, kan påvirke utviklingen i forventet friske leveår. Forskning viser eksempelvis en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og overlevelse som ikke avtar med alder, og en fysisk inaktiv person på 70 år kan vinne tre kvalitetsjusterte leveår ved å bli fysisk aktiv (Folkehelseinstituttet 2015). Gjennom for eksempel areal- og samfunnsplanlegging kan man styre utvikling av og tilgang til gang- og sykkelveier og tilrettelegge for lek og mosjon.

Framskrivningene i perspektivmeldingen viser at en aldrende befolkning vil kunne bli en stor framtidig utgiftspost for velferdsstaten (jf. figuren over). Imidlertid er det også mye å hente i en friskere alderdom og muligheten til å stå lengre i jobb. I regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, "Flere år – flere muligheter", vektlegges Eldres deltakelse i arbeids- og samfunnsliv. Det at eldre beholder helsen slik at de kan delta lenger i arbeidslivet og bidra på andre måter i samfunnslivet er et sentralt virkemiddel for en bærekraftig samfunnsutvikling. En rapport for Statens seniorråd viste for eksempel at det samlede verdibidraget til samfunnet fra pensjonister gjennom formelt og uformelt frivillig arbeid kunne anslås til litt over 25 milliarder kroner for 2016 (NyAnalyse 2017). Regjeringens kvalitetsreform "Leve hele livet" vektlegger også Eldres aktivitet og deltakelse bl.a. gjennom Programmet for et aldersvennlig Norge.

2.3 Sykdomsbyrden, levekår og levevaner

Sykdomsbyrden

De sykdommene som koster samfunnet mest i form av blant annet belastning på helse- og omsorgssektoren, sykefravær og redusert deltakelse i arbeidslivet, tapte liv og ikke-dødelig

helsetap er de såkalte ikke-smittsomme sykdommene. Samtidig er dette sykdommer som i stor grad kan forebygges. Dette krever at vi kjenner hvilke forhold som påvirker disse sykdommene. Det er også godt dokumentert at det er en sosial ulikhet i alle disse sykdommene, også når det gjelder påvirkningsfaktorene for disse sykdommene. Dette beskrives senere.

Folkehelseinstituttet følger med på status og utviklingstrekk for de største sykdomsgruppene; det vil si det som bidrar mest til sykdomsbyrde gjennom både dødelighet (i form av tapte leveår) og ikke-dødelig helsetap. I Folkehelseinstituttets nylig utgitte oversikt over helsetilstanden i Norge 2018 er hovedtrekkene følgende:

- Muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd samlet sett. Smertetilstander i rygg og nakke er også den ledende årsaken til ikke-dødelig helsetap og samlet sykdomsbyrde i Norge. Vi er på verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd hos kvinner.
- Psykiske lidelser og skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler er den viktigste årsaken til tap av helse blant barn, unge og voksne i arbeidsfør alder. I løpet av et år vil rundt en av fem voksne ha en psykisk lidelse, og vanligst er angst, depresjon og avhengighet av rusmidler. Psykisk lidelse er hoveddiagnose for en av tre som uføretrygdes, og de er i gjennomsnitt yngre enn andre som uføretrygdes.
- Skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er den vanligste rusmiddeldiagnosen i Norge, og det er grunn til å tro at forekomsten har økt ettersom befolkningens alkoholbruk har økt. Personer med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler har ofte andre psykiske lidelser og somatiske sykdommer i tillegg.
- Hjerter- og karsykdommer, kreft, kols og diabetes står for to av tre dødsfall i Norge, og utgjør en stor andel av konsultasjonene i helsetjenesten. Generelt kan man si at det har vært en økning i forekomst i disse sykdommene, men at dødeligheten har gått ned og folk lever lenger med disse sykdommene.

Samlet medfører disse folkesykdommene mye lidelse for mange, betydelige helse- og omsorgsutgifter for samfunnet og produksjonstap (se Helsedirektoratet 2016a). En vesentlig del av dagens helsebudsjett brukes på disse ikke-smittsomme sykdommer. Byrden av lidelse og helseutgifter forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer er langt større enn hva dødeligheten kan gi inntrykk av, både for samfunnet som helhet, for dem som rammes og deres familier. Sykdomsbyrden er størst i sykdomsgruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel- og skjelettsykdommer. Mens sykdomsbyrden når det gjelder kreft knytter seg til tapte leveår, er sykdomsbyrden for muskel- og skjelettsykdommer knyttet til helsetap (Helsedirektoratet 2016a).

De ikke-smittsomme sykdommene kan i stor grad forebygges på befolkningsnivå gjennom levevaneendringer, men det kreves også strukturendringer og systemtiltak og ikke bare atferdsendringer hos enkeltindivider. Forebygging av disse sykdommene skjer i stor grad i andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren, så som utdanning, arbeidsliv, samferdsel

og miljø. Imidlertid er det i stor grad helsesektoren som merker resultatet av manglende folkehelsearbeid og forebygging.

Levekår

De klassiske levevane- og levekårsutfordringene påvirker disse store folkesykdommene, og de har også betydning for befolkningens livskvalitet og hvordan dette fordeler seg i befolkningen. Av de bakenforliggende årsakene er det godt kjent at inntekt og økonomiske levekår har betydning for helsen, og de med best økonomi har også best helse.

Folkehelsepolitisk rapport 2017 viser imidlertid at inntektsforskjellene er økende, at den største gruppen med lavinntekt er unge mellom 18-34 år og at dette er en økende gruppe, at halvparten av barn i lavinntektsgruppen har innvandrerbakgrunn, og ikke minst at husholdningene har stadig høyere gjeld (Helsedirektoratet 2018a).

Når det gjelder arbeid og utdanning vet vi at det er helsefremmende å ha arbeid, og å fullføre skolegang og ta høyere utdanning. I Folkehelsepolitisk rapport 2017 går det fram at sysselsettingsgraden i Norge er høy, men i 2015 og i 2016 økte imidlertid arbeidsledigheten på grunn av nedgangskonjunktoren og det ble flere langtidsledige. Tall fra NAV viser nå en nedgang i arbeidsledigheten. Det er enkelte forhold ved arbeidsmiljøet som kan påvirke helsen i negativ retning, og de med kort utdanning er mer utsatt for dette enn de med lang utdanning. Helsetjenestenes innsats i samarbeid med NAV er essensielt for å sikre at syke kommer raskt tilbake i arbeid og ikke blir værende utenfor arbeidslivet. I oppvekst- og utdanningssektoren er arbeidet for å fremme barnehage, arbeidet mot frafall og det å skape gode og inkluderende læringsmiljø særlig viktig.

Ikke minst er også det fysiske miljøet som omgir oss grunnleggende for helse og livskvalitet, og tilgang til helsefremmende nærmiljø og inkluderende lokalsamfunn har betydning for de store folkesykdommene. Det er imidlertid en utfordring med levekårsutsatte områder i byene, der vi ser en opphopning av forhold som påvirker helse og livskvalitet negativt med blant annet dårligere bo- og nærmiljø.

De siste årene har vi fått mer kunnskap om de psykososiale påvirkningsfaktorene og deres betydning for helse og livskvalitet. Dette gjelder for eksempel sosial støtte og i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, og mangel på dette øker faren for fysiske og psykiske lidelser. Sosial støtte virker også beskyttende på helsen når mennesker er utsatt for stressende livshendelser.

Levevaner

De proksimale risikofaktorene for de store sykdomsgruppene er godt kjent; røyking, dårlig kosthold, fysisk inaktivitet og alkohol og andre rusmidler, i tillegg til søvnvansker eller insomni. I tillegg påvirker disse risikofaktorene forekomst av overvekt, høyt blodtrykk, blodsukker og blodkolesterol.

Arbeidet for å begrense skadelig helseatferd står sentralt i WHO's strategi for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. WHO ser at helseatferd ikke bare er et resultat av

individuelle valg, men at det også henger sammen med sosiale forhold og strukturelle faktorer, som vi omtalte ovenfor. I strategien fra WHO understrekes derfor nødvendigheten av å styrke menneskers rammebetingelser for sunn helseatferd. For å følge opp WHO-strategien har Norge en egen strategi for ikke-smittsomme sykdommer, og ambisjonen er at Norge skal nå målet om 25 prosents reduksjon i for tidlig død av disse folkesykdommene før 2025. I følge Folkehelseinstituttet ser det ut til å gå rett vei på de fleste områdene, men når det gjelder å stoppe økningen i fedme og diabetes går det i feil retning.

Som et ledd arbeidet for å redusere de ikke-smittsomme sykdommene har Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å anbefale de ti mest effektive tiltakene som kan imøtekomme de ti største folkehelseutfordringene (sykdommene) som Folkehelseinstituttet har pekt på. Dette arbeidet skal leveres i september 2018.

2.4 Sosial ulikhet i helse og utenforskap

Når man sammenlikner ulike grupper i samfunnet, finner man systematiske forskjeller i helse; jo lengre utdanning og høyere inntekt en gruppe har, jo høyere andel i den gruppen har god helse. Dette kalles sosiale helseforskjeller, eller sosial ulikhet i helse. Det er også slik at helsen blir gradvis bedre for hvert trinn på den sosioøkonomiske stigen. Hvorfor det er slik forklares nærmere i kapittel 2, men her skal vi se på hva som er status, hovedsakelig med utgangspunkt i grunnlagsdokumentene fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

I Folkehelseinstituttets statusrapport om helsetilstanden i Norge for 2018 fremgår det at de sosiale forskjellene i levealder har økt. Forventet levealder et 5-6 år høyere blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning enn de med grunnskoleutdanning. Dersom man i tillegg er gift og begge har høy utdanning, er levealderen 8-9 år lengre enn for ugifte med kort utdanning. Denne levealdersforskjellen fortsetter gjennom hele livet, også for 95-åringer.

De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager (Dahl m.fl. 2014). Generelt kan man si at personer med kort utdanning har høyere forekomst av og risiko for nevnte sykdommer og plager enn de med lang utdanning. Når det gjelder kreft er det vist at kreftdødeligheten er større hos personer med kort utdanning, og pasienter med kort utdanning har også høyere risiko for å dø etter hjerteinfarkt. Personer med lav sosioøkonomisk status har også høyere risiko for psykiske lidelser. Ungdommer som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status rapporterer om høyere livskvalitet, bedre helse og mindre psykiske plager. Forekomst av skader og ulykker er også høyere i grupper med kort utdanning enn i grupper med lang utdanning.

Når det gjelder levevaner (eller risikofaktorer) ser vi også sosiale forskjeller med samme mønster som nevnt over; de med lang utdanning røyker mindre, er mer fysisk aktive, har lavere blodtrykk og har sjeldnere fedme sammenliknet med de med kort utdanning. Alkoholforbruket er høyest i høyere sosioøkonomiske grupper, men risikofylt alkoholbruk synes å være noe mer utbredt blant lavere sosioøkonomiske grupper. Det er også påvist sosiale forskjeller i psykisk helse hos barn og voksne, og levekårsdata tyder på tilsvarende forskjeller for muskel- og skjelettsykdommer. Utdanningsforskjeller i røykevaner er ansett som en av de viktigste årsakene til sosiale forskjeller i levealder.

Av de psykososiale faktorene ser vi at sosial deltakelse og sannsynligheten for å ha et større sosialt nettverk øker med økende inntekt og utdanning. Selv om de fleste oppgir at de har en fortløpig venn ser vi at lav eller ingen tilknytning til arbeidsmarkedet er en tydelig risiko for opplevelsen av ensomhet. Helseproblemer og nedsatt funksjonsevne utgjør barrierer for deltakelse i ulike aktiviteter. Innvandrere opplever også flere barrierer for deltakelse i noen aktiviteter.

Den økende sosiale ulikheten som Folkehelseinstituttet nylig har dokumentert kan man anta har sammenheng med en økende økonomisk ulikhet i Norge som Helsedirektoratet har dokumentert i Folkehelsepolitisk rapport (Helsedirektoratet 2018a). Det har også skjedd en aldersforskyvning i lavinntektsgruppen over tid, fra eldre til yngre, og vi ser også en økende andel barn som vokser opp i lavinntektsfamilier. En rapport gjort for Helsedirektoratet i 2015 viste at disse barna har økt risiko for psykiske helseplager (Bøe 2015).

Sosiale helseforskjeller som rammer barn og unge kan sies å være ekstra urettferdige. Barn og ungdom fra familier med lavere sosioøkonomisk status blir oftere skadet og oftere lagt inn på sykehus, også kroniske plager som astma, allergi og eksem er sosialt skjevfordelt (Dahl m. fl. 2014). På levevaneområdet er de mer utsatt for overvekt og rusavhengighet. I organisasjonslivet er barn fra familier med dårlig råd i mindre grad deltagende i ferdighetsintensive fritidsaktiviteter som idretts- og kulturaktiviteter. De har også oftere sosiale og psykiske problemer. Særlig er jenter fra lavere sosiale lag oftere enn andre plaget av angst og depressive symptomer. Andelen som ikke har det særlig godt på skolen, er omtrent dobbelt så stor i de laveste sosioøkonomiske sjiktene sammenliknet med i de høyeste (Bakken m. fl. 2016). I en norsk panelstudie om barns levekår hadde lavinntektsutvalget nesten dobbelt så stort skolefravær på grunn av sykdom som kontrollutvalget (Elstad 2010).

Det er en utfordring at disse barna har en økt risiko for psykisk uhelse og dårlige relasjoner til venner, familie og skole, også når man ser det i lys av et sosialt bærekraftperspektiv (Dæhlen og Andersen 2017). Psykiske plager og lidelser i barne- og ungdomsårene øker risikoen for frafall i skolen, løsere tilknytning til arbeidsmarkedet, økonomiske vansker og vansker i nære relasjoner (McCarthy m. fl. 2008; Odgers m. fl. 2008; Folkehelseinstituttet 2015). Det kan medføre en opphopning av negative faktorer eller prosesser som til sammen gjør barn og ungdom ekstra utsatt for å bli marginalisert eller havne utenfor

utdanning og arbeidsliv, og som igjen får en negativ betydning for deres helse og livskvalitet. For å møte disse utfordringene kreves det innsats fra flere sektorer, samt sektorenes forståelse for den betydningen de har når det gjelder konsekvenser for befolkningens helse og fordeling.

Denne "utenforskapsutfordringen" må møtes med strukturelle initiativer, som for eksempel sikre utdanning og/eller arbeid for særlig utsatte grupper slik at de kommer i posisjon til å bidra i samfunnsutviklingen, og at de integreres og inkluderes i aktiviteter og organisasjoner for å bygge sosiale relasjoner og nettverk. Ettersom det kan få negativt utfall på mange helse- og livskvalitetsindikatorer vil de som jobber med folkehelse og forebygging være særlig opptatt av dette, men det er også nødvendig at de sektorene som sitter på virkemidlene (f.eks. utdannings- og arbeidssektoren) også forstår og anerkjenner betydningen av dette.

2.5 Internasjonalt folkehelsearbeid

Norge er avhengig av internasjonalt samarbeid på folkehelseområdet. Det være seg bilateralt med våre nordiske naboland, eller multilateralt gjennom Verdens helseorganisasjon (WHO) og EU. Det er også en etterspørsel fra andre land om erfaringer og råd fra oss. På folkehelseområdet er Helsedirektoratet blant annet medlem i EuroHealthNet, og deltar i relevante Joint Actions i regi av EU. Helsedirektoratet er engasjert i samarbeid om en rekke helsefagsaker som er viktige for nasjonal helse, og deltar aktivt i relevante internasjonale fora (Helsedirektoratet 2017e). Dette arbeidet må videreføres.

Utviklingen i nasjonalt arbeid med ikke-smittsomme sykdommer (Noncommunicable Diseases = NCD) er et godt eksempel på hvordan en sammensatt folkehelseutfordring først ble identifisert av andre land og organisasjoner, og hvor Norge og Helsedirektoratet har utviklet sitt nasjonale arbeid i samsvar med utviklingen i en internasjonal agenda for helse.

Den internasjonale helseagendaen er omfattende og hva som prioriteres for innsats er i stadig utvikling. Nasjonale myndigheter, og sivilt samfunn, bidrar gjennom sine innspill og bidrag til utviklingen av agendaen i organisasjoner som WHO og regionale aktører som EU. I tillegg er FNs bærekraftsmål 3 *God helse* viktig siden alle land skal rapportere utvikling på de ulike delmålene frem mot 2030. Samtidig så vi at ebolautbruddet i Vest-Afrika eksempelvis bidro til internasjonal oppmerksomhet knyttet til de smittsomme sykdommene og verdens evne til å håndtere beredskap og helsekriser.

Tuberkulose og NCD skal være temaer på to separate høynivåmøter i FN i september 2018. Tidligere er det bare hiv/aids innen helse som har blitt diskutert på denne arenaen. NCD-arbeidet er en viktig sak for Norge og en sak som er viktig i det internasjonale arbeidet med

utvikling av universell helsedekning. Private aktører spiller en viktig rolle på NCD-området og de har synspunkter som har konsekvenser for internasjonalt folkehelsearbeid.

2.6 Mål for en framtidig folkehelsepolitikk

De langsiktige målene for folkehelsepolitikken må bidra til å sikre en bærekraftig samfunnsutvikling, som er både økonomisk og sosialt bærekraftig, i tillegg til å ikke skade miljøet. Forslagene til innsatser i Del 2 i rapporten vil alle kunne bidra til en slik utvikling.

Fra 2013 har vi hatt nasjonale mål for folkehelsearbeidet (jf. to siste folkehelsemeldingene):

1. Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder
2. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel
3. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse for hele befolkningen og reduserer sosiale helseforskjeller

Dette er gode målformuleringer som har stått seg over flere år. Målene er i stor grad overlappende og ses ofte i sammenheng med hverandre. De tre målene ivaretar også en bred forståelse av folkehelse, der det ikke bare rettes fokus på utsatte grupper, men mot hele befolkningen. Videre krever målene innsatser ikke bare fra helsesektoren, men fra alle samfunnets sektorer.

Forventet levealder er et viktig mål på helsen i en befolkning, og er et mål for hvor lenge en person kan forvente å leve under gjeldende dødelighetsforhold (Folkehelseinstituttet 2018a). Forventet levealder gir en pekepinn på hvordan forholdene som er av betydning for helse er i et samfunn. Sammenliknet med andre land når vi ikke ambisjonen om å være blant de tre landene med høyest levealder. Norge ligger nå på 11. plass i verden for kvinner og 10. plass for menn. Vi har altså en vei å gå, men samtidig er det liten avstand opp til landene som ligger på topp. Det er også viktig at det ikke ensidig fokuseres på dette målet, men at det ses i sammenheng med de to øvrige målene, om leveår med god helse og trivsel for alle, og at sosiale helseforskjeller skal reduseres. Det er altså ikke lengst mulig levealder for enhver pris som er målet. Samtidig er det slik at rangeringen mellom landene kan oppfattes som problematisk og lite solidarisk i et globalt folkehelseperspektiv.

Grunnen til at levealderen i Norge har økt betraktelig siden begynnelsen av 1900-tallet er blant annet reduksjonen i alvorlige infeksjonssykdommer på grunn av velstandsøkning og medisinske fremskritt. Det har vært en betydelig nedgang i dødelighet i alle aldersgrupper, og særlig har nedgangen i spedbarnsdødelighet hatt stor betydning. I tillegg har økt forventet levealder sterk sammenheng med redusert dødelighet av hjerte- og karsykdommer som igjen har sammenheng med nedgang i røyking og bedre og raskere behandling. En fortsatt reduksjon i røyking vil kunne bidra til en ytterligere positiv utvikling på befolkningens levealder. Redusert helserisiko i befolkningen som en følge av sunnere

levevaner og tryggere miljø, henger igjen sammen med levekårs- og livskvalitetsutviklingen mer generelt.

Som tidligere omtalt skal også Norge jobbe for å følge opp FNs 17 bærekraftsmål. Det er i økende grad en forståelse av at folkehelsearbeid og forebyggende innsatser er viktig i oppnåelsen av en bærekraftig samfunnsutvikling og i arbeidet for å oppnå bærekraftsmålene. Dette er til en viss grad reflektert inn i folkehelsemålet om å skape et samfunn som fremmer helse for hele befolkningen og reduserer sosiale helseforskjeller, men det er fullt mulig å reflektere bærekraftsperspektivet tydeligere i målene som gjelder folkehelse.

I arbeidet med en ny folkehelsemelding er det en anledning til å vurdere de eksisterende folkehelsemålene, og om det eventuelt bør gjøres noen justeringer.

Del II Folkehelsearbeid og forebygging styrker samfunnets bærekraft


3 Utjevning av sosiale helseforskjeller

I det forrige kapitlet ble det beskrevet en utvikling innen sosial ulikhet i helse som er bekymringsfull og som ikke går riktig vei. I dette kapitlet beskrives utfordringsbildet nærmere, og det gis forslag til innsatser for hvordan arbeidet mot sosial ulikhet i helse kan styrkes, som del av videreutviklingen av folkehelsearbeidet nasjonalt og lokalt.

Sosiale helseforskjeller – eller sosial ulikhet i helse – er et resultat av politiske valg og sosiale og økonomiske levekår i samfunnet. I Norge er det betydelige sosioøkonomiske forskjeller i forventet levealder; for de aller fleste sykdommer, skader og plager, og i levekår og levevaner. Som vist i kapittel 1 er de sosiale helseforskjellene økende, og det er fortsatt en utfordring når det gjelder å utjevne helsegapet mellom grupper med høy og lav sosioøkonomisk status. En utjevning av de sosiale helseforskjellene innebærer imidlertid et stort potensiale for bedring i folkehelsen, og er en viktig faktor i arbeidet for en bærekraftig samfunnsutvikling.

Vi ser også at dette er reflektert i FNs bærekraftsmål #10 *Mindre ulikhet* som omhandler nødvendigheten av å redusere ulikhet i og mellom land for å skape en bærekraftig utvikling. I tillegg er det også relevant å vise til mål #4 *God utdanning* som blant annet fremhever tilgang til kvalitativt god og gratis utdanning, og #8 *Anstendig arbeid og økonomisk vekst* som blant annet har delmål om full og produktiv sysselsetting og anstendig arbeid for alle kvinner og menn, og om å redusere andelen unge som verken er i arbeid eller under utdanning eller opplæring.

Levekårene og det fysiske og sosiale miljøet rundt den enkelte har stor betydning for vår fysiske og psykiske helse, og for hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. Mer konkret handler det om sosiale relasjoner, arbeid og arbeidsmiljø, deltakelse i utdanning, bolig og nærmiljø, trygghet, fritid og deltakelse på ulike samfunnsarenaer, miljømessige betingelser og økonomiske ressurser. Innsatser rettet mot disse forholdene er avgjørende for å skape utjevnete, helsefremmende og bærekraftige samfunn.



Flere av delmålene under mål #10 *Mindre ulikhet* setter konkrete mål som krever oppmerksomhet og oppfølging:

10.1: Innen 2030, og raskere enn for det nasjonale gjennomsnittet, oppnå en gradvis og varig inntektsøkning for de fattigste 40 prosent av befolkningen.

10.2: Innen 2030 sørge for å myndiggjøre alle og fremme deres sosiale, økonomiske og politiske inkludering, uten hensyn til alder, kjønn, funksjonsevne, rase, etnisitet, nasjonal opprinnelse, religion eller økonomisk eller annen status.

10.3: Sikre like muligheter og redusere forskjellsbehandling, blant annet ved å avskaffe diskriminerende lover, politikk og praksis og ved å fremme lovgivning, politikk og tiltak som er egnet til å nå dette målet.

10.4: Vedta politikk, særlig når det gjelder skatter og avgifter, lønn og sosialomsorg, med sikte på å oppnå en gradvis utjevning av forskjeller.

I Norge har vi hatt en tiårig strategi for å redusere sosiale helseforskjeller (St. meld. Nr. 20 (2006-2007)), og denne utløp i 2017. I løpet av disse ti årene har forskningen på og kunnskapen om sosiale ulikheter i helse økt betydelig, og i 2014 fikk vi også en norsk kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse (Dahl m.fl. 2014). Likevel er sosiale ulikheter i helse fortsatt blant en av våre største folkehelseutfordringer som krever oppmerksomhet og innsats fra de fleste samfunnssektorer og på nasjonalt og lokalt nivå. Den nåværende regjeringen har i sin politiske plattform pekt på at sosiale forskjeller i helse og levekår fortsatt er en utfordring, og understreker at folkehelsearbeidet må legge til rette for en bedre helse for alle. Utjevning av økonomiske og utdanningsmessige ulikheter som årsaker til helseforskjeller krever anerkjennelse av at dette er noe som berører hele samfunnet og dets institusjoner, nødvendige prioriteringer og samarbeid på tvers.

3.1 Hva er sosiale helseforskjeller?

Når vi snakker om sosiale helseforskjeller tenker vi her først og fremst på forskjeller i helsetilstand etter økonomi, utdanning og yrke. Dette omtales også som sosioøkonomiske ulikheter i helse.

Vi så tidligere i rapporten at kvinner og menn med kort utdanning er forventet å leve mellom 5 og 6 år kortere enn de med lang utdanning, og forskjellene gjelder for alle aldersgrupper. De sosiale helseforskjellene gjelder for stort sett alle sykdommer, skader og plager. Folkehelseinstituttet har dokumentert at det er sosial ulikhet i ikke-smittsomme sykdommer som kreft, kols, hjerte- og karlidelser, diabetes, muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser. For de viktigste risikofaktorene for disse sykdommene – alkohol, tobakk, fysisk inaktivitet og kosthold – ser vi også en klar gradient ved at de med lav sosioøkonomisk status er mest utsatt (Folkehelseinstituttet 2018a). Samlet innebærer dette mange tapte leveår med god helse og livskvalitet, og befolkningens totale helsepotensiale utnyttes ikke fullt ut.

Et annet forhold ved sosiale helseforskjeller er at de følger en gradient der helsen blir bedre for hvert trinn på den sosioøkonomiske stigen. Ikke bare er det store forskjeller mellom de fattige og de rike, men det er også forskjeller mellom de fattigste og de nest fattigste, og de rikeste har også litt bedre helse enn de nest rikeste. Dette medfører at innsatser eller tiltak må rettes mot hele befolkningen, men helst i kombinasjon med mer målrettede tiltak for noen usatte grupper (Dahl m.fl. 2014). For eksempel er barnehage en universell tjeneste, men det finnes også moderasjonsordninger for de med lav inntekt, samt særskilte rekrutteringstiltak i områder med høy innvandrerandel.

3.2 Hva skyldes helseforskjellene?

De sosiale helseforskjellene oppstår som et resultat av bakenforliggende årsaker. Helsen er ikke bare et resultat av individuelle forhold og levevaner, men er påvirket av levekår og strukturelle forhold i samfunnet som blant annet økonomi/inntekt, arbeid, oppvekst, utdanning, sosiale nettverk, bo- og nærmiljø og tilgang til helsetjenester. Slike bakenforliggende årsaker omtales ofte som sosiale helsedeterminanter. Sagt på en annen måte er det ikke bare de nære risikofaktorene (helsevanene) som er avgjørende, men også de fjernere strukturelle samfunnsforholdene som menneskene fødes inn i, vokser opp, jobber og eldes i (Dahl m.fl. 2014).

Ettersom sosiale og økonomiske ulikheter i samfunnet vårt forårsaker sosiale og økonomiske forskjeller i befolkningens helsestatus, er det grunn til å anta at de økende økonomiske ulikhetene som vi ser i dag vil medføre større sosioøkonomiske helseforskjeller, der de med best sosioøkonomisk status får ytterligere bedre helse enn de med lavere sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet 2018a).

Også psykososiale faktorerets betydning for helse og livskvalitet er viktig. Stress, ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker mulighetene for å mestre det som kreves, og medfører en risiko for dårligere helse. Opplevelsen av sosial støtte og det å ha et nettverk er helsefremmende i seg selv, og gjør det lettere å mestre hverdagslivets utfordringer og fungerer som en buffer mot stress (Helsedirektoratet 2014b). Betydningen disse faktorene har for sosial ulikhet i helse har vi fått mer kunnskap om de siste årene, og vi så foran at de med høy inntekt og/eller lang utdanning har større nettverk og deltar oftere i ulike organisasjoner (Barstad og Sandvik 2015).

Å vokse opp i en familie med lav sosioøkonomisk status kan ha en rekke negative følger for barn og unges psykologiske utvikling (Bøe 2015). Dette vises blant annet i skoleprestasjoner, i kognitiv utvikling og i språkutvikling, og det vises tydeligst hos barn som vokser opp i vedvarende fattigdom. Dårlige sosioøkonomiske forhold gir også økt risiko for problemer med atferd og sosioemosjonell utvikling. To av de dominerende perspektivene for å forstå hvorfor det er slik er familieprosessmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Den første forklaringen legger vekt på at en vanskelig økonomisk livssituasjon oppleves som stressende og belastende, og gjør at foreldrene selv utvikler atferdsproblemer som igjen påvirker deres oppdragerpraksis negativt. Den andre forklaringen tar utgangspunkt i at familier med lav inntekt har dårligere råd til å gjøre (materielle) investeringer i familien, og de har dermed mindre tilgang til ressurser som bidrar til en positiv utvikling. For å gjøre noe med dette argumenterer Bøe (2015) for at det trengs helhetlige tiltak som både omhandler økonomiske støtteordninger og intervensjoner som retter seg mot foreldrenes psykiske vansker og oppdragerstrategier, reduserer stress og gjør det enklere å balansere arbeids- og familielivet i en kontekst av økonomiske utfordringer.

Røyking har også blitt framhevet som en faktor som har særlig betydning for sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet 2018a). Dette fordi det er store sosiale forskjeller i røyking; andelen røykere i gruppen med grunnskoleutdanning er 24 prosent, men bare 5 prosent i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning.

3.3 Helsetjenestens betydning

I det foregående har vi vært opptatt av forhold utenfor helsesektoren som har betydning for sosiale helseforskjeller. I den offentlige helsetjeneste er man opptatt av likhet, og helsetjenesten styres etter prinsippet om en likeverdig helsetjeneste, uavhengig av bosted, kjønn, økonomi, sosioøkonomisk status osv. Et annet viktig prinsipp er at medisinske behov skal styre hvorvidt man blir tildelt en helsetjeneste. Alle med like behov skal altså motta samme omfang og kvalitet av helsetjenester. Disse likhetsprinsippene er viktige grunnlag for at helsetjenesten skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller.

Samtidig er det flere forhold ved helsetjenesten som utfordrer disse prinsippene og gjør at det er nødvendig å se nærmere på helsetjenestens betydning når det gjelder sosiale helseforskjeller.

Det er flere undersøkelser som har sett på sosioøkonomiske ulikheter i bruk av helsetjenester fra litt ulike vinkler, men det totale bildet for hvordan dette ser ut er vanskelig å få oversikt over, mye fordi det er utfordrende å vite hva som er behovet som utløser bruk av helsetjenester. Med utgangspunkt i Jon Ivar Elstads innlegg på en konferanse i Oslo om sosial ulikhet i helse (16. november 2017) kan man oppsummere forskningen slik: Undersøkelsene av bruksrater tyder på noenlunde likhet i behovsjustert bruk i allmennelegetjenesten, men sosial ulikhet for andre tjenester: Høystatus har mere bruk jo mer spesialiserte tjenestene er, jo mer leger forordner bruken og jo mer bruken koster (men sykehusinnleggelse følger ikke dette mønsteret). I en nylig publisert artikkel viser Elstad (2018) at selv når medisinske behov er like for alvorlig syke pasienter, så mottar de med lengre utdanning mer medisinsk behandling i somatiske sykehus enn pasienter med kortere utdanning. Elstad fremhever behovet for å se nærmere på hvorfor slike mønstre oppstår, og hvilken rolle legene og pasientene har i dette.

I tillegg har vi flere undersøkelser som viser sosiale forskjeller i behandling og behandlingsresultater; for eksempel når det gjelder kreft (Kravdal 2000, Nilssen et al. 2016), hjerteinfarkt (Sulo et.al 2016) og astma (Finnvold 2009). Hva som er årsakene til at det er slik vet vi imidlertid mindre om. Mulighetene som ligger i å kople Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og følge pasientenes behandlingsforløp vil forhåpentligvis gi oss bedre mulighet til å forstå dette.

Et annet aspekt ved helsetjenesten som har blitt belyst i media de senere årene er bekymringen for et todelt helsevesen der de med høy inntekt selv kan betale for dyre

medisiner eller komme raskere til behandling på grunn av en privat behandlingsforsikring som gir kortere ventetid. Helsedirektoratet fikk i 2017 gjennomført en kartlegging av status av private behandlingsforsikringer og mulige konsekvenser det kan ha for effektivitet i helsesektoren og fordeling (Sverre Grepperud 2018). En av hovedkonklusjonene i dette notatet er at fremveksten av et marked for private behandlingsforsikringer har bidratt til å forsterke ulikheter i fordeling av ventetider for spesialisthelsetjenester, noe som ikke er i samsvar med helsepolitiske målsettinger om utjevning.

En utvikling der vi ser økende økonomiske forskjeller i samfunnet kan også få konsekvenser for tillit og krav til helse- og velferdssystemet; de med god økonomi kan stille andre krav til helsevesenet som ikke kan imøtekommes innenfor det offentlige helsevesenet, og dette kan medføre en økende privatfinansiering av helsevesenet.

I folkehelsearbeidet peker vi ofte på betydningen og ansvaret andre sektorer har når det gjelder tiltak og strategier som ivaretar befolkningens helse og livskvalitet, også når det gjelder sosial ulikhet i helse. Samtidig er det ikke slik at helsesektoren kan frasi seg sitt ansvar – den har en viktig rolle både når det gjelder behandling og når det gjelder forebyggende arbeid. Vi mangler imidlertid løpende informasjon om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester fordi kopling mellom pasientdata (fra NPR og KPR) og sosiodemografiske data (i SSB) kun lar seg gjennomføre dersom formålet er forskning, men ikke dersom formålet er helseanalyse eller overvåking. Regelverket knyttet til tilgang til og bruk av helsedata og demografiske og sosioøkonomiske data oppleves som komplisert og lite tilgjengelig. Dette er til hinder for kunnskap om sosial ulikhet i helse. Samtidig åpner forskriften til KPR for muligheten til å innhente opplysninger om demografi og sosioøkonomi, men dette gjøres ikke per i dag.

Det er behov for mer kunnskap om helsetjenestens betydning for sosiale helseforskjeller. Mer spesifikt er det ønskelig å vite mer om hva som gjør at det er sosiale forskjeller i tilgang til og bruk av spesialisthelsetjenester, og sosiale forskjeller i behandlingsresultater slik det er avdekket for blant annet kreft og hjerteinfarkt. Hvilken betydning økende sosioøkonomiske forskjeller i samfunnet kan få for den offentlige og private helsetjenesten er det også behov for å vite mer om.

3.4 En tverrsektoriell folkehelsepolitikk som reduserer sosiale helseforskjeller

Hvis målet er å redusere de sosiale helseforskjellene i befolkningen må man redusere ulikhetene i de bakenforliggende sosiale årsakene og levekårene i samfunnet. Folkehelseinstituttet har i figuren nedenfor synliggjort nødvendige innsatsområder for å redusere sosiale helseforskjeller, og viser nødvendigheten av innsatser på ulike stadier i årsakskjeden:



Figur 2 Innsatsområder for å redusere sosial ulikhet i helse. Kilde: Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler 2016

Dette synliggjør også at det ikke bare er helsesektoren og helsemyndighetene som sitter på virkemidlene. Det krever samarbeid med og innsatser også fra andre sektorer i samfunnet, og det må rettes mot et bredt spekter av bakenforliggende årsaker og risikofaktorer. I vurderinger av tiltak og strategier i andre sektorer er det nødvendig at konsekvenser for helse, livskvalitet og fordeling også adresseres. En konsekvens av en slik "helsefremmende tilnærming" kan være økt bevissthet om felles målsettinger, og at man er avhengig av hverandres arbeid for å nå målsettingen om en utjevnede og bærekraftig samfunnsutvikling.

I kapittel 2 beskrev vi en "utenforslagsutfordring" der noen grupper, av ulike grunner, blir stående utenfor samfunnet og ikke deltar i like stor grad som andre; noen fullfører ikke et utdanningsløp, noen har problemer med å komme inn i arbeidslivet, noen deltar ikke i organisasjonsliv og aktiviteter. Statistisk er det de med lav sosioøkonomisk status som er mest utsatt for dette, og noen av konsekvensene er at de får dårligere helse og livskvalitet. Utdanningssektorens arbeid mot frafall i videregående skole er derfor viktig også for befolkningens helse. Det samme gjelder innsatsen for å inkludere unge i arbeidslivet og sikre dem en framtidig sysselsetting, også for at vi i større grad får brukt landets viktigste ressurs, "humankapitalen". I tillegg er det viktig å inkludere utsatte grupper i organisasjonslivet og i aktiviteter for å bygge sosiale relasjoner og nettverk. Det foregår også en betydelig omfordeling av økonomiske ressurser, både direkte gjennom skatte- og avgiftspolitikken og indirekte gjennom offentlig finansiering av fellesgoder. Dette bidrar til en vesentlig inntektsutjevning, noe som igjen er av betydning for sosiale helseforskjeller.

På bakgrunn av dette er det nødvendig at helsemyndighetene i større grad samarbeider med de sektorene som har virkemidlene som kan ha en utjevnende effekt, og der vi kan enes om noen felles målsettinger. Dette gjelder blant annet utdannings- og arbeidssektoren. En sentral rolle for helsesektoren er å være pådriver for tverrsektorielt samarbeid for å fremme god helse og livskvalitet og utjevne sosiale helseforskjeller. Og noe av det viktigste for å utjevne sosiale helseforskjeller er å legge til rette for et godt og tilgjengelig utdanningstilbud for alle, skape arbeidsplasser som ikke er helsemessig belastende, styrke arbeidet med å få mennesker som står utenfor arbeidslivet inn og sørge

for tilstrekkelig økonomisk og sosial trygghet for de som står utenfor arbeidslivet slik at de kan opprettholde helsemessige og forsvarlige levekår. Men ikke minst er det viktig å videreutvikle den økonomiske politikken gjennom skatte- og overføringsssystemet og utforme incentiver som i større grad får en omfordelende effekt, blant annet ved å fokusere på gruppen mellom 18-34 år som utgjør den største andelen i lavinntektsgruppen, reduserer fattigdom i barnefamilier og være oppmerksom på den høye andelen med husholdninger som har høy gjeld (jf.

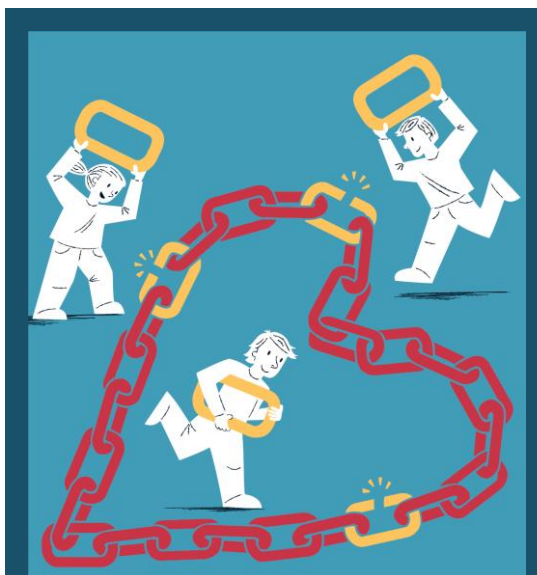
Helsedirektoratet 2018a, og Helsedirektoratet 2014a).

Kunnskapsgjennomgangen av faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse inneholder anbefalinger om nye eller endrede tiltak, både sektorvis og sektorovergripende (Dahl m.fl. 2014). Vi har ikke kommet så langt som ønsket når det gjelder tverrsektorielt samarbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller. Kunnskapsgrunnlaget vil være nyttig i det videre arbeidet.

Norge, og øvrige nordiske land, omtales ofte som omfattende velferdsstater der velferdsordningene i hovedsak er universelle,

og der jevn fordeling av velstanden har stått sentralt. Likevel har vi ikke klart å utjevne de sosiale helseforskjellene. Ulikhet i inntekt har økt siden 1990-tallet (målet med Gini-koeffisienten), men er likevel lav sammenliknet med andre vestlige land. Fordeling av markedsinntekter er imidlertid ikke lavere enn andre land (Dahl m. fl. 2014), i tillegg til at formue er svært skjevt fordelt i Norge, der over halvparten av formuen befinner seg hos de 10 prosent rikeste husholdene (Epland og Kirkeberg 2012).

Hvorfor vi ikke har klart å "overføre" relativt små økonomiske ulikheter til mindre ulikheter i helse har vært en utfordring som blant annet ledet til et skandinavisk initiativ for å se på hva som kan være lokale tiltak eller innsatser for å redusere sosiale ulikheter i helse. Dette var et samarbeid mellom direktorater med ansvar for helse i Norge, Sverige og Danmark og med organisasjoner tilsvarende KS, og resulterte i rapporten "Tackling health inequalities locally: The Scandinavian experience" (Dicerichsen m.fl. 2015). Anbefalingene i rapporten peker blant annet på nødvendigheten av tverrsektorielle og helhetlige tilnærminger som



Helsedirektoratets Fagråd for sosial ulikhet i helse har nylig utgitt "[Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse](#)" (Helsedirektoratet 2018d). Her gis det konkrete anbefalinger innen hele årsakskjeden som kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller:

- Mer rettferdig inntektsfordeling
- En god barndom har betydning for hele livsløpet
- God skole og utdanning for alle
- Sunt arbeidsliv og høy sysselsetting
- Helsebringende atferd i alle sosiale grupper
- Helsetjenester som reduserer sosiale helseforskjeller
- Strukturelle tiltak og implementering

følges opp med indikatorer, kunnskap om policyutvikling og kostnadseffektivitet. Helsedirektoratet har blant annet fulgt opp rapporten med å utvikle et todagerskurs for ansatte i kommuner, jf. omtale av dette i kapittel 5.1.

Den nasjonale strategien for å redusere sosiale helseforskjeller gikk som nevnt ut i 2017. I løpet av strategiens tiårige varighet har kunnskapen om tematikken økt betydelig, og det er fortsatt et politisk fokus på å redusere sosioøkonomiske forskjeller i samfunnet vårt. For eksempel ba Stortinget høsten 2017 regjeringen om å fremme en stortingsmelding med tiltak mot den økende ulikheten i makt og rikdom i Norge. En ny tverrsektoriell og koordinert innsats for å utjevne sosiale helseforskjeller kan styrke samarbeidet mellom sektorer som har virkemidlene, gi en fortsatt legitimitet til arbeidet, ramme inn satsinger og gi det en tydelig forankring. I en tid da vi ser økende sosiale ulikheter er det derfor naturlig å vurdere behovet en tverrsektoriell handlingsplan i arbeidet med ny folkehelsemelding.

Både Helsedirektoratet sin Folkehelsepolitiske rapport og Folkehelseinstituttets rapport om helsetilstanden i Norge viser tydelig sosiale ulikheter i de sykdommene som har størst betydning for dødelighet, for helsetap og for livskvalitet. Den samme sosiale skjevheten viser rapportene for de risikofaktorene som påvirker disse sykdommene i størst grad. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å anbefale ti relevante tiltak for å møte de ti største folkehelseutfordringene som Folkehelseinstituttet har pekt på. I dette oppdraget vil sosial ulikhet være et viktig perspektiv. Vi vil derfor henvise til dette arbeidet når det gjelder tiltak for å redusere sosiale ulikheter i ikke-smittsomme sykdommer og deres risikofaktorer. Arbeidet skal leveres tidlig høsten 2018.

3.5 Styrket veiledning til kommunene

Innsatser for å utjevne sosiale ulikheter i helse er fortsatt en viktig del av folkehelsepolitikken både på nasjonalt nivå, men ikke minst på lokalt nivå. Hva som gjøres nasjonalt har viktige implikasjoner for det lokale arbeidet og kommunene etterspør veiledning fra nasjonale myndigheter på dette området.

Helsedirektoratet har gjennom folkehelseloven et ansvar for å understøtte kommunene i deres folkehelsearbeid. Siden folkehelseloven trådte i kraft i 2012 er flere virkemidler tatt i bruk fra nasjonale myndigheter: folkehelseprofilene, kommunehelse statistikkbank, fylkehelseundersøkelser, kommunetorget, veivisere i lokale folkehelse tiltak, veileder i oversiktsarbeid, program for folkehelsearbeid i kommunene, jevnlig seminarer og samlinger m.m. I undersøkelser ser vi at dette har bidratt til å styrke kommunenes systematiske folkehelsearbeid (Hofstad 2018). Men kommunene etterspør fortsatt konkrete råd om virksomme tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller. Et av initiativene i den forbindelse har vært "Brobyggerkurset" som er omtalt under kapittel 5.1.

Helsedirektoratet mener imidlertid fortsatt det er et potensiale for å styrke den nasjonale veiledningen til kommunene når det gjelder tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse. Dette handler blant annet om å utvikle og synliggjøre kunnskap om sammenhenger mellom initiativer i ulike sektorer (tiltak/strategier/reformer) og konsekvenser det kan ha for sosial ulikhet i helse. Helsedirektoratet mener at nasjonale myndigheter og FoU-sektoren bør vurdere et mer systematisk samarbeid for å sammenstille og analysere relevante data om sosiale ulikheter i helse, formidle kunnskap om tiltak som kan ha en utjevnende effekt ("policybriefs"), og gjøre dette tilgjengelig for kommunene. Dette er informasjon og kunnskap som også vil være nyttig for nasjonale myndigheter ettersom de har et ansvar etter utredningsinstruksen og etter folkehelseloven (§ 22) for å vurdere konsekvenser for befolkningens helse av tiltak og strategier.

3.6 Verktøy for vurdering av konsekvenser – utvikling og implementering

Vi vet at tiltak som gjennomføres i mange sektorer utenom helsesektoren har betydning for befolkningens helse og livskvalitet og fordelingen av denne. Samtidig er det slik at disse sektorene ikke har helse som sin primære målsetting og kan komme til å prioritere tiltak som kan få negative konsekvenser for befolkningens helse, og/eller fordeling av helse. En befolkning som har god helse og gode liv, og der det ikke er store sosiale helseforskjeller, vil virke positivt inn på mange av samfunnets områder utenfor helsesektoren, og dermed også virke positivt inn på målsettinger som ikke kun er helserelaterte. Dette gjelder for eksempel arbeidssektoren og utdanningssektoren. For disse vil det derfor kunne være positive synergieffekter om de også har et helse- og fordelingsperspektiv på sine tiltak og strategier, men dette fordrer kunnskap om sammenhengene og verktøy for å jobbe systematisk. Helsedirektoratet mener det er behov for å styrke kunnskapen om disse sammenhengene og å synliggjøre denne overfor aktuelle sektorer.

I tråd med folkehelseloven (§ 22) skal statlige myndigheter vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant. Virkninger for befolkningens helse handler både om konsekvenser for helsen, for livskvalitet, og for hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. I tråd med utredningsinstruksen er departementer og deres underliggende etater forpliktet til å utrede og vurdere virkninger av aktuelle statlige tiltak med det formål å legge et godt grunnlag for beslutninger.

Med henvisning til disse bestemmelsene mener Helsedirektoratet at forankringen for å gjøre noe med dette foreligger, men samtidig vet vi at slike vurderinger og utredninger gjøres i liten grad. For å understøtte nasjonale myndigheter i å gjøre slike vurderinger mener vi det er nødvendig å utvikle verktøy for vurderinger og kunnskapsbasert informasjon om konsekvenser ulike tiltak/strategier kan ha for befolkningens helse og livskvalitet og fordeling av denne.

