



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 34

(2012–2013)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldingen

God helse – felles ansvar





DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 34

(2012–2013)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldingen

God helse – felles ansvar

Innhold

1	Innledning	7	3.3.1	Helsefremmende steds- og lokalsamfunnsutvikling	60
1.1	En folkehelsepolitikk for vår tid ...	7	3.3.2	Helsefremmende transport- løsninger	65
1.2	Nasjonale mål	10	3.3.3	Trygg mat, trygt drikkevann og effektivt smittevernarbeid	67
1.3	Nasjonale virkemidler og tiltak	11	3.3.4	Godt innemiljø	70
1.4	Verdier og prinsipper	12	3.3.5	Annet miljø- og helsearbeid	72
1.4.1	Samfunnets og enkeltindividets ansvar	13	3.4	Mulighet for sunne valg	74
1.4.2	Prioriteringsdilemmaet og forebyg- gingsparadokset	13	3.4.1	Lettere tilgang på sunne valg i skoler og barnehager	77
1.4.3	Fem prinsipper for folkehelse- arbeid	14	3.4.2	Økt samarbeid med matvare- bransjen	80
1.5	Innretting og avgrensning	16	3.4.3	Informasjon og kampanjer	80
1.6	Sammendrag	17	3.4.4	Prisvirkemidler og begrensning i tilgjengelighet	84
2	Helseutfordringer i det 21. århundret	23	3.4.5	Regulering av markedsføring	86
2.1	Økende levealder og endringer i sykdomsbildet	23	4	Helse gjennom hele livsløpet ...	91
2.1.1	Sammensetning av befolkningen .	24	4.1	En god start i livet	91
2.1.2	Sosiale forskjeller i helse	24	4.1.1	Satse på kvalitet i barnehage og skole	92
2.1.3	Nye globale trender	25	4.1.2	Seksualundervisning i skolen	96
2.1.4	Helsetilstanden i Norge	26	4.1.3	Forebyggende helsetjenester til barn og unge	97
2.1.5	Barns og unges helse	32	4.1.4	Styrke foreldrerollen og følge opp risikofamilier	99
2.1.6	Eldres helse	35	4.1.5	Barn som pårørende	103
2.1.7	Helsen i den samiske befolkningen	36	4.1.6	Sikre bedre samhandling mellom tjenestene	103
2.1.8	Helsen i innvandrerbefolkningen ..	38	4.2	Et helsevennlig arbeidsliv	105
2.1.9	Helsen til lesbiske, homofile, bifile og transpersoner	39	4.2.1	Overgang fra utdanning til arbeidsliv	105
2.2	Forhold som påvirker helse og levealder	39	4.2.2	Inkluderende arbeidsliv	107
2.2.1	Levekår og sosiale forhold	40	4.2.3	Trygge arbeidsforhold og godt arbeidsmiljø	110
2.2.2	Miljøfaktorer	43	4.3	Aktiv og trygg aldring	113
2.2.3	Levevaner	45	4.3.1	Et lengre arbeidsliv	114
2.2.4	Helse- og omsorgstjenester	48	4.3.2	Aktiv deltakelse i samfunnet	115
3	Et mer helsefremmende samfunn	51	4.3.3	Tilgjengelighet og møteplasser	117
3.1	Utjevning av levekår	52	4.3.4	En framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste	119
3.1.1	Redusere økonomiske forskjeller ..	52	5	Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten	125
3.1.2	Grunnleggende økonomisk trygghet for alle	53	5.1	En tverrfaglig og integrert kommunal helse- og omsorgs- tjeneste	125
3.1.3	En sosial boligpolitikk	53	5.1.1	Fastlegenes rolle	126
3.1.4	Fremme tilknytning til arbeidslivet	54	5.1.2	Bedre bruk av personellet kompetanse	126
3.2	Sosial støtte og inkludering	55			
3.2.1	Betydning for helse- og livskvalitet	56			
3.2.2	Deltakelse og medvirkning	57			
3.2.3	Styrke kunnskap om sosial støtte ..	59			
3.3	Et trygt og helsefremmende miljø ..	60			

5.2	Videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten	127	7.2.1	Helse som ressurs og forutsetning for økonomisk utvikling	162
5.3	Styrke arbeidet med livsstils- endring	128	7.2.2	Prioriteringsutfordringer	165
5.4	Forebygge rusproblemer og psykiske lidelser	133	7.2.3	Særagifter	165
5.4.1	Rusproblemer	133	7.3	Styrke frivillighet og deltakelse i folkehelsearbeidet	168
5.4.2	Psykiske lidelser	133	7.3.1	Frivillighet som en folke- helseressurs	169
5.4.3	Vold og overgrep	135	7.3.2	Frivillighet i endring og utvikling i deltakelse	170
5.5	Helse- og omsorgstjenestens støtte til forebyggende arbeid i andre sektorer	136	7.3.3	Styrke samarbeidet mellom kommuner og frivillig sektor	171
5.5.1	Helse- og omsorgstjenesten i kommunen	136	7.3.4	Et bedre samarbeid på nasjonalt nivå	173
5.5.2	Spesialisthelsetjenesten	136	7.4	Et mer helsevennlig næringsliv	173
5.5.3	Tannhelsetjenesten	136	7.4.1	Næringslivets samfunnsansvar	174
5.5.4	Et større ansvar for å følge utviklingen i befolkningens helse ..	137	7.4.2	Myndighetenes rammevilkår for næringslivet	177
5.6	Kvalitet og pasientsikkerhet	137	7.4.3	Formalisert dialog og avtaler	179
5.7	Nasjonale screeningprogrammer .	138	7.5	Større vekt på internasjonalt samarbeid	179
6	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	143	7.5.1	Det nordiske samarbeidet	180
6.1	Bedre oversikt over helse og påvirkningsfaktorer	143	7.5.2	Samarbeidet med EU	180
6.1.1	Bedre datagrunnlaget	143	7.5.3	Samarbeidet i Verdens helse- organisasjon	182
6.1.2	Mer systematisk formidling av data	146	7.5.4	Internasjonale handelsavtaler	182
6.1.3	Kapasitet og kompetanse på analyse	148	7.5.5	Andre samarbeidsarenaer	183
6.2	Forskning og innovasjon	148	8	Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken	187
6.2.1	Kunnskap om effektive tiltak og evaluering	148	8.1	Styringssystem for nasjonalt tverrsektorielt folkehelsearbeid ...	187
6.2.2	Innovasjon	151	8.2	Utvikle mål og indikatorer for å følge utviklingen	189
6.3	Folkehelseperspektivet i utdanningstilbudet	152	8.2.1	Videreutvikling av resultatmål og indikatorer	189
6.4	Bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner ..	153	8.2.2	Verdens helseorganisasjons globale mål for å forebygge livsstilssykdommer	190
6.5	Utvikle verktøy for å ivareta helsehensyn på tvers av sektorer .	153	8.2.3	Verdens helseorganisasjons mål på psykisk helse og trivsel	191
7	Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken	157	8.3	Folkehelsepolitisk melding til Stortinget	191
7.1	Gjennomføring av lov om folke- helsearbeid	157	8.4	Utredningsinstruksen – vurdering av konsekvenser for befolkningens helse	192
7.1.1	Folkehelseovens formål og virkeområde	157	8.5	Nasjonal samordning av folke- helsepolitikken	193
7.1.2	Kommunens og fylkes- kommunens oppgaver	158	8.6	Samarbeid med kommune- sektoren	193
7.1.3	Statlige myndigheters oppgaver ..	160	9	Økonomiske og administrative konsekvenser	197
7.1.4	Helse i kommunal og regional planlegging	162			
7.2	Økonomiske virkemidler	162			

Kapittel

1

Figur 1.1



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 34

(2012–2013)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldingen

God helse – felles ansvar

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 26. april 2013,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Innledning