Helsedirektoratet har tidligere laget utkast til veileder til utredningsinstruksen om virkninger på folkehelsen til Helse- og omsorgsdepartementet, men dette dokumentet har ikke blitt ferdigstilt. Internasjonalt er det laget flere veiledere om helsekonsekvensutredninger (health impact assessment), men Norge har lite erfaring med dette. Noen kommuner har erfaring med (enkle) vurderinger av folkehelsekonsekvenser av politiske saker, og det er utarbeidet verktøy i den forbindelse. Som et hjelpemiddel til å vurdere hvilke saker eller tiltak som bør vurderes med hensyn til helse- og fordelingsmessige konsekvenser, har Helsedirektoratet også laget en sjekklister som kan revideres og spres (se vedlegg 2 i Helsedirektoratet 2014a).

Vi antar at det her er et potensiale for å jobbe bedre med "helse i alt vi gjør" om vi får utviklet og implementert verktøy som kan bidra til å øke kunnskap og kompetanse. Også i Helsedirektoratet er det potensiale for i større grad å vurdere fordelingskonsekvenser av våre ulike initiativer og i høringsprosesser.

3.7 Nasjonalt indikatorsystem for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Det systematiske folkehelsearbeidet skal ta utgangspunkt i befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Dette gjelder både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Siden 2009 har Helsedirektoratet jevnlig utarbeidet rapporter som viser status og utviklingstrekk på en rekke politikkområder som har betydning for befolkningens helse og sosial ulikhet i helse. Dette indikatorarbeidet gjøres i tett samarbeid med andre aktører, og dekker følgende områder; økonomiske levekår, sosial støtte, deltakelse og medvirkning, trygge helsefremmende miljøer, sunne valg, oppvekst, arbeidsliv og lokalt folkehelsearbeid. Arbeidet involverer hele 13 direktorater og nasjonale fagmiljøer som rapporterer på innsatsområdene i folkehelsepolitikken.

Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet følger med på folkehelsen i Norge, men har ulike ansvarsområder og indikatorer. Helsedirektoratets *Folkehelsepolitisk rapport* er sektorenes egen rapportering av status, utviklingstrekk og analyser på områder som har betydning for folkehelsen og sosial ulikhet i helse. Det er et system som gjør det mulig å følge med på innsats og utvikling i folkehelsearbeidet og på hvordan vedtatt politikk etterlevs. Områdene det følges med på er med andre ord mulig å påvirke gjennom politiske veivalg og prioriteringer. Folkehelseinstituttet har ansvar for å fremskaffe og formidle kunnskap om befolkningens helsetilstand og risikofaktorer, utvikling i sykdomsbyrden, og sosial ulikhet i sykdom og dødelighet. Disse sammenstillingene utgjør sentrale bidrag til utformingen av den nasjonale folkehelsepolitikken.

Samarbeidet om indikatorsystemet har vært med på å styrke Helsedirektoratets generelle samarbeid med andre sektorer på folkehelsefeltet. Det har også bidratt til å synliggjøre sammenhengen mellom levekår og helse, og slik sett vært en pådriver for at helsehensynet i større grad blir ivaretatt på andre politikkområder. I dag tas det i større grad folkehelsepolitiske hensyn i blant annet utdanningspolitikken, boligpolitikken, og innen samferdsel og klimapolitikk.

I tråd med folkehelseloven utgjør en tverrsektoriell innsats kjernen i folkehelsearbeidet, og det er derfor viktig å ha et system som fanger opp status og utviklingstrekk i andre sektorer som har stor betydning for befolkningens helse og sosial ulikhet i helse. Å utjevne sosiale helseforskjeller er fremdeles et sentralt mål i folkehelsepolitikken. Indikatorene for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor så langt som mulig ivareta dette fordelingsprinsippet. Helsedirektoratet anbefaler at fordelingsperspektivet styrkes i sektorenes videre rapportering om status i det nasjonale folkehelsearbeidet. Det bør i større grad etableres indikatorer som sier noe om sosial fordeling av goder og ressurser, eller som fanger opp fordelingskonsekvenser, på samtlige politikkområder.

I 2015 presenterte Helsedirektoratet for første gang indikatorer som gjør det mulig å følge innsatsen og utviklingen i det lokale folkehelsearbeidet. Denne type indikatorer er helt sentrale for å kunne videreutvikle og tilpasse statlige virkemidler og verktøy slik at de imøtekommer kommunenes behov. For å styrke Helsedirektoratets understøtterolle overfor kommunene er det behov for å jobbe videre med å sikre gode data som kan si noe om status i kommunalt og regionalt folkehelsearbeid og hvordan kommunen oppfatter, tolker og anvender statlige verktøy og virkemidler.

Forslag til innsatser

- Utrede behovet for en ny tverrsektoriell handlingsplan for å redusere sosiale helseforskjeller.
- Utvikle og implementere verktøy for vurdering av konsekvenser for helse, livskvalitet og sosial ulikhet i helse, samt initiere samarbeid mellom nasjonale aktører for å utvikle og synliggjøre kunnskap om sammenhenger mellom initiativer (tiltak/strategier) i ulike sektorer og betydningen det kan ha for sosial ulikhet i helse, jf. utredningsinstruksen.
- Videreutvikle nasjonal veiledning til kommunene når det gjelder tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- Øke kunnskapen og oppmerksomheten om helsesektorens betydning for sosiale helseforskjeller, blant annet ved å legge til rette for koplinger mellom helseregistre (f.eks. NPR og KPR) og sosiodemografiske data (i SSB) for helseanalyse og overvåkning.
- Videreføre det nasjonale indikatorsystemet for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, gjøre dette nettbasert og styrke fordelingsperspektivet og data som kan si noe om status for det lokale og det regionale folkehelsearbeidet.

4 Psykisk helse og livskvalitet

Mens folkehelsearbeidet i Norge tradisjonelt har vært orientert mot somatisk sykdom på utfallssiden og fysiske og materielle faktorer på påvirkningssiden, løftet folkehelsemeldingen "Mestring og muligheter" (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) fram psykisk helse i et folkehelseperspektiv, og betydningen av å fremme livskvalitet og trivsel i folkehelsearbeidet. Som en oppfølging av meldingen har det vært gjort et arbeid for å integrere psykisk helse som en del av folkehelsearbeidet, og gi økt forståelse av hva som menes med psykisk helse i en folkehelsesammenheng. I den forbindelse har det vært nødvendig å se på forhold som i større grad peker på de positive aspektene ved psykisk helse, det vil si mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, samt positive relasjoner. Som en samlebetegnelse på dette brukes i dag livskvalitet (Helsedirektoratet 2014b). Kunnskap om befolkningens livskvalitet og de sentrale psykososiale faktorene har betydning for arbeidet med å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet.

Psykiske lidelser er i dag en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Psykiske lidelser og rusbrukslidelser bidrar til betydelig helsetap, og er en av de vanligste årsakene til sykefravær. De vanligste lidelsene blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser. Blant barn og unge er det angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som er vanligst. For ikke-dødelig helsetap er psykiske lidelser og rusbrukslidelser på andre plass etter muskel- og skjelettlidelser, og selvmord bidrar til mange tapte leveår. Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet 2018d) finner ingen holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen, men observerer en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for sine plager.

Betydningen av å fremme livskvalitet inngår også i FNs bærekraftsmål #3 *God helse*; sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. I tillegg kan nevnes #16 *Fred og rettferdighet* som omhandler å fremme fredelige og inkluderende samfunn og institusjoner med sikte på bærekraftig utvikling.

Det er mange statlige satsinger som har like målgrupper og som omhandler mange av de samme psykososiale faktorene, slik som for eksempel deltakelse, tilhørighet og mestring.

Disse satsingene bør samordnes på tvers av departement for å styrke satsingen og bidra til forenkling for kommunene. Eksempler på det er Program for folkehelsearbeid i kommunene, Fritidserklæringen og Barnefattigdomssatsingen.



3 GOD HELSE

16 FRED OG RETTFERDIGHET

Ett av delmålene under #3 *God helse* fremhever mål på mental helse og livskvalitet:

3.4. Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet.

4.1 Måling av livskvalitet

I Folkehelsemeldingen "Mestring og muligheter" (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utforme en strategi for å sikre gode data om befolkningens livskvalitet. I 2016 lanserte Helsedirektoratet "Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet" (Barstad 2016), utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av forskere og fagpersoner ved Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, NOVA/Høyskolen i Oslo og Akershus og Helsedirektoratet. Utredningen la en bred definisjon av livskvalitet til grunn, der nettopp nåde objektive og subjektive elementer er inkludert. Med livskvalitet menes:

"(...) et helhetsperspektiv på livet til enkeltmennesker og grupper. (...) Det er et normativt begrep som understreker at et godt liv har flere kjennetegn, både av materiell og ikke-materiell art. Hvilke kjennetegn dette er varierer, men blant de mest sentrale finner vi frihet og autonomi, trygghet og mening, helse og livsglede, deltaking og engasjement, mestring og selvutvikling, samt fravær av unødig lidelse. Disse kjennetegnene representerer mål i seg selv, de er det som "virkelig betyr noe" og ikke bare midler til å nå andre mål." (Barstad 2016:9)

Også internasjonalt har livskvalitet, eller "well-being", blitt viktig i folkehelsesammenheng. I Verdens helseorganisasjon (WHO) sin strategi "Helse 2020" er ett av seks hovedmål å "forbedre livskvaliteten til befolkningen i Europa". Som tidligere nevnt vektlegges også livskvalitet i FNs bærekraftsmål #3 *God helse*.

Livskvalitetsbegrepet har også fått fornyet oppmerksomhet som alternativt mål på samfunnsutvikling de senere årene. Både OECD, FN og flere nasjonale initiativer slik som Stiglitz-kommisjonen i Frankrike og "Measuring National Well-being Programme" i Storbritannia har satt livskvalitet høyt på den politiske agendaen. Tradisjonelt har økonomiske indikatorer slik som brutto nasjonalprodukt (BNP) blitt brukt til å måle et lands fremskritt og utvikling, der antagelsen har vært at høy materiell velferd vil gi gode liv. Vi vet at gode økonomiske og materielle vilkår henger sammen med god livskvalitet, men et godt liv handler også om mye mer. Over lengre tid har det blitt etterspurt alternativer til økonomiske indikatorer, særlig i land med høy velstand, og befolkningens livskvalitet har begynt å etablere seg som et slikt alternativ.

For å kunne ta hensyn til livskvalitet og god psykisk helse i utformingen av folkehelsepolitikken, samt å etablere livskvalitet som mål for samfunnsutviklingen, er det behov for å få bedre oversikt over livskvaliteten i Norge og hvordan denne fordeler seg i befolkningen. Dette gjelder både på nasjonalt og lokalt nivå.

"Gode liv i Norge"-utredningen avdekket en rekke svakheter ved nåværende data om livskvalitet i Norge. Dataene vi har er mangelfulle og fragmenterte, de er ikke sammenlignbare, og gir oss ikke et helhetlig bilde av livskvaliteten som vi kan følge over tid. Utredningen gir et faglig fundert forslag til

et nasjonalt system for måling av livskvalitet som skal imøtekomme dette. Systemet skal også kunne beskrive sosial ulikhet og akkumulering av ulemper i befolkningen.

Helsedirektoratet har hatt det overordnede ansvaret for å følge opp anbefalingene gitt i "Gode liv"-utredningen, og ga i 2017 en arbeidsgruppe ledet av Folkehelseinstituttet i oppdrag å utarbeide konkrete anbefalinger for et bedre målesystem. Resultatet av arbeidet, indikatorrapporten "Livskvalitet, anbefalinger for et bedre målesystem", skal lanseres i august 2018. Hensikten er å bidra til en standardisert og nyansert verktøykasse for måling av subjektiv og objektiv livskvalitet i Norge. Som en forberedelse til en eventuell nasjonal livskvalitetsundersøkelse har Helsedirektoratet gitt SSB i oppdrag å gjennomføre en metodisk testing av spørsmål og sekvenser som anbefales i indikatorrapporten. En regional utprøving av det anbefalte spørsmålsbatteriet er under utprøving i Hallingdal.

I regjeringens strategi for god psykisk helse, "Mestre hele livet" (2017-2022), slås det fast at regjeringen vil videreutvikle datainnsamling og analyse om befolkningens livskvalitet på nasjonalt og lokalt nivå. I tillegg vedtok Stortinget (19.04.18) "Representantforslag om et bedre målesystem for livskvalitet, helse og det gode liv i Norge utfra behovet for helhetlig informasjon" (Dokument 8:130 S (2017-2018), Innst. 219 S (2017-2018)). Et av vedtakene var å følge opp hovedanbefalingene i "Gode liv i Norge"-utredningen, slik at "helhetlig informasjon kan komme inn i grunnlaget for helsepolitikken".

"Gode liv"-utredningen anbefalte fire hovedgrep i oppbyggingen av et nasjonalt målesystem; samordning av måleverktøy og metode, forberedelse av systemet for innsamling av data om nasjonal livskvalitet, etablering av et system for innsamling av data om fylkeskommunal og kommunal livskvalitet og etablering av et nasjonalt nettsted for livskvalitet. Til nå har Helsedirektoratet primært satt i verk tiltak i henhold til de to første anbefalingene, og vi vil arbeide videre med anbefalingene i "Gode liv"-utredningen utfra de

"Gode liv i Norge"-utredningen foreslår følgende liste for å måle ulike aspekter ved livskvalitet:

- Hvordan livet oppleves – den subjektive livskvaliteten
- Fysisk og psykisk helse
- Kunnskaper og ferdigheter
- Økonomisk trygghet
- Fysisk trygghet – sikkerhet for liv og eiendom
- Demokratisk medvirkning og like rettigheter
- Sosialt fellesskap og omsorg
- Arbeid og utdanning av tilstrekkelig kvalitet
- Fritid, kultur og lek
- Boforhold, nærmiljø og natur
- Akkumulering av fordeler og ulemper

til enhver tid gitte rammer og signaler om prioritering. I det videre arbeidet med måling av livskvalitet anbefaler Helsedirektoratet initiativene som omtales nedenfor.

Gjennomføring av en nasjonal livskvalitetsundersøkelse

For å få helhetlig kunnskap om hvordan livskvaliteten er, og fordeler seg, i befolkningen anbefaler Helsedirektoratet at det gjennomføres en egen, representativ livskvalitetsundersøkelse på nasjonalt nivå. Dataene vi har om livskvalitet i Norge i dag vil ikke kunne gi et slikt helhetlig bilde. Undersøkelsen bør følge anbefalingene i indikatorrapporten og inkludere et bredt utvalg av spørsmål som dekker både subjektive og objektive livskvalitetskomponenter. Dette vil blant annet gi muligheter til å lage sammenlignbare livskvalitetsprofiler på gruppenivå, det gjør at man kan avdekke opphopning av uheldige faktorer for livskvaliteten i visse befolkningsgrupper (multipel deprivasjon og sosial ulikhet i helse), og ikke minst gir det muligheter for å kunne si noe om sammenhengen mellom de ulike livskvalitetskomponentene. Slik kunnskap er viktig for at livskvalitet skal kunne bli et mål for politikk og samfunnsutvikling. For å kunne følge utviklingen over tid anbefales det at undersøkelsen gjennomføres jevnlig.

Parallelt med dette bør det arbeides for å innlemme anbefalte spørsmål i allerede eksisterende, eller nye, undersøkelser der livskvalitet måles eller ønskes målt. Det gir ikke samme muligheter som beskrevet over, men vil bidra til å gjøre kildene som finnes om livskvalitet sammenlignbare og av høy kvalitet. Det kan blant annet være aktuelt å tilpasse den norske versjonen av levekårsundersøkelsen EU-SILC i tråd med dette. Når det gjelder livskvalitetsdata til regionalt og lokalt nivå kan dette oppnås på flere måter, blant annet avhengig av om det vil bli gjennomført en nasjonal livskvalitetsundersøkelse. I første omgang vil Folkehelseinstituttet samordne relevante spørsmål som per i dag er inkludert i spørreskjemaet til Fylkeshelseundersøkelsene med minimumsvarianten av spørsmålsbatteri for objektiv og subjektiv livskvalitet som anbefales i indikatorrapporten.

System for rapportering om og presentasjon av livskvaliteten i Norge

Målet med å samle inn data om livskvalitet er at de blir tatt aktivt i bruk, både i folkehelsearbeidet og av andre samfunnssektorer. For å få til dette er det nødvendig å etablere et system for rapportering og presentasjon. Vedtak 628 i dokument 8-forslaget om et bedre målesystem for livskvalitet, peker nettopp på behovet for å tilgjengeliggjøre livskvalitetsdata på en best mulig måte. Detaljene i hvordan et slikt system bør se ut må utredes nærmere. Helsedirektoratet ser det imidlertid som hensiktsmessig at oppdatert informasjon om status og utviklingstrekk i befolkningens livskvalitet formidles og benyttes i politiske dokumenter på tvers av sektorer. Videre kan det være aktuelt med nettsider eller rapporter som formidler kunnskap, og der det gis mulighet til å utarbeide spesifikke analyser av tallmaterialet, for eksempel til bruk i politiske prioriteringer. I den framtidige vurderingen av dette bør det samtidig gjøres en vurdering av behovet for et koordinerende fagmiljø på livskvalitet som både har statistikk-, analyse- og forvaltningskompetanse. Dette kan også ses i sammenheng med styrket nasjonal kunnskapsutvikling og veiledning om

sosial ulikhet i helse (jf. kapittel 2), og videreutvikling av styringsdata til kommunene (jf. kapittel 4.1)

Forslag til innsatser

- Gjennomføre en egen livskvalitetsundersøkelse på nasjonalt nivå.
- Etablere et system for analyse, rapportering og presentasjon av livskvalitetsdata.

4.2 Psykososiale faktorer og deres betydning for helse og livskvalitet

Stress og mestring er to sentrale faktorer for menneskets helse og livskvalitet. Stress er et samtidfenomen, noe som både media og forskning i økende grad har blitt opptatt av. Stress er også et samfunnsfenomen ved at stressorer finnes i form av strukturelle forhold i et samfunn. Det er derfor relevante for å forstå hvordan man kan legge til rette for et samfunn som i mindre grad fremmer stress, eller manglende mestring. Mestring kan forstås som en vellykket måte å håndtere stress på, og at man opplever å ha kontroll over eget liv (Samdal m.fl. 2017). De psykososiale beskyttelsesfaktorene for helse og livskvalitet kan alle påvirke stressorer individer møter i hverdagen.

Arbeidet med å fremme de psykososiale faktorene for helse og livskvalitet gjøres hovedsakelig ved at det jobbes med de bakenforliggende påvirkningsfaktorene. Eksempler på dette er å arbeide for arbeidstilknytning, boligtilgang, utjevnende tiltak og fritidstilbud for ulike grupper, samt å arbeide med de strukturelle faktorene som skaper manglende mestring eller stress på de arenaene hvor folk er; i arbeidslivet, barnehage og skole, nærmiljøet og fritiden. Det bør i tillegg jobbes mer eksplisitt med å fremme de psykososiale faktorene som omtales nedenfor.

Psykososiale beskyttelsesfaktorer

Nedenfor gjennomgås sentrale psykososiale faktorer og deres betydning for helse og livskvalitet. Alle begrepene under er ressursorienterte ved at de styrker individet for å kunne møte utfordringer. Kunnskap om disse faktorene bør ha implikasjoner for en framtidig folkehelsepolitikk.

Sosiale relasjoner

Nyere forskning har gitt et langt sterkere grunnlag for å trekke slutninger om sammenhengen mellom sosiale relasjoner og helse (Barstad og Sandvik 2015). Kvaliteten og kvantiteten på menneskets sosiale relasjoner påvirker deres psykiske helse, helseatferd, fysiske helse og risiko for død. Deler av den eldre befolkningen kan være mer utsatt for mangel på sosiale relasjoner og støtte som kan føre til ensomhet og redusert psykisk helse.

Hvordan mennesker opplever sine sosiale relasjoner påvirker også helseulikheter.

Sentrale faktorer er hvor mye kontroll folk har over ressurser og avgjørelser som tas, og hvor mye tilgang folk har til sosiale ressurser, inkludert sosiale nettverk og felles evner og styrker.

Hva virker?

I Storbritannia er det etablert en rekke såkalte "What works"-sentre som har som oppgave å gi råd om hvordan myndigheter og organisasjoner kan bruke den beste tilgjengelige kunnskapen når de tar beslutninger. *What works centre for well-being* er et eget senter for livskvalitet som har som hovedmål å forbedre og redde liv gjennom bedre politikk og praksis for livskvalitet. Senteret bidrar til å utvikle kunnskap om livskvalitet og fordeling av livskvalitet i befolkningen, de samler allerede eksisterende kunnskap, de utfører kost-nytteanalyser, og de gir råd til lokale og sentrale myndigheter. I tillegg jobber de spesielt med måling av livskvalitet i samarbeid med Storbritannias offentlige statistikkbyrå.

Sosial samhörighet

Sammenhengen mellom sosiale forhold og relasjoner og helse kan undersøkes gjennom begreper som sosial kapital og sosial samhörighet. Sosial samhörighet beskriver de kreftene som binder samfunn sammen slik som tillit, normer, holdninger og verdier. Teorier som forklarer sosial ulikhet i helse inkluderer ofte graden av sosial samhörighet i et samfunn og graden av sosial kapital som et menneske eller en gruppe har. Det finnes indikasjoner på at samhörighet i nabolaget er en kontekstuell sosial determinant for den generelle helsetilstanden (Fone et al. 2014 i PHE & IHE 2017). Forskning har også vist betydningen av sosial samhörighet i depriverte nabolag på ulikhet i mental helse (angst og depresjon) (PHE & UCL 2017).

Tilhörighet

For at deltakelsen i sosiale grupper skal fungere som en buffer mot depresjon er det avgjørende at en identifiserer seg med gruppen og har en følelse av tilhörighet (Cruwys m.fl. 2014 i Barstad og Sandvik 2015). Tilhörighet innebærer at en blir inkludert og akseptert av gruppene en ønsker å tilhøre. Studier fra Canada viser at nærmiljøtilknytning er positivt forbundet med helse og helseatferd. Begrepet nærmiljøtilhörighet peker på i hvilken grad folk føler seg tilknyttet sitt lokalsamfunn. Opplevelsen av tilhörighet og ensomhet påvirkes imidlertid ikke bare av kontakten med andre og av sosial støtte, den kan også ha sammenheng med overordnede gruppeidentiteter, slik som tilhörighet til en nasjon eller gruppe (Barstad og Sandvik 2015).

Sosial deltakelse og medvirkning

Sosial deltakelse er i mange tilfeller helsefremmende, da det ofte bidrar til en opplevelse av sosial tilhørighet og motvirker ensomhet. Sosial deltakelse forklarer altså i hvilken grad individene i samfunnet har kontakt med personer som er antatt viktige for dem, ikke minst familie og venner, og i hvilken grad de også deltar på andre viktige samfunnsarenaer som arbeidslivet, utdanningsinstitusjonene og de frivillige foreningene (Barstad og Sandvik 2015). Deltakelsen kan være i frivillig arbeid, eller være knyttet til kulturelle aktiviteter, eller dyrking av interesser som man utfører sammen med andre. Internasjonal forskning tyder blant annet på at deltakelse i organisasjoner er forbundet med høyere subjektiv livskvalitet, uavhengig av nivået på sosial støtte (Richards 2015 i Barstad og Sandvik 2015).

Medvirkning har også sannsynlige konsekvenser for helse og livskvalitet, direkte eller indirekte. Å ha muligheten til å påvirke og forme samfunnet rundt en kan styrke opplevelsen av autonomi. Autonomi har blitt beskrevet som et grunnleggende behov og en av forutsetningene for høy livskvalitet (Deci og Ryan 2000 i Barstad og Sandvik 2015). Initiativer for å øke medvirkning i lokale prosesser for helsefremmende nærmiljø og lokalsamfunn er omtalt i kapittel 4.1.

Stress og mestring

I rapporten "Stress og mestring" (Samdal m.fl. 2017) beskrives disse psykologiske fenomenene, hvilke konsekvenser de kan ha for helse og livskvalitet og hvorfor de er relevante i folkehelsesammenheng. Rapporten er skrevet av HEMIL-senteret i Bergen på oppdrag fra Helsedirektoratet. Her gis det en kort introduksjon til begrepene og hvorfor kunnskap om dem er sentrale i politikktutforming.

Stress er et nøkkelfenomen for å forstå psykososiale påvirkningsfaktorer på helse og livskvalitet. Stressreaksjoner skjer i individet, men skapes i samspillet mellom individet og omgivelsene; det kommer av uheldige opplevelser eller situasjoner som er risikofylt, og menneskets evne til å mestre slike opplevelser og situasjoner. Opplevelser av stress skjer når individet opplever at det er uoverensstemmelse, reell eller ikke, mellom kravene i situasjonen og egne ressurser (Lazarus og Folkman 1984 i Samdal m.fl. 2017).

Stresserfaringer kan gi to ulike resultat: enten en stressreaksjon som utvikler seg til fysiologiske eller psykologiske belastningsopplevelser, eller mestring som følge av at en erfarer å håndtere stresssituasjonen.

Forskningen på stress har vært preget av fokus på individfaktorer. I en folkehelsesammenheng er samspillet mellom individ og omgivelsene og de samfunnsmessige driverne av stress mer relevant. Ressursene individene har selv, som f.eks. sosiale nettverk er viktige, men i tillegg er omgivelsene viktige ved at de kan bidra til å enten forsterke eller redusere stress ved å bidra til å redusere krav, bygge ned barrierer og å gi støtte til håndtering av situasjoner. Samfunnsmessige tiltak og virkemidler kan også fungere som en nedkjølingsmekanisme i forhold til situasjoner som kan gi opplevelse av stress. For eksempel kan det virke som at unge i dag opplever krav til prestasjon og

utseende og at dette kan anses å være en samfunnsmessig driver av stress. Press i form av å drikke alkohol eller å prøve andre rusmidler eller seksuell aktivitet pekes det også på. Unge fremhever også skolerelatert stress i form av skolearbeid og mange vurderinger (Eriksen m.fl. 2017). En annen driver for stress er økonomisk knapphet, som vist av Tormod Bøe i rapporten "Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling" (Bøe 2015). Sosial støtte er i seg selv helsefremmende og kan være en buffer mot stress.

Mennesker med færre sosioøkonomiske ressurser rapporterer ofte høyere grader av stress og mindre opplevelse av mestring enn de med flere sosioøkonomiske ressurser. Blant skoleelever ser man at opplevelse av stress og mestring følger et systematisk mønster ut fra foreldrenes sosioøkonomiske status. Studier på norske arbeidsplasser viser en tilsvarende sosial gradient i stress og mestring ved at effekten av kort utdanning på helseplager forklares gjennom opplevd hjelpeløshet eller håpløshet i arbeidssituasjon, det vil si opplevelse av manglende mestring av arbeidsbelastning, hos kvinner, men ikke hos menn (Ihlebak & Eriksen 2003 i Samdal m.fl. 2017; Ree m.fl. 2014 i Samdal m.fl. 2017).

Det er økende dokumentasjon både blant voksne (Næss, Rognerud & Strand 2007 i Samdal m.fl. 2017) og barn og unge (Samdal m.fl. 2016 i Samdal m.fl. 2017) på at helseskadelige stressopplevelser som for eksempel lavere autonomi, mindre støtte, mer rollekonflikter og mer mobbing forekommer oftere i lavstatusgrupper (Samdal m.fl. 2017).

Strukturelle tiltak for å redusere stress

Ansvar for å håndtere situasjoner som medfører stress kan ikke legges på enkeltpersoner alene. Strukturelle tiltak som reduserer stress og/eller styrker opplevelsen av mestring bør være en viktig del av folkehelsepolitikken.

På nasjonalt og lokalt nivå bør det jobbes for å fremme innbyggernes autonomi, kontroll, selvbestemmelse og relasjoner, samt reduserer miljømessige drivere for stress. Videre er tilgang til arbeid og arbeidsplasser som fremmer mestring viktig, og det er behov for mer kunnskap om stress i arbeidslivet.

For å redusere drivere av stress er det flere strukturelle virkemidler som kan tas i bruk, f.eks. bidrar arbeidsmiljøloven til å skjerme befolkningen mot uheldige belastninger på arbeidsplassen. Utforming av fysiske omgivelser, f.eks. oppstillingsforbud mot tobakk, bidrar til at folk blir mindre eksponert for fristelser. Høye avgifter virker begrensende på atferd som de fleste ønsker å redusere, f.eks. kan høye avgifter på tobakk og alkohol føre til mindre røyking og misbruk av alkohol, og høye bensinavgifter kan føre til mindre bilkjøring.

Det bør spesielt settes inn strukturelle tiltak for å redusere stress i lavinntektsfamilier ved å gjøre noe med de grunnleggende årsakene til stress, som for eksempel økonomisk knapphet. Forsker Tormod Bøe drøfter ulike intervensjoner som kan gjøres for å redusere risikoen for psykiske helseplager for barn og unge som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt. Han peker på at det er behov for helhetlige tiltak som både omfatter økonomiske støtteordninger, men også tiltak rettet mot foreldrenes psykiske vansker eller

oppdragerstil, og tiltak som gjør det enklere å balansere arbeid- og familieliv i en situasjon med økonomiske utfordringer (Bøe 2015).

Sosial bærekraft og psykososiale faktorer

I forståelsen av sosial bærekraft er psykososiale faktorer sentrale. Av individuelle behov nevnes glede, selvrespekt, verdighet, selvtillit og identitet (Hofstad og Bergsli 2017). Når det gjelder samspillet mellom individer og lokalsamfunn er det relevant å se på hvilke mekanismer som bidrar til inkludering og ekskludering, og hvilke forhold som stimulerer til ressurstilgang og muliggjør eller hindrer dette (Hofstad og Bergsli 2017).

Flere av definisjonene av sosial bærekraft har også fokus på hvordan muligheten til å oppleve livskvalitet og trivsel er fordelt i befolkningen eller i et lokalsamfunn. Sosial kapital, samhørighet og tilhørighet er helt sentralt for de livsmulighetene et nærmiljø gir for sine innbyggere (Hofstad og Bergsli 2017).

De nevnte psykososiale faktorene er ikke bare viktige knyttet til individers opplevelse, men er også sentrale i oppnåelsen av et bærekraftig lokalsamfunn. Med utgangspunkt i en britisk definisjon kan man si at det handler om å skape steder der folk vil leve og jobbe, at de imøtekommer behovene til innbyggerne, at de er trygge og inkluderende for alle og ivaretar miljøet og bidrar til livskvalitet – både i et nå-perspektiv, men også i framtiden (Hofstad og Bergsli 2017). Det handler om strukturelle forhold som å skape sosiale møteplasser og gode bomiljøer og boliger, men også infrastruktur og transportmuligheter, og å skape næringsvirksomhet og arbeidsplasser for å unngå arbeidsledighet.

Psykososiale faktorer og sosial ulikhet i helse

Som nevnt over opplever de med lav sosioøkonomisk status høyere grad av stress og mindre opplevelse av mestring enn de med høyere sosioøkonomisk status. Årsakene til sosial ulikhet i helse inkluderer materielle, psykososiale, atferdsmessige og biologiske traseer fra sosiale forhold til helseutfall, og lenkene mellom dem. Public Health England har i samarbeid med Institute of Health Equity fremstilt dette i en modell som forklarer hvordan psykososiale faktorer spiller sammen med andre mer bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helse og livskvalitet og skaper sosial ulikhet i helse i en befolkning i rapporten "Psychosocial pathways and health outcomes: Informing action on health inequalities" (Public Health England og Institute of Health Equity 2017).

Modellen forklarer at hvordan vi handler og hvordan kroppen reagerer har psykososiale forklaringer både på individnivå og lokalsamfunnsnivå, og det er igjen betinget av de bakenforliggende sosiale helsedeterminantene. Akkumulering av negative og positive konsekvenser av sosiale, økonomiske og miljømessige forhold på helse og livskvalitet er det som i hovedsak skaper sosial ulikhet i helse. Ettersom det er mulig å påvirke og endre omfanget av ytre belastninger og krav, og å styrke sosiale ressurser rundt utsatte grupper for å øke sjansen for opplevelse av mestring, er det viktig å rette innsats mot de sosiale påvirkningsfaktorene i et livsløpsperspektiv.

Modellen gir økt innsikt i samspillet mellom de psykososiale faktorene og de bakenforliggende årsakene og betydningen det har for sosial ulikhet i helse. Kunnskap om dette er viktig å ha med i utforming av folkehelsepolitikk. Det bør derfor vurderes om modellen bør oversettes til norsk og eksemplifiseres ut i fra norske forhold.

Lokalsamfunnstilnæringer

Forskningen viser at man bør skifte fokus fra individuelle tiltak til lokalsamfunnstilnæringer for å fremme helse og livskvalitet. Public Health England (PHE) har siden 2013 jobbet systematisk med å fremme helse og livskvalitet ved å styrke lokalsamfunn ("community wellbeing"). Følgende fire strategier er anbefalt av PHE som en måte å fremme livskvalitet lokalt (PHE 2015):

1. Styrking av lokalsamfunn: nærmiljøutvikling, styrkebaserte metoder, sosiale nettverkstilnæringer
2. Frivillighet og likemannsarbeid: etablere brobyggerroller, likemannsstøtte og veiledning
3. Samarbeid og partnerskap: ABCD, innbyggerdeltakelse i planlegging, samskappingsprosjekter
4. Økt tilgang til felleskapsressurser: nærmiljø ("nav"), bygge ned barriere for deltakelse

Styrkebaserte tilnæringer – deltagende prosesser i lokalsamfunn

Et styrkebasert perspektiv har utspring i en salutogen tenkning som flytter oppmerksomhet mot de positive aspektene ved helse, og de psykososiale forholdets betydning for å kunne leve et godt liv (Hauger 2018). Viktige faktorer er opplevelsen av mening, tilhørighet, muligheten for deltagelse og mestring. Et styrkebasert perspektiv kan både supplere rådende strategier med tanke på arbeid med ulikhet i helse og bidra med supplerende teorier og metoder om hvordan innbyggere kan involveres som samarbeidspartnere i arbeidet med å skape god helse og livskvalitet.

Formålet med styrkebaserte tilnæringer er å involvere innbyggere, brukere eller medlemmer til å være med å skape og utforme organisasjoner, institusjoner eller lokalsamfunn de bor i.

Når innbyggerne selv involveres i arbeidet med å identifisere disse ressursene i eget lokalsamfunn, vil slike prosesser kunne bidra til å utløse engasjement, styrke relasjoner og tillit mellom de som involveres i arbeidet, og fremme opplevelsen av tilhørighet og fellesskap (Cameron og Wasacase 2017). På den måten kan man også få fram ressurser hos individer, familier eller i lokalsamfunnet som har betydning for helse og som tidligere var oversett.

Kunnskapen om styrkebaserte metoder og verktøy bør spres slik at disse helsefremmende metodene kan bli benyttet i flere kommuner i Norge som en del av folkehelsearbeidet.

Tiltak for å fremme inkludering, tilhørighet, deltakelse i et nærmiljø

Aktiviteter som styrker engasjement for nærmiljøet kan føre til mer enn styrking av helse til innbyggerne. Aktivitetene medførte også økt sosial støtte, livskvalitet, kunnskap og selvtro (NICE guidelines 2016). En systematisk gjennomgang (Milton et al. 2012 i PHE 2015) av aktiviteter som skulle engasjere lokalsamfunn i å gjøre noe med påvirkningsfaktorene for helse fant at slike aktiviteter kan ha positiv innvirkning på boligforhold, kriminalitet, sosial kapital og sosial samhörighet. Både de innbyggerne som var med i aktivitetene og det større lokalsamfunnet ble påvirket av engasjementet.

Eksempler på styrkebaserte tilnærminger

ABCD er en framgangsmåte for å omsette teorier om sosial kapital til handling (Mathie og Cunningham, 2002). Konseptet har som eksplisitt formål å bringe mennesker sammen, starte prosesser som bidrar til å bygge relasjoner, skape vennskap og utvikle nettverk. Litteraturen beskriver også ABCD som en tilnæringsmåte som lokale myndigheter kan ta i bruk for å motvirke sosial ulikhet. I satsingen Helsefremmende lokalsamfunn har flere kommuner tatt i bruk ABCD. I Program for folkehelsearbeid i kommunene videreutvikles ABCD av en kommune til å benyttes sammen med barn og unge.

Re kommune har utviklet fem overordnede prinsipper som skal ligge til grunn for alt forebyggende arbeid, og i alt samarbeid med barn, unge og deres foreldre i alle tjenestene (Iversen og Bugge- Hansen, 2018). Disse prinsippene er: Styrkeperspektiv, Medvirkning, Anerkjennelse, Relasjonsfokus og Trening = SMART oppvekst. Les mer [her](#).

En forskningsgjennomgang om sosiale relasjoner (Public Health England 2015) viser at såkalte "nav" ("hubs") i nærmiljøet kan styrke sosial samhörighet ved å bringe ulike mennesker sammen på tvers av generasjoner eller sosial bakgrunn. Denne form for møteplasser kan øke sosial kapital og tillit, styrke sosiale nettverk mellom innbyggerne lokalt og øke individers kunnskap eller evner. Andre måter å styrke sosiale relasjoner lokalt er ved å øke antall lokale arrangement hvor mennesker møtes, og skape måter å dele informasjon mellom innbyggerne og gi innbyggerne mulighet til å påvirke lokale avgjørelser.

I "Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)" påpekes det at kommunene ser innsats for psykisk helse som en stor utfordring og at det er mangel på kunnskap, tiltak og verktøy for kommunale tiltak. Videre beskrives det australske programmet Act-Belong-Commit (ABC) som en aktuell innsats som har vist seg å være effektiv. Programmet har to hovedmål: oppfordre befolkningen til å gjøre noe for å styrke egen og andres psykiske helse, og legge til rette for gode lokale muligheter for å styrke psykisk helse gjennom samarbeid med kommuner, frivillige organisasjoner og lokale ambassadører. ABC er en lokalsamfunnstilnærming som flere kommuner har funnet interessant og vurderer å prøve ut i Norge.

Forslag til innsatser

- Samordne og styrke kommunerettede statlige satsinger og virkemidler som har som formål å fremme psykososiale faktorer i lokalsamfunnet, blant annet gjennom samarbeid med frivilligheten.
- Gjennom statlig og tverrsektorielt samarbeid bør det jobbes for å redusere kroniske stressbelastninger, spesielt blant mennesker med opphopning av uheldige levekårsfaktorer.

4.3 Program for folkehelsearbeid i kommunene

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en tiårig satsing fra regjeringen (2017-2027). Formålet er å styrke kommunenes arbeid med å fremme helse og livskvalitet. Satsingen skal bidra til å integrere psykisk helse og livskvalitet, og rusmiddelforebygging, i det systematiske folkehelsearbeidet etter folkehelseoven. Satsingen skal videre bidra til større oppmerksomhet mot tiltaksutvikling og evaluering. Hovedmålgruppen er alle barn og unge opp til 24 år, befolkningen generelt er sekundærmålgruppe. En nærmere beskrivelse av formål og innretning av Program for folkehelsearbeid ligger på Helsedirektoratets nettsider.

De seks fylkeskommunene som fikk tilskudd gjennom ordningen som er etablert i tilknytning til programmet er godt i gang med arbeidet. Ytterligere fem fylkeskommuner har fått innvilget tilskudd fra 2018. Det er fortsatt tidlig i programperioden, men fylkeskommunene som først mottok midler rapporterer at folkehelsearbeidet i fylkeskommunene og kommunene har blitt styrket, særlig når det gjelder samarbeid mellom kommunesektor og forsknings- og kompetansemiljøer. Modellen med samarbeidsorgan, som skal bidra til å forankre utviklingsarbeidet i kommunene og knytte forskningskompetanse til utviklingsprosjektene, ser ut til å gi flere gevinster og skal følges nærmere. Utvikling av kunnskapsbaserte lokale tiltak er hovedfokus i tilskuddsordningen. Tiltakene som er under utvikling kan kategoriseres i følgende områder: Utjevning av sosiale helseforskjeller, barnehage og skole, mestring hos barn og unge, deltakelse og aktivitet og fritid og møteplasser. Medvirkning er satt på dagsorden og samarbeidet med andre aktører styrket. Dette omfatter bl.a. kompetansesentrene utenfor de regionale helseforetakene. Det første året av satsingen Program for folkehelsearbeid i kommunene har synliggjort noen utfordringer.

Finansiering til alle fylker

Tilskuddsordningen til Program for folkehelsearbeid i kommunene har kommet i stand ved å redusere eller avslutte andre tilskuddsordninger, og slik samle midler til en ny ordning. Dette er en skjør finansieringsform. Fylkeskommuner som ønsker det, og er kvalifisert, bør få samme mulighet til å styrke folkehelsearbeidet i kommunene gjennom utvikling og evaluering av tiltak, metoder osv., Etter fordeling av tilskudd i 2017 og 2018 er det 7 fylkeskommuner som ikke er del av tilskuddsordningen. Videre er det sentralt å avklare

hvordan midlene som er fremskaffet skal benyttes når alle fylkene som ønsker har fått innvilget tilskuddsmidler.

Tilrettelegging for evaluering av tiltak

Et av hovedmålene med programmet er i større grad å få til forskningsmessig evaluering av folkehelseiltak. Midlene fra tilskuddsordningen kan benyttes til å finansiere planlegging av evalueringen (design) og selve intervensjonen. Midler til datainnsamling, analyse og rapportering kan imidlertid ikke finansieres over disse tilskuddsmidlene, men må søkes andre steder, eksempelvis fra regionale forskningsfond. Dette har vist seg å være utfordrende. Mulighetene for forskningsfinansiering på folkehelseområdet er preget av store, profesjonelle programmer, som for eksempel BEDREHELSE- og FOR KOMMUNE-programmene i Norges forskningsråd. Slike forskningsprogrammer favoriserer ikke «mindre» og mer praksisnære evalueringsprosjekter. Finansieringsordningene for tiltaksutvikling og tiltaksforskning spiller dårlig sammen.

Det er et generelt behov å bygge opp sterkere tiltaksforskingsmiljøer som forsker på reelle tiltak som utprøves og gjennomføres i regi av staten, kommuner eller andre. Dette fordrer et tettere samspill mellom forskningsmiljøer og forvaltningen på ulike nivåer, slik at vitenskapelige krav til utvikling av tiltak blir ivaretatt og at tiltak gjøres evaluerbare. Normalt vil et slikt samspill styrke kvaliteten på tiltakene, og øke sannsynligheten for ønskede effekter. Folkehelseinstituttet har styrket sin kapasitet og kompetanse når det gjelder effekt av folkehelseiltak, og bidrar inn i programarbeidet med råd og veiledning. Folkehelseinstituttet har imidlertid per i dag for liten kapasitet til å bistå med forskning på og evaluering av kommunale tiltak.

Integrering av psykisk helse og rusforebygging i folkehelsearbeidet

Tematisk har programmet en særlig oppmerksomhet mot psykisk helse og rusforebygging. Resultatmålene i programmet innebærer at kommunene skal integrere psykisk helse og rusforebygging i oversikts- og planarbeidet, og ha økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid der disse områdene inngår.

Helsedirektoratet har gjennom de siste årene bidratt til å styrke kunnskapsgrunnlaget når det gjelder psykisk helse i folkehelsearbeidet. Gjennom programmet, som også omfatter at nasjonalt nivå skal bidra med kompetansetiltak, er det tatt initiativ til å gjøre noe av det samme på området rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv. Foreløpig består dette i et oppdrag til Folkehelseinstituttet og KoRus Midt om en rapport som konseptualiserer rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv. Oppdraget omfatter også hvordan kommunen kan utvikle sitt rusforebyggende arbeid innen systematikken av folkehelseoven, og hvilke virkemidler og tiltak kommunene har til rådighet i det rusmiddelforebyggende arbeidet med barn og ungdom. Arbeidet skal omhandle sosiale og psykososiale bakenforliggende faktorer som kan påvirke rusmiddelbruk. Det skal være mindre fokus på regulatoriske og alkoholpolitiske virkemidler, da det finnes relativt mye kunnskap om dette.

Videreutvikling av data på kommunenivå

For å gi kommunene mulighet til å planlegge og styre bedre, herunder på områdene psykisk helse og rusmiddelforebygging, er det en ambisjon i programmet å videreutvikle data på kommunenivå. Folkehelseinstituttet har her en viktig rolle, særlig når det gjelder videreutvikling av folkehelseprofilene, folkehelseundersøkelse i fylkene og utvikling av måleverktøy for subjektiv livskvalitet. I tillegg er satsingen på utviklingen av Ungdata junior sentral. Ungdata junior er en spørreskjemaundersøkelse til elever på 5.–7. trinn. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge de mest sentrale områdene i barns liv, og livskvalitet, helse, venner, skoletrivsel, fritidsaktiviteter og forhold til foreldre er noe av det barna blir spurt om. Se kapittel 3.4 for mer info om Ungdata junior.

Bedre samordning på statlig nivå

Å fremme barn og unges livskvalitet og å skape gode oppvekstmiljø er en oppgave som flere departement har ansvar for, da dette i stor grad innebærer å styrke forhold og kvaliteter i barnehage, skole, nærmiljø, fritid og kulturliv. Det er en ambisjon at programmet kan virke samordnende for ulike nasjonale myndigheters arbeid mot kommunesektoren bl.a. gjennom styrket dialog og ved å samle virkemidler og statlige føringer overfor kommunene, for å lette kommunens arbeid. Så langt i programperioden er det ikke gitt tilstrekkelig oppmerksomhet til dette. Dette gjelder eksempelvis barnefattigdom og fritidserklæringen.

Spredning av kunnskap fra programarbeidet

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en omfattende satsing. Det er viktig at kunnskap, erfaringer og resultater fra programarbeidet deles og spres på tvers av kommuner og fylkeskommuner. Det er lagt opp til en relativt grundig evaluering av programmet gjennom en følgeevaluering, midtveisevaluering og sluttevaluering. Alle tiltak som prøves ut skal evalueres, noe som vil gi nyttig kunnskap. Videre må fylkeskommunene som mottar tilskuddsmidler knyttet til satsingen rapportere årlig. På denne måten vil det foreligge en god del dokumentasjon. Det må bygges opp en struktur som gir kommunene enkel tilgang til kunnskap fra programarbeidet. KS har mottatt midler til og startet læringsnettverk knyttet til programmet. Midlene varer ut 2018. Dette er imidlertid for tidlig i programarbeidet til at resultater av programarbeidet, og særlig fra tiltaksutvikling og evaluering, er klare til å formidles.

Forslag til innsatser

- Sikre finansiering til alle fylkeskommuner som ønsker det, og er kvalifisert, fra 2019/2020 og avklare videre disponering av midlene.
- Utvikle strukturer for et tettere samspill mellom forskningsmiljøer og forvaltningen på ulike nivåer slik at folkehelseiltak i større grad blir forskningsmessig evaluert.
- Styrke arbeidet med videreutvikling av relevante styringsdata på kommunenivå og inkludering av disse i folkehelseprofilene, eksempelvis data på livskvalitet, fra andre sektorer og Ungdata.

- Sørge for bedre samordning av virkemidler og satsinger på nasjonalt nivå overfor kommunene gjennom økt tverrsektorielt arbeid i programmet som har relevans for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet lokalt

4.4 Bedre helse og livskvalitet for barn og unge

Barn og unges oppvekstmiljø og levekår er viktig for deres nåværende og framtidige helse og livskvalitet. Foreldrenes oppdragerstil og deres sosioøkonomiske situasjon er selvsagt viktig, i tillegg til barnehage, skole og nærmiljø.