1.1 En folkehelsepolitikk for vår tid

Den norske befolkningen har god helse. Gjennom de siste hundre årene har vi opplevd en betydelig forbedring i helse og levealder i hele befolkningen. Arbeidet for å bedre befolkningens helse går som en rød tråd gjennom utviklingen av den norske velferdsstaten. Utvikling av lover og regler, hygiene, kunnskapsutvikling og folkeopplysning har hatt stor betydning. Skritt for skritt har tiltak og reformer i mange samfunnssektorer bidratt til denne utviklingen. Det har skjedd gjennom utbygging av universelle velferdsordninger, en felleskole som er tilgjengelig for alle barn og unge, bedre boliger, vann- og sanitærforhold, vaksiner, en offentlig helsetjeneste av god kvalitet, og utvikling av et arbeidsliv som ivaretar arbeidstakernes rettigheter og helse-, miljø og sikkerhet.

Helsetjenester av høy kvalitet er viktig for å oppnå god helse i befolkningen. Men i et historisk perspektiv har utviklingen i andre sektorer og bedring i velferden hatt større betydning. Vel-

standsøkningen har vært nødvendig for å bedre befolkningens helse samtidig som en frisk og arbeidsfør befolkning har vært en forutsetning for økonomisk utvikling.

Den positive utviklingen viser at vi har løst mange helseproblemer. Nå må vi ruste oss for å møte nye utfordringer. Norge og resten av verden står overfor en global trend med sykdommer som i mange tilfeller er knyttet til livsstil, til hva vi spiser og drikker og til fysisk aktivitet.

Økt levealder og flere eldre i befolkningen, sammen med bedre behandling og livsstilsendringer, fører til at flere lever med kroniske lidelser. Medisinsk og teknologisk utvikling gir økende forventninger til spesialisthelsetjenesten og gjør at vi blir stilt overfor stadig mer krevende prioriteringer. Samtidig er det fortsatt store sosiale forskjeller i helse. For å møte utfordringene, vil regjeringen utvikle en folkehelsepolitikk for vår tid. Denne politikken trekker på historiske lærdommer, bygger på ny kunnskap og er forankret i verdier om likeverd og rettferdig fordeling.

Sosiale forskjeller og nye globale trender

Dårlig helse rammer sosialt ulikt i alle land. Selv om alle grupper i den norske befolkningen har fått bedre helse, er det fremdeles sosiale forskjeller i helse. Levealderen har økt mest i grupper med lang utdanning og høy inntekt. Det er hjerte- og karsykdommene som skaper de største sosiale forskjellene i for tidlig død. Vi finner langt på vei de samme sosiale forskjellene i helse innad i etniske grupper i innvandrerbefolkning og i den samiske befolkningen som i befolkningen generelt.

Utviklingen har ført til at sykdomsbyrden i befolkningen i større grad preges av sykdommer som vi lever med enn sykdommer vi dør av. Psykiske helseproblemer vil utgjøre en større del av sykdomsbelastningen. Det har skjedd et skifte fra sykdommer som resultat av fattigdom og nød, kunnskapsmangel og dårlig hygiene til sykdommer som i større grad kan knyttes til utviklings- trekk og levesett. Endringen i sykdomsmønsteret er en del av en større global trend. Utfordringene i Norge skiller seg ikke vesentlig fra andre sammenliknbare land. Løsningene må derfor finnes både gjennom tiltak nasjonalt og gjennom internasjonalt samarbeid.

Økende overvekt og fedme kan få avgjørende betydning for folkehelsen framover. Sykdom kan i økende grad knyttes til usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet. Mat med for mye salt, sukker og usunt fett er lett tilgjengelig store deler av døgnet. Barn og unge er særlig utsatt. Norske barn er mindre overvektige enn barn i mange andre land, men vektkurvene ser ut til å peke oppover også hos oss. Alkoholforbruket har også økt betydelig de siste tiårene, selv om det fremdeles er lavere enn i land vi sammenlikner oss med. I tillegg til de nye livsstilssykdommene¹, skaper spredning av smittsomme sykdommer og antibiotikaresistens fortsatt utfordringer, selv om vi har god kontroll over situasjonen i Norge sammenliknet med andre land.