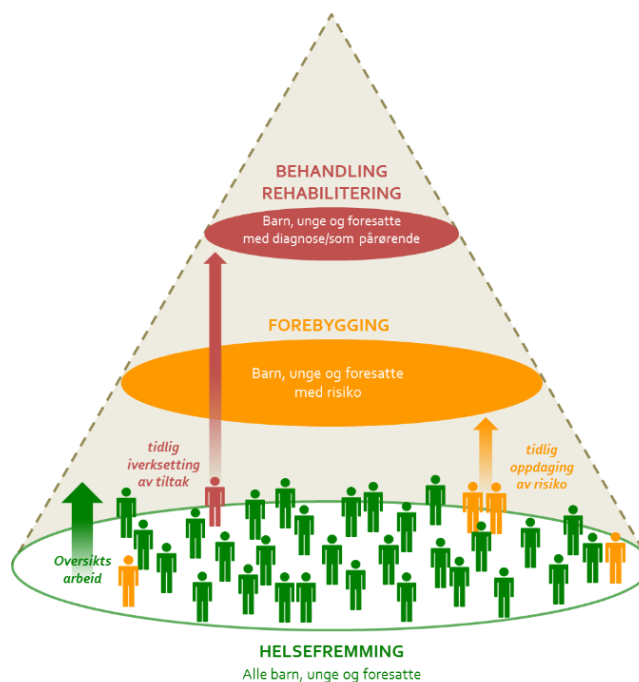
Skal vi jobbe effektivt for å fremme barn og unges fysiske og psykiske helse og deres livskvalitet, er det nødvendig å kjenne til faktorer og mekanismer som fører til utvikling av helseutfordringer. God helse og livskvalitet skapes på en rekke arenaer og livsområder, for eksempel gjennom skole, arbeid, bolig og nærmiljø og foreldre. Opplevelser som ensomhet, stress og lite sosial støtte har betydning for barn og unges livskvalitet og de skapes på de samme arenaene, som alle ligger utenfor helsetjenestens kontroll. Det er viktig å være oppmerksom på at barn og unge med

innvandrerbakgrunn kan ha andre utfordringer enn majoritetsbefolkningen og det kan være nødvendig med særlige innsatser når det gjelder inkludering og deltakelse.

I denne delen av kapittelet har vi samlet forslag til innsatser som kan bidra til å styrke barn og unges oppvekstmiljø, samt deres helse og livskvalitet.

Tidlig og tverrfaglig innsats

Både NOU 2017:12 Svikt og svik og rapporten fra Barneombudet "Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes" (2018) viser at tjenestene til barn og unge kommer for sent inn i forløp og problemutvikling. Dette får store konsekvenser for barn og unges helse og utvikling, og medfører i voksenlivet ofte høyere sykefravær og høyere forbruk av



Figur 3. Fra Helsedirektoratet (2018b)

velferdstjenester. Det er derfor viktig med både helsefremmende og forebyggende arbeid for å styrke det friske, samt at innsatsen kommer tidlig. Det er alltid en fordel å intervensere så tidlig som mulig i årsakskjeden som fører til helseproblemer. Dette innebærer at vi, dersom vi har valget, alltid bør prioritere innsats mot grunnleggende ("ultimate") årsaker til uhelse framfor mer umiddelbare ("proksimale") årsaker. Det innebærer også at intervensjoner tidlig i livet og i universelle arenaer bør prioriteres høyt, jf. illustrasjonen til høyre.

Det kan være ulike og sammensatt årsaker til at barn og unge er i risiko for fysisk og psykisk uhelse. Det kan være forhold i hjemmet, egenskaper ved barnet eller miljøet i barnehagen og skolen eller fritida, som skaper utfordringer.

De universelle tjenestene som møter alle barn og unge og deres foresatte, som barnehage, skole, helsestasjonen og skolehelsetjenesten har en sentral plass i å oppdage og følge opp målgruppen. Det er viktig at disse tjenestene både har kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer som påvirker barn og unges oppvekst, samt kunnskap om tegn og signaler hos barn og unge som lever i risikoutsatte situasjoner (Helsedirektoratet 2018b).

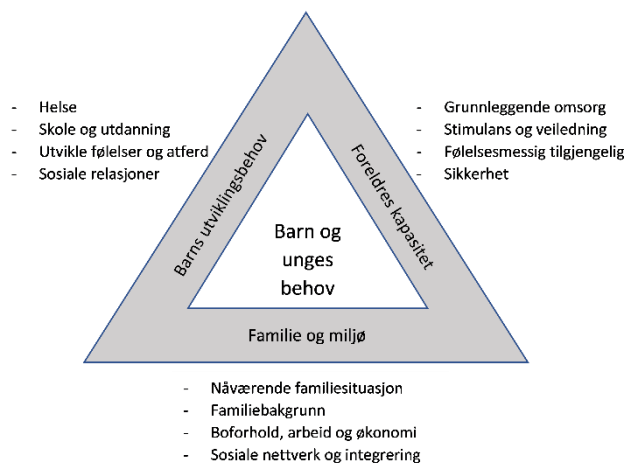
I årsrapporteringene fra fylkesmennene for 2017 pekes det på utfordringer som gjelder manglende samordning mellom ulike tjenester og at samordningen fortsatt er for dårlig mange steder. Noen peker på at kommunene har laget planer for tverrfaglig samarbeid men at disse ikke er implementert i praksis.

I 0-24-samarbeidet, som er et samarbeid mellom Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, er det gjennomført en kartlegging av hvordan gjeldende regelverk forstås og etterlevs, herunder hva som oppfattes som gråsoner og samarbeidsområder for sektorene (jf. modell fra danske Barnets Reform). Kartleggingen viser følgende:

- Reglene i sektorlovene om samarbeid på systemnivå er uklare og fragmenterte
- Pliktbestemmelsen om samarbeid på individnivå er ulikt utformet og har ulikt innhold og rekkevidde
- Samarbeid på individnivå må gjøres innenfor rammen av regler om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Kunnskap om regelverket om taushetsplikt mangler i tjenestene og bidrar til usikkerhet.

Det er ulike innsatser for modellutvikling og rammeverk for tverrfaglig samarbeid både i Modellkommuneforsøket og Bedre tverrfaglig innsats (BTI). Disse to tilskuddordningene er fra 2018 sammenslått til en samlet ordning om "systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn" (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). Det er om lag 150 kommuner som har mottatt tilskudd fra de to tidligere ordningene, og det er stor interesse fra nye kommuner om å få på plass gode strukturer for samhandling slik at brukerne opplever enhetlige og koordinerte tjenester.

Det bør framover sikres at alle som arbeider med barn og unge har en generell kompetanse om beskyttelses- og risikofaktorer slik at de har forutsetning for å tidlig kunne forstå og oppdage tegn og signaler til barn og unge som lever i risikosituasjoner, i tråd med ICS-modellens tre domener: barns utvikling, foreldrenes kapasitet og familie og miljøforhold, jf figuren til høyre (Helsedirektoratet 2018b). Statlige myndigheter bør bidra til at dette blir ivaretatt.



Figur 4. Fra Helsedirektoratet (2018b)

I tillegg har statlige myndigheter et potensiale for å bruke sine ulike virkemidler for å bidra til samhandling og samarbeid som treffer de ulike sektorene sitt samfunnsoppdrag slik at i de større grad gir entydige signaler og drar i samme retning.

Forslag til innsatser

- Relevante departementer må i større grad samordne overlappende innsatser og oppdrag som omhandler tidlig innsats og tverrfaglig samhandling. Dette kan gjøres gjennom 0-24 programmet.
- Universelle tjenester som barnehage, skole og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlege samt andre tjenester til barn og unge bør ha felles kompetanse om beskyttelses- og risikofaktorer og tegn og signaler for barn i risiko.

Arbeid med psykisk helse og livsmestring i skolen

Skolen er helt sentral for barna og ungdommenes utvikling og liv. Skolen skal ha rom for alle og blick for den enkelte. Å trives på skolen er en av de viktigste forutsetningene for å lære og et godt psykososialt miljø på skolen fremmer trivsel. Et godt skolemiljø kjennetegnes av en skole som gir elevene muligheter for å delta aktivt og utfolde seg og anledning til å oppleve læring og mestring. Det er et miljø som er preget av positive forhold mellom elevene.

Studier viser at et stort flertall av lærerne sier de ønsker at skolen skal arbeide systematisk, både for å forebygge psykiske vansker og for å fremme god psykisk helse hos elevene. Likevel er det bare et mindretall av lærerne som er enige i at skolen faktisk gjør dette, og lærere etterspør mer ressurser, kompetanse og involvering og tilrettelegging av skoleeier og -ledere (Holen og Waagene 2014).

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har gjennom de siste årene hatt et felles FoU-prosjekt (Pålshaugen og Borg 2016) for å belyse hvordan skolene kan jobbe med en bred tilnærming til og forståelse av psykisk helse-begrepet i skolen. Utgangspunktet for arbeidet har vært at det er en rekke ulike måter man både kan forstå, men også jobbe med temaet psykisk helse og livsmestring i skolen. Det er også flere målgrupper, foruten elevene og lærerne må det jobbes blant annet med skolehelsetjeneste, PP-tjeneste, skoleeiere og skoleledere m.m. med elevenes psykiske helse. Med en bred forståelse av psykisk helse, blir begrepet spesielt relevant for skolen, og det er også flere mulige tilnærminger til det å jobbe med tematikken på skolene og i samarbeidet mellom skole og helsetjenesten (Uthus 2017, Pålshaug og Borg i publisering, Bru et. al. 2016). Bakgrunnen for å ta en mer flerdimensjonal tilnærming til arbeid med psykisk helse, er at vi ser at det å jobbe med psykisk helse i skolen kan handle om flere forhold.

For det første kan det handle om elevenes kunnskap og kompetanse (health literacy). Dette innebærer kunnskap om psykisk helse, slik som følelser og tanker og omgivelsenes betydning, og det innebærer kompetanse om elevenes utvikling av sosiale og emosjonelle ferdigheter. Det brede kompetansebegrepet som skal innarbeides i de nye læreplanene involverer både kognitive og praktiske ferdigheter, og sosial og emosjonell læring og utvikling (NOU 2015:8).

For det andre handler det om at undervisningen må bidra til å fremme en god psykisk helse hos elevene. Måten læreren gjennomfører undervisningen og læringsaktivitetene på, om klasseledelse, relasjoner, elevmedvirkning, tilpasset opplæring, bruk av læringsmidler og digitale verktøy, mv. er her relevant. Lærere og skoleledelse kan også være målgruppen for arbeid med psykisk helse og livsmestring i skolen. Utvikling av ferdigheter hos lærerne kan skje gjennom analyse av egen praksis og å forbedre denne, med mål om å fremme alle elevers helse, trivsel og læring. Skoleledelsen kan bidra ved å legge til rette for møteplasser der dialog og analyse av egen praksis mellom lærerne kan skje.

For det tredje handler det om å tilrettelegge for sosiale aktiviteter som kan bidra til å fremme et godt skolemiljø. I skolene tar dette mange ulike former; miljø-/ trivselstiltak som friluftaktiviteter, skolefrokost, fadderordninger og markering av verdensdagen for psykisk helse.

For det fjerde må man arbeide med å forebygge og forhindre det som virker negativt på den psykiske helsen. Dette kan for eksempel handle om tiltak mot mobbing eller tiltak mot prestasjonspress, mv.

Og for det femte er skolen også nødt til å gi profesjonell hjelp til elever som trenger det. Her må skolen samarbeide med PPT, helsesøster og andre. Skoleledelsen kan bidra gjennom å legge til rette for et godt samarbeide mellom skolen, PP-tjenesten og kommunens helsetjenester.

Forslag til innsatser

- Innarbeide en bred tilnærming og forståelse av psykisk helse i skolesektoren som en del av utvikling og implementering av nye læreplaner.
- Få mer kunnskap om hvordan varierte undervisningsformer og hvordan ulike krav knyttet til omfang av prøver, bruk av karakterer, innleveringer og lekser m.m. påvirker elevenes helse og trivsel.

Stress og press blant ungdom

De siste 10 årene har vi sett en stadig økning av selvrapporterte psykiske helseplager blant ungdom. Denne utviklingen finner vi særlig hos jenter og det relateres ofte til økt press blant ungdom (Collishaw 2015; von Soest & Wichstrøm 2014). Men det er verdt å merke seg at det er store variasjoner mellom ungdom. Det er et mindretall som opplever press på mange områder; en av ti har problemer med å takle press i hverdagen, og jenter er betydelig mer utsatt enn gutter. En slik nyansering er viktig å påpeke særlig med tanke på at stress i seg selv ikke er negativt, men at det er håndteringen av det som er sentral.

Vi vet lite om årsakene til en slik utvikling de siste årene, men to områder har vært av særlig interesse for å studere nærmere; skolerelatert stress og press knyttet til kropp og utseende (Sletten og Bakken 2016) og som vi nå har fått mer forskning på.

Helsedirektoratet og Barne- og likestillingsdepartementet har videre gitt NOVA i oppdrag å studere disse fenomenene nærmere. Resultater fra studien vil publiseres senere i 2018.

Skolen

De fleste elever i norsk skole trives godt på skolen. Ni av ti elever svarer at de trives godt, og tre prosent sier de ikke trives noe særlig eller ikke i det hele tatt (Wendelborg 2017). Samtidig vet vi at mobbing og manglende mestring er blant de mest alvorlige risikofaktorene for dårlig psykisk helse. Studier har dokumentert klare sammenhenger mellom tilfredshet med livet, trivsel på skolen og elevenes prestasjoner (Patel 2007; Sletten og Bakken 2016). Elever som ikke opplever å mestre skolen og innfri prestasjonskravene risikerer å utvikle psykiske helseproblemer (Moksnes 2016; Sletten og Bakken 2016)

NOVA har på oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne- og likestillingsdepartementet sett nærmere på Ung i Oslo-undersøkelsen knyttet til skolestress, kroppsbildeoppfatninger og bruk av sosiale medier. Det har også vært gjennomført fokusgruppeintervjuer om temaene. De finner en sterk sammenheng mellom skolepress og psykiske plager. Ungdommene snakker om dette på to måter; for det første handler det om det daglige skolepresset med mange arbeidsoppgaver og høyt arbeidspress, og for det andre handler det om fremtidsutsikter og muligheter knyttet til jobb og utdanningsvalg (Eriksen et al. 2017).

I en større kunnskapsoppsummering (Lillejord et al. 2017) vises det til tre ting som gjør skoleelever stresset:

- Det første er stress som skapes av lekser eller tidspress om å bli ferdig med skolearbeid.
- Det andre handler om elevenes egne ambisjoner; å ha en identitet som «flink på skolen» eller ønsket om å komme inn på spesielle studier, skaper ofte stress.
- Det tredje handler om sosiale relasjoner; dårlig forhold til medelever eller at lærere stresser mange elever.

Forskning viser at det er uklare grenser for hva som forventes av lærere og hva som forventes av helsepersonell i arbeidet med å skape et godt psykososialt skolemiljø (Borg et al. 2015). Lærere opplever at de har for lite kunnskap om psykisk helse til å jobbe godt med dette i skolen (Holen og Waagene 2014; Ekornes 2016). Arbeidet med psykisk helse kan derfor ofte bli preget av brannslukkingsarbeid mer enn helsefremmende og forebyggende, og psykisk helsearbeid blir ofte overlatt til sosial- og helsepersonellet i skolen (Pålshaug og Borg, i publisering).

Sosiale medier og kroppspress

Vi har mange antagelser om hvordan sosiale medier preger ungdoms kroppsbylde og selvtillit, men i liten grad kunnskap og forskning på feltet. I særlig grad har vi lite kunnskap om barn under ungdomsskolealder og hvordan dette utvikler og utspiller seg over tid.

Mye av aktiviteten til ungdom på sosiale medier er lystbetont, og ungdom selv opplever mobilen og sosiale medier som en stress-fri sone og en aktivitet som kan gi avkobling og glede (Eriksen et al. 2017). Det kan hjelpe oss i å føle oss mindre ensomme og pleie forhold til de vi kjenner fordi det gjør sosial omgang med andre mennesker mye lettere (Castellacci og Tveito 2018). Samtidig viser Ung i Oslo-undersøkelsen en relativt sterk sammenheng mellom kroppsbylde og depressive symptomer for jenter, mens sammenhengen for gutter er noe svakere (Eriksen et al. 2017). Således kan sosiale medier oppfattes både som en beskyttelsesfaktor, men også som en negativ stressor i ungdoms liv. Sosiale medier fungerer som et forsterkende mellomledd for de ungdommene som opplever negativt press (Eriksen et al. 2017).

Oppdraget gitt til NOVA som ble nevnt ovenfor vil blant annet se på sammenheng mellom press og problemer med å takle presset. Men det er behov for mer forskning og kunnskap om stress og press blant ungdom og konsekvenser det kan ha for deres helse og livskvalitet.

Forslag til innsatser

- Kvalitativ forskning og longitudinelle data for å forstå barn og unges bruk av sosiale medier og påvirkning på helse (jf. forslag om utvidelse av Ungdata)

- Mer kunnskap om sosiale/digitale medier som miljøfaktor for barn og unges psykiske helse og livskvalitet, hvordan det kan ses som en beskyttelsesfaktor og som en risikofaktor og hvordan dette kan benyttes i helsefremmende og forebyggende arbeid blant ungdom.

Fritidsarenaer og oppsøkende ungdomsarbeid

Faktorer som kan bidra til å fremme psykisk helse er mestring, tilhørighet, personlig vekst, autonomi, opplevelser av mening, delte mål og verdier og positive relasjoner. Ved å delta i fritids- og kulturtilbud og gjennom å bli inkludert i aktiviteter som gir sosial kontakt og nettverk, kan barn og unge oppleve en følelse av å høre til og bidra i samfunnet. Slike møteplasser kan også samle mennesker som det offentlige vanligvis ikke når frem til.

Lokalt har fritidsklubbene lagt til rette for ungdom som deltakere i sosiale fellesskap og lystpreget aktivitet basert på egne og individuelle forutsetninger. På sitt beste er fritidsklubben et attraktivt sted ungdom går til fordi de der kan møte folk de har lyst til å omgås med (Vestel og Smette 2007).

Rekrutteringen til fritidsklubber er bred, og ingen grupper er betydelig over- eller underrepresentert, selv om det kan være store lokale variasjoner. Tallene viser likevel at det er noen grupper som bruker fritidsklubbene mer enn andre. Analyser viser at det er en sosial gradient også i bruk av fritidsklubbene; jo mere sosioøkonomiske ressurser i hjemmet, desto færre bruker tilbudet (Andersen og Seland, i utarbeidelse). Ødegård og Fløademo (2015) viser at særlig gutter med etnisk minoritetsbakgrunn er underrepresentert i mange tradisjonelle organiserte aktiviteter; med unntak av fritidsklubber. Fritidsklubbene representerer en viktig arena for grupper av unge som ofte faller utenfor andre fritidsaktiviteter.

Fritidsklubber og ungdomshus er ikke en lovpålagt oppgave for kommunen. Men det har vært et uttalt mål av statlige myndigheter at fritidsklubber skal være et aktivitetstilbud som skal nå ut uavhengig av sosial bakgrunn (Barne- og likestillingsdepartementet 2009). Samtidig er det få fagpolitiske dokumenter som de siste årene har omtalt fritidssektoren og fritidsklubber som en del av det lokale folkehelsearbeidet, og ingen dokumenter som omtaler fritidsklubber i sammenheng med ungdoms psykiske helse (Andersen og Seland, i utarbeidelse). Kulturutredningen (NOU 2013:4) omtalte fritidsarenaen som "den glemte kulturarenaen", men lite ble gjort i oppfølgingen. Fritidsklubber og kommunal fritidssektor kan på mange måter omtales som en glemt arena innen folkehelsearbeidet.

Vi vet at det er store lokale variasjoner både når det gjelder innhold, kompetanse, ressurser og politisk vilje lokalt for å satse på ungdomshus og fritidsklubber (Gjertsen og Olsen 2011). I underkant av 1/3 av ungdomsskoleelever er aktive i en ungdomsklubb, men det er veldig store forskjeller mellom kommuner. Nedgang i antall årsverk i sektoren har vært på

36 prosent siden 2007 (0,4 årsverk per stilling), og bare en av fire kommunale ledere mener ansatte i fritidsklubber har tilstrekkelig kompetanse.

Helsedirektoratet har gitt NOVA i oppdrag å kartlegge bruk av fritidsklubber og ungdomshus og se arbeidet inn i det lokale folkehelsearbeidet. Når kartleggingen foreligger bør den følges opp med sikte på å styrke fritidssektoren som en del av kommunens folkehelsearbeid. Foreløpige funn viser at ungdom som bruker fritidsklubbene hyppigst (4-5 ganger i måneden og mer) skiller seg negativt ut på variabler som angår folkehelse (vurdering av egen helse, symptomer på depressivitet, kriminalitet, rus, sosiale relasjoner med unntak av vennerelasjoner, ensomhet) (Andersen og Seland, i utarbeidelse).

Kompetansen til ungdomsarbeidere bør også styrkes gjennom å legge til rette for et utdanningstilbud. Organisasjonen "Ungdom og Fritid" har startet et samarbeid med Høgskolen Sørøst-Norge om et 15 studiepoengs opplæringsprogram for ungdomsarbeidere med fokus på relasjon, relevans og ressurs.

Ansatte i fritidssektor og oppsøkende ungdomsarbeid er en viktig ressurs i det helsefremmende og forebyggende barne- og ungdomsarbeidet i kommunene. En kartlegging av oppsøkende tjenester gjennomført av Korus Oslo i 2015 viser at det er om lag 100 kommuner som har en oppsøkende ungdomstjeneste (Pedersen 2015). Oppsøkende tjeneste er ikke en lovpålagt virksomhet og hver kommune kan derfor fritt utforme sin oppsøkende tjeneste.

Kartleggingen viser at de fleste oppsøkende tjenestene arbeider i hovedsak med ungdom mellom 13 og 23 år. Deres viktigste målsetting er å jobbe med generelt forebyggende arbeid, men rusforebyggende arbeid peker seg ut som det mest dominerende. Virksomhetene er som oftest permanente tjenester, og de fremstår som en godt integrert del av det helse- og sosialfaglige hjelpetilbudet til ungdom. Arbeidet dreier seg om å inkludere de aller mest utsatte unge i relasjoner, i aktiviteter og i kontakter med andre tjenester og systemer som kan bidra til at færrest mulig unge faller utenfor.

I lys av kommunens folkehelsearbeid og Program for folkehelsearbeid i kommunene, som retter seg primært mot barn og ungdom, fremstår de oppsøkende tjenestene som en særlig godt egnet virksomhet for å kunne etablere selektive og brukerorienterte innsatser rettet mot unge i kommunene. Per i dag er det ikke gjennomført effektstudier av oppsøkende virksomhet og det er behov for at arbeidet i større grad sikres gjennom kvalitets- og metodeutvikling. ACT- (Assertive Community Treatment) og FACT-modellene (Fleksibelt ACT) har imidlertid blitt grundig evaluert og evalueringen viser gode resultater. Det er mange likhetstrekk mellom oppsøkende ungdomstjenesters arbeid i kommunene og ACT/FACT. Problemene de skal forebygge er de samme (rus, psykisk helse), men ACT og FACT jobber mer individ-rettet enn det oppsøkende tjenester gjør.

Forslag til innsatser

- Styrke fritidssektoren for barn og unge og oppsøkende ungdomsarbeid som en del av kommunens folkehelsearbeid.
- Styrke kompetansen til ungdomsarbeidere gjennom å legge til rette for et utdanningstilbud.
- Vurdere økonomiske insentiver for å styrke kompetansen i sektoren og tilbudet til barn og unge i kommunene.
- Igangsette et utviklings- og evalueringsarbeid for å styrke kunnskapen om virksomme innsatser for de oppsøkende tjenestene rettet mot ungdom.

Bedre kunnskap om barn og unges oppvekstvilkår

Alderen 10-12 år er en brytningstid mellom barndoms- og ungdomstid hvor det ofte skjer store endringer i barnas identitetsutvikling, med løsrivelse fra foreldre og tettere forbindelser til venner og aktiviteter utenfor hjemmet. Vi vet i dag mindre om barn i denne aldersgruppen sammenlignet med eldre og yngre grupper.

Ungdata Junior er en spørreundersøkelse til elever i 5.-7.-trinn og ble prøvd ut og gjennomført i Asker og Bærum i 2017 (Løvgren og Bakken 2017a; Løvgren og Bakken 2017b). Hovedkonklusjonen i arbeidet er at gjennomføringen av Ungdata junior var vellykket, og at både spørreskjema og metode for datainnsamling fungerte godt (Løvgren og Overå 2018).

Ungdata gir et godt oversiktsbilde både nasjonalt og lokalt. Intensjonen med Ungdata junior er å kartlegge hvordan barn har det og hva de driver med i fritiden. Undersøkelsen omfatter temaer som venner, skole, nærområdet, foreldre, helse, mobbing, mediebruk og deltakelse i fritidsaktiviteter. Data fra undersøkelsene vil kunne være med å gi kommunene et mer fullstendig oversiktsbilde over barnas oppvekstvilkår og danne grunnlag for en lokal oppvekstpolitikk (Løvgren og Bakken 2017a og b).

Gjennom øremerkinger i statsbudsjettet i forbindelse med utviklingsarbeidet Program for folkehelsearbeid i kommunene har Helsedirektoratet finansiert en pilotering av Ungdata Junior i 2017 og en gjennomføring i om lag 20 kommuner og bydeler i Oslo i 2018. Helsedirektoratet mener imidlertid det bør legges til rette for en permanent finansiering slik at alle kommuner i Norge tilbys å kunne gjennomføre Ungdata junior fra 2020.

I tillegg til en utvidelse av Ungdata ned til femte klasse, er det gjennom 0-24-samarbeidet uttrykt et sterkt behov for en systematisk innsamling av kvalitative longitudinelle data av unges oppvekstmiljø. Slike data vil gjøre det mulig å forstå og forebygge de ofte sårbare overgangene mellom barndom, ungdom og inn i voksenlivet. Kvalitative longitudinelle data vil gjøre det mulig å gå inn i og forstå de sosiale mekanismene bak Ungdata-tallene i mye større grad og legge til rette for å utvikle treffsikre tiltak.

Forslag til innsatser

- Utvidelse av Ungdata ned til femte klasse ("Ungdata junior")
- Systematisk innsamling av kvalitative longitudinelle data om unges oppvekstmiljø

Bedre kunnskap og oppfølging av barn og unge som utsettes for mobbing

Det å bli utsatt for mobbing har helsemessige konsekvenser, blant annet emosjonelle problemer som depresjon og angst, psykosomatiske plager som hodepine, magesmerter og søvnvansker, problemer med selvtillit og selvfølelse, selvmordstanker og aggressiv atferd (Breivik m. fl. 2017).

Nyere forskning tyder dessuten på at barn som mobbes, kan ha psykotiske symptomer og symptomer på posttraumatisk stress (PTSD). Det er dokumentert at mobbing i oppveksten kan føre til depressive tanker mange år etter, også inn i voksenlivet. Det å bli utsatt for mobbing har en sammenheng med svakere skoleprestasjoner (i snitt en karakter lavere), og at elever med veldig høyt skolefaglig nivå er mer utsatt enn andre (Breivik m.fl. 2017). Det har vært arbeidet en del med forebygging og avdekking av mobbing.

To rapporter som oppsummerer kunnskap om mobbing konkluderer med at det er behov for mer forskning, og spesielt på effektive tiltak for barn og unge som har blitt utsatt for mobbing (Breivik m.fl. 2017). Rapportene har tatt utgangspunkt i hva som finnes av forskning og erfaringsbaserte tiltak i skolen. Det foregår også mobbing i barnehagen, og det er gjort lite forskning på tiltak for de små barna som opplever å bli mobbet, utestengt eller krenket.

Den foreliggende oppsummeringen av forskning om oppfølgingstiltak viser at det er gjennomført svært få tiltaksstudier når det gjelder oppfølging eller støtte til dem som har blitt utsatt for mobbing. Videre mangler det forskning om oppfølging i form av tilrettelegginger i lærings- eller skolemiljøet som kan hjelpe dem som er blitt utsatt for mobbing, og samtidig tyder forskning på at oppfølging etter mobbing hjelper.

Forslag til innsats

- Forsterket innsats mot mobbing med utprøving av tiltak, for eksempel en pilot, som sikrer tett oppfølging av den som har vært utsatt for mobbing og der skolen, helsesektoren og familien involveres.

Bedre seksualitetsundervisning i skolen

Helsedirektoratet har ansvar for å følge opp regjeringens strategi for seksuell helse. Det skal sikres at alle får tilpasset informasjon om seksuell helse i alle aldre, uansett kulturell bakgrunn og funksjonsevne, og i ulike livssituasjoner.

15 prosent av norske menn og kvinner oppgir å ha vært utsatt for en eller flere former for seksuelle overgrep før fylte 18 år, klart flest av disse er jenter. Fem prosent av kvinner og en prosent av menn har opplevd voldtekt etter straffeloven da de var barn. En spørreundersøkelse hos voksne viser at om lag 30 prosent hadde opplevd mindre alvorlig fysisk vold fra foreldrene før de fylte 18 år (Folkehelseinstituttet 2016b). Om lag fem prosent hadde opplevd alvorlig fysisk vold. Forskning viser at det er en sammenheng mellom barndomstraumer og flere helseproblemer, depresjon og rusmisbruk i voksen alder (Felitti et al. 1998). En FAFO-rapport fra 2017 om seksuell trakassering blant medlemmer i ulike fagforeninger, bekrefter også at flere som opplever trakassering i arbeidslivet også har sykefravær som helt eller delvis skyldes trakasseringen (Bråten M, Øistad BS 2017).

Barneombudets rapporter (2018b) om seksuell trakassering blant barn og unge viser at barn og unge ønsker seg mer seksualitetsundervisning, der grenser og bruk av sosiale medier er spesielt viktig. Den samme rapporten sier at barn og unge ønsker seg mer kunnskap om hva de har rett til å ikke godta fra andre, både seg imellom og fra voksne.

Seksuelle overgrep og krenkelser forebygges blant annet ved å gi barn og ungdom kunnskap om egen kropp, grenser og autonomi. Dette gjøres på flere arenaer på kommunalt og nasjonalt nivå innen helsetjenester og innen undervisning. Helsedirektoratet bør jobbe for å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om seksuell helse til å møte elever med ulike utfordringer knyttet til kjønn, seksuell orientering og funksjonsevne på en kultursensitiv måte.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet samarbeider om en kartleggingsundersøkelse av seksualitetsundervisningen. Basert på resultatene vil det formuleres tiltak for en bedre undervisning som skal følges opp i Kunnskapsdepartementet og i Helse- og omsorgsdepartementet. Kartleggingsundersøkelsen avsluttes i juni 2018. Deretter vil en uavhengig faggruppe gi anbefalinger som bør forankres og følges opp i begge direktorater og departementer.

Forslag til innsats

- Oppfølging av tiltak for bedre seksualitetsundervisning i skolen

Forebygging av cannabisbruk blant ungdom

Utprøving og bruk av rusmidler er en risiko som mange unge utsettes for og dette kan medføre helsemessige og sosiale konsekvenser for de unge, både akutte og langsiktige. Å jobbe for å forebygge bruk av rusmidler gjennom å skape trygge oppvekstmiljøer, gi ungdom god informasjon om mulige konsekvenser ved bruk og styrke deres holdninger mot bruk av ulike rusmidler er derfor viktig. Det forebyggende arbeidet som gjøres mot bruk av tobakk og alkohol kan også bidra til å forebygge bruk av illegale rusmidler.

Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet i Norge. Nasjonale tall fra Ungdataundersøkelsen til NOVA i 2017 viser at det på ungdomstrinnet var 3 prosent som har prøvd cannabis/hasj. På videregående er det betydelig flere som har brukt slike stoffer: på VG3 hadde 23 prosent av guttene og 13 prosent av jentene prøvd hasj eller marihuana i løpet av det siste året. Sju prosent av elevene på videregående hadde prøvd to eller flere ganger (Bakken 2017). Ungdatas analyser viser også at det er en sammenheng mellom bruk av cannabis og psykiske plager. Nyeste tall for Oslo (Bakken 2018) viser at det er langt flere som har prøvd cannabis siden forrige Oslo-undersøkelse i 2015 (utbredelsen er høyest i Oslos vestlige bydeler). Samlet er det 15 prosent av ungdommene i Oslo som har prøvd cannabis i løpet av det siste året, og det er en betydelig økning i ungdommer som har blitt tilbudt hasj. Mot slutten av videregående skole har om lag 4 av 10 gutter og litt over 2 av 10 jenter brukt cannabis. For noen handler dette om en engangsforeteelse, men de fleste ungdommene som har prøvd har gjort det flere ganger (Bakken 2017).

Folkehelseinstituttet har gjennomført en undersøkelse blant unge voksne på byen der de blant annet gjennom spyttprøver fant høy bruk av illegale rusmidler. 25 prosent av de testede personene hadde nylig brukt ett eller flere illegale stoffer; 14 prosent testet positivt på cannabis og 14 prosent på kokain. Dette er svært høye tall sammenlignet med undersøkelser av hele befolkningen (16-64 år), der omkring halvannen prosent svarer at de har brukt cannabis siste fire uker og under en prosent at de har brukt kokain siste 12 måneder. Folkehelseinstituttets studium avdekket også høyt alkoholinntak blant unge mellom 16-20 år, og halvparten i denne aldersgruppen hadde brukt et illegalt rusmiddel i løpet av siste 12 måneder (Nordfjærn m.fl. 2016).

Norske helsemyndigheter har et ansvar for å ha kunnskap om og informere om ulike rusmidler og mulige konsekvenser. Når det gjelder cannabis er det viktig at vi har oppdatert kunnskap og kan gi entydig informasjon og råd til ungdom, men også til resten av befolkningen. Det bør tas initiativ til å gjennomgå forliggende kunnskap om helsemessige og sosiale konsekvenser ved bruk av cannabis. Denne kunnskapen kan deretter danne grunnlag for å utvikle kunnskapsbasert informasjon og anbefalinger rettet mot den norske befolkningen. I den forbindelse kan [Canadas retningslinjer](#) være verdt å se nærmere på. I tillegg er det behov for å få mer kunnskap om utbredelse og skader ved bruk av syntetisk cannabis.

Forslag til innsats

- Kunnskapsgjennomgang og utvikling av forebyggende anbefalinger om bruk av cannabis

5 Et trygt og helsefremmende lokalsamfunn

Norge står overfor en rask befolkningsvekst i bysentra og tettbygde strøk, herunder fortetting og potensielt redusert bokvalitet i områder med stort press. Utforming av fysisk miljø har betydning for tilgjengelighet, fysisk aktivitet, opplevelsen av trygghet, forebygging av skader og ulykker, psykisk helse og deltakelse i sosiale aktiviteter, i tillegg til å sikre ren luft, rent vann og rent miljø.

Temaområdene i dette kapitlet bidrar til å oppfylle flere av FNs bærekraftsmål. De viktigste er mål #3 God helse om sikring av god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder; mål #10 Mindre ulikhet; mål #11 Bærekraftige byer og bysamfunn om å gjøre byer og lokalsamfunn inkluderende, trygge, motstandsdyktige og bærekraftige; mål #4 God utdanning som omfatter skoler av høy kvalitet som kan gi godt læringsutbytte; mål #16 Fred og rettferdighet som omfatter sikring av inkluderende, medbestemmende og representative beslutningsprosesser på alle nivåer; og mål #17 Samarbeid for å nå målene som omfatter fremme av samarbeid og partnerskap.



Flere delmål under disse målene vil være relevante her, men vi vil særlig fremheve følgende delmål under #11 Bærekraftige byer og bysamfunn:

11.3: Innen 2030 oppnå en mer inkluderende og bærekraftig urbanisering med mulighet for en integrert og bærekraftig bosettingsplanlegging og -forvaltning som gir medbestemmelse i alle land.

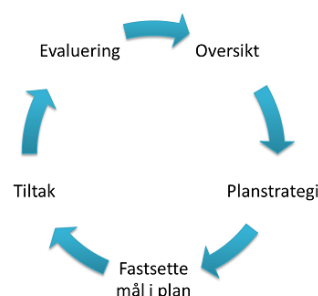
11.7: Innen 2030 sørge for allmenn tilgang til trygge, inkluderende og lett tilgjengelige grøntområder og offentlige rom, særlig for kvinner, barn og eldre samt personer med nedsatt funksjonsevne.

5.1 Kommunenes systematiske folkehelsearbeid og statens understøttelse

Folkehelseloven har vært virksom i seks år. Kommunene er gjennom loven gitt et betydelig ansvar for folkehelsearbeid, ut fra virkemidlene kommunene rår over. Arbeidet i kommunene har hatt en tydelig positiv utvikling siden 2012.

Statens understøttelse har bl.a. vært knyttet til utarbeidelse og formidling av råd og veiledning, videreutvikling og formidling av styringsinformasjon, etablering av møteplasser og forvaltning av tilskudd til lokalt folkehelsearbeid.

Folkehelseloven legger opp til en systematisk arbeidsform, som skal bidra til langsiktighet, tverrsektoriell innsats og politisk forankring, jf. figuren til høyre. For kommunene innebærer dette å ha oversikt over folkehelsesituasjonen i egen befolkning, planforankring av mål, samt tiltak og evaluering av



kommunens folkehelsearbeid på kort og lang sikt. Systematisk folkehelsearbeid illustreres ofte gjennom modellen vist her.

Systematisk folkehelsearbeid

Kommunene orienterer seg i større grad enn tidligere mot en systematisk inngang på folkehelsearbeidet (Helgesen et al. 2017), men det er fortsatt stor variasjon i forankring og implementering av systematikken og statens tilrettelegging og understøttelse bør derfor styrkes videre (Riksrevisjonen 2015). Nasjonale, regionale og lokale myndigheter har samtidig gjort seg noen erfaringer om bruk av loven i seg selv, og det kan være behov for å operasjonalisere og eventuelt justere noen elementer. Dette kan for eksempel være knyttet til kommunens oversiktskrav (løpende oversikt og oversiktsdokument), og at kommunenes folkehelseoversikt bør baseres på informasjon fra alle relevante tjenester i kommunen, og ikke kun fra kommunale helse- og omsorgstjenester.

Forenkle og forbedre forutsetningene for et godt kunnskapsgrunnlag

Folkehelseloven § 5 krever at kommunene skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som påvirker denne. I dag har majoriteten av kommunene et oversiktsdokument, og synes å bruke dette i sitt arbeid (Helgesen et al. 2017).

Helsedirektoratet erfarer samtidig at det er potensial for å forenkle og forbedre kommunenes forutsetninger for å kunne utvikle et godt kunnskapsgrunnlag, herunder avdekke kommunens viktigste folkehelseutfordringer.

Støtte til kommunene på statistikkområdet

Folkehelseoversikten skal baseres på data blant annet fra statlige helsemyndigheter (folkehelseloven § 5 bokstav a). Folkehelseinstituttets årlige folkehelseprofiler til kommunene er her sentrale. Folkehelseprofilene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Folkehelseprofilene har vært i en utvikling og de senere år har flere indikatorer fra blant annet Ungdata blitt innlemmet. Datakildene som benyttes til profilene er nasjonale helseregistre, i tillegg til andre nasjonale registre. Kommunene har et behov for at profilene videreutvikles til i større grad å inneholde helsefremmende indikatorer enn tilfellet er i dag (Hofstad 2018). I dag er statistikken i folkehelseprofilene på kommunenivå, selv om de største bykommunene også mottar data på bydelsnivå. Det er ønskelig at alle kommuner kan få tilgang til data på lavere geografisk nivå. Dette vil øke kommunenes kunnskap om utfordringsbildet i kommunen.

Samtidig opplever kommunene at nasjonale kilder til informasjon er ukoordinert. Det oppleves utfordrende å måtte forholde seg til flere nasjonale kilder og være oppdatert på hvilken informasjon som finnes de ulike stedene. I dag utvikler flere direktorater, og andre aktører, databaser hver for seg som kan resultere i spredt og ukoordinert informasjonstilgang fra nasjonalt nivå. Vi ser derfor et behov for bedre samordning av nasjonal informasjon/statistikk.

Helsedirektoratet opplever et ønske fra kommuner og fylkeskommuner om utvikling av et indikatorsett på folkehelseområdet (kjerneindikatorer). Mange ser det som utfordrende å skulle følge med på et stort antall indikatorer, og ønsker et minimumssett.

Helsedirektoratet har forståelse for dette, men har samtidig behov for mer kunnskap, om hvordan et indikatorsett eventuelt kan utvikles og innrettes, og om hensiktsmessigheten og nytten for kommunene.

Medvirkning

Folkehelsearbeidet etter folkehelseloven er tett koblet til plan- og bygningsloven, og denne lovens prosesser med krav om medvirkning. Medvirkning etter planloven handler om enkeltpersoners og gruppers rett til å kunne delta i, og påvirke offentlige utrednings- og beslutningsprosesser (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2014a). Medvirkning er samtidig et prinsipp i folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Innflytelse og delaktighet i samfunnet er samtidig sentralt for helse. Det omfatter blant annet demokratideltakelse og deltakelse i sivilsamfunnet. I Sverige pågår et arbeid knyttet til videreutvikling av politikken for å utjevne sosiale helseforskjeller (SOU 2017), der kontroll, innflytelse og delaktighet er foreslått som ett av åtte innsatsområder.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet iverksatt et utviklingsarbeid om helsefremmende nærmiljø og lokalsamfunn (2015-2018), Nærmiljøprosjektet. Utprøving og utvikling av metoder for medvirkning er sentralt i dette, samt å innhente kvalitativ lokalkunnskap som kan supplere kommunenes folkehelseoversikter som grunnlag i planprosesser og konkrete folkehelseiltak, jf. folkehelseloven § 5c om kunnskap om miljø og lokalsamfunn. Erfaringer fra Nærmiljøprosjektet så langt, er blant annet at det har vært arbeidet svært godt med medvirkningsmetoder, og at en rekke ulike metoder og verktøy for medvirkning er prøvd ut (foreløpig evaluering i Bergem et al. 2018; endelig evaluering skal foreligge våren 2019). Utfordringer framover synes å være å gjøre medvirkning til en integrert del av arbeids- og kunnskapsprosesser.

Et annet parallelt prosjekt til Nærmiljøprosjektet er Innovasjonsprosjektet Folketråkk. Design og arkitektur Norge (DogA) er prosjekteier. Det er etablert en styringsgruppe med representanter fra blant annet Kommunal- og moderniseringsdepartementet, forskningsinstitusjoner, en utbygger og andre direktorater deltar, herunder Helsedirektoratet. Folketråkk har som utgangspunkt at medvirkning i planarbeid vil gjøre planlegging av byer og steder smartere og bedre rustet til å møte utfordringer knyttet til blant annet demografi, urbanisering og klima. Medvirkning er samtidig krevende å gjennomføre i praksis, og gjennom Folketråkk-prosjektet ønskes det å gjøre noe med det. En ambisjon på sikt, er utvikling av en smart database som skal samle informasjon fra ulike eksisterende kilder, i tillegg til informasjon fra blant annet medvirkningsprosesser.

I Nærmiljøprosjektet synes det videre å være utfordringer knyttet til bearbeiding og analyse av innhentet informasjon (Bergem et.al 2018). Observasjonen fra dette prosjektet støttes

gjennom tilbakemeldinger som kommer fra kommuner på samlinger o.l. Det gjelder kvalitativ informasjon i seg selv, men også sammenstilling av informasjon fra ulike kilder, kvalitativt og kvantitativt. Bearbeiding og analyse er en forutsetning for å kunne vurdere informasjon som er innhentet, og legger grunnlaget for videre oppfølging i plan- og utviklingsarbeid, og tiltak. NIBR gjennomførte i 2014 en kartlegging av lokalt folkehelsearbeid på oppdrag for Helsedirektoratet (Hofstad m.fl. 2015). Her vises et behov for kompetanse blant annet på analyse.

Styrke arbeidet med folkehelse i planlegging

Plan- og bygningsloven er det viktigste virkemiddelet kommuner og fylker har til å sette mål og strategier for samfunnsutviklingen de ønsker tilpasset lokale og regionale forhold. Planlegging etter planloven er samtidig et sentralt samordnings- og prioriteringspolitisk virkemiddel på kommunalt- og fylkeskommunalt nivå. Forankring i plan ivaretar langsiktighet, det demokratiske perspektivet og kontinuitet i arbeidet.

Undersøkelser viser at to tredjedeler av kommunene bruker folkehelseoversikten (jf. folkehelseloven § 5) inn i planstrategiarbeidet. Godt over halvparten bruker oversikten inn i kommuneplanens samfunnsdel, men kun en fjerdedel når det gjelder arealplanen. De fleste fylkeskommuner som har utarbeidet regional folkehelseoversikt, bruker denne blant annet i arbeidet med planprogram, regional planstrategi og andre fylkeskommunale planer (Helgesen et al. 2017).

På tross av at mange kommuner har innarbeidet folkehelse på et overordnet og strategisk nivå i sine planer (kommuneplanens samfunnsdel og planstrategien), så gjenstår det blant annet å gjøre folkehelseutfordringene relevante og tilgjengelige for samfunns- og arealplanlegging (Hofstad 2018). En annen utfordring er usikkerhet knyttet til koblingen mellom folkehelseutfordringer og økonomiplanen, men også andre planer i det kommunale planhierarkiet (Helgsen et al. 2017). Utfordringene til folkehelse i planlegging kan ses i sammenheng med generelle utfordringer knyttet til planlegging etter plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017a). Det er generelt behov for å styrke sammenhengen mellom samfunnsdelen og arealdelen, og koblingen til økonomidelen, og spesielt å knytte strategiske arealvalg tettere til samfunnsdelen av kommuneplanen. Bedre koblinger på disse områdene vil være sentralt i videreutviklingen av det systematiske folkehelsearbeidet.

Plan- og bygningsloven har en rekke virkemidler, og flere av disse kan utnyttes bedre på folkehelseområdet, herunder arbeidet med helsekonsekvensutredninger og arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyser (Millstein og Hofstad 2017, og Hofstad og Bergsli 2017). I bruken av konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven generelt, har hovedfokuset vært på miljø og mindre på samfunn, og det er et potensial for å få styrket samfunnsperspektivet, og konsekvenser for helse og fordeling (Hofstad og Bergsli 2017).

Risiko- og sårbarhetsanalyser er et annet virkemiddel med potensial, og som i dag oppfattes å være relativt teknisk innrettet; tekniske installasjoner, fysiske omgivelser og

offentlig tjenesteyting (Hofstad og Bergsli 2017). Samfunn kan samtidig ha en sosial sårbarhet, for eksempel knyttet til utsatte områder. ROS-analyser med økt vektlegging av sårbarhet knyttet til sosiale forhold vil kunne være viktige verktøy.

Kompetansebehov

Kompetanse og planarbeid

Generelt er det mange kommuner i dag som ikke har tilstrekkelig kapasitet innen samfunns- og arealplanlegging (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017a). I flere år finansierte helsemyndighetene "Helse og omsorg i plan". Ambisjonen med det kompetansehevende tiltaket var blant annet å nå både planfolk og folkehelsemedarbeidere, men i hovedsak var det folkehelsefolk som deltok (Hofstad 2018). I statsbudsjettet for 2018 avsluttes "Helse og omsorg i plan", samtidig som Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 vil vurdere framtidig kompetansebehov og hvordan studietilbudet ev. kan videreføres (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). Det er stort behov for kunnskap om hva som bidrar til kvalitativt gode byer, tettsteder og boområder (Hofstad 2018). Tiden er antagelig moden for å utvikle et program rettet mot planleggere knyttet til aktuelle folkehelse temaer, spesielt i en arealutviklingskontekst.

Kompetanse og arbeid med sosial ulikhet i helse

Folkehelse rapporten (FHI 2018) som nylig ble publisert, viser at de sosiale helseforskjellene øker. I følge instituttet gjelder dette for nesten alle sykdommer og skader og i alle aldersgrupper. Å redusere sosial ulikhet er et av hovedformålene i folkehelse loven. I den anledning er det interessant forskning som viser at de kommunene som har utarbeidet et oversiktsdokument, og gjort lokale kartlegginger, jobber bedre med å utjevne sosiale helseforskjeller (Hagen m.fl 2018).