¹ Verdens helseorganisasjon bruker begrepet «non-communicable diseases (NCD)» om sykdommer som ikke skyldes smitte og ikke kan overføres mellom mennesker. Begrepet har vanligvis vært oversatt til ikke-smittsomme sykdommer på norsk. I denne stortingsmeldingen brukes begrepet «livsstilssykdommer» når det henvises til sykdommer som er påvirket av samfunnets levesett eller den enkeltes livsstil (det betyr ikke at livsstil er eneste årsak til sykdom). I tilfeller der det gjelder mer enn livsstilssykdommer går dette fram av omtalen, for eksempel «hjerte- og karsykdommer, kreft og andre sykdommer som ikke skyldes smitte».

Helsen henger sammen med hvordan vi innretter samfunnet

Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse påvirkes av velferdsutvikling og forskjeller i levekår. Utvikling i helse er nært knyttet til oppvekstvilkår og de forholdene vi lever under. Det handler om å legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse. Vi har et spesielt ansvar for barn og unge. Regjeringen mener at hovedinnsatsen må rettes inn her. Lykkes vi med å utvikle et mer helsefremmende samfunn, vil vi også skape et grunnlag for et inkluderende arbeidsliv, kreativitet, innovasjon og bidra til samfunnsbygging på en rekke andre områder. God helse og bedre levekår i befolkningen er derfor et mål for all offentlig politikk.

God helse innebærer å ha overskudd til å mestre hverdagens krav. Overskudd gir frihet til å velge og mulighet til å leve et selvstendig liv. Hver enkelt har et betydelig ansvar for egen helse og myndighet og innflytelse over eget liv. Men dette ansvaret kan ikke avgrenses til et individuelt anliggende alene. Forutsetningene for å ta frie valg begrenses av samfunnsskapte forskjeller i ressurser og overskudd. Vi gjør nesten aldri valg uten at det skjer i en bestemt sammenheng eller situasjon som påvirker valget, og som vi som enkeltindivider ofte har begrenset kontroll over. Forhold i samfunnet påvirker valgene og vi må være bevisst muligheten for å legge til rette for sunne valg. Samfunnet har ansvar for å legge til rette for livsutfoldelse og skape like muligheter. Det handler om å utvikle et samfunn som fordeler ressursene på en rettferdig måte, og om å legge til rette for at enkeltmennesker får mulighet til å utnytte egne ressurser og har reelle muligheter til frie valg. Formålet med folkehelsearbeid er ikke å begrense handlefrihet – men å skape muligheter.

Regjeringen har et bredt perspektiv på utviklingen av et mer helsefremmende samfunn. Det handler om alt fra barnehagene og skolen, nærmiljø og fritid som for eksempel idrett og kultur, til arbeidsplassen og trafikken, til byplanlegging og møte med næringsinteresser. Dette går til kjernen av politikken, til betydningen av rettferdig fordeling og vilje til omfordeling. Siden vi også i Norge har klare sosiale forskjeller i helse, trenger vi en politikk for rettferdig fordeling, tilgang til barnehager og fritidstilbud som ikke koster mer enn familier kan bære, en skattepolitikk som fordeler byrdene rettferdig, skoler og universiteter uten skolepenger, og en helse- og omsorgstjeneste som er tilgjengelig for alle. Folkehelsepolitikken skal også ivareta urfolk, nasjonale minori-

teter og innvandreres behov, for eksempel når det gjelder kulturell forståelse og språk. Det skal legges vekt på den betydningen kunnskap og holdninger om etniske grupper har for helsen og for utforming av folkehelseiltak. Alt dette er god folkehelsepolitikk.