Helsedirektoratet ser det som viktig å øke kompetansen på hvordan arbeidet med sosial ulikhet i større grad kan ivaretas i det systematiske folkehelsearbeidet. Et tiltak som er under utprøving er to dagers-kurset "Bli en bedre brobygger", som skal bidra til å utvikle og styrke ulike kompetanser for å lykkes med samarbeid både innad i kommunen, og i lokalsamfunnet for øvrig. Kurset henvender seg primært til ledere, planleggere, folkehelsekoordinatorer og andre i kommunene som ønsker å styrke sine kompetanser i å jobbe tverrsektorielt for en helsevennlig samfunnsutvikling. Kursene gjennomføres i samarbeid med Sunne kommuner og KS. Det avholdes to kurs i 2018 som er gratis for kommunene å delta på. Om tilbakemeldingene er positive vil det vurderes å tilby flere kurs.

Andre former for tiltak for å øke kompetansen i kommunene, er for eksempel utviklingsprosjekter som Nærmiljøprosjektet; tettere samarbeid mellom forskningsmiljøer og regionalt/lokalt miljø til blant annet å videreutvikle lokal analysekompetanse. Det forventes også at satsingen Program for folkehelsearbeid i kommunene blant annet vil kunne bidra til nyttig erfaringsbasert kunnskap i det lokale arbeidet. Erfaringer fra denne type utviklingsprosjekter vil samtidig kunne gi viktige innspill i Helsedirektoratets arbeid

med videreutvikling av veiledermateriell og veivisere på www.helsedirektoratet.no, tillegg til Helsedirektoratets arbeid som normerende aktør på folkehelsefeltet.

Veilederen "God oversikt - en forutsetning for god folkehelse" har vært en viktig støtte i lokalt og regionalt oversiktsarbeid. Helsedirektoratet arbeider nå med revidering av veilederen, og i neste versjon skal alle elementene i det systematiske arbeidet inkluderes. Det forventes at erfaringer fra Nærmiljøprosjektet og Program for folkehelsearbeid vil kunne gi viktige innspill til revideringen.

Mobilisering av nøkkelaktører

Ansvar for kommunens folkehelsearbeid ble løftet ut av helsetjenesten og over til kommuneledelsen ved ikrafttredelse av nye folkehelselov i 2012. I praksis er det ofte folkehelsekoordinatoren som er hovedaktøren og setter folkehelse på agendaen (Hofstad 2018), og hele 81 prosent av kommunene fremhever folkehelsekoordinatoren som den som tar mest ansvar i folkehelsearbeidet (Helgesen et al. 2017). Folkehelsekoordinatorer har ofte verken myndighet eller mandat til å beslutte, og det kan gjøre det utfordrende å arbeide tverrsektorielt. Det ville vært nyttig med mer kunnskap om hvordan folkehelsearbeid forankres og følges opp på ledernivå i kommunene, både administrativt og politisk. Folkehelsekoordinator er ingen lovpålagt funksjon, men kommunene skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse. Det ville videre vært nyttig med mer kunnskap om muligheter og utfordringer knyttet til den samfunnsmedisinske kompetansen i folkehelsearbeidet.

De senere årene har psykologenes funksjon i kommunalt arbeid og behovet for kompetansen blitt tydeliggjort. I Primærhelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b) beskrives behovet for å øke rekrutteringstempoet på psykologer til kommunen. Hensikten er en målrettet satsing på lokalt folkehelsearbeid inkludert helsefremmende og forebyggende tjenester ved at de kommunalt ansatte psykologene i større grad skal arbeide mer system- og samfunnsrettet enn tilfellet er i dag.

Psykologens kompetanse på både individ- og samfunnsnivå er nyttig inn i det lokale folkehelsearbeidet; blant annet gjennom kunnskap om påvirkningsfaktorer for psykisk helse og hvordan innhente og analysere data til kunnskap som kan brukes på tiltakssiden. I 2020 trer lovkravet om psykologer i kommunene i kraft og tilskuddsmidlene går inn i kommunens frie inntekter. Sentralt i arbeidet fremover vil være å opprettholde kommunenes rekruttering og bruk av psykologer i folkehelsearbeidet.

Nye styringsmodeller i kommunene

WHO vektlegger deltakerorientert ledelse for helse og trivsel som et av to strategiske mål i folkehelsearbeidet (Helse 2020). Styringsfilosofier som understøtter dette er til nå ikke godt nok utforsket og beskrevet i en norsk kontekst. Dette til tross for lovende, men fragmenterte, initiativ fra enkeltkommuner. Samskaping kan forstås som en måte å drive praksisutvikling og styring. Dette er eksempel på en metode eller samarbeidsform som kan bringe ressurser og kompetanse sammen fra f.eks. innbyggere, det offentlige, frivillige

aktører og næringsliv sammen for å utvikle felles løsninger. KS har også fattet interesse for samskaping som modell for norske kommuner ("kommune 3.0"). Styringsfilosofier som preges av samskapelse svarer godt til mål og intensjoner i folkehelseloven, blant annet knyttet til tverrsektorielt samarbeid og medvirkning. Samskaping er i ferd med å kobles opp mot folkehelseagendaen, men har hittil i større grad vært knyttet til utvikling av lokaldemokrati og offentlig-frivillig samarbeid. Det er sentralt å utrede og følge med på metoder, eller styringsmåter, i folkehelsearbeid. Helsedirektoratet har tatt et første initiativ som innebærer å samle relevante aktører, både fra praksisfeltet og akademia/forskning, til å løfte frem og drøfte kunnskap og kunnskapsbehov på området.

Kommune- og regionreformen

I forlengelsen av behandlingen av Meld. St. 22 (2015-2016) Nye folkevalgte regioner – rolle struktur og oppgaver (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016) ble det nedsatt et ekspertutvalg hvis oppgave var å vurdere overføring av oppgaver fra staten til nye regioner for å:

- støtte opp under fylkeskommunens rolle som samfunnsutvikler
- tydeliggjøre ansvarsfordeling
- mer effektiv ressursbruk
- bedre tjenester til innbyggere og næringsliv

Forslagene fra ekspertgruppen har et tidsperspektiv på implementering i 2020. Regionreformen vil sannsynligvis ha innvirkning på folkehelsearbeidet med en oppgaveoverføring fra staten til de nye regionene. Helsedirektoratet har i sitt høringsvar stilt seg kritisk til enkelte av forslagene i ekspertutvalgets rapport knyttet til blant annet å overføre oppgaver fra Fylkesmannen til fylkeskommunene. Helsedirektoratet mener blant annet det bør gjøres en prinsipiell drøfting av det nasjonale styringsbehovet og Fylkesmannens rolle som regional representant for dette på folkehelseområdet, og at denne drøftingen er svært viktig for å kunne ta stilling til forslag om eventuell oppgaveoverføring.

Hvis Fylkesmannens oppgaver overføres til fylkeskommunen, vil det ikke lenger være et formelt bindeledd mellom det nasjonale og de nye regionene. En slik omlegging vil ha betydning for Helsedirektoratets arbeid ut mot regionene, og ut mot kommunene, herunder hvordan vi bør innrette vårt understøttelsesarbeid. Det blir viktig å følge med på utviklingen av regionreformen, og kommunereformen, herunder endringer knyttet til forholdet mellom nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå på folkehelseområdet.

Forslag til innsatser

- Videreutvikle styringsdata til kommunene, herunder samordne nasjonale dataregistre og presentasjon av utvalgt statistikk til bruk for kommunene og vurdere utvikling av indikatorsett til bruk for kommunene.

- Tilrettelegge for bedre sammenheng mellom kommunalt planarbeid og folkehelsearbeid, herunder utnytte planvirkemidler for å fremme folkehelse og utjevne sosial ulikhet, og styrke tilrettelegging av kompetansestøtte om folkehelse i planlegging.
- Mobilisere nøkkelaktører i kommunene for bredere forankring av folkehelsearbeidet.
- Vurdere justeringer av folkehelseloven med bakgrunn i erfaringer som er gjort i lovens virketid, og på bakgrunn av eventuelle endringer som følge av kommune- og regionreformen.
- Øke kunnskapen om styringsformer i kommunene i relasjon til arbeidet med å fremme befolkningens helse.

5.2 Sosialt bærekraftig by-, steds- og nærmiljøutvikling

Helse skapes der mennesker bor og lever i sine liv, i nærmiljøene (WHO 1986). "Stedets Sundhedsforhold og hva derpaa kan have innflydelse", ble satt på folkehelseagendaen allerede i 1860 med sunnhetsloven (Larsen 2010).

Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling ble fremhevet som et utviklingsområde i folkehelsepolitikken i forrige folkehelsemelding (Helse- og omsorgsdepartementet 2015), og det foregår mye kommunalt utviklingsarbeid og tverrsektorielt samarbeid på området. I dagens by- og stedsutvikling er fortetting, forstått som økt arealutnyttelse i utbygde områder (Millstein og Hofstad 2017), en tydelig føring i nasjonale føringer og satsinger. Fortetting synes å ha mange fordeler, men det er også konsekvenser av fortettingspolitikken som Helsedirektoratet mener det er viktig å vite mer om relatert til folkehelse og sosial ulikhet. Områderettet innsats (målrettet arbeid i utsatte områder) gjennomføres i flere norske byer. Helsedirektoratet mener det er viktig med mer kunnskap om hvordan man motvirker en uheldig utvikling av områder, og på den måten kan redusere behovet for områderettede innsatser.

Kommunalt utviklingsarbeid

I folkehelsemeldingen fra 2015, ble det lansert et kommunalt utviklingsarbeid om nærmiljøutvikling. Helsedirektoratet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, iverksatt utviklingsarbeidet "Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse" (2015-2018), kalt "Nærmiljøprosjektet". Hovedmålet er "Gode nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse". Åtte fylker, vel 40 kommuner og 7 universitets- og høgskolemiljøer deltar i arbeidet.

Sentralt i prosjektet er kunnskap om trivsel og livskvalitet innhentet gjennom medvirkningsprosesser i tråd med folkehelseloven og plan- og bygningsloven, i tillegg til systematisering og bearbeiding av informasjon som grunnlag for lokalt plan- og

utviklingsarbeid, samt tiltak. Universitets- og høyskolemiljøer støtter kommuner og fylkeskommuner med kompetanse, i tillegg til å ha en følge med-rolle som bidrar til effektivitet og gode prosesser. Flere masterstudenter er koblet på kommunale prosjekter, og ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) gjennomføres et doktorgradsarbeid. Videre innarbeides erfaringer og kunnskap fra prosjektet i eksisterende utdanninger ved høyskoler og universiteter. Utviklingsarbeidet skal evalueres regionalt og nasjonalt (Bergem et al. 2018), og det skal utvikles en idé- og ressursbank basert på erfaringene. Foreløpige funn viser at det har vært jobbet meget bra i prosjektet, og at det tegner til høy måloppnåelse. Se også kapittel 5.1 om systematisk folkehelsearbeid, og om psykososiale faktorer i kapittel 4.2.

Tverrsektorielt arbeid

Tverrsektorielt arbeid er viktig for å fremme hensynet til folkehelse og utjevning i by-, steds- og nærmiljøutvikling, på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Helsedirektoratets samarbeid med Forumet for stedsutvikling er én viktig arena. Forumet er en faglig samarbeidsplattform for statlige institusjoner som arbeider med by- og tettstedsutvikling. Fylkeskommunene er forumets hovedsamarbeidspartner. I 2016 samarbeidet Helsedirektoratet med Norske arkitekters landsforenings (NAL) om Arkitekturdagen med tema folkehelse og arkitektur. NALs fanesak samme år var hvordan arkitektur og planlegging kan bidra til bedre folkehelse.

Helsedirektoratet samarbeider med Husbanken om Veiviseren.no, en digital veiviser knyttet til den nasjonale strategien for boligsosialt arbeid, "Bolig for velferd" (Departementene 2014). Videre samarbeider Helsedirektoratet med Miljødirektorat om deres nærmiljøsatsing om nærfriluftsliv. I 2017 startet Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet et nordisk samarbeid om bærekraftig utvikling i små og mellomstore byer og deres omland i Norden. Prosjektet "Attraktive byer. Grønn omstilling og konkurransekraft i nordiske byregioner. Byer som ramme for gode liv for alle" (2017-2019), ble initiert i forbindelse med at Norge hadde formannskapet i Nordisk ministerråd. Atten små og mellomstore nordiske byer deltar. Nordisk konkurransekraft, overgang til lavutslippssamfunnet, integrering og gode vilkår for folkehelse er sentralt. Formålet er å utarbeide en nordisk strategi for hvordan små og mellomstore byer og deres omland, kan utvikle sin attraktivitet ved å sikre et godt og inkluderende bymiljø som er økonomisk, miljømessig og sosialt bærekraftig.

Folkehelse, fortetting og byveksttaler

Urbanisering og tilflytting til byer og tettsteder er en pågående global trend. I Norge bor nærmere 82 prosent av befolkningen i byer og tettsteder (Statistisk sentralbyrå 2017). Fortetting har vært fremhevet som en sentral strategi for økonomisk, miljømessig og sosial bærekraftig utvikling i flere tiår, i Norge og internasjonalt (Hansen m.fl. 2015). Fortetting er en klar føring i nasjonale retningslinjer og forventninger til planlegging (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2014b, Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b), herunder økt boligbygging i pressområder og utbygging ved kollektivknutepunkt.

Fortetting er ansett som en viktig løsning på klimautfordringen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017b).

"Nullvekstmålet" er en annen overordnet føring for arealbruk og transport, og handler om nullvekst av personbiltrafikk i de største byområdene (Tønnesen et al. 2018). Vekst skal tas med kollektivtransport, sykling og gange (Miljøverndepartementet 2012). Nullvekstmålet er videre forankret i Nasjonal transportplan 2018-2029 (Samferdselsdepartementet 2017). Det er utviklet ulike typer avtaleinstrumentet for å følge opp nullvekstmålet, og siste avtaleform er Byvekstavtaler. Tidligere avtaleformer skal etter hvert fases inn i disse. Byvekstavtalene vektlegger høy arealutnyttelse i byområder og bygging rundt kollektivknutepunkt (Tønnesen et al. 2018). Helsedirektoratet deltar for tiden med folkehelsefaglig kompetanse i et forskningsprosjekt om byvekstavtaler (2016-2019). Prosjekt ser på hvilket potensial byvekstavtaler har for å oppnå en bærekraftig bo-, areal- og transportutvikling. CICERO (Senter for Klimaforskning), NIBR (Norsk Institutt for By- og Regionforskning) og TØI (Transportøkonomisk Institutt) gjennomfører forskningsprosjektet.

Ifølge en ny rapport fra Nordisk ministerråd (Zinko m.fl. 2018), bidrar høy urbaniseringstakt og boligbehov til at stadig flere naturområder i urbane miljøer i de nordiske landene blir transformert til boliger og veiutbygging. Det påpekes at avstand til rekreasjonsområder kan øke, tilgang på sollys kan reduseres, bygninger kan skygge for utsikt og støy kan forverres. Det stilles spørsmål ved om vi bygger for tett, og med for lite grønt, slik at dette kan gå på bekostning av helse og livskvalitet. Det fremheves at det ikke bare er en utfordring å bygge flere boliger, men å skape gode og holdbare livsmiljøer for beboerne (Zinko et al. 2018). Verdens helseorganisasjon fremhever at byer som har et godt nettverk av grønn infrastruktur fremmer aktiv transport, rekreasjon og sosial kontakt, i tillegg til økt robusthet overfor klima (WHO Europe 2016).

Helsedirektoratet har hatt behov for mer kunnskap om fortettingspolitikken og konsekvenser for folkehelse. NIBR har utarbeidet en rapport som drøfter antagelsen om at fortetting, herunder knutepunktutvikling er en vinn-vinn situasjon for både økonomisk, miljømessig og sosial bærekraft (Millstein og Hofstad 2017). Rapporten peker på at fortetting kan utfordre bokvalitet, helse og trivsel, blant annet knyttet til press på grøntområder, økt støy og redusert luftkvalitet. Økt kvalitet gjennom fortetting kan videre potensielt bidra til at sosioøkonomisk svake grupper presses ut av områder som opplever økt attraktivitet. Det er imidlertid ikke entydige svar knyttet til fortetting og folkehelse, ifølge rapporten. Fortetting kan samtidig bidra positivt med for eksempel kortere avstander til, og lettere tilgang på tilbud og tjenester, og grøntareal. Det er ikke nødvendigvis fortetting per se som er utfordrende, men også konteksten fortetting inngår i, og hvordan fortetting skjer. Generelt oppsummeres det i nevnte rapport at det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom fortetting og folkehelse, herunder fortetting og folkehelse på mindre steder.

Aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer

Det er godt dokumentert at urban design og nærhet tilgang til grønne områder bidrar til økt fysisk aktivitet (Giles-Corti et al. 2005, Sallis et al. 2016, Giles-Corti et al. 2016). Det er vist at det er mulig å doble andelen som går, ved å utvikle aktivitetsvennlige nabolag etter enkle prinsipper (Hooper et al. 2015). En økning i tilrettelegging for gåvennlige nærmiljøer ("walkability"), kan potensielt bedre helse og være samfunnsøkonomisk lønnsomt (Yu et al. 2017). Aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer, handler blant annet om å tilrettelegge for naturopplevelse, friluftsliv, idrett, egenorganiserte aktiviteter og aktiv transport, og enkel tilgang til kollektivtransport. Nær tilgang på grøntområder er særlig viktig for barn, gravide, eldre og mennesker i utsatte områder med begrensede økonomiske ressurser (WHO Europe 2016).

Forskningsprosjektet NÆRTUR (2016) har undersøkt spillemidlenes betydning for å fremme mulighetene for å kunne gå tur i nærmiljøet (Thorén m.fl. 2016). Utgangspunktet har vært hvordan fylkeskommunale og kommunale planer for idrett og fysisk aktivitet, og spillemiddelordningen, bidrar til dette. En hovedkonklusjon er at anlegg for organisert idrett dominerer prioriteringene, og at det er et potensial for bruk av spillemidler til å fremme egenorganisert turaktivitet, i tråd med myndighetenes intensjoner. Forskningsprosjektet følges opp med en nasjonal survey som vil foreligge i løpet av 2018. Arbeidet med etablering av anlegg og områder som turløyper, turstier, turveier, skiløyper, nærmiljøanlegg, grøntarealer, parker og lignende, bør styrkes gjennom bedre behovsvurderinger, medvirkning og kommunale planprosesser, og veiledning.

Nabolag, livssjanser og områdesatsinger

Det er et nasjonalt mål at alle skal ha et trygt og godt sted å bo (Departementene 2014). Det innebærer blant annet en stabil bosituasjon i et godt bo- og nærmiljø, og med mulighet til å bygge sosiale relasjoner over tid. Den sosioøkonomiske gruppen en tilhører legger samtidig grunnlaget for "valg" av nabolag (Helgesen m.fl. 2014). Oslo er for eksempel en by med store sosiale forskjeller, og bydelenes nabolagskvaliteter er tilsvarende geografisk skjevfordelt (Ljunggren 2017). En miljøkvalitet som ofte rammer sosialt skjevt er støy (Helgesen m.fl. 2014). Godt nærmiljø har samtidig ofte størst betydning for de som har begrenset aksjonsradius, for eksempel barn, eldre og grupper med redusert mobilitet (Departementene 2005), og for folk med færre ressurser og valgmuligheter (Schieffloe 1985).

Det er dokumentert klare sammenhenger mellom bosted, helse og sosial ulikhet, selv om årsakssammenhengene ikke alltid er like klare (Grønningsæter og Nilsen 2010). Undersøkelser viser samtidig at barn og unges livssjanser kan påvirkes av nabolag, positivt eller negativt, selv om familiebakgrunn og skole betyr mest (Brattbakk og Andersen 2017). Når det gjelder voksne er det for eksempel sannsynlig at sykefravær og uføretrygd påvirkes av omfanget av trygdemottakere i nærmiljøet (Finansdepartementet 2017).

Enkelte områder i storbyene har særskilte levekårsutfordringer, for eksempel Oslo, Drammen, Bergen, Trondheim og Stavanger, og staten bidrar i områderettede innsatser (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017a). Nasjonale helsemyndigheter deltar i den nye Groruddalssatsingen (2017-2026) i Oslo kommune. Å legge til rette for like muligheter til helse, livskvalitet og mestring, snarere enn å reparere i etterkant, er sentralt i folkehelsearbeid. Helsedirektoratet er således opptatt av mer kunnskap om strategier og tiltak for å motvirke behovet for områderettet innsats i framtiden.

Sosial bærekraft og lokalmiljøers tilstand

"Lokalsamfunnets tilstand" er løftet frem som et sentralt aspekt ved en sosialt bærekraftig utvikling (Hofstad og Bergsli 2017). Det kan hevdes at lokalområder med behov for områderettede innsatser ikke er sosialt bærekraftige. Denne type uheldig utvikling må motvirkes. Det er samtidig viktig at gode miljøintensjoner om fortetting og nullvekstmål, samtidig kan bidra positivt til helse, livskvalitet, utjevning og den sosiale bærekraften. Det er hevdet at de mest presserende utfordringene for norske byer er en fortetting som ikke forringer, men tilfører kvaliteter (Hansen 2015). Helsedirektoratet mener det er viktig at helsemessige og sosiale dimensjoner i større grad vektlegges i "ordinær" samfunns- og arealutvikling for å fremme folkehelse og sosialt bærekraftige lokalsamfunn. En operasjonalisering av hva sosial bærekraft kan være i en norsk stedsutviklings -/ lokalsamfunnskontekst er momentene i tabellen nedenfor (Hofstad og Bergsli 2017):

Sosial bærekraft; relevante lokalsamfunnsfaktorer

Basert på Opp (2017)

Sosiale bærekraftsdimensjoner	Relevante faktorer for kommuner og lokalsamfunn
Lokalsamfunns- og stedstilhørighet	Sosial kapital Sosial segregering
Grunnleggende behov	Bolig til overkommelig pris (affordable) Trygghet og sikkerhet Rettferdig inntektsfordeling
Lik tilgjengelighet og mulighet	Tilgang til fysiske og sosiale tjenester Utdanning Beslutningsprosesser som er demokratiske og rettferdige
Miljømessig rettferdighet og helserisiko	Lokal miljøkvalitet og lokalisering av goder (tjenester og service) Helse og livskvalitet

Det vises også til kapittel 5.1 som blant annet omtaler planverktøy som kan ha potensiale i denne sammenheng.

En tydeligere kobling mellom folkehelse og sosial bærekraft, antas å kunne styrke den sosiale bærekraftsdimensjonen, samtidig med at folkehelse tydeligere kobles til bærekraftsagendaen.

Forslag til innsatser

- Videreføre og videreutvikle det kommunale utviklingsarbeidet om helsefremmende nærmiljøutvikling basert på erfaringer fra nærmiljøprosjektet

- Fremme økt forståelse for, og ivaretagelse av, folkehelse og fordeling i by-, steds- og nærmiljøutvikling, herunder lokal sosial bærekraft.
- Styrke kunnskapen om sosiale - og helsemessige konsekvenser av dagens bolig- og fortettingspolitikk, herunder i tilknytning til arbeidet med Byvekstavgiftene og relatert til forebygging av områderettede innsatser
- Tilrettelegge for bedre integrering av arbeidet med aktivitetsvennlige nærmiljøer i det systematiske folkehelsearbeidet
- Vurdere behovet for sterkere nasjonale virkemidler i arbeidet for sosialt bærekraftige bo- og nærmiljøer, herunder aktivitetsvennlige nærmiljøer

5.3 Aldersvennlige samfunn

I forrige rapport fra Helsedirektoratet om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet fra 2014 (Helsedirektoratet 2014a), ble det foreslått å utarbeide en strategi for et aldersvennlig samfunn. Strategien "Flere år – flere muligheter" kom i 2016. Strategien er opptatt av Eldres muligheter og ressurser, og vektlegger Eldres deltakelse i samfunns- og arbeidsliv. Regjeringens kvalitetsreform for eldre, "Leve hele livet" (Helse- og omsorgsdepartementet 2018), viderefører mye av den skisserte politikken fra strategien, spesielt under innsatsområde "Et aldersvennlig Norge". Dette styrker grunnlaget for å videreføre og gjennomføre strategien fra 2016. Helsedirektoratets bidrag til iverksetting av strategien, har fram til nå vært å initiere kunnskaps- og utviklingsprosjekter innenfor direktoratets ansvarsområder.

Helsedirektoratet forventer at prosjekter og tiltak som er igangsatt, samt de erfaringer som er gjort i arbeidet med et aldersvennlig samfunn, blir videreført i det Nasjonale programmet for et aldersvennlig Norge. Det må også forutsettes at det Nasjonale programmet vil stå i tett samarbeid med Helsedirektoratet i det arbeidet som skal gjøres – også på folkehelseområdet.

Lokalt plan- og utviklingsarbeid

Norsk institutt for by- og regionforskning NIBR og Velferdsforskningsinstituttet NOVA, har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning (Helgesen et al. 2017). I rapporten fremkommer det blant annet, at flertallet av kommunene som har svart på undersøkelsen, ser på aldring av befolkningen som en hovedutfordring. En av hovedkonklusjonene i rapporten er samtidig at kommunene er tvetydige i å forberede seg på at det blir flere eldre. Den demografiske utviklingen anses først og fremst som et hovedanliggende for pleie- og omsorgssektoren (omsorgsboliger, sykehjemsplasser og styrking av tjenestetilbudet), og vurderes i mindre grad som en folkehelseutfordring knyttet til å legge til rette for samfunnsmessige betingelser for å vedlikeholde og fremme Eldres helse. Det synes som om det systematiske

folkehelsearbeidet i liten grad er ramme for tiltak som retter seg mot at befolkningen blir eldre.

I det videre arbeidet med å utvikle et mer aldersvennlig nærmiljø og lokalsamfunn, har Helsedirektoratet engasjert Bylivssenteret ved Norske arkitekters landsforbund til å utvikle en håndbok om temaet. Håndboken er ment som et hjelpemiddel og en inspirasjonskilde for kommuner, planleggere og andre interesserte. Målet er bl.a. å synliggjøre hvordan en gjennomsnittlig eller vanlig kommune, i samarbeid med relevante aktører, kan legge til rette for at eldre kan leve aktive og gode liv i lokalsamfunnene så lenge som mulig. Universell utforming av offentlige områder, nye boliger og nærmiljø er en viktig rettesnor her. Intensjonen er at håndboken skal være realistisk og gjennomførbar for kommunene innenfor normale rammer. Håndboken vil legge grunnlaget for en kursrekke for interesserte rundt i landet.

Medvirkning

I arbeide for bedre kunnskapsgrunnlag for planlegging og utvikling for mer aldersvennlige samfunn er eldres egne behov, erfaringer og kunnskap viktig, enten det gjelder den økende gruppen funksjonsfriske eldre eller eldre som begynner å bli mer svekket. Det handler blant annet om hvilke behov og ønsker eldre har knyttet til livskvalitet, og om hvordan samfunnet kan legge til rette for at eldre kan bidra med sine ressurser i lokalmiljøene.

Forskningsinstituttene NIBR og AFI ved Høgskolen i Oslo og Akershus har i 2017, på oppdrag fra Helsedirektoratet, utarbeidet en rapport om dette, "Lytt til senioren" (Vestby et.al. 2017). I rapporten beskrives testing av ulike medvirkningsmetoder for fremskaffelse av kunnskap om primært funksjonsfriske eldres bruk av og ønsker for nærmiljøet.

Prosjektet, som også er kalt Seniortråkk, er omtalt i "Leve hele livet". Prosjektet er nå utvidet, og i 2018 er målet å nå eldre som sjelden er deltakere i lokalsamfunnene, som f.eks. eldre med minoritetsbakgrunn og pleietrengende eldre, i tillegg til å utvikle en modell for seniorennes deltakelse i lokalt plan- og utviklingsarbeid.

Å planlegge for egen alderdom, tilrettelegging av bolig og teknologiske hjelpemidler

I kvalitetsreformen "Leve hele livet" fremheves det at bare å bygge ut dagens tjenestetilbud på helse- og sosialsiden, i takt med den demografiske utviklingen, ikke vil være tilstrekkelig for å møte de nye eldregenerasjonene. Å bevisstgjøre befolkningen til å planlegge egen alderdom ved å tilrettelegge egen bolig/boligvalg, investere i venner og sosialt nettverk og opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom å være i aktivitet, er en viktig forutsetning for å kunne leve selvstendige liv i egne hjem lengst mulig. Å tilrettelegge egen bolig kan for noen ha økonomiske begrensninger. Det er derfor viktig at det finnes gode støtteordninger for bolig både på individnivå og for kommuner. Spredtbygde kommuner kan i framtiden få problemer med å ivareta befolkningens tjenestebehov på grunn av lange avstander (Rogne og Syse 2017). Eldre som ønsker å flytte nærmere et kommunesentrum vil ha begrensede muligheter til dette hvis markedsverdien på boligen er for lav til å skaffe seg en mer egnet og sentrumsnær bolig. Da må det finnes støtteordninger slik at kommunene har mulighet til

å tilby slike boliger. Slike ordninger kan også ses på som effektivitetstiltak for helse- og omsorgssektoren.

Ensomhet

Å føle seg trygg der en bor og ha gode menneskelige relasjoner er blant menneskets primære behov. Etter hvert som man blir eldre svekkes helsen og det sosiale nettverket blir mindre. Dette kan medføre både ensomhet og utrygghet.

Helsedirektoratet har siden 2013 forvaltet tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet. Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet og passivitet ved å skape møteplasser og aktivitet. Tilskuddsordningen var opprinnelig primært for eldre, men omfatter etter hvert også andre grupper som står i fare for ensomhet. Tilskuddsordningen har gitt bidrag til utvikling av mange gode prosjekter, som det bl.a. vises til i "Leve hele livet", f.eks. Aktive seniornettverk i Vennesla, Tusenhjemmet i Bodø, Lyttevennprosjektet, Sterk og stødig og Bowls i Østfold. Helsedirektoratets erfaring så langt, er at mange små kommuner og lokale foreninger har fått til mye aktivitet for lite penger i kombinasjon med frivillig innsats. Tilskuddsordningen skal evalueres i løpet av 2018.

I tidligere nevnte rapport om kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning (Helgesen et al. 2017), framgår det at av de kommunene som har svart, har over halvparten aktivitetstiltak for eldre. Dette kan være aktivitetssenter, treningstilbud eller egne kulturtiltak. Aktivitetstiltak knyttet til frivilligsentraler som fungerer både som møteplasser og som treffpunkter der frivillige kan bidra kommer i tillegg. Helsedirektoratet har identifisert et kunnskapsbehov for å få en bedre oversikt over hvilke typer aktivitetstiltak som finnes for eldre, og hvor utbredt slike tiltak er rundt i landet. Bedre kunnskap om dette vil kunne bidra til å motvirke ensomhet blant eldre mer treffsikkert. Dette kan for eksempel gjøres ved innhenting av data gjennom KOSTRA eller en questbackundersøkelse.

Et bærekraftig samfunn forutsetter lengre arbeidsliv

Et bærekraftig samfunn legger også opp til at befolkningen bidrar mer og lenger i arbeidslivet. Helsedirektoratet har engasjert NOVA i et scenarioprojekt (Hellevik 2017), for å undersøke hvorvidt økt yrkesdeltakelse blant eldre kan få implikasjoner på deltakelse i frivillig arbeid, familieomsorg og pårønderarbeid, og Eldres helse. Oppsummert ser det ifølge denne rapporten ikke ut til at det at flere eldre står lenger i arbeid vil gå nevneverdig utover verken deltakelse i frivilligheten eller familieomsorgen. Derimot vil det kunne forventes at et lengre arbeidsliv, for noen, kan gi dårligere helse. Her ser det ut til å være en tydelig sosial gradient slik at mens arbeidstakere med høy sosioøkonomisk status kan få depressive symptomer når de slutter i arbeidslivet, vil arbeidstakere med lavere sosial status og tyngre jobber oppleve forbedret helse når de går ut av arbeidslivet (Grøtting og Lillebø 2017).

Skal de eldre kunne bidra lenger i samfunnslivet, og stå lenger i arbeid, er det en forutsetning at de også har helse til det. Da er det viktig med gode folkehelseiltak for å få robuste fremtidige arbeidstakere, men også tilrettelegging for fysisk aktivitet til og fra arbeid og i forbindelse med arbeidsplassen. Helsedirektoratet er i dialog med flere sentrale aktører i arbeidslivet angående dette. Skal vi skape et mer aldersvennlig samfunn og møte framtida på en bærekraftig måte er det også viktig å bygge videre på de fellesskapsløsninger vi allerede har og videreutvikle dem ved å ta tak i potensiale for frivillighet og sosialt ansvar. Da er det viktig å opprettholde den tillitten samfunnet bygger på i dag. Større sosiale forskjeller – også blant den eldre del av befolkningen – kan bidra til å undergrave tilliten og vise seg å være lite sosialt bærekraftig på sikt.

Forslag til innsatser

- Styrke hensynet til eldre i det systematiske folkehelsearbeidet.
- Tilrettelegge for transportløsninger som imøtekommer eldres behov.
- Gode støtteordninger for tilrettelegging av boliger som kan bidra til at eldre kan bo hjemme så lenge de ønsker.

5.4 Skader og ulykker

Temaet er avgrenset til å gjelde fysiske personskader som skjer utilsiktet (ulykkesskader), og omfatter ikke skader som påføres med hensikt (voldsskader og villet egenskade).

Forekomst

På tross av en betydelig nedgang i dødsfall som følge av ulykker de siste femti årene, er skader og ulykker fremdeles en viktig årsak til uhelse og død. Ulykker utgjør den største dødsårsaken blant personer under 45 år. Hvert år dør i underkant av 2 000 personer av en ulykke i Norge, og omtrent 12 prosent av befolkningen blir behandlet i helsetjenesten for skade (Folkehelseinstituttet 2014). Det er knyttet noe mer usikkerhet til antallet hardt skadde og personer som får varige mén.

Skader på grunn av hjem-, utdannings-, idretts- og fritidsulykker ble i 2002 estimert å koste samfunnet 167 milliarder kroner (TØI 2007). I 2018-kroner tilsvarer det over 200 milliarder kroner. Et hoftebrudd er anslått å koste samfunnet i gjennomsnitt 500 000 kroner det første året (Hektoen 2014). Innen vegtrafikk estimerer man 12,5 millioner kroner for hardt skadde og 725 000 kroner for lettere skadde (Vegdirektoratet 2018).

Flere sektorer, som arbeid, brann og veg, har sett en positiv trend knyttet til ulykkesdødsfall de siste årene. Det var for eksempel 26 omkomne i brann i 2017, som er det laveste tallet siden Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) i 1979 begynte å registrere antall branndøde (DSB 2018). Vegsektoren har opplevd en reduksjon i antall drepte fra 560 i

1970, til 106 i 2017 (SSB 2018). Andre ulykkestyper, som dødsulykker knyttet til bruk av fritidsbåt, holder seg stabilt, eller har stor variasjon fra år til år, som drukning.

Når det gjelder personskader uten dødelig utfall, rapporteres tall fra spesialisthelsetjenesten til Norsk pasientregister (NPR). Rapporten Personskadedata 2017 fra NPR (Helsedirektoratet 2018c), viser en videreføring av trenden med at de fleste, om lag en tredjedel av ulykkene, skjer i bolig og boligområde, men også vei, gate, fortau, gang- og sykkelvei, samt sports- og idrettsområder har mange rapporterte skader. Andelen skader varierte betydelig mellom de ulike aldersgruppene. De yngste aldersgruppene ble oftere skadet på skoler og idrettsområder, mens de eldste oftere ble skadet i bolig og på institusjon.

Mange av skadene behandles imidlertid kun i primærhelsetjenesten, og statistikken som presenteres kan derfor ikke gi en komplett oversikt over skadene som skjer i Norge. Folkehelseinstituttet studerte i 2014 det samlede skadebildet, ved å koble flere ulike registre. Det bildet viser at hvert år blir i overkant av 600 000 personer behandlet av lege for skader (Folkehelseinstituttet 2014). Folkehelseinstituttet arbeider i 2018 med et beregningsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, for å få enda mer ut av eksisterende NPR-data.

Forekomst av skader er skjevt fordelt i befolkningen, og ulikt fordelt på tvers av sosiale grupper. Generelt skader menn seg oftere enn kvinner, mens for aldersgruppen 60 år og eldre er det derimot flest skader hos kvinner (Helsedirektoratet 2018c). Folkehelseinstituttet ga i 2017 ut rapporten Ulykkeskader i Oslo (Folkehelseinstituttet 2017b), hvor resultatene fra de geografiske analysene viser til dels store forskjeller i konsentrasjon av ulykkeskader innad i Oslo by. Delbydelene med lavest forekomst kjennetegnes av bl.a. høyere alder, lavere andel bosatte med innvandrerbakgrunn, høyt utdanning- og inntektsnivå samt mindre trangboddhet.

Utfordringer og muligheter

Kunnskapsgrunnlaget

Regjeringen la i 2009 fram "Ulykker i Norge – Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade" (Departementene 2009). Strategien løper ut 2018, og har lagt vekt på muligheten for å tallfeste mål, og å sikre kunnskap og oversikt over ulykker. Det er fortsatt en vei å gå på dette området. Vi har i dag flere skaderegistre, men ikke en komplett oversikt over skadebildet i Norge. Helsedirektoratet har arbeidet de siste årene med å øke innrapporteringen og styrke kvaliteten og komplettheten i skadedataene fra sykehusene som skal rapportere på et særskilt skadedatasett (Felles minimums datasett, FMDS) til NPR. I rapporten Personskadedata 2017 går det fram at 23 av de 26 rapporteringspliktige enhetene rapporterte data for 2017 til NPR. Totalt 153 294 skadetilfeller ble rapportert med et FMDS i 2017. I samme periode ble det rapportert i overkant av 304 314 behandlede skadetilfeller med en skadediagnose. Dette betyr at vi har informasjon om omstendighetene til 50,4 prosent av alle skader som ble behandlet ved sykehusene.

Kvaliteten på dataelementer varierer. Viktige elementer som skadedato, skadested og skademekanisme er av god kvalitet, mens andre elementer som bransjetilhørighet ved arbeidsskader er av dårligere kvalitet.

Underrapportering er også en del av utfordringen knyttet til oversikt over skadebildet. Oslo skadelegevakt har på oppdrag fra Helsedirektoratet og Statens vegvesen, gjennomført to dybdestudier i 2014 og 2016, om hhv. sykkelulykker (Oslo skadelegevakt 2015) og fotgjengerulykker (Oslo skadelegevakt 2017). Bare i Oslo registrerte de 2184 legebehandlete sykkelskader, og 6309 fotgjengerskader. Den offisielle ulykkesstatistikken fra SSB av sykkelulykker i 2014 var 125, mens tallet på fotgjengerulykker i 2016 var 106.

Folkehelseloven pålegger landets kommuner å skaffe seg oversikt over innbyggernes helsetilstand, herunder forekomst av skader og ulykker. Det kan være en utfordring, når det er vanskelig å hente ut lokale data fra de nasjonale datakildene. (jf. også kap. 5.1 om støtte til kommunene på statistikkområdet). Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler og kommunehelse statistikkbank gir noe kunnskap, og det arbeides med å få flere indikatorer relatert til skader inn i disse.

Risikoen til mange ulykkestyper er sterkt redusert, blant annet gjennom tiltak knyttet til lovreguleringer, bedre infrastruktur, sikringstiltak, sikrere biler og trafikk- og svømmeopplæring. Samtidig oppstår nye produkter og aktiviteter, som kan gi både muligheter og risikoer når det gjelder personskader. Bare på få år har for eksempel elsykler, små elektriske kjøretøy og droner økt i utbredelse, og det er gjort endringer i regelverk knyttet til bruk av vann- og snøscooter, "catskiing" og til fartsgrenser på veg. Det er foreløpig tidlig å si i hvilken grad denne utviklingen vil medføre flere skadde og drepte, men en rapport fra Transportøkonomisk institutt tyder på at elsyklister ikke har høyere risiko enn andre syklister (Fyhri og Johansson 2018). Videre studier av utvikling i risiko og evalueringer bl.a. av endringer i regelverk vil være viktige redskap for å følge utviklingen.

Det er også viktig i et forebyggingsperspektiv å følge med på den demografiske utviklingen, gitt den ulike fordelingen av forekomst nevnt ovenfor. Endringer i antallet arbeidsinnvandrere eller det at vi blir flere eldre, kan raise spørsmål også om endringer i skadebildet i Norge.

For å styrke kunnskapsgrunnlaget rundt skader og ulykker, er det å få opp andelen enheter som rapporterer med god kvalitet og kompletthet til NPR på skadedatasettet FMDS (felles minimum datasett) sentralt, samtidig som dette må sees i et samlet skadebilde som omfatter informasjon om behandlinger i primærhelsetjenesten. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som åpnet i april 2018, kan bli en kilde her. Også AMK-sentralene og ambulansetjenesten vil kunne bidra med data, ved å kunne sammenstille geodata og pasientdata som kan danne grunnlag for bedre identifisering av f.eks. ulykkesbelastede veger og vegkryss. Bedre data og utviklingen av indikatorer på skadefeltet, vil kunne være motiverende for alle som har en rolle og et ansvar i det skadeforebyggende arbeidet. Dybdestudier om konkrete problemstillinger vil kunne komplettere skadebildet.

Tverrsektorielt arbeid

Ett av hovedmålene i nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (Departementene 2009) er å forbedre det tverrsektorielle arbeidet. En tverrsektoriell tilnærming vil være viktig for å kunne møte utfordringer som har å gjøre med ulike nasjonale mål og prioriteringer, og for å utnytte ressursene best mulig, på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Samarbeid på tvers av sektorer kan i tillegg gi de enkelte aktørene merverdi i form av erfaringsutveksling.

Et eksempel på mål som bør sees i sammenheng, og ikke komme i konflikt, er nullvekstmålet og nullvisjonen. Det er bred enighet om målet om at trafikkveksten i de store byene skal tas med kollektiv, sykkel og gange (nullvekstmålet). Det er blant annet et mål i Nasjonal transportplan 2018-2029 (Samferdselsdepartementet 2017) om å legge til rette for at 8 av 10 barn skal gå eller sykle til skolen. Helsegevinsten ved aktiv transport, som sykling og gåing, er svært stor. I tillegg til å øke fysisk aktivitet i befolkningen, bidrar det til mindre støy og luftforurensing. Samtidig vet vi at risikoen for fotgjengere og syklister er høyere enn for bilførere. Nullvekstmålet og betydningen av gevinstene ved å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen, må således sees i sammenheng med nullvisjonen, om at det ikke skal forekomme hardt skadde og drepte i vegtrafikken.

Trafikksikkerhet på veg er samtidig et område preget av tverrsektoriell innsats, og hvor bidraget fra hver enkelt aktør sees i en systematisk sammenheng. Stortingsmeldingen om trafikksikkerhet som ble lagt fram i 2016 hadde tittelen "Trafikksikkerhetsarbeidet – samordning og organisering", og la vekt på dette og mulighetene for ytterligere forbedring (Samferdselsdepartementet 2016). Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2018-2021 ble lagt fram våren 2018, i et samarbeid mellom Statens vegvesen, politiet, Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Trygg trafikk, fylkeskommunene og de syv storbykommunene. En rekke frivillige aktører ga også innspill til planen. Et tiltak i planen er at Statens vegvesen, i samarbeid med Helsedirektoratet og politiet, vil utrede nye retningslinjer for registrering av vegtrafikkulykker og økt utveksling av skade- og ulykkesdata. Helsedirektoratet kan bidra i dette arbeidet med data gjennom NPR og AMK-sentralene og ambulansetjenesten.

Det er flere eksempler på tverrsektorielle innsatser i strategiperioden. Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) utga i 2017 en felles veileder, "Samarbeid mellom kommunale tjenesteytere om brannsikkerhet for risikoutsatte grupper" (DSB og Helsedirektoratet 2017). En referansegruppe bestående av representanter fra ulike tjenester i flere kommuner ga innspill til veilederen.

Godkjenningsordningene Trygge lokalsamfunn og Trafikksikker kommune, gir metoder for tverrsektorielt arbeid på lokalt nivå, hvor det legges vekt på politisk forankring og systematiske prosesser for samarbeid på tvers av sektorer.

Samarbeid mellom det offentlige, det frivillige og næringslivet

Det å styrke samarbeidet mellom det frivillige, det offentlige og næringslivet er et delmål i den gjeldende ulykkesstrategien. Vi mener dette er et mål som bør videreføres.

Forsikringsbransjen og helsemyndighetene har felles interesse i å forhindre skader, og Finans Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har en samarbeidsavtale om drift av Skadeforebyggende forum. Skadeforebyggende forum er en medlemsorganisasjon og et kontakt- og samarbeidsorgan for aktører som arbeider med ulike former for skadeforebygging. Nettverket består av offentlige instanser, frivillige organisasjoner og representanter fra privat næringsliv, og har fem prioriterte innsatsområder: skadeforebygging lokalt, drukningsforebygging, sikkerhet for barn og unge, sikkerhet for eldre og formidling av skadedata.

Skadeforebyggende forum har tatt initiativ til "Risikorydding", som er en kampanje for å forebygge ulykker og skader med utgangspunkt i nærområdet. Gjensidigestiftelsen har bidratt med grunnfinansiering til kampanjen. Skadeforebyggende forum har videre utviklet og forvalter ordningen med Trygge lokalsamfunn. Forumet inviterer årlig medlemmer og andre aktører til fagseminarer. Det har i tillegg egne råd for drukningsforebygging, eldre- og barnesikkerhet, som samler relevante samarbeidspartnere.

Det har blitt tatt flere samarbeidsinitiativ mellom det offentlige, det frivillige og det private de siste årene, både innen helse og andre sektorer. Helsedirektoratet initierer, tilrettelegger og koordinerer den nasjonale førstehjelpsdugnaden "Sammen redder vi liv". Formålet er å øke overlevelsen og redusere varige funksjonstap ved hjertestans og andre tidskrisiske akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus. Et hovedtiltak for førstehjelpsdugnaden er å mobilisere befolkningen som akuttmedisinsk ressurs. Dette skal muliggjøres gjennom en modell for livslang førstehjelpsopplæring som starter i barnehagen, videreføres i skolen, i førerkortopplæringen, i arbeidslivet, idretten og andre arenaer for den voksne del av befolkningen, og den eldre delen av befolkningen som ikke lenger er en del av arbeidslivet. Frivillige organisasjoner er her viktige samarbeidspartnere, som medspillere, faglige rådgivere og prosjekteiere. Gjensidigestiftelsen er hovedsamarbeidspartner for finansiering av prosjektaktiviteter, men det er behov for at det også prioriteres statlige midler til medfinansiering av flere viktige prosjekter. Et annet eksempel er "Det store brannløftet", som har utsprang i at Gjensidigestiftelsen ønsket å markere Gjensidiges 200-årsjubileum med en gave til det norske samfunn. Gaven er "Det store brannløftet", som er et prosjekt med ulike tiltak som på kort og lang sikt vil trygge hverdagen til befolkningen ytterligere. Det er satt av 350 millioner kroner til prosjektet, og resultater vil komme til syne blant annet gjennom kompetanseheving og oppgradering av materiell i brannvesenet. Trygg trafikk har lenge vært en viktig medspiller i det nasjonale trafikksikkerhetsarbeidet. Organisasjonen har vært en av bidragsyterne i arbeidet med de nasjonale tiltaksplanene for trafikksikkerhet på veg. "Hjertesone" er en felles kampanje for trygg skolevei, med samarbeid mellom Trygg trafikk, Miljøagentene, Syklistenes landsforening, Foreldreutvalget for grunnopplæringen, politiet, Statens vegvesen og Helsedirektoratet.

Samarbeidet mellom det offentlige, det private og det frivillige gir en samlet bruk av ressurser til gode for det forebyggende arbeidet. Kampanjer og dugnader som "Hjertesone" og "Sammen redder vi liv" er eksempler på dette. Skadeforebyggende forum har gjennom sitt mandat i dag en viktig rolle som nettverksbygger, møteplass, kunnskapsformidler og pådriver. Samarbeidsavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finans Norge om drift av Skadeforebyggende forum bør etter vår vurdering videreføres og utvikles.

Forslag til innsatser

- Styrke kunnskapsgrunnlaget om skader og ulykker, herunder styrke kvalitet og komplettethet i skadedata, og gjøre data mer tilgjengelig.
- Videreføre og styrke det tverrsektorielle arbeidet på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, og forankre arbeidet på departementsnivå.
- Tilrettelegge for samarbeid mellom det offentlige, det private og det frivillige, herunder styrke Skadeforebyggende forum.

Forebygging av fall

Fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre, og utgjør en stor folkehelseutfordring. Hvert år rammes minst 60 000 i aldersgruppen 60 + av fallulykker som trenger legebehandling. Særlig hoftebrudd og håndleddsbrudd er konsekvens av fall, og eldre er høyrisikogruppe for hoftebrudd. Norge ligger på verdenstoppen hva gjelder hoftebrudd. Det skjer et hoftebrudd gjennomsnittlig en gang i timen i landet vårt. Av de vel 9000 personene som hvert år blir rammet av hoftebrudd, bor om lag 75 prosent hjemme.

Fallulykker har store personlige omkostninger for den enkelte og store økonomiske konsekvenser for samfunnet. Fallulykker koster samfunnet minst 5 milliarder kroner i året, og i 2011 kostet behandling og rehabilitering av hoftebrudd i Norge 3 milliarder kroner. Det er dokumentert at et hoftebrudd for hjemmeboende eldre over 70 år koster gjennomsnittlig 500 000 kr det første året etter bruddet; etter to år er det sannsynlig at kostnadene øker til 800 000-1 000 000 kr (Hektoen 2014). Dødeligheten etter et hoftebrudd er høy og anslått til 10-20 prosent det første året etter bruddet. Vi kjenner ikke til kostnadene ved tap av livskvalitet som særlig et hoftebrudd medfører, men mange av de eldre som får hoftebrudd får redusert funksjonsnivå etter bruddet, i tillegg til mye lidelse og redusert livskvalitet. De blir avhengige av økt hjelp fra hjemmetjenesten eller kommer aldri hjem igjen og må overføres til sykehjem (Hektoen 2014). Kostnadene som er anslått over må derfor anses som minimumskostnader.

Forebygging av fall og ulykker er viktig av flere grunner. Norge har som nasjonalt folkehelsemål å være blant de tre landene i verden som har høyest levealder og at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel. I folkehelsemeldingen Mestring og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) ble det lansert et mål om 10 prosent reduksjon i hoftebrudd fram til 2018. Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser

at fall var årsak til 84 prosent av skadene hos eldre over 80 år i 2017, mens tilsvarende andel for aldersgruppen 20-39 år var 35,9 prosent (Helsedirektoratet 2018c). En NOREPOS-studie (Norwegian Osteoporosis Epidemiologic Studies) viser at insidensandelen for hoftebrudd blant kvinner har sunket med 20,4 prosent de senere år, og for menn med 10,8 prosent (Søgaard et al. 2016). Med flere eldre framover, kan det imidlertid bli flere hoftebrudd regnet i absolutte tall. Ti prosent reduksjon i hoftebrudd kunne gi en årlig innsparing på 450 millioner kroner.

Mye av det fallforebyggende arbeidet skjer i kommunene. Undersøkelser viser at kombinerte tiltak har effekt, og vil gi gevinst til både kommune og stat. Reduksjon av hoftebrudd bør være et sentralt resultatmål for det forebyggende arbeidet blant eldre over 65 år.

Årsakene til fall hos eldre er mange og komplekse, og fallforebyggende tiltak bør være sammensatte, enten de er rettet mot enkeltindivider eller grupper. For å nå ulike målgrupper av eldre med ulike forebyggende tiltak, må mange aktører samarbeide. Systematiske tiltak må settes inn i ulike sektorer og på flere nivåer; på individ-, gruppe- og systemnivå. Det er flere og ofte sammensatte risikofaktorer som kan forårsake fall. En skiller gjerne mellom indre faktorer hos individet og ytre faktorer i miljø og omgivelser. Indre faktorer er f.eks. alder, kjønn, sykdom/tilstander, bruk av legemidler, alkoholbruk, ernæring/mangelsykdommer og fysisk form. Ytre faktorer er f.eks. glatt og ujevnt underlag, dårlig belysning, dårlig egnet fottøy, bekledning, dårlig tilpassede hjelpemidler, hindringer og snublefeller.

Vi har mye kunnskap om nasjonale og internasjonale tiltak hvor det er dokumentert positive resultater (Helsedirektoratet 2013, Gillespie et al. 2012, Olsen m.fl. 2017). Av tiltak for å redusere fallulykker blant eldre kan nevnes nasjonale kampanjer rettet mot ulike målgrupper, fysisk aktivitet og fallforebyggende trening, ernæringstiltak mot risikogrupper, legemiddelgjennomgang, tryggingstiltak i bolig, tryggingstiltak i utemiljø, forebyggende hjemmebesøk og fallforebygging i sykehjem og sykehus.

En analyse av 249 ulike studier som omhandler ulykkesforebyggende tiltak viser at best effekt oppnås ved strukturelle tiltak, og særlig når en kombinerer holdningsendrende, atferdsendrende og strukturelle tiltak i samme opplegg (Helsedirektoratet 2013). Det tverrsektorielle samarbeidet på kommunenivå bør derfor inneholde godt forankrete tiltakspakker som kombinerer holdningsendrende, atferdsendrende og strukturelle tiltak rettet mot ulike grupper av eldre hjemme eller på institusjon.

Felles for det lokale fallforebyggende arbeidet bør være faglig og politisk forankring både sentralt og lokalt, og tverrsektorielt og systematisk samarbeid. Etablering av lokalt tverrfaglig fallteam, lokal fallregistrering og bedre oversikt kan være viktige tiltak. Andre tiltak kan være tilknytning til et eldresikkerhetsråd, samarbeid med frivillige organisasjoner, f.eks. pensjonistforeninger, senior- og eldresentra, samarbeid med lokalt næringsliv, eksempelvis treningssenterbransjen eller andre. Det kan også vurderes bruk av

informasjons-/ kampanjemateriell og systematisk kursing og opplæring av helse- og omsorgspersonell, gjerne i samarbeid med universitets- og høgskolemiljøer og kompetansesentre.

Forslag til innsatser

- Styrke kompetansen om fallforebygging gjennom kursing og opplæring av helse- og omsorgspersonell og andre relevante grupper, herunder e-læringskurs.
- Styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom kvalitative studier av fallskader for å identifisere risikofaktorene, som underlag for forebyggende tiltaksforslag.
- Utvikle konkrete tiltak og tiltakspakker på individ-, gruppe- og systemnivå, rettet mot ulike målgrupper, herunder samle og spre kunnskap om fallforebygging til kommunene.

5.5 Lokal luftkvalitet

I Norge er utendørs luftforurensning blant de ti risikofaktorene som bidrar mest til død og helsetap. Utendørs luftforurensning kan utløse og forverre sykdommer, først og fremst luftveissykdommer og hjerte- og karsykdommer. Beregninger av sykdomsbyrde viser at luftforurensningskomponenten PM_{2,5} bidrar med 2 674 DALY (Disability-adjusted-life-years) per år i Oslo, hvor både helsetap og tapte leveår inngår. Tapte leveår som følge av dødelighet knyttet til hjerte-kar og luftveissykdommer utgjør størstedelen av estimert DALY (Folkehelseinstituttet 2016a).

Nyere studier indikerer at helseeffektene ser ut til å inntreffe ved lavere konsentrasjoner enn tidligere kunnskap ga holdepunkter for. Svevestøv er viktigste risikofaktor. Siden faste målinger av luftforurensning startet, har luften blitt stadig renere. Luftkvalitetskriteriene fra Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet 2013) og Miljødirektoratet angir nivåer som er helsemessig trygge for alle, også de mest sårbare gruppene i samfunnet (blant annet gravide, eldre, barn) (Folkehelseinstituttet 2018a).

I 2012 ble det, på oppdrag fra Miljødirektoratet, laget en strategi for å etablere bedre beregningsverktøy og bedre kunnskap om effekt av luftkvalitet. Et nasjonalt beregningsverktøy er under utvikling i et samarbeid ledet av Miljødirektoratet, Vegdirektoratet og Meteorologisk institutt. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er bidragsytere inn i prosjektet. I samme luftsamarbeidsprosjekt er det under utvikling en plattform på internett som erstatter dagens www.luftkvalitet.info. Den nye plattformen skal ha informasjon om blant annet luftkvalitet (historikk, nåtid, varsel), tiltak og effekt av tiltak, regelverk og helseeffekter/helseråd. Plattformen skal ha to profiler, en for kommuner og en for publikum. For kommuner vil den kunne være et viktig verktøy for å jobbe systematisk med luftkvalitet lokalt. Det er planlagt lansering av en første versjon av plattformen og beregningsverktøyet i løpet av 4.kvartal 2018. Arbeidet med lokal luftkvalitet vil fortsette i årene fremover. Regjeringen har fastsatt nasjonale mål for spesifikke

luftforurensningskomponenter. Disse er ikke juridisk bindende, men viser ambisjonsnivået; den lokale luften skal være av en slik kvalitet at den er trygg for alle, også for sårbare grupper.

Forslag til innsatser

- Styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom forskning og systematiske kartlegginger, herunder økt kunnskap om effekten av ulike tiltak.
- Systematisk informasjon og kompetanseheving til kommuner og publikum.

5.6 Astma og allergi

Astma er en heterogen sykdom som vanligvis er karakterisert av kronisk betennelse i luftveiene. Den er definert av en sykehistorie med luftveissymptomer som pipende pust, tungpusthet, tetthet i brystet og hoste som varierer over tid og i intensitet, samt variabel luftstrømsobstruksjon.

Allergi er en sykdom der kroppens immunforsvar overreagerer på naturlige og i utgangspunktet ufarlige stoffer. Overfølsomhet omfatter et bredt spekter av tilstander som har det til felles at en eller flere helseplager opptrer i forbindelse med eksponering for bestemte arbeids- eller miljøfaktorer. Denne eksponeringen er ofte langt lavere enn det som vanligvis utløser ubehag hos mennesker. Til forskjell fra allergi er overfølsomhet ikke en immunologisk reaksjon. Subjektive helseplager tilskrevet bestemte miljøfaktorer, men hvor en årsakssammenheng mellom helseplagene og eksponeringen ikke kan dokumenteres, er også en overfølsomhetsreaksjon.

Astma og allergi er en av vår tids store folkesykdommer. Nasjonal strategi for forebygging av astma- og allergisykdommer 2008-2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008) var et redskap for å styrke og koordinere feltet både i helsetjenesten og i andre sektorer. Strategien nådde ikke det overordnede målet om å redusere forekomsten av astma og allergi. I det følgende presenteres noen hovedutfordringer som er sentrale for å kunne legge til rette for en styrket, nasjonal og systematisk satsing på feltet framover.

Kartlegging av forekomst er mangelfull

Den globale sykdomsbyrden knyttet til astma øker, særlig i den vestlige verden ([Global Asthma Report 2014](#)). Resultatene fra det internasjonale prosjektet Global Burden of Diseases (Folkehelseinstituttet 2017a) viser at både forventet levealder og forventede friske leveår har økt i Norge siden 2005. Den norske sykdomsbyrden domineres av ikke-smittsomme sykdommer, både når det gjelder dødelighet og ikke-dødelig helsetap. Datakildene for astma er svært tynt. Det betyr at estimatene for Norge er usikre og i stor

grad basert på undersøkelser fra andre land. Allergi og annen overfølsomhet inngår ikke som egne sykdomsgrupper i GBD.

Det finnes pr i dag ingen landsdekkende undersøkelser i Norge på antall personer med astma og allergi. Ulike diagnosekriterier og forskjell i metoder for innsamling av data gjør det vanskelig å sammenlikne studier og å finne sikre tall for hvor stor andel av befolkningen som har de ulike sykdommene. Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet 2018a) omtaler og oppsummerer status og utvikling for astma og allergi i Norge. Den sier også noe om internasjonale forskjeller, risikofaktorer og forebygging.

Basert på ulike undersøkelser (Folkehelseinstituttet 2018a) ser det ut til å være en høy forekomst av astma og allergiske sykdommer i befolkningen, og antallet tilfeller ser ut til å ha økt de siste 20-30 årene. Det er en stor grad av samsykelighet mellom astma og allergi. Internasjonale studier viser en kraftig økning i forekomst av astma og allergisykdommer hos barn og unge de siste 30-40 årene. De vanligste kroniske sykdommene hos barn er astma (vanligst), allergi og atopisk eksem. Disse forekommer hos om lag 1 av 4 barn i løpet av oppveksten. Astma er en sykdom som rammer tidlig i livet. Hos 3 av 4 barn med astma debutterer sykdommen før skolealder.

Matallergi regnes for å utgjøre et betydelig folkehelseproblem som rapporteres i Europa å ramme 3-4 prosent voksne og 6-8 prosent barn, med en økende forekomst hos barn. Tallene for selvrapporterte matallergier eller matintoleranser er høyere. Forekomsten av alvorlige allergiske reaksjoner på mat i Norge er ikke kjent. Matallergi opptrer oftest hos dem som har såkalte atopiske sykdommer (atopisk eksem, astma, høysnue). Omtrent 20 prosent av befolkningen har kontaktallergi.

Økt forekomst av pollenallergi i Europa og spesielt Skandinavia, vil på grunn av klimaendringer kunne forventes å gi en økning i både høysnue og pollen-relatert matallergi.

Behov for mer kunnskap om ulike risikofaktorer og eksponeringsdata for disse

Det er behov for mer kunnskap om eksponeringsforhold og ulike miljøfaktorer betydning i forhold til astma og allergi. Årsakene til astma er mangfoldige og komplekse, og har sammenheng med både arv og miljø (Folkehelseinstituttet 2018a). Flere miljøfaktorer er knyttet til forverring eller debut av astma, blant annet luftforurensninger inne/ute, infeksjoner, kosthold, overvekt, fysisk aktivitet, tobakksrøyking og miljøgifter. De fleste allergier kan plasseres i kategorien luftveisallergi (for eksempel pollenallergi eller husstøvmiddallergi), hudallergi (reaksjon på for eksempel nikkel, duftstoffer og thimerosal (konserveringsmiddel) eller matallergi. Endrede matvaner med nye importerte produkter, mer ferdigmat og økt reisevirksomhet kan ha bidratt til at reaksjoner på matvarer har blitt mer vanlig.

Kort utdanning eller lav inntekt hos foreldrene gir økt risiko for astma og allergisykdommer hos barnet. Barn med en alvorlig astma har en økt risiko for å utvikle KOLS senere i livet (Mørkved et al. 2011).

Utrednings- og behandlingstilbudet varierer avhengig av bosted

I en nylig studie av barneastma og behandlingspraksis i Norge, konkluderes det med at det er et behov for enhetlige retningslinjer for behandling av astma hos barn i Norge (Mikalsen m.fl 2018). Enhetlige retningslinjer bør iverksettes for både spesialisthelsetjenesten og i allmennpraksis.

God diagnostikk og behandling av astma er viktig for å forebygge forverring av astma og redusere risikoen for en senere utvikling av KOLS. I tillegg til primærforebyggende tiltak og reduksjon i eksponering for risikofaktorer, er det behov for et utrednings- og behandlingstilbud som er likt i hele landet. Fagmiljøene erfarer overdiagnostisering og selvdagnostisering av matallergi. Opptil 25-40 prosent i en befolkning selvrappporterer at de får utløst symptomer av mat og regner seg som matvareintolerante (Østerballe et al. 2005). Bare 1 av 10 som tror de har matallergi, viser seg ved utredning å ha det (Roehr et.al. 2004). For de regionale sentrene i astma, allergi og annen overfølsomhet (RAAO), er avdiagnostisering et viktig arbeid. Det er behov for bedre diagnostikk i helsetjenesten og økt kunnskap i befolkningen.

Helsefremmende og forebyggende arbeid innen astma og allergi

Utfordringene pekt på i den nasjonale strategien for astma og allergisykdommer 2008-2012, og i siste folkehelsemelding, er fortsatt store. Astma og allergi har en lav dødelighet i Norge sammenliknet med andre kroniske sykdommer. Sykdomsbyrden er knyttet til leveår med redusert livskvalitet/ livsutfoldelse og individ-/samfunnskostnader ved blant annet sykefravær, medikamentell behandling og sykehusinnleggelse. Det er ingen gjeldende overordnet forebyggingsstrategi på befolkningsnivå for astma og allergi i dag, men det oppfattes fortsatt å være behov for en systematisk satsing. Norge har forpliktet seg til FNs bærekraftsmål, og til WHO sitt hovedmål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og kroniske lungesykdommer (NCD) innen 2025. Nasjonale NCD-mål for kronisk lungesykdom er i sin helhet rettet mot KOLS, og ikke astma (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b). Et forebyggende arbeid rettet mot NCD-risikofaktorene som tobakksrøyking, usunt kosthold, overvekt og fysisk inaktivitet, vil sannsynligvis ha en positiv effekt også på astma. NCD-arbeidet skal ha en effekt også på barns helse, blant annet i delmålet om redusert tobakksbruk under svangerskapet.

Det systematiske arbeidet med å bedre luftkvaliteten utendørs i norske byer (Folkehelseinstituttet 2013), vil sannsynligvis ha en positiv effekt på de som lever med astma og allergi. Blant annet færre episoder med forverring av sykdom, økt livskvalitet og reduserte kostnader knyttet til sykefravær eller medisiner.

Forslag til innsatser

- Vurdere en ny strategiperiode for forebygging av astma- og allergisykdommer.
- Styrke kunnskapsgrunnlaget nasjonalt om astma og allergi, og å gjøre dette kjent i helsetjenesten og i befolkningen.

- Arbeide systematisk for en likhet i utrednings- og behandlingstilbudet nasjonalt for astma og allergi, herunder vurdere behov for nye faglige retningslinjer.
- Videreutvikle og styrke posisjonen til de regionale sentrene for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO), for å fremme et helhetlig, landsdekkende og likt tilbud.

5.7 Barns læringsmiljø i skoler og barnehager

Barn og unge har rett til et trygt og godt miljø i skoler og barnehager. Det er viktig for å fremme barns og unges trivsel, helse og læring.

I dag er det mange skoler og barnehager, og først og fremst skoler, som ikke tilfredsstiller miljøkrav i helselovgivningen, jf. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet 2016, Helsedirektoratet 2016b, Helsedirektoratet 2018a). De største utfordringene er knyttet til fysiske forhold, for eksempel vedlikehold, inneklima og sanitære forhold. Kartlegginger og tilsyn har samtidig vist relativt store forskjeller mellom fylkene når det gjelder andelen godkjente grunn- og videregående skoler etter helselovgivningen (Helsedirektoratet 2018a).

I samarbeid med Utdanningsdirektoratet er det gjennomført tre kartlegginger av landets skoler siden 2007. Disse viser at bare 6 av 10 skoler er godkjente etter helselovgivningen. Det er ikke registrert noen positiv utvikling på dette området.

Ni av ti barnehager er godkjente etter helselovgivningen. Bare halvparten av barnehagene har vært gjenstand for tilsyn fra kommunen i løpet av en tre-årsperiode, og like mange mangler en plan for vedlikehold av virksomheten (Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet 2016).

Mange kommuner, særlig de minste, oppgir å ikke ha nødvendig kompetanse og kapasitet til å følge opp regelverkets krav til godkjenning, tilsyn, mv. (Helsedirektoratet 2009), men det antas at økt interkommunalt samarbeid kan bidra til å styrke kommunenes innsats på dette området.

Miljørettet helsevern kjennetegnes dels av kontroll- og tilsynsoppgaver, og dels av oppgaver relatert til planlegging og forebygging. Det er en generell utfordring å styrke arbeidet med planlegging og forebygging innen miljørettet helsevern, herunder knyttet til oppfølging av skoler og barnehager.

I forrige folkehelsemelding ble det lansert en gjennomgang og oppdatering av regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Problemstillinger knyttet til barn- og unges skole- og barnehagemiljø, er for tiden til vurdering og utredning av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslag til innsatser

- Styrke kompetansen hos personell som arbeider med/har ansvar for miljørettet helsevern i barnehager og skoler, herunder styrke veiledning til kommuner knyttet til å integrere miljøutfordringer i skoler og barnehager som en del av det systematiske folkehelsearbeidet.
- Utarbeide system for kontinuerlig oversikt over godkjennings- og tilsynsstatus ved landets skoler og barnehager.
- Etablere og styrke økonomiske støtteordninger som kan bidra til å løfte kvaliteten på miljøet i skoler og barnehager.
- Gjennom veiledning og anbefalinger stimulere til etablering av interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern.
- Styrke fylkesmannens rolle i tilsyn med og oppfølging av kommuner med skoler og barnehager som ikke er godkjente etter helselovgivningen, og hvor disse virksomhetene ikke er gjenstand for regelmessig tilsyn og kontroll.

6 Levevaner og helsevennlige valg

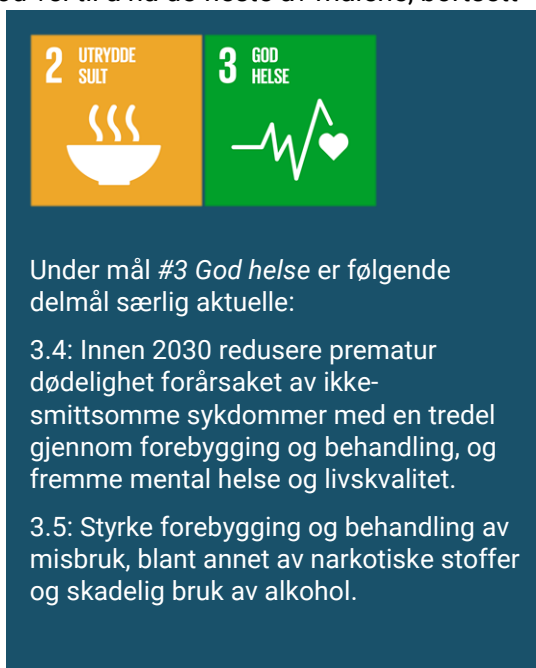
Helseatferd som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol har innvirkning på forekomsten av en rekke sykdommer, som hjerte-kar sykdommer, kreft og kroniske luftveissykdommer, type 2 diabetes, og rus og alkoholrelaterte skader. De samme risikofaktorene har også betydning for psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager, og viser at disse lidelsene øker i omfang. Det samme gjelder overvekt og fedme, som utgjør en betydelig risiko for å utvikle sykdom på lang sikt (Helsedirektoratet 2018a).

Vi har tidligere i rapporten beskrevet at det er sosial ulikhet i risiko for å bli syk og konsekvenser av å være syk. I de skandinaviske landene er forskjellen i dødelighet og gjennomsnittlig levealder mellom personer med kort utdanning og de med lang utdanning over dobbelt så stor i dag som den var for 40 år siden (Diderichsen, Scheele og Little 2015). For alle de nevnte risikofaktorene – eller levevanene – er de med lav sosioøkonomisk status mer utsatt enn de med høy sosioøkonomisk status. I folkehelsearbeid som retter seg mot endring av helseatferd er dette viktig kunnskap å ha med seg.

Helse er ikke bare et resultat av individuelle valg, men henger sammen med sosiale, kulturelle og strukturelle faktorer. Det er derfor nødvendig å skape samfunnsmessige rammer for god helse, som for eksempel gjennom bruk av ulike reguleringer, tilgang til arbeid for å sikre økonomisk trygghet, gode skoler og barnehager, tilrettelegging for fysisk aktivitet, tilgang til gode helsefremmende og forebyggende helsetjenester, og andre velferdsordninger, trygge bomiljøer og sunn mat.

Arbeidet med å begrense omfanget av skadelig helseatferd står sentralt i arbeidet til Verdens Helseorganisasjon (WHO). I 2012 ble det vedtatt en strategi med et globalt mål og indikatorrammeverk for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer som Norge har sluttet seg til; "Global strategy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases" (NCD). For å nå målene i strategien vektlegges nødvendigheten av å styrke menneskers generelle rammebetingelser for god helse. Norge er på god vei til å nå de fleste av målene, bortsett fra når det gjelder å stoppe økningen i fedme og diabetes (Folkehelseinstituttet 2018a).

Fysisk og psykisk helse henger nøye sammen. En helsefremmende livsstil med nok søvn, fysisk aktivitet, godt kosthold og sosial støtte er positivt både for den fysiske og den psykiske helsen. Tilsvarende vil en livsstil med for lite søvn, lite fysisk aktivitet, usunt kosthold og ensomhet øke risikoen for psykiske lidelser og annen uhelse. Det er flere felles og overlappende risikofaktorer for psykiske og fysiske plager og lidelser: Psykiske lidelser gir økt risiko for senere fysisk sykdom og tidlig død. Motsatt er det



Under mål #3 God helse er følgende delmål særlig aktuelle:

3.4: Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet.

3.5: Styrke forebygging og behandling av misbruk, blant annet av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol.

langt større risiko for psykiske lidelser blant personer med en rekke somatiske sykdommer.

Når det gjelder FNs bærekraftsmål vil arbeid med matsikkerhet og bedre ernæring kunne bidra til å oppfylle FNs bærekraftsmål #2 *Utrydde sult*, ettersom det også handler om å oppnå matsikkerhet og bedre ernæring, og fremme bærekraftig landbruk. Også relevant her er bærekraftsmål #3 *God helse*, der flere av delmålene er aktuelle. I delmålmål #3.5 omtales betydningen av å styrke forebygging og behandling av misbruk, og her legges det også vekt på betydningen av å jobbe for å forebygge skader av tobakksbruk.

Levevaner har også konsekvenser for miljø og bærekraft; for eksempel medfører produksjon og forbruk av mat klimagassutslipp noe kostrådene tar hensyn til, aktiv transport vil bidra til reduksjon i bilbruk, og reduksjon i tobakksbruk vil globalt sett kunne frigjøre areal og vann til matproduksjon og redusere avskoging.

6.1 Ernæring

Amming og morsmelk

Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos både barn og mor. Blant kvinner med lav sosioøkonomisk status er det flere som slutter å amme tidlig. Amming er vist å kunne bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse (Victoria et al. 2016). Barn som ammes gis et godt grunnlag for god helse og utvikling, uavhengig av foreldrenes sosioøkonomiske status.

I Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) er det et mål å øke andelen barn som fullammes de første seks månedene og som får morsmelk i hele første leveår. Vi vet at morsmelk er den beste maten for spedbarn og at det er gunstig for utviklingen av barnets immunforsvar og hjerne. Morsmelk reduserer barnets risiko for infeksjoner på kort sikt, og risiko for overvekt og diabetes på litt lengre sikt. Amming minsker mors risiko for brystkreft og trolig også risikoen for eggstokk-kreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes.

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det å fremme amming ett av de mest kostnadseffektive tiltak som land kan iverksette i kampen mot de ikke-smittsomme sykdommene, som bl.a. hjerte- og karsykdommer, kreft og diabetes. Det er hygienisk og praktisk å amme, og det er gratis. Amming er mer miljøvennlig å produsere, transportere og servere enn morsmelkerstatning, og kan slik også bidra til å motvirke klimaforandringer. Amming er sentralt for å nå en rekke av bærekraftsmålene (Schultink 2015).

Forslag til innsatser

- Videreføre og videreutvikle mor-barn-vennlig initiativ som faglig standard for landets føde- og barselavdelinger, herunder oppdatering av de medisinske kriteriene for bruk av tillegg på barselavdelinger.

- Videreføre og styrke arbeidet med ammekyndig helsestasjon bør, slik at flere kommuner oppnår godkjenning.
- Nasjonal oppfølging av WHO's retningslinjer om markedsføring av produkter beregnet på barn opp til tre års alder, inkludert videre oppfølging av etterlevelse av WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatninger.

Mat og måltidsvaner i barnehage og skole

Mat og måltidsvaner etableres tidlig i livet. Det er viktig at barn og unge har gode rammer for mat og måltider i barnehager og skoler. Det kan legge grunnlag for trivsel, læring, mestring og et sunt kosthold. Et hovedfunn fra Ungkost 2015 er at det fortsatt er en utfordring med for lavt inntak av fisk, grønnsaker og frukt, og et for høyt inntak av tilsatt sukker og mettet fett blant barn i 4. og 8. klasse (Hansen m.fl. 2016).

Hovedbildet fra Ungdata 2017 er at det er stor variasjon ungdom imellom når det gjelder hva slags kostholdsvaner de har (Bakken 2017). For eksempel spiser en av tre ungdommer frukt og grønt hver dag, samtidig som en god del sjelden får i seg slike matvarer. Kartleggingen av mat og måltider i "Spørsmål til Skole-Norge 2017" viste at gratis skolefrukt er et tilbud som i mye større grad tilbys på de små skolene enn de store (Frederici 2017). Ungdata viser også at de ungdommene som driver aktivt med idrett, også har mer fordelaktige kostholdsvaner enn dem som ikke driver med aktiv idrett.

Strukturelle, universelle tiltak har vist seg å ha god effekt. Studier av gratis ordning med frukt og grønt i skolen vs. abonnementsordning og ingen ordning viser at elever på skoler med gratis frukt økte inntaket mer enn elever på skoler uten slikt tilbud. Det økte inntaket varte over tid, og elevene reduserte inntaket av usunn snacks. Effekten var størst blant elever med foreldre med kort utdanning og lav inntekt (Øvrum & Bere 2013; Øverby et al. 2012). Gratis frukt og grønt i skolen er et eksempel på et kostnadseffektivt forebyggende tiltak (gitt forutsetninger beskrevet i en rapport fra Helsedirektoratet), samt at det har vist å ha gode fordelings effekter (Helsedirektoratet 2015b). Dette er også en anbefalt intervensjon ifølge WHO (2017).

Jodinntaket er urovekkende lavt i deler av befolkningen. Helsekonsekvenser av jodmangel, som negativ virkning på hjerneutvikling og hypotyreose, varierer med alvorlighetsgraden og når i livsløpet mangelen inntreffer. Hovedkildene er melkeprodukter og hvit fisk (Nasjonalt råd for ernæring 2017). Kostholdsundersøkelsene blant barn og unge viser at de stort sett har et tilstrekkelig jodinntak så lenge de inkluderer nok melk og meieriprodukter i kosten sin. Fra Ungkost 2015 og Ungdata ser vi at unge har et lavt inntak av fisk og melk. Fiskeinntaket er så lavt blant unge at det ikke bidrar betydelig til jodinntak. Ungdata viste at 28 prosent drikker melk 1 gang i uka eller mindre og kun 40 prosent drakk melk daglig. Et tiltak som fører til at flere barn og unge drikker melk, kan også være et bidrag til å sikre jodstatus i denne delen av befolkningen.

Det er viktig at barn og unge har nok tid til å spise i løpet av skoledagen. Det bør settes av minimum 20 minutter til å spise, slik at alle får mulighet til å spise i ro og til de er mette. Kartleggingen Spørsmål til Skole-Norge 2017 viste at en for lav andel av skolene la til rette for at elevene fikk minst 20 minutters spisepause, og dette ble i minst grad oppfylt på mellomtrinnene (Frederici 2017). Dette omtales i merknaden til § 11 i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., og i revisjonsarbeidet som pågår står dette punktet i fare for å fjernes til tross for at dette er et oppfølgingspunkt i "Handlingsplan for bedre kosthold" (Departementene 2017). Det er imidlertid rimelig å stille et minimumskrav til elevers spisepause slik vi gjør for voksne.

Et av målene i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) er en 30 prosent økning i andelen 15-åringer som spiser frokost daglig. Andelen barn og unge som spiser frokost fire dager i uka eller oftere ser ut til å minke med økende alder (Samdal m.fl. 2016). Det ser ut til at det er en sosial gradient i spisevaner blant barn og unge, og andelen som spiser frokost fire dager i uken eller oftere er lavere blant barn og unge fra hjem med lav sosioøkonomisk status enn de med høyere sosioøkonomisk status. Et gratis frokosttilbud for skoleelever kan bidra til utjevning av disse forskjellene. Studier har vist at frokostinntak kan ha positiv effekt på skoleprestasjoner, blant annet på kognitiv funksjon, konsentrasjon og akademisk prestasjon (Hoyland et al. 2009; Adolphus et al. 2013). Flere skoler, både grunnskoler og VGO, har i dag et enkelt frokosttilbud til sine elever. Både elever og ansatte formidler gode erfaringer med et slikt tilbud, men det er ikke gjort systematiske undersøkelser på hvilken effekt et slikt tiltak har.

Som på andre levevaneområder, er det betydelige sosiale forskjeller i kostholdsvaner. Barn og unge fra hjem med lav sosioøkonomisk status rapporterer lavere inntak av frukt og grønt og høyere forbruk av godteri og sukkerholdig drikke, enn de med høyere sosioøkonomisk status (Samdal m.fl. 2012). Flertallet av barn er i barnehage, og alle går på skolen. Derfor er disse universelle arenaene så viktig når det gjelder å legge til rette for gode måltider og måltidsvaner. Gjennom å kvalitetssikre at maten som serveres eller tilbys er basert på helsemyndighetenes kostråd, kan det bidra til å legge grunnlag for et sunt kosthold gjennom hele livet. En kartleggingsundersøkelse til barnehager i Norge (Spørsmål til Barnehage-Norge 2017) avdekket signifikante forskjeller mellom private og kommunale barnehager når det gjaldt kostpris per barn per måned og selve tilbudet av mat og måltider (Fagerholt m.fl. 2017). De private barnehagene serverer i større grad frokost og ettermiddagsmat, og mer grønnsaker enn kommunale barnehager. I dag betales matpengene utenom oppholdsprisen, og omfattes således ikke av makspris eller moderasjonsordninger. Dersom matpenger inkluderes i oppholdsprisen, vil foreldre som har krav på moderasjon også få dette på den andelen av betalingen som går til matinnkjøp. I tillegg vil kostpengene omfattes av makspris, noe som vil gjøre forskjellene mindre mellom barnehager.

Opptil 20 prosent av alle matallergiske reaksjoner hos barn skjer mens barnet er på skolen, og det er også der en eventuell kraftig reaksjon oftest oppstår for første gang. Dette er beskrevet i rapporten "Anbefaling for håndtering av nøtteallergi i barnehager og skoler"

(Helsedirektoratet 2017a). Vi vet lite om hvordan matallergiske reaksjoner håndteres i skoler og barnehager, samt hvilken kunnskap de ansatte der har om dette.

Forslag til innsatser

- Gratis frukt og grønnsaker til alle elever i grunn- og videregående skole.
- Gratis ¼ liter lett- eller skummet melk til alle elever i grunn- og videregående skole.
- Sikre at alle elever får minimum 20 minutters spisetid, i tråd med nasjonal retningslinje.
- Inkludere matpenger som del av oppholdsprisen i barnehager.
- Kvalitetssikre at barnehager og skoler følger nasjonale kostråd gjennom jevnlig spørsmålsbatteri om kosthold i "Spørring til barnehage-Norge" og "Spørring til skole-Norge" og samarbeid med Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet.
- Gjennomføre pilotering av frokosttilbud i grunnskole og VGO med evaluering for å se hvilken effekt et slikt tilbud har blant annet på skoleprestasjon, skolemiljø og trivsel og utjevning av sosial ulikhet.
- Få økt kunnskap om matallergi og håndtering av matallergi i barnehager og grunnskoler gjennom informasjon og kompetanseheving i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og blant ansatte i barnehager og skoler.

Måltidsvalg og ernæring i arbeidslivet og i det offentlige rom

Serveringsmarkedet omfatter alt fra kantiner på arbeidsplasser, til kaffebarer, hurtigmatutsalgs og restauranter, og påvirker forbrukernes kosthold ved å selge flere hundre millioner måltider årlig. Dagligvarehandelen tilbyr også stadig bredere utvalg av "mat i farten" som baguetter og porsjonssalater.

De som ofte spiser mat utenfor hjemmet, i forbindelse med arbeid eller fritid, får lett i seg mer fett, salt, sukker og energi enn ønskelig selv om det har blitt flere sunne valgmuligheter. Hjelpemidler og kompetanseheving om mat og helse i arbeidslivet etterspørres. Alle forbrukere bør ha lett tilgang til sunne måltider utenfor hjemmet, som markedsføres godt og fremstår som det mest fristende, enkleste og beste valget. Forbrukerne ønsker å kunne ta sunne valg, dette kommer blant annet fram i en NORSTAT-undersøkelse gjort for Helsedirektoratet i 2012 og Norsk Jobbhelse rapport 2016-2017 (Stamina 2017). Mat- og drikketilbud på arbeidsplasser og utsalgs- eller serveringssteder som benyttes av mobile arbeidstakere, samt serveringstilbudet på idretts- og kulturarrangement og fritidsklubber er spesielt viktig, da disse når mange regelmessig, også barn og unge.

Utvidelse av Intensjonsavtalen med næringslivet på mat- og drikkeområdet til serveringsmarkedet forsterker behovet for satsingen på dette området. Det er viktig å samle og spre positive erfaringer om mat og helse i hele serveringsmarkedet.

I folkehelsemeldingen "God helse – felles ansvar" (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a) heter det: "Regjeringen vil utfordre aktørene i arbeidslivet til å ta et større ansvar for folkehelsearbeidet på arbeidsplassen". I samme melding heter det også: «Kantiner og andre serveringssteder som har faste gjester daglig, har et ansvar for å påvirke brukernes kosthold over tid, og kan lykkes med dette gjennom tilrettelegging for trivelige måltider og gode valg ...". WHO anser arbeidsplassen som en viktig arena for helsefremmende programmer, inkludert blant annet styrking av personlige helseressurser som økt kunnskap om ernæring og tilrettelegging for sunne matvalg (WHO 2017; 2014). Fortsatt implementering og videreutvikling av Helsedirektoratets anbefalinger og verktøy for å fremme sunt tilbud av mat og drikke i arbeidslivet og serveringsmarkedet for øvrig er viktig.

Det offentlige omsetter store volum av mat- og drikkevarer. Tilgang på et sunnere mat- og drikketilbud i det offentlige kan bidra til å påvirke hele befolkningen til et sunnere kosthold. Folkehelsemeldingen "Mestring og muligheter" (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) fastslår at "det bør være en målsetting at offentlige innkjøp som legges ut på anbud skal oppfylle nærmere definerte ernæringsmessige kriterier" basert på kostråd og ernæringsanbefalinger fra Helsedirektoratet. Ernæringskriterier er ønsket av mange aktører og er et tiltak i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (Departementene 2017). De er et viktig bidrag til å få flere til å følge kostrådene som også er vurdert til å være bærekraftige. For å sikre implementering og effekt av ernæringskriterier i offentlig sektor, foreslås å forskriftsfeste dem. Dette vil også støtte opp under øvrige tiltak for å fremme et sunnere kosthold i befolkningen, som nøkkelhullsmerking og sunnere valgmuligheter på arenaer som barnehage, skole, arbeidsliv og serveringssteder, samt kommunikasjon om sunnere kosthold. De potensielle samfunnsgevinstene av at befolkningen følger Helsedirektoratets kostråd er anslått å utgjøre totalt 154 milliard kroner pr år (Helsedirektoratet 2016c).

Forslag til innsatser

- Vurdere å innføre Nøkkelhullet i serveringsmarkedet (i etterkant av pilot i Danmark).
- Opprette en idébank for hele serveringsmarkedet med erfaringer, tips og opplæringsverktøy om sunne og fristende mat- og drikketilbud.
- Foreta kartlegging av mat- og måltidstilbud i arbeidslivet.
- Styrke arbeidet med å fremme sunt mat- og drikketilbud og veiledning om sunt kosthold i arbeidslivet.
- Forskriftsfeste at offentlig sektor skal ivareta ernæringshensyn i tråd med kostrådene i anbudsutlysinger for mat og drikke, ved å følge ernæringskriteriene fra Helsedirektoratet.

Partnerskap med næringslivet og prisvirkemidler

Intensjonsavtalen om tilrettelegging for et sunnere kosthold ble signert desember 2016 og varer til og med 31.12.2021. I avtalen er det satt konkrete mål om å bidra til å redusere befolkningens inntak av salt, tilsatt sukker og mettet fett, og samtidig å øke befolkningens inntak av frukt og grønnsaker, fisk og sjømat, samt grove kornprodukter (se Helsedirektoratets informasjon om avtalen).

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons (WHO) målsetting om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som kreft, KOLS, diabetes og hjertekarsykdommer med 25 prosent innen 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). I følge tall over sykdomsbyrden i Norge i 2015 (Folkehelseinstituttet 2017a) er kostholds faktorer svært sentrale for å påvirke utvikling av ikke-smittsomme sykdommer direkte, og indirekte ved å påvirke kolesterol, fastende blodsukker, systolisk blodtrykk og kroppsmasseindeks.

I Norge er forbruket av grønnsaker, frukt og fisk mye lavere enn anbefalt inntak, mens inntaket av mettet fett og salt er betydelig høyere enn anbefalt (Helsedirektoratet 2017b). Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets kostråd reduserer risikoen for ikke-smittsomme sykdommer og har i tillegg store samfunnsøkonomiske gevinster (Helsedirektoratet 2016c).

Tiltakene 2.1-4, 2.6 og 2.7 i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) (Departementene 2017) bygger i stor grad på en helhetlig og langsiktig intensjonsavtale med matvarebransjen for å tilrettelegge for et sunnere kosthold i hele befolkningen. Nøkkelhullet er en felles nordisk merkeordning for sunnere matvarer. Tiltak 3.3 i handlingsplanen fokuserer på kommunikasjon som er en av helsemyndighetenes særlige forpliktelser i intensjonsavtalen. Kommunikasjon som styrker Nøkkelhullet som merkeordning, og som retter seg mot de felles målene i avtalen, vil bidra til å oppfylle myndighetenes forpliktelser i arbeidet. I tråd med målet om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer vil det være naturlig å både forsterke intensjonsavtalen og å forlenge avtaleperioden.

Prisvirkemidler kan påvirke befolkningens kosthold ved å gjøre usunne produkter relativt sett dyrere og eventuelt sunne matvarer billigere. Særavgifter på usunne produkter kan være ett av flere virkemidler for å bedre kostholdet i befolkningen i tråd med målene i Nasjonal Handlingsplan for bedre kosthold (Departementene 2017). I Norge har vi i dag særavgifter på sukkerholdige varer som husholdningssukker, alkoholfrie drikkevarer og sjokolade- og sukkervarer. Ifølge WHO kan avgifter på sukkerholdige drikkevarer bidra til å redusere utvikling av ikke-smittsomme sykdommer (WHO 2017). Å avgiftsbelegge usunn mat og at disse midlene benyttes til å gjøre frukt, bær og grønnsaker billigere vil kunne påvirke befolkningens inntak i positiv retning.

Forslag til innsatser

- Fortsette arbeidet med at alle deler av matbransjen og serveringsbransjen slutter seg til og internaliserer målene i intensjonsavtalen.
- Vurdere å forlenge avtaleperioden for intensjonsavtalen for et sunnere kosthold til 31.12.2025 for å sikre at arbeidet varer ut perioden for WHO's NCD-mål i 2025.
- Innføre sunn skatteveksling som innebærer avgift på tilsatt sukker og tilsvarende prisreduksjon på frukt, bær og grønnsaker.
- Gradere avgift etter varens innhold av tilsatt sukker.

6.2 Forebygging av overvekt og fedme blant barn og unge

Overvekt og fedme blant barn, og i befolkningen ellers, har økt dramatisk de siste tiårene. Overvekt og fedme kan ha en rekke negative konsekvenser for barn og unge, som økt fravær på skolen, negative emosjonelle konsekvenser (lavere selvtillit/selvbilde), prediabetes og økt blodtrykk, og problemer med bein og ledd (Public Health England; Department of Health and Social Care 2017). [Folkehelseinstituttets barnevekststudie](#) fra 2015 viste at 13,3 prosent av gutter og 16,7 prosent av jenter i alderen 8-9 år var overvektige. I tall fra UNG-HUNT - Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag - NTNU, kom det fram at 25 prosent av jenter og 27 prosent av gutter i videregående skole var overvektige.

Med overvekt og fedme følger større sykkelighet og økt risiko for sykdommer som diabetes 2, hjerte- og karsykdommer og kreft i voksen alder, samt økt risiko for komplikasjoner i graviditet og ved fødsel (GBD 2015 Obesity Collaborators 2017). Når det er blitt behov for behandling, krever det stor innsats av individet og helsetjenesten. Konvensjonell overvektsbehandling er krevende, den kommer ofte ikke i gang tidlig nok, den må foregå over lengre tid og det er vanskelig å oppnå vedvarende resultat. Fedmekirurgi har gode resultater når det gjelder vektreduksjon, men er svært ressurskrevende for helsevesenet og samfunnet (Colquitt m.fl. 2014), samt at det er et stort inngrep for den enkelte pasient.

For å snu utviklingen med økende forekomst av overvekt og fedme, er det behov for en samlet, tverretattlig forebyggingsinnsats. Helsesektoren kan ikke ta dette ansvaret alene. EU har vedtatt en Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 for å stanse «epidemien» (European Union 2014). Tiltakene baseres på livsløpsperspektiv, multisektoriell tilnærming, partnerskap/nettverk mellom offentlige og private aktører og sosial og politisk mobilisering fordi sosial ulikhet i forekomst av overvekt og fedme er betydelig. Det er derfor viktig med bred og en koordinert innsats med "helse i alt vi gjør"-tilnærming. Det forutsetter at alle politikkområder må eie denne problemstillingen. For eksempel innen en kommune må ulike fagfelt, fra byplanlegging, til skole og helse- og sosialsektor jobbe sammen for å nå målet

om reduksjon i forekomst av overvekt og fedme. Arbeidet må forankres i kommunens ledelse. Forebygging vil bidra til å redusere belastningen på helsevesenet.

Overvekt som utvikles i barne- og ungdomsårene har en tendens til å vedvare inn i voksenårene, og dette har samfunnsøkonomiske konsekvenser. Tall fra SSB (Wettergren 2016) og OECD undersøkelsen Health at a glance 2016 (OECD 2016) viser at arbeidstakere i alderen 50-59 år, med fedme, hadde 3 ganger så høyt sykefravær som deres jevnaldrende uten fedme. I tillegg kommer det fram at det er omtrent 10 prosent færre i denne gruppen som er yrkesaktive. EU-prosjektet Joint Action on Nutrition and Physical Activity, JANPA, viser at med moderat endring i BMI i barndommen, kan store økonomiske besparelser oppnås (JANPA 2016).

Forslag til innsatser

- Kompetanseheving av personellgrupper i helsestasjon, skolehelsetjeneste, skole, og barnehager om økt fysisk aktivitet og sunnere matvaner, og i behandling av overvekt/fedme.
- Implementere modeller som er benyttet i Norge, eller i andre land, som for eksempel erfaringene fra Sogndal og fra Sogn og Fjordane, eller prosjektet fra Seinäjoki kommune i Finland hvor fysisk aktivitet er integrert i skolen, og kommunen har en "health in all policies" tilnærming.
- Oppdatere nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.

6.3 Alkohol

Totalkonsum

I følge norske sykdomsbyrdeanalyser er bruk av alkohol og illegale rusmidler den risikofaktoren som forårsaker den nest største sykdomsbyrden i befolkningen under 75 år (Folkehelseinstituttet 2018b). Bare tobakk forårsaker et større helsetap. Blant menn under 75 år er bruk av alkohol og illegale rusmidler på første plass blant risikofaktorene. Det antas at alkohol står for en vesentlig større andel av det beregnede helsetapet enn illegale rusmidler, siden alkohol er mer utbredt. Beregningene tar ikke hensyn til tredjepartsskader som også er betydelige for alkohol.

Norsk alkoholpolitikk bygger på totalkonsumsteorien, som sier at omfanget av skadelig alkoholkonsum er en funksjon av det totale alkoholkonsumet (Nordlund 2003). Dersom totalkonsumet går opp, øker også skadene knyttet til alkoholbruk, mens en reduksjon i totalkonsum vil tilsvarende gi reduksjon i skadeomfang.