Norge har oppnådd gode resultater i det tobakksforebyggende arbeidet takket være reklameforbud, røykeforbud i arbeidslokaler, offentlige lokaler og på serveringssteder, avgifter og andre tiltak. Vi har en visjon om et samfunn uten tobakk. Det har gitt gode resultater. Vi har hatt mot til å utfordre tobakksindustrien. Det tobakksforebyggende arbeidet internasjonalt har hatt stor betydning for utvikling av den norske politikken. Internasjonalt samarbeid om gode folkehelseiltak blir ikke mindre viktig framover. Nye internasjonale trender i forbruksmønstre som påvirker helsen i den norske befolkningen, skaper behov for nasjonal innsats og globale strategier.

Vi må ha mot og vilje til å utfordre også andre deler av næringslivet. Nye utfordringer kan være en mulighet og en spore til å utvikle nye former for ansvarsdeling og samarbeid. Vi kan utnytte denne muligheten til å utvikle en tydeligere kultur for samfunnsansvar og medvirkning.

Matvarebransjen kan utfordres til å produsere mat som inneholder mindre salt, sukker og usunt fett. Vi kan utfordre de som produserer og selger alkohol til å ta et større samfunnsansvar. Dette er en mer sammensatt og krevende dagsorden. Motkreftene er sterke. Det er behov for mer kunnskap og bedre tilrettelegging. Når det ligger til rette for det, kan staten og næringslivet samarbeide om å dreie utviklingen over på et sunnere spor. I andre tilfeller har vi ansvar for å benytte den demokratiske retten til å vedta reguleringer. Det gjelder spesielt ansvaret for å ivareta helsen til barn og unge. Når vi har kunnskap som viser at noe utgjør for helsen, har befolkningen krav på å bli beskyttet.

Et felles løft for folkehelsen

Regjeringen vil gi folkehelsepolitikken fornyet kraft. Vi kan forbedre folkehelsen, men da er det nødvendig å gi det helsefremmende og forebyggende arbeidet et løft. I Norge har vi en enestående mulighet til å ta tak i de nye helseutfordringene. Vi har et samfunn som er preget av sosial trygghet og tillit, økonomisk bærekraft og en velferdsstat som gjør oss godt rustet til å møte nye helseutfordringer. Skal vi få til et felles løft for folkehelsen, må alle aktører i samfunnet bidra. Dette

er en positiv dagsorden som er motivert av muligheter.

Vi trenger en ny tilnærming som i sterkere grad kan forankre og skape eierskap til målene for folkehelsepolitikken i brede lag av befolkningen. Vi skal videreføre eksisterende politikk. Men i møte med livsstilssykdommer kreves en tilnærming som i sterkere grad motiverer og inspirerer hver enkelt av oss. Det er ikke nok at politiske myndigheter eier målene. Målene må forankres i hele det sivile samfunnet. Det gjelder frivillige organisasjoner, fagbevegelsen, næringslivet og arbeidsgivere både i offentlige og private virksomheter. Befolkningens helse er et felles ansvar. Alle har et ansvar for å utvikle et samfunn som fremmer helse og hver enkelt har et ansvar for egen helse.

Næringslivet kan for eksempel ta ansvar for befolkningens helse gjennom å produsere sunnere varer, bidra i prosjekter som har folkehelse som innfallsvinkel, og gjøre det lettere for forbrukerne å ta sunne valg. På kostholdsområdet er det flere gode eksempler på samarbeid mellom helsemyndigheter og matvarebransjen. Dette samarbeidet kan vi ta videre og gjøre mer forpliktende. Næringslivet kan og bør ta større ansvar som arbeidsgiver, for eksempel når det gjelder holdninger til og bruk av alkohol i sosiale sammenhenger, tilrettelegging for fysisk aktivitet, sunn mat og tiltak for å skape mer inkluderende og helsefremmende arbeidsplasser.