Tidligere forskningsfunn har tydet på at et moderat alkoholforbruk blant middelaldrende menn har vært assosiert med lavere risiko for hjerte- og karsykdommer. Større og nyere

kunnskapsoppsummeringer (f.eks. Wood et al. 2018) finner ikke denne sammenhengen. Nyere forskning viser at alt alkoholkonsum er helseskadelig, og at det er et dose-respons-forhold mellom alkohol og helse; jo mer du drikker, dess større er helserisikoen. Det betyr at folkehelseargumentet for å redusere forbruket av alkohol i befolkningen er styrket de senere årene.

Det er godt kjent at de mest effektive virkemidlene for å redusere alkoholkonsum er strukturelle, i form av økt pris og begrenset tilgjengelighet. Økte skatter og avgifter på alkoholholdig drikk står øverst på WHO's liste over anbefalte tiltak for å redusere ikke-smittsomme sykdommer (WHO 2017). Samtidig er alkohol en lovlig vare, så hvor langt samfunnet er villig til å gå i denne typen begrensninger av individenes handlefrihet, er et vurderingsspørsmål. I Norge har tilgjengeligheten til alkoholholdige drikkevarer økt betydelig de siste årene. Antall skjenkesteder og vinmonopol er nær tredoblet i løpet av en generasjon (Folkehelseinstituttet 2017d). Prisen på alkoholholdige drikkevarer har økt noe, justert i forhold til konsumprisindeksen, men i forhold til befolkningens økte kjøpekraft har alkohol blitt billigere (Helsedirektoratet 2018a).

I det følgende vurderer vi tre tiltak for å begrense alkoholkonsumet i befolkningen og estimerer folkehelseeffekter av dem i form av antall dødsfall spart for et gitt år. Estimatenes er basert på Folkehelseinstituttets anslag på hvor mange 2014-dødsfall som ville vært spart ved en gitt reduksjon i totalkonsumet i befolkningen. Priselastisiteten til alkoholholdig drikk har vært beregnet til rundt -0,65 (Alver 2004). Det vil si at en prisøkning på 1 prosent vil gi en reduksjon i etterspørselen på om lag en prosent. En realprisøkning på 5 prosent ville i så fall gitt en reduksjon i forbruk av ren alkohol per hode på kanskje drøyt 3 desiliter i året, noe som ifølge Folkehelseinstituttets beregninger tilsvarer i størrelsesorden 100 sparte dødsfall i et gitt år (Bergsvik og Rossow 2016).

Alkoholavgiften utgjør en vesentlig andel av statens inntekter, om lag 13,7 milliarder kroner i fjor. Til sammenlikning er det beregnet at alkoholkonsumet koster Norge mer enn 18 milliarder kroner årlig (Gjelsvik 2004). Den største ulempen ved høye avgifter er økt grensehandel og, i verste fall, illegal handel. En mulig avvikling av taxfree-ordningen ble utredet av Folkehelseinstituttet i 2016 (Bergsvik og Rossow 2016). Også Samfunnsøkonomisk analyse har for øvrig utredet taxfree-ordningen på oppdrag for Framtiden i våre hender (Flatval og Ibenholt 2017). I følge Folkehelseinstituttets utredning utgjorde avgiftsfritt salg av alkohol ved ankomst til norske lufthavner fra utlandet 3,0 millioner liter øl, 6,3 millioner liter vin, 0,2 millioner liter hetvin og 2,0 millioner liter brennevin i 2015. Omregnet i ren alkohol er dette 0,4 liter ren alkohol per innbygger, det vil si om lag halvparten av den uregistrerte omsetningen. Ved en avvikling av taxfree-ordningen vil trolig en del av volumet erstattes av andre kilder som ordinær handel og grensehandel. Folkehelseinstituttet anslår at et sted mellom 25 prosent og 95 prosent (en stor margin av usikkerhet) ikke vil erstattes av annen handel, og tiltaket innebærer derfor en reduksjon som, ifølge Folkehelseinstituttet, vil spare mellom 37 og 85 dødsfall per år (Bergsvik og Rossow 2016). Den største utfordringen for en avvikling av taxfree-handelen er kanskje at den er såpass populær, og at de politiske omkostningene ved å avvikle den derfor er store.

En annen mulighet for å begrense tilgjengeligheten av alkohol, er å avvikle salg av kartongvin i store forpakninger, som 3 liter og mer. Tanken er at folk har en tendens til å konsumere mer av en stor kartong enn av en relativt mindre flaske. Salget av kartongvin i Norge er betydelig; drøyt 33 millioner liter/år (basert på salgstall for Vinmonopolets 250 bestselgere), som tilsvarer ca. 4 millioner liter ren alkohol, eller 0,9 l per innbygger over 18 år. Vi kan anta at mesteparten av dette ville blitt erstattet av flaskesalg ved en eventuell avskaffelse av kartongvin – men ikke alt. Hvis vi legger til grunn, kanskje noe optimistisk, en 10 prosents forbruksreduksjon ved avskaffelse av kartongvin, tilsvarer det 0,09 l ren alkohol per innbygger, og drøyt 30 dødsfall per år. En australsk studie viste en nedgang på nærmere 20 prosent i totalkonsum, som resultat av en tiltakspakke for å begrense tilgjengelighet til alkohol hvorav mindre beholdere (<1 liter) var ett dem (Gray m.fl. 2000). Men det er usikkert hvor stor del av effekten som kan tilskrives dette ene tiltaket. Tiltakspakken ble dessuten gjennomført i et lokalsamfunn der forbruket var høyt i utgangspunktet. Likevel virker det rimelig å anta at begrensninger på pakningsstørrelser påvirker konsum, og det er vanskelig å se noen vesentlige ulemper ved slike begrensninger. På bakgrunn av dette bør det tas initiativ til å utrede nærmere hvilken betydning ulike pakningsstørrelser for alkohol kan ha for konsum og for befolkningens helse.

Drikkemønster

Norge er ett av de landene i Europa som har størst forekomst av høye enkeltinntak av alkohol, såkalt binge-driking eller sporadisk stordriking. I en EU-finansiert studie fra 2016 (RARHA SEAS) svarte om lag 83 prosent av de norske respondentene at de hadde vært beruset av alkohol minst en gang i løpet av det siste året (RARHA 2016). Til sammenligning var det kun om lag 8 prosent av de italienske respondentene som svarte det samme.

Et drikkemønster som er preget av høye enkeltinntak med påfølgende høy beruselsesgrad er knyttet til økt forekomst av akutte helseproblemer, ulykker og vold i befolkningen. Sporadisk stordriking er også forbundet med økt dødelighet, herunder av hjerte- og karsykdommer (Graff-Iversen m.fl. 2013). Det gir negative konsekvenser for barn og andre tredjeparter som kan oppleve ubehag av andres driking (Rossow I & Nordstrøm T 2011). Også arbeidslivet blir påvirket gjennom alkoholrelatert fravær. En fersk beregning utført på oppdrag av Akan kompetansesenter viser at fravær og ineffektivitet i arbeidslivet på grunn av alkoholbruk koster arbeidslivet minst 1,1 milliard kroner per år (Steen J m.fl. 2018). Videre skaper det utfordringer for utelivsbransjen som er forpliktet til å avvise alle kunder som er åpenbart påvirket av alkohol, samt for politi og kommuner som arbeider for å skape trygge sentrumsområder i byer og tettsteder.

I henhold til WHO Euros folkehelsestrategi Helse 2020, gir reduksjon av denne type skadelig alkoholbruk et stort potensial for besparelse av samfunnsmessige kostnader, blant annet knyttet til sykehusinnleggelse for alkoholrelaterte skader og kriminalitet (WHO Europa 2014). En slik erkjennelse er også bakgrunnen for at Storbritannia i 2012 utarbeidet en egen nasjonal strategi for å motvirke såkalt "binge drinking" (HM Government 2012).

En stor del av den alkoholrelaterte volden og skadene skjer på skjenkesteder og i områdene rundt disse (Bakke 2016). Det bør derfor være et hovedmål å finne gode og kostnadseffektive tiltak for å redusere beruselsesgraden på disse stedene. Arbeidet bør baseres på eksisterende kunnskap om problematikken og dens årsaker, men på tiltakssiden må det også åpnes opp for å prøve ut nye tiltak som kan danne grunnlag for ny kunnskap, gjerne i samarbeid med seriøse aktører i utelivsbransjen.

Mange kommuner og skjenkesteder oppgir at det er stort problem at mange er kraftig påvirket av alkohol allerede ved ankomst til sentrum og skjenkestedene, da de har drukket store mengder alkohol på vorspiel. Det foreligger lite forskning på den norske vorspielkulturen, men ifølge forskning fra andre land, hovedsakelig Storbritannia og USA, er såkalt "pre loading" eller "pre drinking" forbundet med høyere alkoholinntak og beruselsesgrad, samt høyere risiko for alkoholrelaterte skader. I følge forskningen er motivasjonen for denne atferden først og fremst knyttet til pris og et ønske om å oppnå beruselse, men også i sosiale hensyn (Foster 2014). Den nevnte RARHA SEAS-studien peker også på at skadelig drikking blant unge ofte er relatert til "pre drinking", i tillegg til en drikkekultur preget av beruselsesforventning, inntak av sterkere alkoholtyper mv.

Et tredje område hvor sporadisk stordriking skaper problemer er på ulike typer festivaler og andre store arrangementer. Her kan det være utfordringer knyttet til overskjenking og høyt beruselsesnivå på selve arrangementet, men også på offentlige steder i tilknytning til arrangementene, som festivalcamper og friområder. Et aktuelt eksempel hvor problematikken ble spesielt synlig, var idrettsarrangementet Holmenkolldagene 2018 som ble gjenstand for nasjonal medieoppmerksomhet på grunn av åpenlys fyll på dagtid og i påsyn av barn. Deler av russefeiringen er et mer særegent eksempel på den norske drikkekulturen. Den langvarige tradisjonen har utviklet seg til å bli en arena for skadelig alkoholbruk blant ungdom i en sårbar alder, med store enkeltinntak av alkohol over en relativt lang periode. Uheldige hendelser knyttet til russefeiringen generelt og russetreffene spesielt, er bakgrunnen for at KoRus Øst jobber med et prosjekt som skal bidra til en utvikling mot en "tryggere russefeiring". For å styrke planlegging og gjennomføring av trygge arrangementer samles vertskommuner, politi og arrangører til regelmessige samlinger for å dele erfaringer og utvikle beste praksis.

Vi mangler kunnskap om treffsikre tiltak som kan bidra til å redusere omfanget av sporadisk risikodriking på disse områdene. Det bør derfor være et mål å utvikle og prøve ut nye tiltak innenfor rammen av satsingen ansvarlig alkoholhåndtering i Helsedirektoratet, i samarbeid med bransjeaktører, kommuner, politi og andre.

Forslag til innsatser

- Øke pris på alkohol, også i forhold til kjøpekraft, gjennom avgiftsøkning.
- Redusere tilgjengelighet, blant annet ved å vurdere avskaffelse av taxfreeordningen.
- Utrede hvilken betydning ulike pakningsstørrelser for alkohol kan ha for forbruk og befolkningens helse.

- Utvikle og prøve ut tiltak som kan bidra til å redusere sporadisk risikodriking i og i forbindelse med uteliv og på festivaler, innenfor rammene av satsingen ansvarlig alkoholhåndtering.

6.4 Tobakk

Tobakksforebygging, tobakksavvenning og skadereduksjon

Tobakksrøyk er fortsatt en svært viktig enkeltårsak til for tidlig død og redusert livskvalitet, og øker risikoen for en rekke kreftformer, hjerte- og karsykdom og lungesykdommer. Sykdomsbyrdestudien viser at røyking står for hvert femte dødsfall og er den viktigste risikofaktoren for død hos befolkningen under 70 år (Folkehelseinstituttet 2018b). De med kort utdanning røyker i mye større grad enn de med lang utdanning.

Et av delmålene under WHO's NCD-mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent innen 2025, er å redusere tobakksbruk med 30 prosent. Dette anses som nødvendig for å oppnå målet om å redusere for tidlig død. Gjennom bærekraftsmålene er målsettingen om å redusere for tidlig død av de ikke-smittsomme sykdommene økt til en tredjedel innen 2030 (delmål 3.4 under #3 God helse) og å redusere tobakksbruk blir derfor enda viktigere for at vi skal nå målene.

Selv om andelen som røyker i Norge totalt sett har sunket betydelig, er det viktig å opprettholde lav rekruttering, samtidig som man fortsatt jobber for røykeslutt. Tobakksavvenning peker seg ut, ifølge regjeringen, som et område "som bør intensiveres" (Helse- og omsorgsdepartementet 2017:52).

Økt pris på tobakksvarer er ansett som det mest effektive tiltaket for å redusere tobakksbruk og er det høyest anbefalte tiltaket i WHO's Best Buys (WHO 2017). Det er mange år siden forrige reelle avgiftsøkning, og norske priser er ikke høye, kjøpekraften tatt i betraktning. Andre kjente tiltak for å redusere tilgjengelighet er gjennom å begrense salgskanaler og endre aldersgrenser. Det er også sentralt å fortsatt skjerpe vernet mot passiv røyking. Massemediekampanjer er og bør fortsatt være en sentral del av det tobakksforebyggende arbeidet. Kampanjene skal motivere til røykeslutt, øke bevisstheten om helserisiko ved røyking og fordelene ved å slutte. Helseinformasjon går også gjennom andre kanaler, for eksempel skal unge fortsatt nås gjennom skolen.

Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning danner grunnlaget for standardisert og strukturert arbeid med tobakksavvenning, men er i dag ikke implementert i alle relevante deler av helsetjenesten. Frisklivssentralene utgjør kjernen i det lokale tilbudet om tobakksavvenning, med sluttveiledning både individuelt og i grupper, men det er et stykke igjen til at det finnes frisklivssentraler i alle kommuner, og til at alle frisklivssentraler har et slikt tilbud. Lave driftskostnader og mulighet for stor utbredelse gjør at digitale

selvhjelpsverktøy kan være svært kostnadseffektive, som for eksempel Slutta-appen. Subsidiering av legemidler til røykeslutt har blitt anbefalt både av Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, men har så langt ikke fått politisk gjennomslag. Slik subsidiering kunne enkelt dekkes økonomisk gjennom økte tobakksavgifter.

Skadereduksjonstenkning har hatt liten plass i norsk tobakkspolitikk. Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) åpnet opp for å tenke skadereduksjon i forholdet mellom tobakksprodukter og e-sigaretter. Begrunnelsen var den antatt store forskjellen i helserisiko som potensielt kunne bedre helsen for majoriteten av brukerne som var røykere. Det har kommet og forventes stadig nye tobakks- og nikotinprodukter, hvor noen må antas å ha en betydelig lavere risiko enn sigaretter. Det kan være nikotinerstatningsprodukter, snus med tobakk, tobakksfri "snus" tilsatt nikotin, nikotinholdige e-sigaretter og heat-not-burn-produkter. Det er lett å argumentere for at mindre skadelige produkter bør slippes inn på markedet og bli mindre strengt regulert enn andre tobakksprodukter. Helsedirektoratet vurderer likevel at samtidig som man kan ønske å gjøre mindre skadelige produkter attraktive for røykere, vil man heller ikke trekke til seg for mange nye brukere som ikke røyker fra før eller kunne tenkes å begynne å røyke. Tilbyderne av nye produkter vil neppe se seg fornøyd med å rette seg kun mot et lite og minskende kundemarked av røykere. Dette taler for å regulere også nye, mindre skadelige produkter forholdsvis strengt. Samtidig kan det vurderes å regulere de mest skadelige produktene (forbrenningssigaretter) enda strengere og på sikt forsøke å fase dem ut. Det er i dag et opplagt paradoks at produkter som trolig er langt mindre skadelig enn sigaretter, ikke får markedsadgang, mens det fortløpende kan lanseres nye sigaretter.

Tobakksbruk kan lett påvirkes av politiske beslutninger, og det finnes mange godt dokumenterte virkemidler som også kan bidra til å utjevne de sosiale skjevhetene i røyking. Reguleringer treffer ulike målgrupper ganske likt, og ulikhetsperspektivet er sentralt også i tiltak for røykeavvenning. De foreslåtte tiltakene omfatter både digitale selvhjelpsverktøy og fysisk tilgjengelige tilbud i helsetjenesten, særlig frisklivssentralene. Subsidier kan særlig komme grupper med lav betalingsevne til gode. En skadereduksjonstilnærming kan også innebære en erkjennelse av at de mest avhengige kanskje ikke ønsker eller klarer å bli helt tobakks- og nikotinfrie, men likevel har et sterkt ønske om å unngå den største helserisikoen. De foreslåtte tiltakene innen tobakksforebygging og -avvenning er forholdsvis kjente og gjennomdiskuterte. Den største debatten, hvor det til dels finnes svært polariserte syn i helse- og forskningssektoren, vil dreie seg om skadereduksjon.

Forslag til innsatser

- Øke avgifter på tobakk som kan brukes til å subsidiere f.eks. legemidler til tobakksavvenning, fjerne taxfreeordningen, samt redusere antall utsalgssteder for tobakksvarer, inklusive nettsalg fra utlandet.
- Utrede lovendringer med hensikt å beskytte barn og unge mot tobakksrøyk og bidra til å hindre oppstart av tobakksbruk gjennom for eksempel utvidede røykeforbud, regulering

av smaksstoffer i tobakks- og nikotinprodukter og økt aldersgrense med sikte på totalforbud mot salg av røyketobakk på lang sikt.

- Styrke røykeavvenningstilbud i alle relevante deler av helsetjenesten.
- Vurdere en mer aktiv skadereduksjonstilnærming i røykesluttarbeidet i tilknytning til bl.a. den kommende godkjenningsordningen for nye tobakks- og nikotinprodukter og i kommunikasjonen til publikum og helsepersonell om relative forskjeller i skadepotensialet mellom produktene.

6.5 Fysisk aktivitet

Samfunnsøkonomi og fysisk aktivitet

I et livsløpsperspektiv er det beregnet at en inaktiv person kan spare drøyt åtte kvalitetsjusterte leveår gjennom å øke sitt fysiske aktivitetsnivå fra inaktiv til aktiv. Hvis aktivitetsnivået økes ytterligere, vil gevinsten kunne dobles til 16 kvalitetsjusterte leveår i et livsløpsperspektiv (Helsedirektoratet 2010b). Det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen er lavt, og i tillegg er mange stillesittende store deler av dagen (Helsedirektoratet 2015a). Utgiftene til helsevesenet er en global bekymring. Den årlige potensielle velferdsgevinsten knyttet til økt fysisk aktivitet er estimert til 455 milliarder kroner, dersom alle oppfyller minimumsanbefalingene (Klima- og miljødepartementet 2015). Ved ytterligere økt aktivitet kan gevinsten dobles.

Økt fysisk aktivitet i befolkningen som virkemiddel for bedre helse, kan bidra til måloppnåelse i flere sektorer. Norge har, gjennom NCD-arbeidet, samtidig forpliktet seg internasjonalt for å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer og økt fysisk aktivitet er viktig her. Stat, frivillighet og næringsliv har i flere tiår iverksatt en rekke aktiviteter for å fremme fysisk aktivitet. Innsatsene har ofte vært begrensede og har båret preg av kortsiktighet. Det vurderes å være behov for et bredt, systematisk og langsiktig samarbeid på området. De nasjonale insentivene for å prioritere tilrettelegging for fysisk aktivitet er ikke tilstrekkelige, og får ikke den ønskede effekten på befolkningsnivå. Innsatsene knyttet til å spre dokumentasjon, bygge kompetanse og ta i bruk fysisk aktivitet i blant annet helsetjenesten og i skolene er eksempler på innsatsområder med potensial. De nasjonale gå- og sykkelstrategiene er to andre eksempler der det fortsatt er en vei å gå før målene nås (TØI-rapport 1383/2014). Trender i tiden gjør at mange beveger seg lite i hverdagen knyttet til bruk av motorisert transport, medier og spill (skjerm).

Det er ønskelig å redusere helserelatert avgang fra arbeidslivet. Fremtidens arbeidsliv vil trenge arbeidstakere som er fysisk robuste. Mye forskning tyder videre på at fysisk aktivitet er sentralt for kognitiv utvikling og læring. Det vil kunne ha konsekvenser for produktivitet i arbeidslivet og læring på utdanningsinstitusjonene (U.S. Dep of Health and Human Services 2018).

Det internasjonale kunnskapsgrunnlaget på området styrkes stadig. I begynnelsen av 2018 lanserte de amerikanske myndighetene en omfattende oppdatering av kunnskapsgrunnlaget knyttet til fysisk aktivitet. Et hovedfunn er at fysisk aktivitet av moderat til høy intensitet øker søvnkvaliteten og har positive, akutte effekter på en rekke funksjoner i hjernen, som kognitiv funksjon, herunder minne, oppmerksomhet og akademisk prestasjon. Det fremheves videre at regelmessig fysisk aktivitet har positiv effekt på helsen til barn i alderen 3-5 år, og at et høyt fysisk aktivitetsnivå fører til en lavere andel overvekt og fedme blant barn og unge i alderen 3-17 år. Rapporten poengterer videre sammenhengen mellom fysisk aktivitet og noen nye kreftformer, blant annet kreft i blære, mage, nyrer og lunger (U.S. Dep of Health and Human Services 2018).

Arbeid med økt fysisk aktivitet må få høyere prioritet ettersom nåværende innsatser har vist seg ikke å være tilstrekkelige. Verdens helseorganisasjon lanserte nylig en global strategi for økt fysisk aktivitet. Noen områder som trekkes frem i planen er tydelig ledelse og styring av arbeidet, herunder å utvikle tverrsektorielle partnerskap, endre sosiale normer og holdninger, ivareta områder for fysisk aktivitet og implementere effektive tiltak (WHO 2018).

Adferdsendring er utfordrende. For å oppnå effekt av økt fysisk aktivitet gjennom hele året på befolkningsnivå i ulike aldersgrupper, på ulike arenaer og målgrupper, kreves det bruk av sterke virkemidler i en rekke sektorer. For å løse utfordringene knyttet til lavt fysisk aktivitetsnivå og mye stillesitting må det over tid iverksettes et bredt spekter av kraftfulle innsatser som er med å bygge opp under de ulike sektormålene. Gjennom tiltak rettet mot barnehage, skole, arbeidsliv og NAV og transport er det mulig å nå de fleste innbyggerne. Nedenfor er noen forslag til innsatser som kan være hensiktsmessig å følge opp. I tillegg til vises det til det pågående arbeidet med handlingsplan for fysisk aktivitet.

Forslag til innsatser

- Kompetanseheving om fysisk aktivitet, og tilrettelegging for fysisk aktivitet, innen relevante utdanninger.
- Langsiktig og systematisk satsning for å legge til rette for fysisk aktivitet innen relevante sektorer.
- Styrke kunnskap om velferdsøkonomiske gevinster knyttet til fysisk aktivitet innenfor ulike sektorer (f.eks. økt kunnskap om effekter knyttet til produktivitet, læring, miljø, transport, idrett, friluftsliv og helse).
- Systematisere arbeidet med å oversette sentrale forskningsfunn til praksis og spredning av erfaringsbasert kunnskap.
- Styrke arbeidet med fysisk aktivitet i omsorgstjenesten, herunder tilrettelegge for daglig fysisk aktivitet på landets sykehjem og i andre deler av omsorgssektoren.

6.6 Søvn og søvnvansker

Folkehelseinstituttet omtaler søvnproblemer som et utbredt og undervurdert folkehelseproblem, og trekker fram forebygging av søvnproblemer som et av de viktigste helsefremmende og forebyggende innsatsområdene for å styrke befolkningens psykiske helse (Folkehelseinstituttet 2011).

Insomni, det vil si søvnvansker som gir nedsatt funksjon på dagtid, er den mest utbredte søvnplagen, og blant de vanligste helseplagene i alle aldersgrupper. Ca. 15 prosent av voksne i Norge har insomni. Forekomsten har økt siden 2000. Blant ungdommer har en av fire insomni. Forekomsten er høyere blant jenter enn blant gutter. Ungdom sover i gjennomsnitt litt under 6,5 timer på hverdager, to timer mindre enn anbefalt. Over halvparten av pasienter i primærhelsetjenesten har søvnvansker. Også halvparten av pasienter i psykisk helsevern rapporterer symptomer på søvnvansker (Folkehelseinstituttet 2018d).

Insomni øker risikoen for utvikling av andre helseplager og har også indirekte kostnader som økt risiko for ulykker og tapt arbeidskapasitet i jobb og utdanning (Folkehelseinstituttet 2018d). Voksne med insomni har dobbelt så stor risiko for å utvikle alvorlig depresjon, sammenlignet med personer uten insomni (Baglioni et al. 2011). Flere metaanalyser viser at insomni er en betydelig risikofaktor for kardiovaskulære sykdommer (Li et al. 2014). I tillegg henger insomni sammen med utvikling av en rekke muskel- og skjelettlidelser (Sivertsen et al. 2014).

Søvnvansker er assosiert med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering. Pasienter som lider av søvnvansker rapporterer ofte om redusert livskvalitet og dårligere mestringsstrategier. Flere norske studier har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygd. Søvnvansker utgjør også en risiko for ulykker og dødelighet (Folkehelseinstituttet 2011). Videre er det vanskelig å finne overskudd til å gjøre gode helsevalg innen røyking, kosthold og fysisk aktivitet for den som sliter med søvn. Dette er del av begrunnelsen for at søvn ble inkludert som tema i den engelske, og etter hvert norske, informasjonskampanjen One You.

Tilstrekkelig søvn, et sunt kosthold og tilstrekkelig fysisk aktivitet gir overskudd og virker beskyttende for fysisk og psykisk helse. Å etablere gode vaner på disse områdene er viktig for å fremme god helse, trivsel og læring. Barn og ungdommer som får tilstrekkelig med søvn, konsentrerer seg bedre, og lærer seg lettere nye ting (Lee & Dan 2012; Dewald et al. 2010). Ungdommer som får lite søvn og legger seg sent, har dårligere karakterer sammenlignet med andre (Hysing et al. 2016), og ungdommer med søvnvansker har 4-5 ganger økt risiko for depresjon (Sivertsen et al. 2014b).

Årsakene til søvnproblemer er sammensatte. De kan f.eks. være knyttet til bekymringer, støy eller uheldige vaner. Sen innsovning og kortere søvn har også sammenheng med

skjermaktiviteter utover kvelden (PC, TV, spill, mobiltelefon, nettbrett). Mediebruk kan påvirke søvnlengden direkte ved at skjermene fungerer som en tidstyv. Samtidig kan søvnen forstyrres gjennom at mediebruken skaper ulike former for uro. I tillegg kan lyset fra skjermene forstyrre den innebygde døgnrytmen (Hysing et al. 2015).

For ungdom er døgnrytmeforstyrrelser ganske vanlig. Forsinket søvnfasesyndrom er den hyppigste av døgnrytmeforstyrrelsene, og kjennetegnes av at hele søvnfasen er forskjøvet til et senere tidspunkt enn ønskelig. Rundt 3-8 prosent av tenåringer opplever dette. Disse har også mer skolefravær (Sivertsen et al. 2013). Døgnrytmeforstyrrelser kan både forebygges og behandles.

Nasjonalt kompetansetjeneste for søvnsykdommer lanserte nylig en nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni som konkluderer med at ikke-medikamentelle intervensjoner, fortrinnsvis CBTi (kognitiv atferdsterapi for behandling av insomni), bør være førstevalget ved behandling av insomni, men at det er store utfordringer når det gjelder å gjøre dette tilgjengelig i tilstrekkelig stor skala. CBTi benyttes sjelden i ordinær klinisk praksis, og den utstrakte bruken av medikamentell behandling samsvarer ikke med evidensbaserte anbefalinger (Bjorvatn m.fl. 2018). Det bør vurderes om Helsedirektoratet skal lage en veileder eller retningslinje for utredning og behandling av insomni basert på de nylig lanserte anbefalingene.

CBTi omfatter blant annet opplæring i søvnhygiene, søvnrestriksjon, stimuluskontroll og avslapningsteknikker. Dette er relativt enkle teknikker som helse- og omsorgspersonell kan benytte i klinisk arbeid med søvnvansker. Helsedirektoratet har utviklet et kursopplegg om søvn for frisklivssentraler hvor også helsesøstre ved videregående skoler har deltatt. Det bør vurderes om kursopplegget skal tilpasses videregående skoler/ungdomsskoler.

Forslag til innsatser

- Skolering av helsepersonell i betydningen av søvn og i CBTi.
- Øke kunnskapen om risiko for forsinket søvnfasesyndrom og hvordan dette kan forebygges.

6.7 Digital kommunikasjon – digitale verktøy – digital dialog

Det er godt dokumentert at endring av levevaner er krevende og suksessraten er lav på tvers av atferdsområder. Flertallet faller tilbake til utgangspunktet etter noe tid, og de fleste går inn og ut av en endringsprosess (Middleton, Anton og Perri 2013).

Mange har intensjoner om et "nytt og bedre liv", og i undersøkelser oppgir gjennomgående et flertall at de planlegger å slutte å røyke, mosjonere mer eller spise sunnere. Men så møter de fleste mye motstand på veien. Det at det for folk flest er vanskelig å gjennomføre en varig atferdsendring er en selvstendig utfordring vi ikke i tilstrekkelig grad har adressert tidligere. Med nye digitale selvhjelpsverktøy kan vi tilby bedre støtte til de som mobiliserer og investerer energi i endring. Slike verktøy kan bidra til at langt flere lykkes enn i dag. En kommunikasjonssatsing som har en tettere og smidigere kobling mellom kommunikasjonstiltak og tilbud om hjelp, vil også kunne legge til rette for et vesentlig bedre samarbeid med helsetjenesten.

Helsedirektoratet har i stor grad benyttet kommunikasjonstiltak/kampanjer som befolkningsrettet virkemiddel siden 2003. Det pågår en kontinuerlig og rivende utvikling av kanaler og digitale muligheter, og konkurransen om målgruppens oppmerksomhet øker. Samtidig er det mange faktorer i det moderne samfunnet som trekker i feil retning og gjør det mer krevende for folk å ta vare på seg selv. Motivasjonsutløsende kampanjer fungerer for en god andel som den lille nødvendige "dytten" som gjør at de kommer i gang.

Digital forebygging

Digital innovasjon definerer tiden vi lever i og teknologi endrer raskt måten folk lever på, interagerer, lærer, leker og jobber. Det betyr at folk har andre og kanskje større forventninger til hvordan offentlige tilbud oppleves, og det gir nye og bedre muligheter for å komme i kontakt med folk. Digitale tjenester er gjennomgående mer kostnadseffektive enn andre tiltak, og en del tjenester er allerede kommersielt tilgjengelig for de som selv kan betale eller får det dekket av forsikringen.

I en rapport fra 2014 definerer Public Health England (PHE 2014) kombinasjonen av nye teknikker for atferdsendring og digital og mobil teknologi, som en av de sentrale driverne og mulighetene for det framtidige forebyggingsarbeidet.

Enkeltstående kampanjer kan bidra til moderate endringer i en stor målgruppe. Tilstrekkelige budsjetter til stor rekkevidde og høy frekvens er beskrevet som avgjørende forutsetninger for effekt. Effekten av massmediekampanjer er betydelig større om de henger sammen med samtidige tilbud og tjenester som øker gjennomføringsgraden (Wakefield et al. 2010). En helhetlig kombinasjon av digitale tilbud/tjenester og målrettet kommunikasjon vil dermed ha større potensial enn tiltakene hver for seg.

I dag fremstår det individrettede arbeidet på levevane-området fragmentert, og man har ingen god sammenheng mellom kommunikasjonstiltak og støttetilbud. Støttetilbudene er i tillegg få og ikke universelt tilgjengelige. Vi tilbyr ikke gjennomgående løsninger eller verktøy som hjelper folk med atferdsendring – med unntak av på tobakksområdet hvor vi har appen Slutta, og for tiden utvikles en såkalt chat-bot (maskinstøttet chatteløsning).

Prinsipper fra atferdspsykologi danner grunnlaget både for måten vi kommuniserer på, og for hvordan vi setter sammen verktøyene og "brukerreisen". Det er mye forskning og etter

hvert solid evidens for en del grunnleggende metoder fra ulike anerkjente teoriretninger. Digital kommunikasjon og digitale intervensjoner er et forskningsfelt som har eksistert i mer enn 20 år, og det er aggregert en god del forskning på levevaneområdene (Sullivan og Lachman 2016).

Det er mulig å se for seg at dette på sikt kan og bør ende opp i et sømløst og fullintegret system som fungerer på tvers av behandlingsnivåer, i og mellom forløp, før sykdom og som mestring av sykdom. Denne strukturen har potensial til å effektivisere og øke rekkevidden til eksisterende frisklivstilbud, og lærings- og mestringstilbud.

Forslag til innsats

- I neste generasjon forebygging bør kommunikasjon smelte sammen med digitale, individrettede tilbud. Kommunikasjonstiltakene skal ta i bruk ny teknologi og markedsføre råd og verktøy for å endre levevaner. Tiltakene skal også fremme tilbud om hjelp i helsetjenesten.

7 Levekår, helse og livskvalitet i innvandrerbefolkningen


Både folkehelse- og integreringspolitikken skal bidra til å fremme sosial deltakelse og livskvalitet. På samme måte som dårlige levekår, liten tilhørighet, lite sosial støtte og mestring gir dårlig helse i majoritetsbefolkningen, gir de samme forholdene helseutfordringer for innvandrerbefolkningen. God helse for innvandrere handler derfor i stor grad om å skape et inkluderende samfunn der hele befolkningen deltar på lik linje. I et bærekraftsperspektiv er det viktig at man lykkes med å få til et inkluderende samfunn og et samfunn uten store sosiale forskjeller. I FNs bærekraftsmål er dette reflektert i delmål 10.7 under mål #10 Mindre ulikhet. Også mål #3 God helse er relevant her.

Det er ulike måter å definere og avgrense befolkningen på etter innvandringsbakgrunn. Den viktigste kategorien er *innvandrere*, dvs. personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge. *Norskfødte med innvandrerforeldre* er født i Norge, men har to foreldre som er innvandrere. SSB slår i en del statistikk disse to gruppene sammen. I statistikk om innvandring og innvandrere er det vanlig å kategorisere etter *landbakgrunn*. For innvandrere regnes eget fødeland som landbakgrunn. For norskfødte er dette foreldrenes fødeland, og i tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det mors fødeland som blir valgt.

For noen formål er *flyktninger* brukt som kategori i statistikken. Flyktninger er personer som får opphold fordi de enten fyller vilkårene i flyktningkonvensjonen, eller som står i reell fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller straff ved tilbakevending til hjemlandet. Noen *asylsøkere* har ikke et beskyttelsesbehov som gir rett til asyl, men det foreligger sterke menneskelige hensyn som tilsier at det bør gis opphold på humanitært grunnlag. Fordi denne gruppen også omfattes av ordningene for bosetting, introduksjonsprogram, norskopplæring mv., slås de ofte sammen med flyktninger i statistikk på disse områdene.

I Norge lever det mennesker med bakgrunn fra over 200 land. Siden 2006 har arbeid vært den viktigste innvandringsgrunnen. Innvandring fra land utenfor EØS er i hovedsak personer som får opphold på grunnlag av flukt eller familietilknytning. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er yngre enn den øvrige befolkningen.

Det bor innvandrere i alle landets kommuner, de utgjør i dag omlag 17 prosent av befolkningen (SSB 2018b). Blant landets kommuner er det stor variasjon i andelen personer



Under #10 Mindre ulikhet er delmål 10.7 særlig relevant: Legge til rette for migrasjon og mobilitet i ordnede, trygge, regelmessige og ansvarlige former, blant annet ved å gjennomføre en planmessig og godt forvaltet migrasjonspolitik.

Under #3 God helse er delmål 3.8 relevant å trekke fram: Oppnå allmenn dekning av helsetjenester, herunder beskyttelse mot økonomisk risiko, og allmenn tilgang til grunnleggende og gode helsetjenester samt trygge, virksomme og nødvendige medisiner og vaksiner av god kvalitet og til en overkommelig pris.

med innvandrerbakgrunn. I alt 65 kommuner har en andel personer med innvandrerbakgrunn på 15 prosent eller høyere. Oslo og Drammen er på topp med henholdsvis 32 og 28 prosent (Schou og Lynnebakke 2017). Særlig i kommuner med høy innvandrerandel er det viktig at deres levekår, helse og livskvalitet settes på dagsorden gjennom det lokale folkehelsearbeidet. Folkehelseloven stiller krav om at kommunene skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og basert på denne oversikten skal kommunene fastsette mål og strategier samt iverksette nødvendige forebyggende tiltak. Dette innebærer at kommuner med spesielle folkehelseutfordringer blant innvandrere, skal utvikle mål, strategier og tiltak for å møte disse (BLD 2012). Dette kan også ses i lys av integreringspolitikken som påpeker at alle har like muligheter, rettigheter og plikter. Ingen skal bli diskriminert eller stengt ute fordi de har innvandrerbakgrunn. Integreringspolitikken skal legge til rette for at alle som bor i Norge, opplever å høre til og tar del i det norske fellesskapet.

Innvandringsårsak har betydning for livet i Norge. De som kommer i forbindelse med arbeid, er mer økonomisk selvhjulpne. De som kommer som flyktninger eller gjennom familieinnvandring, særlig til flyktninger, har ofte en lengre vei å gå for å komme i arbeid og for å bli økonomisk selvhjulpne.

I perioden 2005 til 2011 sto innvandrere for 56 prosent av sysselsettingsveksten i Norge. Det skyldes særlig arbeidsinnvandring fra de nye EU-landene i Sentral- og Øst-Europa. Innvandrere fører med seg verdiskapning og ressurser til Norge. Både byene og distriktene får viktig arbeidskraft og kompetanse. Flertallet av innvandrerne i Norge er i arbeid, de snakker norsk og deltar på ulike samfunnsarenaer. Men det er samtidig store forskjeller mellom ulike innvandrergrupper når det gjelder arbeidsdeltakelse. Arbeidsinnvandrere har et høyt sysselsettingsnivå. Samlet sett har imidlertid innvandrere lavere sysselsetting enn befolkningen for øvrig. Kvinner fra enkelte land har særlig lav sysselsetting. Forskjellene i levekår mellom innvandrere, samlet sett, og den øvrige befolkningen har blitt mindre de siste ti-femten årene. Norskfødte barn med innvandrerforeldre deltar for fullt i arbeid og utdanning og har levekår som ligger nær opp til resten av befolkningen (BLD 2012).

Det vil for mange formål være lite hensiktsmessig å dele befolkningen i to hovedgrupper, innvandrere og øvrig befolkning. Forskjellene innenfor gruppen innvandrere vil som regel være større enn forskjellene mellom innvandrere og resten av befolkningen. Innvandrerbefolkningen er sammensatt, og i noen innvandrergrupper er det særskilte utfordringer når det gjelder levekår, helse og sykdomsforekomst. Flyktninger og asylsøkere kan ha særlige helse- og levekårsutfordringer og personer uten lovlig opphold (papirløse) er spesielt sårbare som følge av levekår og livssituasjon og begrensede rettigheter til helsehjelp. Innvandrere generelt og sårbare grupper i innvandrerbefolkningen spesielt bør ivaretas og inkluderes både i det lokale og det nasjonale folkehelsearbeidet.

7.1 Levekårsutfordringer

Norge må ikke utvikle seg til et samfunn hvor personer med innvandrerbakgrunn har dårligere levekår og deltar i mindre grad i samfunnsfellesskapet enn resten av befolkningen (BLD 2012). Innvandrere er som gruppe mer utsatt for levekårsutfordringer enn den norske majoritetsbefolkningen, men det er store forskjeller mellom og innad i de ulike innvandrergруппene. Innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har gjennomsnittlig lavere sysselsetting.

En relativt stor andel personer i enkelte innvandrergруппer har ingen eller liten utdanning. Innvandreres helseutfordringer må i hovedsak ses i lys av dette, selv om også andre faktorer kan spille inn. Innvandrere med lang utdanning og høy inntekt har bedre helse enn innvandrere uten disse fortrinnene. Helseforskjellene mellom innvandrere og den generelle befolkningen blir mindre når man tar hensyn til sosial bakgrunn (BLD 2012).

Innvandrere eier sjeldnere boligen de bor i og flere innvandrere bor trangt. Barn med innvandrerbakgrunn utgjør over halvparten av alle barn i lavinntektsgruppen. Andelen barn med innvandrerbakgrunn som går i barnehage er noe lavere enn for øvrige barn, men forskjellene har blitt redusert de siste årene, som et resultat av særskilte innsatser på området. Innvandrere har også generelt lavere utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig, men det er store forskjeller mellom enkeltland. Samtidig er norskfødte barn av innvandrerforeldre den gruppen der flest går rett fra videregående til høyere utdanning, og der flest tar høyere utdanning (VRÅLSTAD OG WIGGEN 2017).

Levekårsutsatte områder primært i de større byene, har en betydelig andel innvandrere med lav betalingsevne. I Oslo er det segregasjonsprosesser på boligmarkedet som fører til at noen innvandrergруппer har en høyere konsentrasjon i noen bydeler med relativt lavere boligpriser. Det har vært gjennomført områderettede innsatser og det er også noen pågående områderettede innsatser i Oslo kommune. For eksempel har arbeidet med Groruddalsatsingen gitt nye erfaringer og kunnskap knyttet til det å gjennomføre en helhetlig innsats i utsatte lokalområder (Innsatser i utsatte områder – erfaringer fra Groruddalsatsingen, Oslo kommune, 2014). En fellesnevner for områdene med områdeløft er at de står overfor komplekse utfordringer, med både fysiske, sosiale og strukturelle utfordringer som på ulike måter truer de kvalitetene som kjennetegner gode bo- og oppvekstområder.

7.2 Helseutfordringer og sykdomsbilde

Dødeligheten i innvandrerbefolkningen er lavere enn i den øvrige befolkningen (Elstad m.fl. 2015; Syse m.fl. 2016). Forskjellen blir mindre med økende botid. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har også lavere risiko for selvmord enn den øvrige befolkningen (Puzo m.fl. 2017). Selvmordsraten er særlig lav blant innvandrere fra land utenfor Europa og Nord-Amerika.

Sykdomsbildet varierer mellom innvandrergupper. Mange migranter har i utgangspunktet bedre helse enn befolkningen i sitt hjemland ("healthy migrant effect"). Det som imidlertid skjer over tid for noen er en forverring av helsen som følge av levkår og livssituasjon. For en del innvandrere kan migrasjon føre til overbelastning eller slitasje over tid som følge av flere faktorer relatert til den aktuelle livssituasjonen (NOU 2017:2). Generelt ser det ut til at innvandringsårsak har større betydning for helsen og for bruk av helsetjenester enn landbakgrunn. Flyktninger og familiegjenforente ser ut til å ha flere helseutfordringer enn arbeidsinnvandrere.

Det er høyere forekomst av enkelte infeksjonssykdommer og høyere spedbarnsdødelighet i noen innvandrergupper. Risiko for spedbarnsdød synker med mors botid i Norge (Kinge og Kornstad 2014). Det er også dårligere tannhelse blant barn i noen innvandrergupper (Skaare m. fl. 2008). Innvandrere fra Sri Lanka, Pakistan, India og Bangladesh har høyere risiko for type 2 diabetes, og får ofte type 2 diabetes i yngre alder enn befolkningen for øvrig (Rabanal et al. 2013). Kvinner fra land med høy forekomst av diabetes har spesielt høy risiko for å utvikle svangerskapsdiabetes. I noen innvandrergupper er det utfordringer med overvekt og fedme (VRÅLSTAD OG WIGGEN 2017).

Samlet sett er det færre innvandrere som drikker alkohol sammenlignet med den øvrige befolkningen (51 prosent vs. 84 prosent (VRÅLSTAD OG WIGGEN 2017)). Det er imidlertid store forskjeller mellom innvandrerguppene. Innvandrerungdom drikker mindre alkohol enn ungdom i befolkningen for øvrig (Andersen og Bakken 2015; Abebe m.fl. 2015).

Det er kunnskapshull når det gjelder helseutfordringer og sykdomsforekomst i de ulike innvandrerguppene som følge av at landbakgrunn ikke er en variabel i mange helseregistre og at det ikke gjennomføres egne undersøkelser om helse og sykdom i innvandrerbefolkningen.

For mer inngående kunnskap om datagrunnlaget og helse og sykdom i innvandrerbefolkningen henvises det til [kapitlet om helse i innvandrerbefolkningen](#) i nettversjonen av Folkehelseinstituttets Folkehelse rapport.

7.3 Diskriminering, psykisk helse og livskvalitet

Diskriminering hindrer innvandrere i å delta i samfunnslivet på like fot, og hindrer samfunnet i å bruke befolkningens ressurser. Diskriminering går ut over individers muligheter, levkår og livskvalitet. Diskriminering svekker tilhørigheten til fellesskapet og tilliten til medborgere og myndighetene (BLD 2012).

Etnisk diskriminering forekommer på de fleste samfunnsområder som for eksempel i skole, arbeidsliv og boligmarked. I møte med offentlige tjenester peker undersøkelser på at språkproblemer, mangel på tolketjenester og en dårlig problemforståelse i tjenesteapparatet for innvandreres ulike behov og utfordringer fører til strukturell

diskriminering og dårlig kvalitet på tjenestene og ulikhet som resultat (Midtbøen & Lidén 2015).

Å være utsatt for diskriminering kan i stor grad påvirke helsen negativt, både fysisk og psykisk. Opplevd diskriminering kan være én årsaksforklaring til etniske ulikheter i helse. Det er funnet sammenhenger mellom diskriminering og forekomst av psykiske lidelser som depresjon, angst, post-traumatisk stresslidelse, spiseforstyrrelser og psykotisk sykdom, og somatisk sykdom som høyt blodtrykk og annen koronarsykdom, betennelsestilstander, forhøyet oksidativt stress m.m. Det er også funnet sammenhenger mellom livsstilsfaktorer som fedme, røyking og dårlig søvn og diskriminering (Lewis et al. 2015; Pascoe & Smart Richman 2009).

Migrasjon, levekår og minoritetssituasjon kan by på noen særlige utfordringer når det gjelder psykisk helse og livskvalitet. Innvandrere er mer utsatt når det gjelder psykososiale faktorer som liten tilhørighet, lite sosial støtte og nettverk, og det er en underrepresentasjon av personer med minoritetsbakgrunn i alle organisasjonstyper (avhengig av utdanningsnivå) bortsett fra religiøse foreninger og innvandrerforeninger (Helsedirektoratet 2018a). Innvandrere er også mer utsatt når det gjelder psykososiale faktorer som liten tilhørighet, lite sosial støtte og nettverk. Arbeid for å styrke psykososiale forhold som sosiale nettverk, møteplasser og deltakelse i lokalsamfunn bør derfor i større grad inkludere innvandrere.

Dramatiske hendelser i opprinnelseslandet, for eksempel krig eller katastrofer, kan være alvorlige psykiske tilleggsbelastninger for en del innvandrere. Barn og unge med innvandrerbakgrunn ser ut til å ha flere symptomer på angst og depresjon enn andre barn. Det er imidlertid store variasjoner, både mellom innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og mellom barn og unge med ulik landbakgrunn.

Kunnskapen er mangelfull om psykisk helse blant barn og unge med innvandrerbakgrunn. Det er noen undersøkelser som viser høyere forekomst av psykiske plager blant ungdom med innvandrerbakgrunn (Akershusundersøkelsen og [Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelser](#)). Det samme mønsteret var til stede for emosjonelle problemer. Det er også data som viser at det er betydelig høyere forekomst av emosjonelle problemer blant jentene i videregående skole enn i ungdomsskolen og at økningen var særlig stor blant jenter med innvandrerbakgrunn, fra 21 prosent til 33 prosent (Akershusundersøkelsen).

Enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger har dårligere psykisk helse enn barn som bor sammen med foreldrene sine. Blant enslige mindreårige asylsøkere er depresjon, posttraumatiske stresslidelser og atferdsproblemer de hyppigst forekommende lidelsene.

En høyere andel av innvandrere fra lav- og mellominntektsland rapporterer om psykiske plager enn i den øvrige befolkningen (Blom 2008 og [Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001](#)). Levekårsundersøkelsen blant ti store innvandrergrupper fant at dobbelt så mange

innvandrere rapporterte betydelige psykiske plager; 12 prosent sammenlignet med 6 prosent i hele befolkningen (Vrålstad og Wiggen 2017). En norsk studie av flyktninger finner at 48 prosent rapporterer symptomer på depresjon og angst, og 18 prosent symptomer på post-traumatisk stressyndrom (Lie m.fl. 2001). Det er for øvrig ingen norske forekomststudier av psykiske lidelser blant innvandrere så kunnskapen er mangelfull.

Like mange innvandrere som personer i befolkningen for øvrig rapporterer at de er tilfredse med livet (Koots-Ausmees 2016). Det viser studier som benytter data fra flere europeiske land, inkludert Norge. Likevel er det en høyere andel innvandrere, særlig fra land utenfor Europa, som rapporterer om psykiske helseplager (Vrålstad og Wiggen 2017; Dalgard og Thapa 2007; Dalgard m.fl. 2006).

Det er lite kunnskap om livskvalitet blant innvandrere i Norge. Forskningen gir ikke entydige svar på om innvandrere opplever at de har det bedre etter flyttingen. Resultatene varierer imidlertid med hvilket land en flytter fra, og hvilket land en flytter til. For eksempel oppgir innvandrere som har flyttet til rike land høyere tilfredshet enn tilsvarende grupper i landet de forlot (Folkehelseinstituttet 2018d).

Når innvandreres livskvalitet sammenlignes med majoritetsbefolkningen, tyder både norske og internasjonale undersøkelser på at innvandrere er noe mindre tilfredse med livet og noe mer utsatt for negative følelsesmessige erfaringer, enn det majoritetsbefolkningen er. Når det kontrolleres for faktorer som arbeidsmarkedstilknytning og økonomiske ressurser, opplevelse av diskriminering, mangel på sosial støtte og nabolagsdeprivasjon reduseres eller elimineres forskjellene i mange studier. Det ser ut til at faktorer forbundet med gruppen innvandrere bidrar til høyere tilfredshet enn det opphopningen av velferdsproblemer skulle tilsi (Folkehelseinstituttet 2018d).

Religion er viktig for mange innvandrere (Vrålstad og Wiggen 2017:13), og har relativt større betydning for innvandrere sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Det er ikke tilstrekkelig kunnskap om betydningen av religion for livskvaliteten til den enkelte. Studier viser blant annet at religion har potensiale til å fremme mestingsfølelse (Pargament 1997), redusere stress (Henry 2015), øke tilfredshet med livet (Poloma og Pendleton 1991), lette på depressive og angst-relaterte symptomer (Razali, Hasanah, Aminah og Subramaniam 1998) og øke en subjektiv følelse av generell velvære (Smith, Bartz og Scott 2007).

Helsefremmende og forebyggende arbeid som kan forebygge sosial marginalisering, utenforskap og manglende deltakelse i samfunnet er avgjørende for god integrering, helse og livskvalitet. Integrering innebærer at en person både deltar på viktige samfunnsarenaer og blir akseptert som et fullverdig samfunnsmedlem. Integrering er således en toveisprosess mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen.

For å få mer kunnskap om psykisk helse og livskvalitet i innvandrerbefolkningen er det viktig å bruke spørsmål som fanger opp det som kan være innvandrerspesifikke temaer, og sikre tilstrekkelig rekruttering til undersøkelser som er tilrettelagte også for personer med

begrensede norskkunnskaper. I noen tilfeller må en vurdere behovet for egne, separate undersøkelser for grupper i innvandrerbefolkningen som ikke dekkes i generelle utvalgundersøkelser (jf. egen levekårsundersøkelse for innvandrerbefolkningen).

7.4 Likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen

Mens arbeidsinnvandrere fra EU/EØS-land ofte har lavere bruk av fastlege og legevakt, oppsøker innvandrere fra andre land fastlegen oftere enn befolkningens for øvrig, og bruk av fastlege øker med tid bosatt i Norge ([Folkehelseinstituttet](#)).

Når det gjelder bruk av helsetjenester for psykisk helse er bruk av fastlege og spesialisthelsetjenesten lavere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen, men det er store forskjeller etter landbakgrunn ([Folkehelseinstituttet](#)). Samme mønster ses for bruk av tannhelsetjenester.

En av de viktigste barrierene for likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester er inadequate helserettigheter. Der nødvendige helserettigheter er på plass, er det ofte mekanismer som skal sikre at innvandrere har god kjennskap til tjenestene og at tjenestene praktiseres i henhold til regelverket som er utfordringen (Rechel et al. 2013).

Likeverdige helse- og omsorgstjenester er definert som tjenester der det er: 1) lik tilgang til tilgjengelige tjenester for likt behov, 2) lik bruk av tjenester for likt behov og 3) lik tjeneste- og behandlingskvalitet for likt behov (Whitehead, 2000). Dette er i tråd med målsettinger i Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017, der likeverdige helse- og omsorgstjenester skal sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet og resultatlikhet.

Helsedirektoratet fikk i 2017 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å evaluere Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Evalueringen tilsier at det gjenstår mange utfordringer på innvandrerhelsefeltet og at det er behov for mer helhetlig og systematisk arbeid på flere områder for å nå de nasjonale målsettingene om likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen.

Helse- og omsorgstjenestene må tilpasse seg endringer i befolkningens behov, forutsetninger og preferanser. Groruddalsatsingen i Oslo kommune er et eksempel på kommunalt innovasjonsarbeid. Flere av tiltakene i Groruddalsatsingen handler om å utvikle

Formelle rettigheter sikrer ikke nødvendigvis likeverdig tilgang til tjenestene for alle

Helsetjenester som er gratis vil i utgangspunktet være mer tilgjengelige for alle deler av befolkningen, mens egenandeler og utgifter til helsetjenester og medisiner vil kunne utgjøre barrierer for personer med dårlig økonomi. Asylsøkere, flyktninger, familieegjenforente og arbeidsinnvandrere mangler i utgangspunktet kunnskap om rettigheter til helsehjelp og om det norske helsetjenestesystemet. Det gis lite helhetlig og systematisk helseinformasjon i ankomstfasen ([Folkehelseinstituttet 2017e](#)).

nye måter å nå ut med tjenestene på slik at tjenestetilbudet blir reelt og likeverdig for alle. Det er også erfaringer fra helsetjenestene med at tjenester og tilbud i større grad må markedsføres og at brukere/pasienter trenger informasjon og motivasjon før de kan benytte seg av tjenestene på en likeverdig måte. Dette har en for eksempel bygd videre på i noen bydeler i Oslo i arbeidet med forebygging av uønskede svangerskap og abort og lavterskeltilbud med veiledning og tilgang til prevensjon for utsatte kvinner.

Måling av likeverdige helsetjenester kan best gjøres ved å sammenligne helse-/kvalitetsindikatorer for en sårbar gruppe (f.eks. innvandrere) opp mot samme indikatorer for en annen bedrestilt gruppe (Goth et al. 2012). Forskning og kunnskapsutvikling om innvandreres helse og bruk av helse- og omsorgstjenester er fragmentert. Manglende kunnskap på feltet kan føre til feilbehandling og økte kostnader for helsetjenestene. Dersom pasienters sykdom ikke blir fanget opp i primærhelsetjenesten på grunn av for eksempel kommunikasjonsproblemer eller mangel på kunnskap, kan det kreve mer spesialisert og dermed dyrere behandling. Det er behov for mer kunnskap om enkeltgruppers helse og sykdomsbilde. Kunnskap er viktig for å sikre at personer med innvandrerbakgrunn får et like godt helsetilbud og like godt behandlingsresultat som den øvrige befolkningen.

Forslag til innsatser

- Utvikle og tilpasse verktøy og metoder for å integrere hensynet til innvandreres levekår, helse og livskvalitet i lokalt folkehelsearbeid
- Øke kunnskapen om innvandreres helse og livskvalitet og tilgang til helsetjenester, for eksempel ved å inkludere koplinger til landbakgrunn i aktuelle helseregistre og sikre tilrettelegging og rekruttering til relevante helseundersøkelser og brukerundersøkelser
- Utarbeide en tverrdepartemental handlingsplan for god helse i innvandrerbefolkningen og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester

8 Helsefremmende og forebyggende helsetjenester

Primærhelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b) peker på behovet for tidlig intervensjon og treffsikre helsefremmende og forebyggende helsetjenester. Det må arbeides målrettet og systematisk for å dreie helsetjenestens virksomhet slik at helsefremmende og forebyggende innsats blir en større og mer naturlig del av virksomheten. Tidlig innsats må styrkes og det må legges til rette for bedre samhandling og koordinerte tjenester, samt fokusere på arbeidstilknytning og å redusere sosiale ulikheter i helse. Da kan man unngå sykeliggjøring, overbehandling og overdiagnostisering. For å bygge pasientens helsetjeneste kreves en mer helhetlig og tverrfaglig tilnærming, bedre samhandling på tvers av nivå og sektorer og andre arbeidsmåter enn det som er vanligste praksis i de fleste helsetjenester.

I hele helsetjenesten er det et stort potensiale for helsefremmende og forebyggende innsatser. Helsetjenesten kan for eksempel bidra til røykavvenning, bruke fysisk aktivitet i forebygging og behandling og hjelpe kronisk syke med å endre til et sunnere kosthold. Både for fysisk og psykisk helse er det viktig å forebygge og forhindre at helseplager blir diagnostiserbare lidelser. Det er nødvendig med større vektlegging av ressurser for helse og ikke bare risikofaktorer. Det er behov for lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud til enkeltmennesker, familier, pårørende og grupper. Som nevnt i kapittel 2 viser "Perspektivmeldingen" at Norges helseutgifter potensielt kan bli veldig store, om ikke flere holder seg friske eller i større grad klarer å håndtere egen sykdom. Ressursbehovet i tjenestene påvirkes av mange faktorer, så som alderssammensetningen i samfunnet og levekårsfaktorer. Å påvirke disse krever innsats fra hele samfunnet, og de foregående kapitlene har presentert forslag som krever implementering i mange sektorer. Men et viktig bidrag for å holde potensielle helseutgifter lave, og folkehelsen god, kan komme fra helsektoren selv.

I Ottawa-charteret, som ble utarbeidet og godkjent på den første internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986, var en av de fem hovedstolpene at helsesektoren i økende grad må bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester. Dette kapitlet tar for seg forslag som kan bidra til å oppfylle en slik målsetting.

En dreining mot mer helsefremming og forebygging i helsetjenesten, og en satsning på helsefremmende og forebyggende tjenester vil bidra til å oppfylle FN's



De delmålene under #3 God helse som her er særlig relevante er følgende:

3.3: Innen 2030 stanse epidemiene av aids, tuberkulose, malaria og neglisjerte tropiske sykdommer samt bekjempe hepatitt, vannbårne og andre smittsomme sykdommer

3.8: Oppnå allmenn dekning av helsetjenester, herunder beskyttelse mot økonomisk risiko, og allmenn tilgang til grunnleggende og gode helsetjenester samt trygge, virksomme og nødvendige medisiner og vaksiner av god kvalitet og til en overkommelig pris.

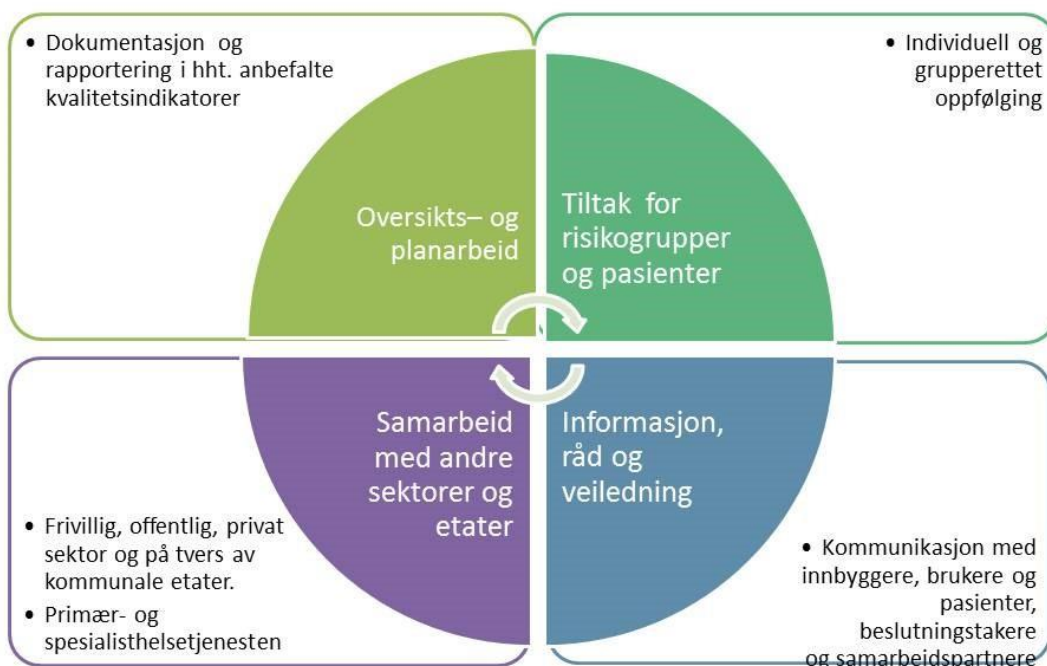
bærekraftsmål #3 God helse om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. I tråd med det overordnede folkehelsemålet om utjevning av sosiale helseforskjeller er temaene og forslagene her også i tråd med bærekraftsmål #10 Mindre ulikhet om å redusere ulikhet i og mellom land. I tillegg er #8 Anstendig arbeid og økonomisk vekst relevant.

Vaner henger sammen og levevaner som gir økt risiko for sykdom er sosialt skjevfordelt i befolkningen. Rapporten "Clustering of unhealthy behaviours over time" (Buck and Frosini 2012) viser at det er en opphopning av usunne levevaner som røyking, høyt alkoholforbruk, fysisk inaktivitet og risikofaktorer som overvekt og fedme blant grupper med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status. Den samme tendensen er vist i norske helseundersøkelser (Eggen, Mathiesen, Wilsgaard, Jacobsen & Njolstad 2014; Ernstsens, Strand, Nilsen, Espenes & Krogstad 2012). For å redusere ulikheter i helse, er det nødvendig å finne effektive måter å støtte disse gruppene på, slik at de blir i stand til å endre levevaner og å mestre livet med kronisk eller langvarig sykdom. Dette krever en helhetlig tilnærming, både i politikk og i praksis, og en reorientering i helsetjenestene mot økt helsefremmende og forebyggende innsats (Buck and Frosini 2012).

Helsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet

I et folkehelseperspektiv er det viktig med god og lik tilgang på koordinerte helsetjenester av god kvalitet basert på brukerens behov. Det gjelder også for de som i utgangspunktet har god helse, men som strever med helsemessige utfordringer. For disse gruppene er det avgjørende å få tidlig hjelp.

Helsetjenestens bidrag i folkehelsearbeidet



Helse- og omsorgstjenesten har, på lik linje med andre sektorer, også ansvar for å bidra inn i kommunens tverrsektorielle folkehelsearbeid. Etter folkehelseloven skal kommunene blant annet ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Oversikten skal være basert på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene (§ 5). Kommunen skal også iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer (§ 7), legge til rette for samarbeid med frivillig sektor (jfr. § 4) samt gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (§ 7). Ved siden av å gi oppfølging til innbyggere som trenger det, kan helsetjenesten også bidra til disse oppgavene, og det finnes gode eksempler fra frisklivssentralens arbeid, blant annet i Veileder for kommunale frisklivssentraler (Idébank). Kommunene har også behov for tverrfaglig og helsefaglig kompetanse til system- og samfunnsrettet arbeid i kommunen, og plan- og utviklingsarbeid, veiledning og fagstøtte til øvrig personell/tjenester.

For å sikre god oppfølging og helhetlige, koordinerte tjenester og forløp er det nødvendig å understøtte kommunenes arbeid med å utvikle og tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester av god kvalitet, til hele befolkningen. Et eksempel på et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, er forebyggende hjemmebesøk for eldre.

Vi har i dag enkelte tjenester som primært jobber forebyggende og helsefremmende, så som svangerskapsomsorgen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og kommunale frisklivssentraler. Disse kommer inn på viktige tidspunkt i borgernes liv og bidrar med kunnskap og støtte til å gjøre helsevennlige valg. Et eksempel på dette er en undersøkelse som viste at konsultasjoner på helsestasjon medførte at barna som fikk et slikt tilbud gjorde det bedre med hensyn til både utdanning og økonomi senere i livet, og hadde lavere helserisiko i 40-årene. I tillegg fant man at barna med lav sosioøkonomisk bakgrunn hadde best effekt av konsultasjonene (Bütikofer m. fl. 2015).

Fylkeskommunen har ansvar for å fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling, jf. Lov om tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, og den skal gi regelmessig tilbud blant annet til barn og ungdom opp til 18 år. Fylkeskommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep, og tannhelsetjenesten skal bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

8.1 Forebyggende helsetjenester – voksne

Tilbudet ved frisklivssentralene er et eksempel på helsefremmende og forebyggende helsetjenester til voksne. Tjenesten er basert på en helhetlig, tverrfaglig tilnærming og retter oppmerksomheten mot friskressurser for helse og livskvalitet. Det gis strukturert, tidsavgrenset oppfølging og hjelp til å finne lokale tilbud som passer den enkelte. Målgruppen er personer i alle aldre med økt risiko for, eller som allerede har utviklet sykdom og som har behov for støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Brukermedvirkning er sentralt, både i utvikling og gjennomføring.

Frisklivssentraler skal gi kunnskapsbaserte råd og veiledning om fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt gjennom et strukturert oppfølgingstilbud. Frisklivssentralene kan i tillegg tilby kurs i mestring av depresjon (KiD) og belastning (KiB), veiledning ved søvnvansker og samtaler om alkoholvaner. Mange frisklivssentraler har egne tilbud til barn og unge og deres foresatte, eldre og innvandrere. Tilbudene gis i egen regi og/eller i samarbeid med andre aktører eller nabokommuner.

De som får samtaler om levevaner og støtte til å endre dem, har større sjanse for å lykkes enn de som prøver på egenhånd (Stead et al. 2013; Denison et al. 2012). Kostnadene til rådgivning er forholdsvis lave sammenliknet med kostnader til annen behandling (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2003).

Forskning viser at de som benytter frisklivssentralens tilbud i hovedsak er personer som ikke oppsøker slike tilbud på egenhånd. Mange har sammensatte helseutfordringer (NCD, muskel- og skjelettplager, og psykiske lidelser). Brukerne er i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen, og de har lavere utdanning. Rundt halvparten er helt eller delvis sykmeldt, eller mottar andre trygdeytelser (Veileder for kommunale frisklivssentraler 2016). 60 prosent av kommunene har etablert et slikt helsetilbud til risikogrupper (SSB 2016). For lite satsing på forebygging, tidlig intervensjon og tilbud til risikogrupper, vil sannsynligvis medføre økende forbruk av og utgifter til andre helsetjenester, medikamenter og mer ressurskrevende behandling (Eriksson m.fl. 2010). Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen anbefaler at det etableres en nasjonal opptrappingsplan for forebyggende helsetjenester og tjenester med tidlig intervensjon (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015).

Samfunnsøkonomisk gevinst av frisklivssentraler

Beregninger viser at dersom hver fulltidsstilling i frisklivssentralen hjelper minst en inaktiv person til et aktivitetsnivå lik de nasjonale anbefalingene, ser den samfunnsøkonomiske gevinsten av innsatsen ut til å kunne være flere ganger stillingskostnaden. Gevinster knyttet til brukernes gunstige endringer i kosthold, tobakksbruk, kroppsvekt eller økt arbeidsdeltakelse og frisklivssentralens innsats i det lokale folkehelsearbeidet, kommer i tillegg.

(Helsedirektoratet 2016d, kap. 4)

Dersom helsetjenesten skal kunne bidra i det forebyggende arbeidet må dagens finansieringsordninger (DRG og takster) justeres. Dagens ordninger premierer produksjon av helsetjenester overfor mennesker som allerede har fått stilt en diagnose. Forbedret helse i befolkningen er i beste fall et sekundært mål. Med unntak av helsefremmende og forebyggende helsetjenester er helsetjenesten per i dag altså nødt til å gi en diagnose for å kunne hjelpe mennesker med helt vanlige problemer.

Forslag til innsatser

- Styrke helsefremmende og forebyggende helsetjenester til voksne som har økt risiko for, eller som allerede har etablert sykdom, med tilbud om støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, for eksempel ved å utarbeide en nasjonal opptrappingsplan.
- Tydeliggjøre helsetjenestenes bidrag i folkehelsearbeidet.
- Utrede nye finansieringsordninger inkludert nye refusjonsordninger/takster for helsefremmende og forebyggende innsats i primær og spesialisthelsetjenesten for individ- og grupperettede tilbud.
- Kompetanseløft i helse- og omsorgstjenestene på helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder effektive metoder for samtaler om endring og mestring.

Hjemmetest for hiv

Det årlige antallet meldte tilfeller av hiv i Norge har kontinuerlig gått ned de siste ti årene, og det årlige antallet er nå redusert med nærmere 30 prosent siden toppen i 2008 (Folkehelseinstituttet 2018a). I forebygging av hivinfeksjon brukes en rekke verktøy, fra kondom og informasjon, via testing av grupper med særlig utsatthet, til rask og effektiv behandling av nysmittede. Vellykket behandling gjør at personer som lever med hiv ikke lenger kan føre smitten videre. Et nytt verktøy ble introdusert i 2017, da Pre-eksponerings profylakse (Prep) ble innført som et tilbud for særlig utsatte grupper.

I 2016 fikk den ideelle organisasjonen Helseutvalget midler fra Helsedirektoratet for å pilotere hjemmetesting for hiv. I forkant ble det laget en kunnskapsoppsummering som blant annet konkluderte med at det var grupper som i dag ikke blir nådd med de ordinære testtilbudene og at det er sannsynlig at flere i disse gruppene ville benytte seg av hjemmetest (Helseutvalget 2015).

Helseutvalget gjennomførte pilotprosjektet med hjemmetest i 2016. I overkant av 1000 tester ble distribuert, og et spørreskjema ble brukt til å skaffe informasjon om brukere av tilbudet. Av de som fylte ut skjema oppga nesten 50 prosent at de ikke testet seg årlig. Mange av brukerne rapporterte et høyt antall sexpartnere, overlappende sexpartnere og ubeskyttet analsex siste seks måneder. Fire av de tusen testene var bekreftet positive, noe som gav en prevalens på 0,4 prosent (Bjørnshagen og Moseng 2017).

Potensialet i distribusjon av gratis hjemmetest er betydelig og det er muligens en kostnadseffektiv måte å ytterligere redusere nysmitte av hiv i Norge. Derfor bør det vurderes å innføre gratis hjemmetest som et supplerende verktøy i det hivforebyggende arbeidet.

Hiv er som kronisk sykdom en belastning for den enkelte, men belaster også samfunnets ressurser. I Norge koster et årsforbruk av hivmedisiner opp til 200 000 kroner. Det ble i 2012 anslått at behandlingstkostnader livet ut for en hiv-pasient i gjennomsnitt utgjør 3,6 millioner kroner (Nakagawa et al. 2012). I 2017 ble 104 personer smittet med hiv i Norge (i tillegg til 109 personer som var smittet før ankomst til Norge). I et forsiktig estimat medførte det 20,8 millioner kroner i årlige ekstra helseutgifter. Hjemmetestpiloten utført av Helseutvalget kostet ca. 700 000 kroner å gjennomføre, der de største utgiftene var lønnskostnader, hvilket tilsier at det kan skaleres opp uten alt for store kostnader. Sannsynligheten er derfor stor for at tiltaket kan bidra til målet om å sikre alle som lever med hiv rask og god behandling og dermed redusere nysmitte.

Forslag til innsats

- Utrede en ordning med gratis distribusjon av hjemmetesting for hiv. Utredningen bør vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet og mulige organiseringsformer.

8.2 Forebyggende helsetjenester – barn og unge

Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, herunder svangerskapsomsorg og helsestasjon for ungdom har som mål å styrke og fremme helse og mestring på befolkningsnivå.

Gjennomgående er friskfokus, fremme helse, og samtidig oppdage skjevutvikling og henvise videre ved behov. Tjenesten skal avverge, oppdage tidlig og henvise videre til rette instans. Det er tverrpolitisk enighet om å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fra 2014 er det lagt til rette for å styrke tjenesten via frie midler til kommuner og ved tilskuddsordninger, og i 2018 har det blitt bevilget til sammen en milliard kroner. Det er imidlertid en bekymring fra fagmiljøer, blant brukerorganisasjoner og politikere, for i hvilken grad midlene gitt lokalt er brukt til formålet.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurderte mulige løsninger for, og virkninger av en bindende bemanningsnorm. Helsedirektoratet anbefalte en bemanningsnorm i veileder, i tillegg til en kalkulatorfunksjon som vil gjøre det enkelt for kommunene å beregne bemanningsbehov. Arbeidet med å lage en bemanningsnorm i veileder er i gang.

Tall fra KOSTRA viser at bemanningen i tjenesten ikke stiger som forventet med tanke på økte bevillinger. Fra 2013 til 2016 har økningen i årsverk vært på 15,2 prosent. Mellom 2015 og 2016 hadde om lag 60 prosent av kommunene en økning i antall rapporterte årsverk, mens 40 prosent hadde en nedgang eller ingen endring.

Vi har i liten grad konkret oversikt over tjenesten i dag. For at kommunene skal kunne prioritere kvalitetsforbedrende arbeid, må de ha oversikt over for eksempel hvem som får tjenester, hvilke tjenester de får og hvor ofte de får tjenester. Dette krever registerdata på individnivå, noe som ikke finnes i dag. Ved å oppdatere og utvikle journalsystemene (EPJ) for helsestasjons- og skolehelsetjenesten slik at de er i tråd med nasjonal faglig retningslinje, vil vi kunne trekke ut like data fra fagsystemene inn i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er behov for oppdatering og utvikling av EPJ systemene slik at vi kan trekke ut like data fra fagsystemene inn i et KPR.

De siste årenes økte satsning på styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten via frie inntekter og tilskuddsmidler fører til opprettelse av flere nye stillinger. Mange kommuner melder om rekrutteringsproblemer av fagpersoner med riktig kompetanse. De melder om få søkere til stillingene, og dette gjelder i hovedsak helsesøstre. Helsedirektoratet bør derfor følge med på om det utdannes nok fagpersoner til å dekke opp grunnbemanningen med jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut.

Per i dag finnes det ikke et eget kompetansemiljø som kan legge til rette for systematisk kompetanseheving i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten må inkludere mulighet for systematisk kompetanseheving, og blant annet sikre implementering av nye nasjonale faglige retningslinjer og utvikling av digitale tjenester. Helsedirektoratet mener det derfor er et stort behov for å pilotere et utviklingscenter/ læringsnettverk for helsestasjons- og skolehelsetjenesten som eksempelvis kan være tilknyttet 0-24 samarbeidet, og inkluderes i en foreslått regionsreform.

Forslag til innsatser

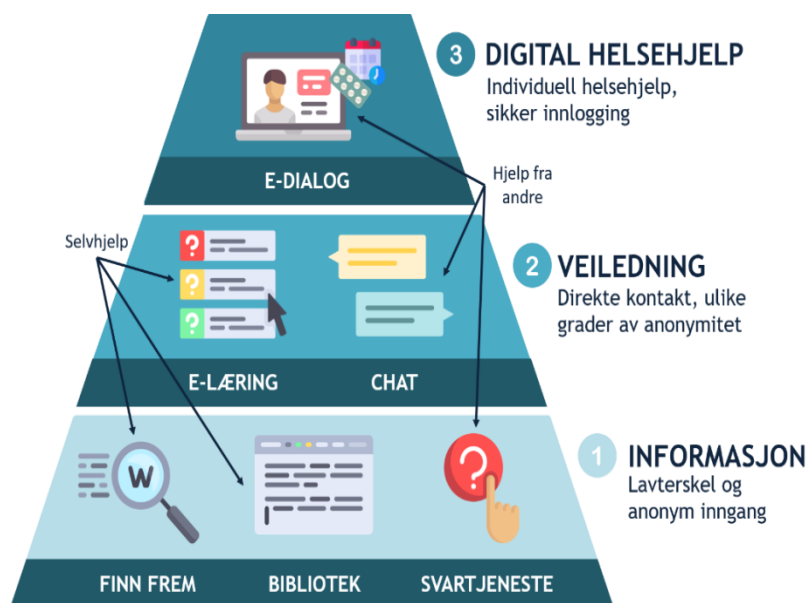
- Videreutvikle EPJ og KPR for gravide, barn og unge i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å skaffe bedre oversikt.
- Utdanningskapasiteten på jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut må ses i sammenheng med økte bevilgninger og ved behov utvides med flere studieplasser, slik at man får ansatt kvalifisert personell i tjenesten.
- Etablere læringsnettverk/utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Digitale helsetjenester til ungdom

Manglende tilgjengelighet og/eller tillit er viktige årsaker til at ungdommer ikke oppsøker helsestasjons- og skolehelsetjenesten når de trenger hjelp eller noen å snakke med. Digitale kanaler er effektive måter å spre helsefremmende informasjon og gir ungdommer mulighet til å bli kjent med tjenesten i eget tempo og på egne premisser. Tilstedeværelsen på sosiale medier og muligheter for anonym chat bidrar i stor grad til å senke terskelen for at ungdommer oppsøker hjelp, særlig gutter. Det finnes også indikasjoner på at innloggede konsultasjoner gjennom chat og/eller video vil ha tilsvarende effekt blant ungdommer i alderen 16 år og eldre.

Til tross for høy digital kompetanse og ønsker om digitale tjenester som supplement til konvensjonelle helsetjenester har ungdommer problemer med å finne og navigere mellom ulike tjenester og informasjonskilder på nett. Dagens tilbud av digitale tjenester for ungdom oppleves som lite oversiktlig med mange små tjenester som ikke er synlige for målgruppen, særlig når det gjelder ungdommer under 16 år og gutter. Ungdommer ønsker digitale tjenester som er samlet på et sted, dekker flere sektorer enn bare helse, er kvalitetssikret og ikke har problemfokus. De ønsker også tjenester som er i tråd med deres brukermønstre (kveldsåpent, video fremfor tekst, anonymt, tilgjengelig på mobil, moderne brukerflate, mm.).

Både organisasjoner som tilbyr nettjenester og helsepersonell som benytter sosiale medier og andre digitale kanaler ønsker å opprettholde dagens mangfoldige tilbud samtidig som disse samkjøres bedre. Dagens tilbud mangler i tillegg funksjonaliteter som gjør det lettere å følge opp henvendelser og henvise ungdommer til riktig sted.



I arbeidet med å utvikle digitale helsetjenester til ungdom er implementeringen av DIGI-UNG-modellen sentral. DIGI-UNG forventes å gi vesentlige nytte- og kostnadsvirkninger som inkluderer synergier på tvers av sektorer, forebyggende effekter for ungdommer og effektivisering av både digitale og konvensjonelle helsetjenester. Modellen er oppdelt i tre nivåer med ung.no som hovedinngang, og tilbyr åtte funksjonaliteter som understøttes av ulike plattformer. Nivå 1 består av åpne og anonyme informasjons- og veiledningstjenester i form av bibliotek, svar- og søketjeneste. Nivå 2 innebærer interaktive veiledningstjenester med ulik grad av anonymitet via e-læring og chat. Nivå 3 tilbyr digital helsehjelp med timebestilling, e-resept og e-dialog inkludert videokonsultasjon.

Digitale tjenester har en helsefremmende og forebyggende effekt på flere folkehelseområder (Krishna m. fl. 2009) og fører til bedre fysisk og psykisk helse over tid (Heron m. fl. 2010; Wantland m. fl. 2004). Positive helseeffekter hos ungdom medfører store samfunnsøkonomiske gevinster ved å forebygge sykdom i voksenalder. Digitale tjenester vil bidra til et bredt anlagt folkehelsearbeid som begynner tidlig i livsløpet. De bidrar til en bærekraftig samfunnsutvikling og kan begrense fremtidige samfunnskostnader knyttet til helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap (Christensen m. fl. 2011).

En samordning av dagens overlappende nettjenester vil kunne føre til reduserte kostnader knyttet til teknologiutvikling, infrastruktur, sikkerhet, markedsføring og administrasjon. I tillegg vil noen av funksjonalitetene bidra til effektivisering innenfor helsetjenestene. Et eksempel på kvantifiserbar gevinst er en kraftig reduksjon i antall "ikke møtt"-timer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom implementeringen av timebestillingsfunksjonen. Det estimeres at denne effekten vil kunne føre til en besparelse på 116 millioner kroner i løpet av 10 år.

De tekniske komponentene som utvikles/gjenbrukes under DIGI-UNG prosjektet (blant annet søketjeneste, e-læringsplattform og chat) har et stort utvidelses- og gjenbrukspotensiale, i kommunene og ellers i helsetjenesten. De kan også være til nytte for andre sektorer som blant annet NAV, skolen og barnevernet.

Det er to hovedutfordringer man bør være oppmerksom på. For det første er det utfordrende å tilby tjenester til anonyme brukere samtidig som fagpersoner overholder lovverket med henhold til helsehjelp, varsling og personvern. Dette krever retningslinjer fra myndighetene.

For det andre er en viktig forutsetning for DIGI-UNG å tilrettelegge for en god og sømløs brukeropplevelse uavhengig av hvilke plattformer som ligger bak, og til tross for at de ulike komponentene er utviklet av forskjellige aktører. Dette vil kreve aktiv brukermedvirkning, utstrakt tverrsektorielt samarbeid, involvering av leverandørmarkedet og følgeforskning. Å tilby digitale tjenester for ungdom er ressurskrevende og implementeringen av DIGI-UNG modellen krever en helhetlig satsning og en langsiktig finansieringsmodell.

Forslag til innsatser

- Etablere en samordningsmodell som tilbyr ungdom et helhetlig, digitalt forløp fra helsefremmende informasjonstjenester med lav terskel til fullverdig digital helsehjelp.
- Legge til rette for en fleksibel og tverrsektoriell samarbeidsstruktur som tilrettelegger for smidig utvikling med involvering av brukerne, tjenestetilbyderne, leverandørmarkedet og forskningsmiljøene.

8.3 Forebyggende helsetjenester – psykisk helse

Pasienter med psykiske lidelser og alvorlige rusmiddelproblemer har 15-20 års lavere gjennomsnittsalder enn befolkningen for øvrig (Wahlbeck et al. 2011; Bjørnaas et al. 2008). Forskjellene kommer i all hovedsak av somatiske helseutfordringer, hvorav en stor del kunne vært forebygget (Lien et al. 2015). Frisklivs-sentraler og andre kommunale tilbud vil, i samarbeid med fastlegene, være viktige for å utjevne en slik forskjell. I regjeringens strategi for psykisk helse, "Mestre hele livet" er det understreket at vi har et "behov for en særlig innsats for å tilby mennesker med psykiske lidelser hjelp til å endre på livsstilsfaktorer" ("Mestre hele livet", kap. 5.3). Det krever at helsetjenestene organiserer seg og etablerer rutiner slik at de sikrer forsvarlig ivaretagelse også av pasientenes somatiske helse. I forbindelse med implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus vil det bli økt vekt på ivaretagelse av somatisk helse og levevaner for denne sårbare gruppen. Innsatsene nedenfor omtaler noen aktuelle forebyggende initiativer innen psykisk helse.

Rask psykisk helsehjelp i kommunene

Befolkningens behov for psykiske helsetjenester er større enn dagens helsetilbud kan dekke (Sintef 2016; OECD 2014). Antallet pasienter innen psykisk helsevern er økende (Helsedirektoratet 2017c). Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utfordres i forhold til kapasitet, effektivitet og variasjon i tilbudet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015a). Rask psykisk helsehjelp, som ble innført i Norge etter en modell fra England, har imidlertid vist svært gode resultater.

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt lavterskeltilbud til mennesker fra 16 år med milde til moderate angst- og depresjonsplager, eventuelt med søvnproblemer og begynnende rusmiddelproblemer i tillegg. Tiltaket ble etablert som et pilotforsøk i 2012. Pilotforsøket er evaluert av Folkehelseinstituttet (Smith m. fl. 2016).

RPH gir direkte hjelp uten henvisning fra lege. Målet er at folk skal få et tilbud innen én til to uker slik at problemene ikke setter seg. Tjenesten benytter kunnskapsbaserte metoder i utredning og behandling. Behandlingen baserer seg på kognitiv terapi og veiledet selvhjelp som er en veldokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser og søvnproblemer. Målet med RPH er å øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker, og mottar, profesjonell hjelp.

Kommunene har ansvar for å tilby psykisk helsetjeneste til personer med psykiske vansker og lidelser, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1, andre ledd. Veien ut av depresjon og angst kan starte med en samtale. Det er betydelige ressurser som disponeres til psykisk helse- og rustjenester, men det er behov for å øke tilbudet av riktig behandling til de som trenger det. Innenfor de kommunale rammene er det mulig å prioritere kunnskapsbaserte tiltak og ta i bruk virksomme modeller.

Forslag til innsats

- Utrede kostnader og gevinster ved tilbud om rask psykisk helsehjelp i kommunene

Mestringsportal for psykisk helse

Nye digitale løsninger vil, sammen med lavterskeltilbud, kunne gi befolkningen et lettere tilgjengelig og et mer differensiert tjenestetilbud. Digitale verktøy for mestring av angst og depresjon skal bidra til å styrke innholdet i behandlingstilbudet og øke kapasitet og tilgjengelighet i kommunale lavterskel behandlingstilbud. Videre skal bruk av digitale verktøy bidra til at kommunenes tjenester innen psykisk helsefeltet utvikles i takt med økt oppgaveomfang og befolkningens forventninger og behov. Med raskt tilgjengelige tjenester der man er, og tidlig innsats, kan det være mulig å begrense problemene, forkorte behandlingsforløpet og redusere negative konsekvenser.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse samarbeider om et prosjekt om innføring av digitale verktøy til bruk i behandling av angst og depresjon innen primærhelsetjenesten, kalt "Mestringsportal for angst og depresjon". Mestringsportalen vil bidra til tidlig hjelp, økt tilgjengelighet og økt kapasitet i tjenestene for behandling. I tillegg vil den være et nyttig verktøy for forebygging. I en ny folkehelsemelding bør det være en ambisjon om å videreutvikle dette arbeidet.

Forslag til innsats

- Etablere en mestringsportal for psykisk helse som gir innbyggere og behandlere mulighet for å bruke digitale løsninger og en sikker dialogløsning som forebygging, behandling eller supplement til behandling innen helse- og omsorgstjenestene.

Forebygging av selvskading og selvmord

Årsaksforholdene bak selvskading og selvmordsforsøk er sammensatte. Tilrettelegging av intervensjoner på flere nivåer viser positive resultater for forebygging av selvmordsatferd. Potensialet for forebygging er stort, både når det gjelder å identifisere personer i risiko, å senke terskelen for å motta hjelp og å styrke tilgangen på tjenester.

Forebygging av selvskading og selvmord er en viktig del av folkehelsearbeidet.

Befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. Viktige arenaer for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser er derfor utenfor helsetjenestene. Intervensjoner med samtidige tiltak som har vist lovende resultater (Herek m. fl. 2010) er:

- Opplæring av helsepersonell i kommunehelsetjenesten i avdekking, diagnostisering og behandling av depresjon og selvmordsatferd.

- Opplæring av nøkkelpersoner i lokalsamfunnet for å avdekke og samtale med mennesker i selvmordsrisiko.
- Å sikre god tilgang på behandling og andre tiltak overfor personer med depresjon eller som er i selvmordsrisiko.
- Folkeopplysningskampanjer og samarbeid med journalister om omtale av selvmord i media.

Det vil ofte være mer enn en risikofaktor til stede når en person tar initiativ til å ta sitt eget liv. Mange opplever en kombinasjon av flere forhold som har ført til en opplevelse av håpløshet og følelse av ikke å mestre livet. Når flere risikofaktorer opptrer samtidig, kan risikoen øke. Det bør derfor iverksettes ulike strategier for forebygging. Forebyggende arbeid bør skje på ulike arenaer samtidig, og innrettes med bakgrunn i universelle, selektive tiltak og indikative tiltak. Når kommunene planlegger sitt tjenestetilbud rettet mot forebygging av selvmord og selvskading, bør dette gjøres med utgangspunkt i kunnskapen om risikofaktorer og beskyttende faktorer (Helsedirektoratet 2017d). Kommunen kan utfra dette legge til rette for å iverksette tiltak som understøtter og styrker beskyttelsesfaktorene og begrenser risikofaktorene for selvskading og selvmord i sitt forebyggende arbeid rettet mot hele eller deler av befolkningen.

Forslag til innsats

- Iverksette tiltak for å gjøre e-læringskurs i selvmordsrisikovurdering kjent og tilgjengelig.

8.4 Kommunale ernæringsfysiologer

Usunt kosthold, sammen med høyt blodtrykk og røyking er de viktigste påvirkbare risikofaktorene for den norske sykdomsbyrden (Folkehelseinstituttet 2015). På den annen side er forekomst av ernæringsmessig risiko og underernæring høy blant ulike grupper i befolkningen, for eksempel blant eldre, funksjonshemmede, personer med rusmiddelproblemer, personer med spiseforstyrrelser, premature og barn med matvareoverfølsomhet og -intoleranser (Helsedirektoratet 2010a; 2017b).

Intervensjonsstudier fra Kina (Pan m. fl. 1997), Finland (Lindstrom m. fl. 2006) og USA (Diabetes Prevention Program (DPP)) har alle vist at intensiv livsstilsveiledning fører til langvarig vektreduksjon og forebygger utviklingen av type 2 diabetes. Kost- og mosjonsendringer kan være like effektiv behandling som insulin hos personer med etablert type 2 diabetes (Herman et al. 2005). Til tross for at livsstilsveiledning er ressurskrevende, er det bekreftet i flere systematiske kunnskapsoppsummeringer at det er kostnadseffektivt (Li, Rui m. fl. 2010; Pavlovich m. fl. 2004; Dalziel og Segal 2007).

En klinisk ernæringsfysiolog kan utgjøre en ressurs for fastlegene og bidra til et mer kostnadseffektivt oppfølgingstilbud i forebygging og behandling av kostholdsrelaterte plager og sykdommer (Lammers og Kok 2012). Kostveiledning gitt av ernæringsfysiolog ga en kostnadsbesparelse fire ganger større enn tiltakskostnadene. Oppfølging av ernæringsstatus etter utskrivelse fra sykehus kan forebygge reinnleggelser hos eldre (Lindegaard m. fl. 2017) og forebygging og behandling av underernæring kan redusere sykkelighet og dødelighet hos kols- (Rawal og Yadav 2015) og kreftpasienter (Jatoi m. fl. 2017). Samtidig er det en utfordring at folketrygdloven i dag ikke muliggjør trygdefinansiering av ernæringsfysiologer.

Det er økende usikkerhet i befolkningen knyttet til hva som er sunt/usunt, og det er mange som opplever "helseangst" knyttet hva som er bra og ikke bra. Flere og flere tror det er mat de ikke tåler (Bugge 2012). Det er derfor ekstra viktig at kostholdsveiledningen som gis av de ansatte i de ulike offentlige tjenestene er kvalitetssikret og kunnskapsbasert.

To prosjekter med ernæringskompetanse i kommunen

Prosjekt skolehelsetjenesten, ungdomshelse og ernæring i Oslo kommune viste at helsesøstre har behov for bistand fra klinisk ernæringsfysiolog i individuelle samtaler der det er særlige problemstillinger, slik som overvekt, fedme, spiseforstyrrelser, matallergier og underernæring (Oslo kommune 2010).

Et tilsvarende prosjekt i Kristiansand kommune ble igangsatt etter at kommunen hadde avdekket behovet for økt og mer systematisk satsing på ernæring og kosthold i flere deler av tjenesten, fra frisklivssentraler til institusjoner innen pleie – og omsorg. Det er nå etablert faste stillinger Oslo og Kristiansand for klinisk ernæringsfysiolog med oppgaver innen kompetanseheving, veiledning, FOU-arbeid og innen tverrfaglig team/samarbeid.

Forslag til innsatser

- Utrede om kliniske ernæringsfysiologer kan inngå i folketrygdloven slik at befolkningen sikres lettere tilgang på denne tjenesten i kommunene. Andre virkemidler som kan vurderes er tilskuddsordning/pilot for et bedre tilbud på kosthold og ernæring i kommunen, som Danmark nylig har utarbeidet .

8.5 Arbeid og helse

Deltakelse i arbeidslivet representerer en viktig aktivitet for store deler av befolkningen. Det å være i arbeid kan være helsefremmende i seg selv (Folkehelseinstituttet 2015). De som er i arbeid har gjennomgående bedre helse enn de som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet (Heggebø og Elstad 2017). Mennesker med helseproblemer utgjør en dominerende andel av arbeids- og velferdsforvaltningens brukere som har behov for arbeidsrettet bistand. Det er sammenfall mellom sykdomsbyrdetallene fra Folkehelseinstituttet og de store gruppene som står i fare for å falle ut av arbeidslivet.

Dersom folkehelsepolitikken gjennom effektiv tjenestesamhandling mellom involverte sektorer kan bidra til at samfunnet mer effektivt kan forebygge og støtte personer med vanlige plager og tilstander, slik at de kan komme i arbeid og ivareta sitt forhold til arbeidslivet, vil det ha positiv effekt på folkehelsen. Folkehelsepolitikken bør formidle at deltakelse i arbeidsliv, gitt visse forutsetninger, er en helsefremmende faktor i folks liv. Det å delta i arbeidslivet bør fremgå som en vesentlig faktor i mestring, deltakelse, aktivitet, inkludering, integrering, tilhørighet, økonomisk trygghet m.v.

Helsetjenesten kan medvirke til at vi får en intensivert forebyggende og helsefremmende innsats overfor store og relevante målgrupper, som mennesker med psykiske helseplager og mennesker med muskel- og skjelettplager. Ved at helsetjenestene i større grad baserer sin tilnærming på et folkehelseperspektiv der arbeid for mange kan ha god effekt på helse, vil en kunne oppnå mer treffsikkerhet overfor aktuelle målgrupper. Mange av dem vi ønsker å hjelpe til å kunne være i arbeid, tross plager er, eller er i ferd med å bli, storforbrukere av helsetjenester. Ved at disse gruppene møtes slik at de settes i stand til mestring av sin situasjon, kan en oppnå bedre folkehelse. Vi når ikke målene i folkehelsearbeidet dersom vi ikke i større grad jobber gjennom tjenestene, med effektive tiltak overfor de store sykdomsbyrdegruppene.

Tjenestene, både i helsetjenesten og i NAV, kan bidra med primærforebygging og helsefremming i form av troverdig kunnskapsformidling, slik at man kan være trygg i jobben tross plager. Vi har prøvd ut gode modeller for tjenestesamhandling, der tverrfaglig kompetanse i helsetjenesten, sammen med NAV og arbeidsgiver, formidler kunnskap til alle på arbeidsplassen. Gjennom økt kunnskap trygges den enkelte til å kunne mestre egen situasjon, og i å bistå kolleger og være med å skape et godt og inkluderende arbeidsmiljø. Ved at arbeidsgiver deltar i dette arbeidet, gir det mulighet for å forebygge og håndtere vanlige plager når dette oppstår.