Organisasjonene i arbeidslivet, både arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, utfordres og inviteres til å ta sin del av ansvaret. Det er godt folkehelsearbeid å forebygge at store grupper faller utenfor utdanning og arbeidsliv. På samme måte handler folkehelsearbeidet om å skape trygge og sikre arbeidsmiljø. Det er også lønnsomt for bedriften. Ikke minst kan dette bidra til å utjevne sosiale forskjeller i helse. Arbeidsplassen er også godt egnet for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det er lang tradisjon for samarbeid mellom offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner i folkehelsearbeidet. Det gjelder organisasjoner som har folkehelse som uttalt arbeidsområde, idretts- og friluftslivsorganisasjoner, humanitære og ideelle organisasjoner, organisasjoner på kulturområdet, pasient- og brukerorganisasjoner og en rekke andre organisasjoner. Det handler både om organisasjonenes egenverdi som sosial møteplass, aktiviteter og tilbud som organisasjonene driver, og om å utvikle helsefremmende arenaer, for eksempel ved å skape alkohol- og røykfrie arenaer, tur- og treningstilbud og om å tilby sunnere

mat på arrangementer. Dette samarbeidet bør videreutvikles. Ikke minst i lokal- og nærmiljøet, der kommunene skal legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner. Regjeringen vil invitere til dialog om hvordan frivillige organisasjoner kan bli en enda viktigere samarbeidspartner i folkehelsearbeidet, om innrettingen på de statlige virkemidlene og behovet for bedre samordning på tvers av sektorer.

Kommunene har en viktig rolle. Ett av målene i samhandlingsreformen er å bidra til at vi fremmer helse og forebygger bedre, at vi tar ansvar tidlig, tett på der vi bor, lever og jobber. Fastlegen som er ryggraden i helsetjenesten i kommunen, kan bidra ved å engasjere seg sterkere i forebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunene har gjennom ny folkehelselov fått et større ansvar for forebyggende arbeid i helsetjenesten og folkehelsearbeidet på tvers av sektorer. Kommunene har ansvar for å ha oversikt over utfordringer og muligheter, men velger selv mål og tiltak for å fremme befolkningens helse. I de fleste kommuner er det et språklig og kulturelt mangfold og det er derfor viktig med språk- og kulturkompetanse. Etter plan- og bygningsloven skal kommunene ivareta samisk samfunnsliv i planarbeidet. Kommunenes engasjement gir muligheter for en folkehelsesatsing der alle sektorer er med. Dette krever god ledelse, politisk engasjement, forankrede planer og gjennomføringskraft. Mange kommuner har allerede tatt utfordringen med stort engasjement, og folkehelsearbeid er satt høyere på den lokale planleggingsagendaen.

1.2 Nasjonale mål

Regjeringens mål for folkehelsearbeidet er at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Målene bygger på regjeringens strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller slik den er nedfelt i St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og i Nasjonal helse- og omsorgsplan som ble lagt fram i Meld. St. 16 (2010–2011). I formålsbestemmelsen i folkehelseloven er det blant annet slått fast at loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller,

og fremme trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold.

Utgangspunktet for folkehelsepolitikken er at helse ikke bare innebærer fravær av sykdom, men også inkluderer overskudd, trivsel og velvære. Helse er noe vi kan ha mer eller mindre av, det er ikke slik at vi enten er friske eller syke.

Blant de tre landene med høyest levealder

Regjeringen har som mål at Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest forventet levealder. Målet skal nås gjennom å redusere tidlig død og utjevne sosiale forskjeller i dødelighet. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om 25 prosent reduksjon i tidlig død som følge av livsstilssykdommer innen 2025.