Finansieringsordningen "Raskere tilbake" har bidratt til utvikling av intervensjoner med en rask tverrfaglig utredning og avklaring av plager og symptomer som primærhelsetjenesten trenger støtte til å gjennomføre. Disse tiltakene har hatt som formål å avklare arbeidsdeltakelse i relasjon til de aktuelle helseplagene. Tilbudet inkluderer en forsvarlig utredning av potensielt alvorlige helsetilstander. Dette gir pasienten en trygghet for videre mestring og mulig arbeidsdeltakelse, og kan redusere unødig utredning i spesialisthelsetjenesten. Utredningen og avklaringen kan legge til rette for en oppfølging der pasienten bor, med et mål om arbeidsdeltakelse, og derigjennom bedre helse.

Det som skjer i kontakten med tjenesteapparatet for å validere fravær fra arbeid er vesentlig for å nå grupper som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, som følge av helseplager. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har et verktøy for å påvirke denne prosessen, gjennom veileder og beslutningsstøtte til alle som sykmelder. Denne kanalen bør utnyttes bedre, i den hensikt å skape god dialog mellom førstelinje og pasienten som står i fare for å bli langtidssykmeldt.

Forslag til innsatser

- Tverrfaglig og helsefremmende kunnskapsformidling på arbeidsplassen for å øke kunnskapen om helseproblemer man kan møte i arbeidsfør alder.
- Rask individuell avklaring som grunnlag for god oppfølging og reduksjon av unødig overdiagnostikk og sykeliggjøring.
- Økt kunnskap om og bruk av beslutningsstøtte for sykmeldere

8.6 Health literacy

Health literacy (heretter kalt HL) er et relativt nytt begrep i klinisk praksis og i folkehelsearbeid, og kan defineres som "personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse" (Pettersen m. fl. 2014; HLS-EU Consortium 2012; Sørensen m. fl. 2012).

Ulike dimensjoner ved HL-begrepet

Basert på HLS-EU konseptuell modell (HLD-EU Consortium 2012)

Health literacy	Tilgang til/innhenting av helserelevant informasjon	Forstå helserelevant informasjon	Vurdere / bedømme /evaluere helserelevant informasjon	Anvende helserelevant informasjon
Helse- og omsorgstjenester	Evne til å få tilgang til medisinsk og klinisk informasjon	Evne til å forstå medisinsk informasjon som gir mening	Evne til å tolke og evaluere medisinsk informasjon	Evne til å ta informerte beslutninger på medisinske problemer
Sykdomsforebygging	Evne til å få tilgang til informasjon om risikofaktorer	Evne til å forstå informasjon om risikofaktorer som gir mening	Evne til å tolke og evaluere informasjon om risikofaktorer	Evne til å bedømme relevans av informasjon om risikofaktorer
Helsefremming	Evne til å oppdatere seg selv på spørsmål om helse-/problemer	Evne til å forstå helserelatert informasjon som gir mening	Evne til å tolke og evaluere informasjon om helse-/problemer	Evne til å danne seg en reflektert mening om helse-/problemer

Graden av HL er en vesentlig prediktor for gode helseutfall, mens personers begrensete HL er et betydelig undervurdert samfunns- og helsepolitisk problem, samt en utfordring for å kunne tilby likeverdige helsetjenester. Forskning viser at høy grad av HL er assosiert med mer helsefremmende brukermedvirkning, tidlig sykdomspåvisning, sunnere levevaner, redusert sykehusinnleggelse, sykelighet og dødelighet – og dessverre motsatt for de med lav HL (Kickbusch m. fl. 2013; Finbråten og Pettersen 2012; Cho m. fl. 2008). Bedring av health literacy har vist å være assosiert med redusert adferdsrisiko for kroniske

sykdommer, høyere selvrapportert helse og lavere grad av sykehusinnleggelse (Cho m. fl. 2008; Taggart m. fl. 2012; OECD 2013).

Om lag 40-50 prosent av befolkningen i utviklede land har relativt lav HL (HLS-EU Consortium 2012; Australian Bureau of Statistics 2009; Paasche-Orlow m. fl. 2005), og dette er dessverre assosiert med mange uønskede helseutfall (Berkman m. fl. 2011). Internasjonal forskning viser også at lav HL kan tillegge ekstra helsekostnader i størrelsesorden 3-5 prosent av det nasjonale helsebudsjettet (Eichler m. fl. 2009). Flere stortingsmeldinger og nasjonale strategier fremhever at vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, reduserer sosiale helseforskjeller og tilbyr en likeverdig helsetjeneste. Dette vil blant annet innebære økt fokus på det faktum at det finnes varierende grad av HL i befolkningen generelt (Finbråten og Pettersen 2009). Et økt HL-

fokus er derfor viktig hvis mål er å bidra til å bedre den enkeltes evne til å ta gode helsefremmende og sykdomsforebyggende valg, samt sikre at vedkommende for eksempel foretar riktig medisinerings, adekvat etterbehandling av egen lidelse eller sykdom og kan forebygge mulige tilbakefall eller følgesykdommer (Pettersen m. fl. 2014).

Helsefremmende adferd, sykdomsforebygging og effektiv egenomsorg krever derfor at det er redegjort for den enkeltes HL ferdigheter slik at hen kan ta informerte valg og bidra til helsefremmende atferdsendring (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

I "Outcome Document" fra høynivåmøte under FNs generalforsamling i 2014, om forebygging og kontroll av NCD-sykdommer, tilsluttet medlemstatene seg til forpliktelsene om å "fortsette å utvikle, styrke og implementere multisektorielle strategier og handlingsplaner for å fremme helseopplæring og health literacy, med særlig fokus på befolkningsgrupper som har lav health literacy" (WHO 2016). To år senere ga medlemstatene sin tilslutning til WHO sin erklæring om at health literacy er en kritisk helsedeterminant. Dette er nedfelt i "Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development" (2016), og medlemstatene oppfordres til å investere i utvikling, implementering og monitorering av intersektorielle nasjonale og lokale strategier for å styrke HL i hele befolkningen.

Noen eksempler på hvordan jobbe med health literacy

Digitale kompetanse og holdninger til bruk av moderne e-helsekommunikasjons-verktøy: Lavere bruk av digital teknologi kombinert med lav HL-nivå utgjør en risiko for dårligere helseutfall (Yoon m. fl. 2018; Smith m. fl. 2012; Martin m. fl. 2007; Hill m.fl. 2012). For at den digitale hverdagen ikke utgjør en belastning for den delen av befolkningen som ikke tilstrekkelig behersker digitale løsninger, for eksempel eldre, må det sikres kommunikasjons-tilpasninger som muliggjør at også disse personene kan nyttiggjøre seg av den helseinformasjonen som blir gitt.

Forebygging og egenomsorg ved kroniske sykdommer (NCD-sykdommer): Når pasienten ikke fullt ut forstår betydningen av å ha en diagnose eller behandling for sin kroniske sykdom, er det svært krevende og risikofyllt for pasienten å delta i eventuelle program for egenbehandling (Finbråten og Pettersen 2012; Gazmararian m. fl. 2003).

Kunnskapsgap

Funn fra HLS-EU prosjektet viser at det kan være store forskjeller mellom land i Europa og man må være oppmerksom på dette ved utvikling og formulering av nasjonale HL-strategier. En nasjonal HL-strategi må således være utarbeidet på grunnlag av nasjonale data.

Det er sterkt behov for et nasjonalt kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for myndighetenes differensierte arbeid med utvikling av effektive tiltak for ulike utsatte samfunnsgrupper.

Fra et europeisk og internasjonalt perspektiv, er det sterkt behov for mer synkronisert kunnskap om HL i landenes befolkninger. Denne kunnskapen vil danne et solid kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag i utvikling av effektive intervensjoner. Et internasjonalt felles kunnskapsgrunnlag vil legge til rette for utvikling av intervensjoner på de samme utfordringsområdene på tvers av landegrensene. Med bakgrunn i dette, deltar Helsedirektoratet aktivt i WHO Euro/EHII Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy. Også OECDs "New Generation of Health Reforms", med fokus på realisering av bærekraftsmålene, fremhever behovet for økt innsats for systematisk å adressere barrierer knyttet til befolkningens HL for å sikre mer helsefremming i befolkningen og bidrar til en likeverdig og pasientsentrert helsetjeneste.

Forslag til innsatser

- Gjennomføre en nasjonal kartlegging av health literacy
- Vurdere tiltak og strategier for å øke befolkningens HL-kompetanse, basert på resultatene av kartleggingen

Litteratur

Lenker oppdatert juli 2018.

- Abebe DS, Hafstad GS, Brunborg GS, Kumar BN, og Lien L (2015). Binge Drinking, Cannabis and Tobacco Use among Ethnic Norwegian and Ethnic Minority Adolescents in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority health*, 17(4), 992-1001
- Adolphus et al. (2013). The effect of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents. *Frontiers in Human Neuroscience* 7: 425
- Alver ØO (2004). Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS rapport nr. 4/2004)
- Andersen og Seland (under utarbeidelse). Fritidsklubber i et folkehelseperspektiv. Ungdataanalyser 2015-2017 og analyse av statlige dokumenter 2007-2017 (NOVA-notat 1/2019)
- Andersen PL og Bakken A (2015). Ung i Oslo 2015. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus (NOVA-rapport 8/15)
- Angell E og Grimsrud GM (2018). Attraktiv og bærekraftig? Småbyers erfaring med nasjonale retningslinjer for by- og tettstedsutvikling. Bergen: Uni Research Rokkansenteret (Rapport 4-2017)
- Australian Bureau of Statistics (2009). Experimental estimates and projections, aboriginal and Torres strait islander Australians, 1991-2021 vol Cat. No. 3238.0 [Internet]. Australian Bureau of Statistics. 2009 [lastet ned 2. april 2018]
- Baglioni C. et al. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 135(1-3):10-19
- Bakke E. et al. (2016). Influence of alcohol and other substances of abuse at the time of injury among patients in a Norwegian emergency department, *BMC Emergency Medicine*, 2016
- Bakken A (2017). Ungdata 2017. Nasjonale resultater. Oslo: Nova (NOVA-rapport 10/17)
- Bakken A (2018). Ung i Oslo. NOVA/Oslo Met (Rapport nr 6/18)
- Bakken A Frøyland LR, Sletten MA (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdataundersøkelsene? Oslo: NOVA (NOVA-rapport 3/2016)
- Bandura A (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers
- Bandura A (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behaviour* 31(2):143-164
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009). Ungdoms fritidsmiljø. Ungdom, demokratisk deltagelse og innflytelse (Rapport 2009)
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012). En helhetlig integreringspolitikk: Mangfold og fellesskap (Meld. St. 6 (2012-2013))
- Barneombudet (2018). Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes. Erfaringer fra barn og unge utsatt for vold og overgrep – 2018. Oslo: Barneombudet
- Barneombudet (2018b). Alle kjenner noen som har opplevd det. Samtaler med ungdom om seksuelle krenkelser – 2018. Oslo: Barneombudet
- Barstad A (2016). Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2479)
- Barstad A (2017). Innvandring, innvandrere og livskvalitet. En litteraturstudie. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (Rapporter 2017/3)
- Barstad A og Sandvik L (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2387)

- Bergem et. al. (2018). Nærmiljø og lokalsamfunn for folkehelse. Delrapport frå evaluering av satsinga Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer helse. Volda: Høgskulen i Volda (Notat nr. 2/2018)
- Bergsvik D og Rossow I (2016). En vurdering av virkningen av dagens taxfree-ordning. Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine* 155(2):97-107
- Bernd R, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, Mckee M (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 381(9873):1235-1245
- Bjornaas M. et. al. (2008). A 20-year prospective study of mortality and causes of death among hospitalized opioid addicts in Oslo. *BMC Psychiatry* 8:8
- Bjørnshagen V, Moseng BU (2017) Evalueringsrapport: pilotprosjektet Selvttest for hiv. Oslo: Helseutvalget
- Bjorvatn B, Sivertsen B, Waage S, Holsten F, Pallesen S (2018). Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni. *Søvn* 10(1):12-17
- Blom S (2008). Innvandrerens helse 2005/2006. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (Rapporter 2008/35)
- Bøe T (2015). Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2412)
- Borg E, Christensen H, Fossestøl K, Pålshaugen Ø. (2015). Hva lærerne ikke kan! Et kunnskapsgrunnlag for satsning på bruk av flerfaglig kompetanse i skolen. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI Rapport 2015:6)
- Bråten M, Øistad BS (2017). Seksuell trakassering i arbeidslivet. Oslo: Fafo (Fafo-rapport 2017:09)
- Brattbakk I og Andersen B (2017). Oppvekststedets betydning for barn og unge. Nabolaget som ressurs og utfordring. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet ved HiOA (AFI - Rapport 2017:02)
- Brattbakk I og Wessel T (2017). Nabolagets effekt: hva er problematisk med geografisk mulighet? S. 337-356 i *Oslo – ulikhetenes by* /Jørn Ljunggren (red). Oslo:Cappelen Damm akademisk
- Braveman P, Gruskin S (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 57:254-258.
- Breivik K, Bru E, Hancock CHH, Idsøe EC, Idsøe T, Solberg ME (2017). Å bli utsatt for mobbing: en kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak (delrapport 1). Stavanger: Læringsmiljøsentret
- Breivik K, Bru E, Hancock CHH, Idsøe EC, Idsøe T, Solberg ME (2017). Å ivareta barn og unge som har blitt utsatt for mobbing. Erfaringsbasert kunnskap om utforming og organisering av tiltak (delrapport 2). Stavanger: Læringsmiljøsentret
- Bru E et al. (red.) (2016). *Psykisk helse i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Brundtland G (red.) (1987). *Vår felles framtid. Verdenskommisjonen for miljø og utvikling*. Oslo: Tiden norsk forlag
- Buck D, Frosini F (2012). Clustering of unhealthy behaviours over time Implications for policy and practice. The King's Fund (Ideas that change health care)
- Bugge AB (2012). Spis deg sunn, sterk, slank, skjønn, smart, sexy... finnes det en diett for alt? Oslo: SIFO (Rapporter 4/2012)
- Bütikofer A, Løken KV, Salvanes KG (2015). Long-Term Consequences of Access to Well-child Visits. Bergen: Norges Handelshøyskole (Discussion paper SAM 29 2015)

- Cameron C, Wasacase T (2017). Community-driven health impact assessment and asset based community development: An innovate path to community well-being. S. 239-259 i Phillips R og Wong C (red.): *Handbook of community well-being research*. Dordrecht: Springer Netherlands
- Castellacci F og Tveito V (2018) Internet Use and Well-being: A Survey and a Theoretical Framework. *Research Policy* 47(1):308-325
- Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine* 66(8):1809-16
- Christensen H, Reynolds J, Griffiths KM (2011). The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: Challenges and solutions. *Early Intervention in Psychiatry* 5(1):58-62
- Collishaw S (2014). Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of child psychology and psychiatry* 56(3):370-93
- Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(8)
- Dæhlen M, Andersen PL (2017). Sosiale relasjoner i ungdomstida. Identifisering og beskrivelse av ungdom med svake relasjoner til foreldre, skole og venner. Oslo: NOVA (NOVA-rapport 8/17)
- Dalgard OS, Thapa SB (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 3(1):24
- Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M, Syed HR (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health study. *Scandinavian Journal of Psychology* 47(6):551-558.
- Dalziel K, Segal L (2007). Time to give nutrition interventions a higher profile: cost-effectiveness of 10 nutrition interventions. *Health Promotion International* 22(4):271-83
- Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. (2012). Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport nr 12-2012)
- Departementene (2005). Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet
- Departementene (2009). Ulykker i Norge - Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014. (Nasjonal strategi I-1146 B)
- Departementene (2014). Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020). (Strategi)
- Departementene (2017). Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021). Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! (Handlingsplan)
- Department of Health and Social Care (2017). Childhood obesity: a plan for action. Guidance updated 20 January 2017
- Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bogels SM (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep medicine reviews* 14(3):179-89
- Diderichsen F, Scheele CE og Little IG (2015). Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience. Copenhagen: University of Copenhagen
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) 2018: DSBs nettsider – Brannstatistikk 2017
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Helsedirektoratet 2017. Samarbeid mellom kommunale tjenesteytere om brann sikkerhet for risikoutsatte grupper.

Tønsberg/Oslo: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap/Helsedirektoratet (Veileder)

- Eggen AE, Mathiesen EB, Wilsgaard T Jacobsen BK, Njolstad I. (2014). Trends in cardiovascular risk factors across levels of education in a general population: is the educational gap increasing? The Tromsø study 1994–2008. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(8):712-9
- Eichler K, Wieser S, Brügger U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health* 54(5):313-24
- Ekornes SM (2016). *School Mental Health - Teacher Views. An Exploratory Study of Teachers' Perceived Role, Competence and Responsibility in Student Mental Health Promotion*. Oslo: Department of teacher education and school research, University of Oslo
- Elstad JI (2018). Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 46:74-82 (special issue)
- Elstad JI, Overbye E, Dahl E (2015) Prospective register-based study of the impact of immigration on educational inequalities in mortality in Norway. *BMC Public health* 15: 364
- Epland J, Kirkeberg MI (2012). Wealth Distribution in Norway. Evidence from a New Register-Based Data Source. Oslo: Statistisk sentralbyrå (Rapporter 35/2012)
- Eriksen IM, Sletten MA, Bakken A, Von Soest T (2017). Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Oslo: NOVA (Nova-rapport 6/17)
- Eriksson MK et al. (2010). Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Archives of Internal Medicine* 170(16):1470-9
- European Union (2014): Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. 24 February 2014 [updated 12 March and 28 July 2014]
- Fagerholt RA, Naper LR, Haugset AS m.fl. Spørsmål til Barnehage-Norge 2017. Steinkjer: Trøndelag forskning og utvikling AS (TFoU-rapport 2018:1)
- Fagråd for sosial ulikhet i helse (2018): Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Oslo: Helsedirektoratet
- Felitti VJ et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults - the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine* 14(4):245-258
- Finansdepartementet (2017). Perspektivmeldingen. (Meld. St. 29 (2016-2017))
- Finbråten HS, Pettersen KS (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien* 5/09:60-63
- Finbråten HS, Pettersen KS (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters "health literacy". *Vård i Norden* 32(3):47-52.
- Finnvold JE (2009). Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetenester. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1738)
- Flatval VS, Ibenholt K (2017). Utredning om avvikling av taxfree ordningen. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse (Rapport 75-2017)
- Folkehelseinstituttet (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2011:1)
- Folkehelseinstituttet (2013). Uteluft – luftkvalitetskriterier. Veileder. Oslo: Folkehelseinstituttet (oppdatert nettversjon av FHI-rapport 2013:9)
- Folkehelseinstituttet (2014). Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2014:2)
- Folkehelseinstituttet (2015). Sammenheng mellom arbeid og god helse. Forskningsoversikt 2015 (tilgjengelig på www.fhi.no; lastet ned 24.7.2018)

- Folkehelseinstituttet (2016a). Sykdomsbyrde som følge av luftforurensning i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Folkehelseinstituttet (2016b). Barn, miljø og helse. Risiko- og helsefremmende faktorer. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Folkehelseinstituttet (2017a). Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet
- Folkehelseinstituttet (2017b). Ulykkeskader i Oslo. Geografisk og sosial ulikhet for skader behandlet ved Oslo skadelegevakt. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport)
- Folkehelseinstituttet (2017c). Informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester til beboere i ankomstsenter og transittmottak. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport)
- Folkehelseinstituttet (2017d). Rusmidler i Norge 2016. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, snifning, doping og tjenestetilbudet. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Folkehelseinstituttet (2017e). Informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester til beboere i ankomstsenter og transittmottak. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport)
- Folkehelseinstituttet (2018a). Folkehelse rapporten – kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 05/2018)
- Folkehelseinstituttet (2018b). Store folkehelseutfordringer i Norge basert på sykdomsbyrdeanalyse (Internt FHI notat)
- Folkehelseinstituttet (2018c). Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2017
- Folkehelseinstituttet (2018d). Psykisk helse i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport)
- Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet (2016). Inneklima i skoler og barnehager. Helsemessig betydning for barn og unge. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport)
- Foster JH et al. (2014). Alcohol 'pre-loading': a review of the literature. I: *Alcohol and Alcoholism* 49(2):213-26
- Frederici RA, Gjerustad C, Vaagland K et al. (2017). Spørsmål til Skole-Norge våren 2017. NIFU; 2017:12
- French J (2010). *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*. Oxford: OUP
- Fyhri A, Johansson OJ (2018). Miniscenario: Økt omfang av elsykler. Oslo: Transportøkonomisk institutt (TØI rapport 1625/2018)
- Førland O, Skumsnes R (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre: en oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning (Oppsummering nr 8)
- Førland O, Skumsnes R, Teigen S, Folkestad B (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjons-prosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 1:119-130
- Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling* 51(3):267-75
- GBD 2015 Obesity Collaborators (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *New England Journal of Medicine* 377:13-27
- Giles-Corti B, Broomhall MH, Knuihan M. et al. (2005). Increasing walking: how important is distance to, attractiveness, and size of public space? *American Journal of Preventive Medicine* 28(2) suppl. 2:169-176
- Giles-Corti B, Moudon AV et al. (2016). City planning and population health: a global challenge. *Lancet* 388:2912–24
- Gillespie et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Systematic Reviews* 12;9

- Gjelsvik R (2004). *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol*. Bergen: Rokkansenteret (Notatserie i helseøkonomi 07/04)
- Gjertsen H, Olsen T (2011). *Mangfold og Engasjement i motvind*. Bodø: Nordlandsforskning (Rapport 01 2011)
- Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries 2008-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 386(9995):743-800
- Goth US, Godager G (2012). Use of Primary Care Emergency Services in Norway: Impact of Birth Country and Duration of Residence. *Nordic Journal of Health Economics* 1(2):171-186
- Graff-Iversen S, Jansen MD, Hoff DA, et al. (2013). Divergent associations of drinking frequency and binge consumption of alcohol with mortality within the same cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67:350-357
- Gray D et al. (2000). Beating the grog: an evaluation of the Tennant Creek liquor licensing restrictions. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(1):39-44
- Grepperud S (2018). *Private behandlingssikringer – status og mulige konsekvenser på effektivitet og fordeling*. Oslo: HERO (WP 2018/2)
- Grønningsæter AB, Nielsen RA (2010). *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1857)
- Grøtting MW, Lillebø OS (2017). *Health effects of retirement. Evidence from Norwegian survey and register data*. Bergen: Department of Economics, University of Bergen (Working papers in economics No. 2/17)
- Hagen S et al. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *International Journal of Health Policy and Management* 7 (article in press)
- Hansen LB, Myhre JB, Johansen AMW et al. (2016). *Ungkost 3 Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4. –og 8. klasse i Norge, 2015*. Oslo: Universitetet i Oslo
- Hanssen GS (red.) (2015). *Kompakt byutvikling. Muligheter og utfordringer*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hauger, Bjørn (2018) *Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid. Innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2721)
- Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke m, Lehfeld H, Niklewski G et al. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 260(5):401-6
- Heggebø K, Elstad JI (2017). Is it Easier to Be Unemployed When the Experience Is More Widely Shared? Effects of Unemployment on Self-rated Health in 25 European Countries with Diverging Macroeconomic Conditions. *European Sociological Review* 34(1):22-39
- Hektoen LF (2014). *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus (Rapport 2014 nr 3)
- Helgesen MK et al. (2017). *Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning*. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus (NIBR-rapport 2017:16)
- Helgesen MK, Abebe DS, Schou A (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Helgesen, Marit K., Arne Holm, Lars Monkerud, Lene Schmidt (2014). Bolig og folkehelse – hva er sammenheng? En litteraturstudie. NIBR-rapport 2014:16.

- Hellevik T, Solem PE (2017). Mulige konsekvenser av økt yrkesaktivitet blant eldre. Oslo: NOVA (NOVA Rapport 9/11)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Nasjonal strategi for forebygging av astma- og allergisykdommer 2008-2012. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseoven). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (Prop. 90 L. (2010-2011))
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a). Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (Meld. St. 34 (2012-2013))
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013b). NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer: hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (Meld.St.19 (2014-2015))
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (Meld. St. 26 (2014-2015))
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015c). Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Prop 1 S (2017-2018) for budsjettåret 2018. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017b). Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (Meld.St.15 (2017-2018))
- Helsedirektoratet (2009). Evaluering av miljørettet helseverntjeneste i kommunene. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1633)
- Helsedirektoratet (2010a). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1580)
- Helsedirektoratet (2010b). Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1794)
- Helsedirektoratet (2013). Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2114)
- Helsedirektoratet (2014a). Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2203)
- Helsedirektoratet (2014b). Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2263)
- Helsedirektoratet (2015a). Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2367)
- Helsedirektoratet (2015b). Frukt og grønt i skolen. Samfunnsøkonomiske vurderinger. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2434)
- Helsedirektoratet (2016a). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2436)
- Helsedirektoratet (2016b). Kartlegging av miljøstatus i landets barnehager i 2015. Rapport med resultater og forslag til oppfølging. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2447)
- Helsedirektoratet (2016c). Samfunnsgevinstene av at befolkningen følger Helsedirektoratets kostråd. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2451)
- Helsedirektoratet (2016d). Veileder for kommunale frisklivssentra: etablering, organisering og tilbud. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1896)

- Helsedirektoratet (2017a). Anbefaling for håndtering av nøtteallergi i barnehager og skoler. Oslo: Helsedirektoratet (lastet ned 25.7.2018)
- Helsedirektoratet (2017b). Utviklingen i norsk kosthold. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2680)
- Helsedirektoratet (2017c). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2608)
- Helsedirektoratet (2017d). Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord. Oslo: Helsedirektoratet (lastet ned 25.7.2018)
- Helsedirektoratet (2017e). Internasjonalt arbeid i Helsedirektoratet 2016. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2662)
- Helsedirektoratet (2018a). Folkehelsepolitisk rapport 2017. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2698)
- Helsedirektoratet (2018b). Kunnskapsgrunnlag. Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2696)
- Helsedirektoratet (2018c). Personskadedata 2017. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2724)
- Helsedirektoratet (2018d). Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2749).
- Helseutvalget (2015) Hjemmetesting for hiv: En kunnskapsrapport
- Henry HM (2015). Spiritual Energy of Islamic Prayers as a Catalyst for Psychotherapy. *Journal of religion and health* 54:387-398
- Herman WH et al. (2005) The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Annals of Internal Medicine* 142(5):323-32
- Heron K et al. (2010). Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British journal of health psychology* 15(1):1-39
- Hill JH, Burge S, Haring A, Young RA (2012). Communication technology access, use, and preferences among primary care patients: from the Residency Research Network of Texas (RRNet). *Journal of the American Board of Family Medicine* 25(5):625-34
- HLS-EU Consortium (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. (The European Health Literacy Project 2009-2012)
- HM Government (2014). The Government's Alcohol Strategy, Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty, March 2012
- Hofstad H (2018). Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp? (NIBR-notat 2018:103)
- Hofstad H, Bergsli H (2017). Folkehelse og sosial bærekraft. En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR-rapport 2017:15)
- Hofstad H, Lid S, Schou A, Vedeld T (2015). Lokal oversikt over folkehelsen - muligheter og utfordringer. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR-rapport 2015:13)
- Holen S, Waagene E (2014). Psykisk helse i skolen. Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere. Oslo: NIFU (Rapport 9/2014)
- Holmøy E, Kjelvik J, Strøm B (2014). Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (SSB-rapport 2014:14)
- Hooper P, Knuiaman M, Bull F, Jones E, Giles-Corti B (2015). Are we developing walkable suburbs through urban planning policy? Identifying the mix of design requirements to optimise walking outcomes from the 'Liveable Neighbourhoods' planning policy in Perth, Western Australia. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12(1): 1-11

- Hoyland et al. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews* 22: 220-243
- Hysing M, Harvey AG, Linton SJ, Askeland KG, Sivertsen B (2016). Sleep and academic performance in later adolescence: results from a large population-based study. *Journal of sleep research* 25(3):318-24
- Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open* 2015;5:e006748
- Ivarsson BH (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm: Natur Kultur Akademisk; 2014.
- JANPA (2016). Work package WP 4: Evidence (the economic rationale for action on childhood obesity) (Evidence Paper & Study Protocols; deliverable 4.1).
- Jatoi A et al. (2017). The role of parenteral and enteral/oral nutritional support in patients with cancer. Waltham, MA: UpToDate Inc.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD (eds.) (2013). Health Literacy - The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe
- Kinge JM, Kornstad T (2014). Assimilation effects on infant mortality among immigrants in Norway: Does maternal source country matter? *Demographic Research* 31:39-72
- Klima- og miljødepartementet: Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet. Oslo: Det kongelige klima- og miljødepartement (Meld. St. 18 (2015–2016))
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014a). Medvirkning i planlegging. Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet (veileder)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014b). Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging (fastsatt ved kgl. res. av 26.09 2014)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015a). Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner. Oslo: Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement (Meld.St. 14 (2014-2015))
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2015b). Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging: vedtekte ved kongeleg resolusjon 12. juni 2015. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2016). Nye folkevalgte regioner – rolle struktur og oppgaver. Oslo: Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement (Meld.St. 22 (2015-2016))
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017a). Berekraftige byar og sterke distrikt. Oslo: Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement (Meld. St. 18 (2016-2017))
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017b). Prop. 1 S (2017 – 2018). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2018.
- Koots-Ausmees L, Realo A (2016). Life satisfaction among ethnic minorities in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 47:457-478.
- Kravdal Ø (2000). Social inequalities in cancer survival. *Population Studies* 54(1):1-18
- Krishna S et al. (2009). Healthcare via Cell Phones: A Systematic Review. *Journal of Telemedicine and e-Health* 15(3):231-40
- Lammers M, Kok L (2012) Cost-benefit analysis of dietary treatment. Amsterdam: Dutch Association of Dietitians
- Laranjo L et al. (2015). The influence of social networking sites on health behavior change: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association* 22(1):243-256

- Larsen, Øivind (2010). Sunnhetsloven – mer enn en helselov. I: *Michael* 7 Suppl:11-49.
- Lee SH, Dan Y (2012). Neuromodulation of brain states. *Neuron* 76(1):209-22
- Lewis TT, Cogburn CD, Williams DR (2015). Self-reported Experiences of Discrimination and Health: Scientific Advances, Ongoing Controversies, and Emerging Issues. *Annual Review of Clinical Psychology* 11:407-40
- Li M et al. (2014). Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Cardiology* 176(3): 1044-7
- Li R et al. (2010). Cost-Effectiveness of Interventions to Prevent and Control Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Diabetes Care* 33(8):1872-1894
- Lie B, Lavik NJ, Laake P (2001). Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies* 14(3):276–294
- Lien L, Huus G, Morken G (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 135:246-8
- Lillejord S, Børte K, Ruud E, Morgan K (2017). *Stress i skolen – en systematisk kunnskapsoversikt*. Oslo: Kunnskapssenter for utdanning
- Lindegård P et al. (2017). Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital. *Journal of Nutrition Health and Aging* 21(1):75-82
- Lindström et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 368(9548):1673-9
- Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K et al. 2006. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 368(9548):1673-9
- Ljunggren J (red.) (2017). *Oslo. Ulikhetenes by*. Oslo, Cappelen Damm Akademisk.
- Løvgren M, Bakken A (2017a). *Ungdata Junior 2017. Asker kommune*. Oslo: NOVA (NOVA-rapport 14/17)
- Løvgren M, Bakken A (2017b). *Ungdata junior 2017. Bærum kommune*. Oslo: NOVA (NOVA-rapport 13/17)
- Løvgren M, Overå S (2018). *Ungdata junior 2017. Metoderapport*. Oslo: NOVA (NOVA-rapport 3/18)
- Lund PØ (2014). *Innsatser i utsatte byområder – erfaringer fra Groruddalssatsingen*. Oslo: Oslo kommune
- Major EF (2015). *Hvordan påvirker levevaner vår psykiske helse?* *Forebygging.no* 2015 (lastet ned 25.07.2018)
- Martin SP, Robinson JP (2007). The income digital divide: Trends and predictions for levels of Internet use. *Social problems* 54(1):1-22
- McCarty CA et al. (2008). Adolescent school failure predicts later depression among girls. *Journal of Adolescent Health* 43(2):180-187
- Meng L, Zheng Y, Hui R (2013). The relationship of sleep duration and insomnia to risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertension Research* 36(11): 985-95
- Middleton KR, Anton SD, Perri MG (2013). Long-Term Adherence to Health Behavior Change. *American journal of lifestyle medicine* 7(6):395-404
- Midtbøen AH, Lidén H (2015). *Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge. En kunnskapsgjennomgang*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning (Rapport 2015:01)

- Mikalsen IB et al. (2018). Forskrivning av legemidler mot astma til barn i perioden 2004-2015. *Tidsskrift for Den norske legeforening* doi:10.4045/tidsskr.17.0227
- Miljøverndepartementet (2012). *Norsk klimapolitikk*. Oslo: Det kongelige miljøverndepartement (Meld. St. 21 (2011–2012))
- Millstein M, Hofstad H (2017). *Fortetting og folkehelse. Hvilke folkehelsekonsekvenser har den kompakte byen*. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus (NIBR-rapport 2017:2)
- Moksnes UK, Løhre A, Lillefjell M, Byrne DG, Haugan G (2016). The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research* 125(1):339-357
- Mørkved T et al. (2011). Barneastma og KOLS. *Allergi i praksis* 2/2011
- Nakagawa F, Miners A, Smith C, Smith R, Lodwick R, Cambiano V, Lundgren J, Delpech V, Phillips A (2012). Projected lifetime healthcare costs associated with HIV infection. *PLoS One* 10(4):e0125018
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2015). *Råd for vegen videre. Sluttrapport*
- Nasjonalt råd for ernæring (2017). *Risiko for jodmangel i Norge. Identifisering av et akutt behov for tiltak*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-0591)
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: *Diabetes Prevention Program (DPP)*
- Netto G, Bhopal R, Lederle N, Khatoon J, Jackson A. How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioral interventions. *Health Promotion International* 25:248-257
- NICE guidelines (2016). *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. (NICE guideline NG44)
- Nilsen SM, Bjørngaard JH, Ernsten L, Krokstad S, Westin S (2012). Education-based health inequalities in 18,000 Norwegian couples: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *BMC Public Health* 12:998
- Nilssen Y et al. 2016. Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage. *International Journal of Cancer* 138(6):1350-60
- Nordfjærn T, Bretteville-Jensen AL, Edland-Gryt M, Gripenberg J (2016). Risky substance use among young adults in the nightlife arena: An underused setting for risk-reducing interventions? *Scandinavian Journal of Public Health* 44(7):638-645
- Nordlund S (2003). Totalforbruksteorien og dens betydning for alkoholpolitikken. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2003(123):46-48
- NOU 2013:4. *Kulturutredningen*. Oslo: Departementenes servicesenter
- NOU 2015:8. *Fremtidens skole. Fornyelse av fag og kompetanser*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
- NOU 2017:2. *Integrasjon og tillit. Langsiktige konsekvenser av høy innvandring*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
- NOU 2017:12. *Svikt og svikt. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
- NyAnalyse (2017). *Verdien av aktive seniorer. Frivillighetsbidraget fra pensjonister i Norge*
- Ogders CL et al. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology* 20(02):673-716

- OECD (2013). *Skilled for Life? Key Findings from the Survey of Adult Skills 2013*. OECD
- OECD (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Publishing (OECD Health Policy Studies)
- OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle*. Paris: OECD Publishing
- Olsen RM, Ness TM, Devik SA (2017). *Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene – En oppsummering av kunnskap*. 2017-06. Omsorgsbiblioteket
- Opp SM (2017). The forgotten pillar: a definition for the measurement of social sustainability in American cities. *Local Environment* 22(3), 286-305
- Ose SO, Kaspersen SL (2016). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Sintef
- Oslo kommune (2010). *Prosjektrapport: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helsestasjons og skolehelsetjenesten*. Oslo: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten
- Oslo skadelegevakt (2015). *Sykkelskader i Oslo 2014*. Oslo skadelegevakt (Rapport 11. juni 2015)
- Oslo skadelegevakt (2017): *Snøen som falt i fjor. Fotgjengerskader i Oslo, 2016*. (IS-0617)
- Otnes B (2011). Mindre kommunal hjemmehjelp til eldre. *Samfunnspeilet* 2011/2.
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20(2):175-84
- Pålshaugen Ø, Borg E (2016). *Skolen som arena for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Utdanningsdirektoratet, 2016
- Pålshaugen Ø, Borg E (under publisering). En sak for seg - eller en sak for alle? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*
- Pan XR et al. (1997). Effects of Diet and Exercise in Preventing NIDDM in People With Impaired Glucose Tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 20:537-544
- Pargament KI (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Pascoe EA, Smart Richman L (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 135(4):531-554
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 369(9569):1302-1313.
- Pavlovich WD et al. (2004). Systematic review of literature on the cost-effectiveness of nutrition services. *Journal of the American Diet Association* 104(2):226-32
- Pedersen H (2015). *Kartlegging av oppsøkende ungdomsarbeid i kommunene 2015*. Oslo: Kompetansesenter rus – Oslo
- Pettersen AM, Wyller TB (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge - med blikk mot Sverige og Danmark*. Aldring og helse
- Pettersen KS, Jennum AK. (2014). Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning* 9(3):272-80
- Piketty T (2014). *Capital in the Twenty-First Century*. Cambridge: Harvard University Press.
- Poloma MM, Pendleton BF (1991). The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology* 19:71–83
- Public Health England (2014). *From evidence into action: opportunities to protect and improve the nation's health*. Lastet ned 26.7.2018
- Public Health England (2015). *A guide to community-centred approaches for health and wellbeing*. London: Public Health England

- Public Health England (2018). Health risks of childhood obesity. Lastet ned 26.7.2018
- Public Health England, Institute of Health Equity (2017). Psychosocial pathways and health outcomes: Informing action on health inequalities. London: Public Health England
- Puzo Q, Mehlum L, Qin P (2017). Suicide among immigrant population in Norway: a national register-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 135(6):584-592
- Rabanal KS, Lindman AS, Selmer RM, Aamodt G (2013). Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. *European Journal of Preventive Cardiology* 20(6):1013-1021
- RARHA SEAS (2016). Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Warsaw: RARPA
- Rawal G, Yadav S (2015). Nutrition in chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of translational internal medicine* 3(4):151-154
- Razali SM, Hasanah CI, Aminah K, Subramaniam M (1998). Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32:867-872
- Riksrevisjonen (2015). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Oslo: Departementenes servicesenter (Dokument 3:11, 2014-2015)
- Roehr CC, Edenharter G, Reimann S, et al. (2004). Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents. *Clinical & Experimental Allergy* 34:1534-41
- Rogne AF, Syse A. (2017). Framtidens eldre i by og bygd: Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse. Oslo: Statistisk sentralbyrå (Rapport 2017/32)
- Rossow I, Nordstrøm T (2011). The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience in 18 cities. *Addiction* 107(3):537-537
- Sallis JF, Cerin E, Conway TL et al. (2016). Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet* 287(10034):2207-2217
- Samdal O et al. (2016). Helse og trivsel blant barn og unge. Bergen: Universitetet i Bergen (Hemil-rapport 1/2016)
- Samdal O et al. (2017). Stress og mestring. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2655)
- Samdal O, Bye HH, Wold B et al. (2012). Sosial ulikhet i helse blant barn og unge. Bergen: Universitetet i Bergen (HEMIL-rapport 2/2012)
- Samferdselsdepartementet (2016). Trafikksikkerhetsarbeidet – samordning og organisering. Oslo: Det kongelige samferdselsdepartement (Meld. St. 40 (2015-2016))
- Samferdselsdepartementet (2017). Nasjonal transportplan 2018-2029. Oslo: Det kongelige samferdselsdepartement (Meld.St.33 (2016-2017))
- Schiefloe PM (1985). Nærmiljø i bysamfunn. Oslo, Universitetsforlaget
- Schou A, Lynnebakke B (2017). Folkehelse- og integreringspolitikken bidrag til å fremme sosial deltagelse og livskvalitet: en analyse av koblingspunkter mellom politikkområdene – med eksempler. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus (NIBR-rapport 2017:5)
- Schultink W (2015). Why nutrition and breastfeeding are crucial to sustainable development. Blogg på Unicefs nettsider, lastet ned 7. Juni 2017
- Sivertsen B, Harvey AG, Lundervold AJ, Hysing M. (2014b). Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *European child & adolescent psychiatry* 23(8):681-9
- Sivertsen B, Pallesen S, Stormark KM, Boe T, Lundervold AJ, Hysing M (2013). Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. *BMC public health* 13:1163

- Sivertsen B. et al. (2014). Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. *Journal of Sleep Research* 23(2):124-32
- Skaare, A. B., S. H. Afzal Sadaf, E. Olli og I. Espelid (2008). Holdninger og vaner hos innvandrereforeldre – oppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen. Den norske tannlegeforenings tidende, 118: 300-5.
- Sletten, M. og Anders Bakken (2016). Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer, NOVA-Notat 2/2016.
- Smith DT, Graham R. (2012). Household Expenditures on Information and Communication Technologies: A Proposal for a Digital Practice Model. I: Race, Gender & Class. 2012:161-78
- Smith O, Alves D, Knapstad M (2016). Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport)
- Smith TB, Bartz J, Richards SP (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research* 17(6):643-655
- Søgaard AJ et al. (2016). Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. *Osteoporos International* 27(7):2217-2222
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. (2012) «Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models» i *BMC public health* 12(1):80
- Stamina (2017): Norsk Jobbhelse rapport 2016/2017
- Statens offentlige utredninger (2017). *Næste steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. Stockholm: Elanders Sverige AB (SOU 2017:47)
- Statistisk sentralbyrå (2016). Frisklivssentraler i kommunane, kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (Rapport 2016/07)
- Statistisk sentralbyrå (2017): Nær 1 million bosatt i Oslo tettsted. Lastet ned 27.5.2018
- Statistisk sentralbyrå (2018). Veitrafikkulykker med personskaade. Lastet ned 26.7.2018
- Statistisk sentralbyrå (2018b). Innvandrer og norskfødte med innvandrerforeldre. Lastet ned 26.7.2018
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;(5):CD000165.
- Steen J, Bjørn EC, Ibenholt K (2018). *Kostnader ved rusrelatert fravær og ineffektivitet*. Samfunnsøkonomisk analyse AS (Rapport 9-2018)
- Sullivan AN, Lachman ME (2016). Behavior Change with Fitness Technology in sedentary Adults: A Review of the Evidence for Increasing Physical Activity. *Frontiers in Public Health* (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00289>)
- Sulo E et al. (2016). Coronary angiography and myocardial revascularization following the first acute myocardial infarction in Norway during 2001–2009: Analyzing time trends and educational inequalities using data from the CVDNOR project. *International Journal of Cardiology* 212:122-8
- Sundhedsstyrelsen (2011). Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling
- Syse A, Pham DQ, Keilman N (2016): Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyser* 3/2016
- Syse, Strand, Naess, Steingrimsdottir og Kumar (2016). Differences in all-cause mortality: A comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012. *Demographic Research* 34:615-655

- Tael et. al (2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 14;369 (9569):1302-13
- Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC family practice* 13(1):49
- Thorén KH, Skjeggedal T, Vistad OI (2016). Kommunale planer for idrett og fysisk aktivitet. Om spillemidlenes betydning for å etablere turveier og turstier i nærmiljøet. Trondheim: Norsk institutt for naturforskning (NINA Kortrapport 26)
- Tønnesen et al. (2018). Byveksttallene – balansekunst for nullvekst. (lastet ned 27.5.2018)
- Tønnesen, Leknes og Syse (2016). Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Hovedresultater. Økonomiske analyser 3/2016.
- Transportøkonomisk institutt (2007). Hva koster skader på grunn av hjemmeulykker, utdanningsulykker, idrettsulykker og fritidsulykker det norske samfunnet? Oslo: Transportøkonomisk institutt (Rapport 880:2007)
- Transportøkonomisk institutt (2014). Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/14 - nøkkelrapport. Oslo: Transportøkonomisk institutt (TØI-rapport 1383/2014)
- U.S. Department of Health and Human Services 2018. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC. Lastet ned 26.7.2018
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion: National Action Plan to Improve Health Literacy. Lastet ned 26.7.2018
- Uthus M (red.) (2017). Elevenes psykiske helse i skolen. Utdanning til å mestre egne liv. Gyldendal akademisk forlag.
- Vegdirektoratet (2018). Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2018-2029
- Vestby GM et al. (2017). Lytt til seniorenene! Utprøving av medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Vestel V, Smette I (2007). Fritidsklubber som forebyggende arena – har den 'gått ut på dato'? I: Tidsskrift for ungdomsforskning 7(1):77-102
- Victoria CG, Bahl R, Barros ADJ, Franca GVA, Horton S, Krusevec J et al. for the Lancet Breastfeeding Series Group (2016): Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 387(2016):475-90
- Von Soest T, Wichstrøm L (2014). Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *Journal of Abnormal Child Psychology* 42(3):403-15
- Vrålstad S, Wiggen KS 2017. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (SSB-rapport 2017:13)
- Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 199: 453-8
- Wakefield M, Loken B, Hornik RC (2010). Use of mass media campaigns to change health behavior. *Lancet* 376(9748):1261-71
- Wantland D et al. (2004). The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of Medical Internet Research* 6(4):40-50
- Wendelborg (2017). Mobbing og arbeidsro i skolen. Analyse av Elevundersøkelsen skoleåret 2017/18. NTNU (Rapport 2018 Mangfold og inkludering)
- Wettergren J (2016). Tre ganger så mange sykedager blant dem som har fedme (Health at a Glance Europe 2016 – helsetilstanden i Norge og Europa). Lastet ned 10.6.2018

- Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services* 22:429-445
- WHO (1986). The Ottawa Charter for health promotion.
- WHO (2008). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO; 2008
- WHO (2014). Policy brief: Promoting and creating an enabling environment for healthy behaviours among workers (December 2014)
- WHO (2016). Noncommunicable diseases, health literacy and the SDGs. Lastet ned 26.7.2018
- WHO (2016b). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. WHO, Shanghai; United Nations
- WHO (2017). Tackling NCDs. "Best buys" and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization
- WHO (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization
- WHO Europa (2014). Helse 2020: Rammeverk og strategi for Europa i det 21. århundre. Oslo: Helsedirektoratet (IS-0395)
- WHO Europe (2014b). The case for investing in public health. A public summary report for EPHO 8. WHO, Europa
- WHO Europe (2016). Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Vilnius: WHO Regional committee for Europe (Working document)
- WHO Europe (2016). Urban green spaces and health. A review of evidence. WHO Europa, Copenhagen.
- Wood et al. (2018): Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 391:1513-1523
- Yoon H, Jang Y, Vaughan PW, Garcia M (2018). Older Adults' Internet Use for Health Information: Digital Divide by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Journal of Applied Gerontology* 0(0):0733464818770772
- Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2017). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Läkartidningen Förlag AB, Sverige
- Yu Y, Davey R, Cochrane T, Learnihan V, Hanigan IC, Bagheri N. 2017. Neighborhood walkability and hospital treatment costs: A first assessment. *Preventive Medicine* 99:134-139
- Zinko U, Ersborg J, Jansson U, Pettersson I, Thylén A, Vincentz R, (2018). Grön infrastruktur i urbana miljöer. Nordic Council of Ministers 2018, Copenhagen
- Ødegård G, Fladmo A (2017): Samfunnsengasjert ungdom. Deltakelse i politikk og organisasjonsliv blant unge i Oslo. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Østerballe M, Hansen TK, Mørtz CG et al. (2005). The prevalence of food hypersensitivity in an unselected population of children and adults. *Pediatric Allergy and Immunology* 16(7):567
- Øverby NC, Klepp KI, Bere E (2012). Introduction of a school fruit program is associated with reduced frequency of consumption of unhealthy snacks. *American Journal of Clinical Nutrition* 96(5):1100-3
- Øvrum A, Bere E. (2013). Evaluating free school fruit: results from a natural experiment in Norway with representative data. *Public Health Nutrition* 17(6), 1224-1231

Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling

Utgitt

August 2018

Bestillingsnummer

IS-2748

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

Krediteres

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no