Målet om at Norge skal være blant de tre landene med høyest levealder er nytt i folkehelsepolitikken samtidig som det bygger på eksisterende mål om å bedre helse og levealder. Plassering på en internasjonal rangering er ikke et mål i seg selv, men levealder er et godt mål på helsesituasjonen i befolkningen. Vi har gode forutsetninger for å nå dette målet. Vi har høy levestandard, relativt små sosiale forskjeller, gode velferdsordninger og en helse- og omsorgstjeneste av høy kvalitet. Den nordiske velferdsmodellen gir et samfunn preget av trygghet og høy sosial tillit, og økonomisk og demografisk bærekraft. På 1950-tallet var levalderen i Norge den høyeste i verden og på 1960- og 1970-tallet var vi blant de tre landene med høyest levealder. Selv om vi har hatt en kraftig økning i levealder, ligger vi i dag blant de ti til elleve land i verden med høyest levealder. Det er ingen grunn til at vi ikke skal kunne være blant de landene med aller høyest levealder i årene framover. Målet må ses i sammenheng med de andre målene, og innsatsen for å øke forventet levealder må rettes inn mot å styrke forutsetningene for et langt liv med god helse.

Flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller

Det er et mål at folkehelsepolitikken skal bidra til flere leveår med god helse og trivsel og reduserte helseforskjeller.

Det er en klar sammenheng mellom sosiale og økonomiske ressurser og helse. Dersom vi grupperer befolkningen etter inntekt eller utdanningsnivå, ser vi at jo høyere inntektsnivå eller utdanningsnivå desto bedre helse. Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og kontinuerlig og berører derfor alle lag i samfunnet. Vi fin-

ner mange av de samme sosiale forskjellene innad i urbefolkningen, nasjonale minoriteter og innvandrergupper. Samtidig er det slik at utdanning og inntekt ikke nødvendigvis gjenspeiler sosiale forskjeller i urbefolkningen på tilsvarende måte som i den norske befolkningen for øvrig.

Resultatene fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet² tyder på at når levealderen øker vil en større del av levårene være med nedsatt helse. Det skal utvikles gode data, både for å følge med på om målet nås og for å bedre kunne vurdere framtidige behov. Uførhet og hjelpebehov henger sammen med andre forhold enn de rent medisinske. For eksempel ser det ut til at selv om forekomsten av sykdommer øker så er andelen eldre med hjelpebehov og nedsatt funksjonsevne redusert i den norske befolkningen de siste årene.

Skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Regjering vil skape et samfunn som fremmer helse og redusere sosiale helseforskjeller uten at noen grupper skal få dårligere helse. Målet tar utgangspunkt i at det er en rekke forhold i samfunnet som påvirker helse og fordeling av helse i befolkningen. Det gjelder for eksempel frafall fra videregående skole, miljøbelastninger, inntektsulikhet og sosiale forskjeller i levevaner. Gjennom å sette mål på forhold som påvirker helsen blir det også mulig å se resultatene i form av redusert risiko lenge før det slår ut i sykdom og død. I tillegg bidrar det til å ansvarliggjøre sektorer og aktører som er ansvarlige for virkemidlene.

Sosiale forskjeller i helse skyldes i hovedsak forskjeller i materielle, psykososiale og atferdsrelaterede risikofaktorer. Det betyr at arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i helse også handler om sosial utjevning gjennom å redusere forskjeller i inntekt og utdanning. Etnisk diskriminering er en annen faktor som kan føre til helseproblemer. Et samfunn som skal fremme helse og redusere sosiale helseforskjeller må ta hensyn til sosiale, økonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser.

For at de nasjonale målene skal fungere som et effektivt virkemiddel i arbeidet med å følge opp og videreutvikle folkehelsepolitikken, er det nødvendig å konkretisere målene gjennom resultat-

mål og indikatorer. Se nærmere omtale av arbeidet med å utvikle mål og resultatindikatorer i kapittel 8 Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken. Regjeringen legger videre vekt på at det skal utvikles gode data for å følge opp indikatorene som er knyttet til målene. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 6 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

1.3 Nasjonale virkemidler og tiltak

I denne stortingsmeldingen presenterer regjeringen en samlet strategi for å utvikle en folkehelsepolitikk for vår tid og styrke det forebyggende arbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Stortingsmeldingen representerer nasjonale myndigheters oppfølging av føringene i folkehelseloven.

Staten er gjennom folkehelseloven tillagt ansvar for folkehelsearbeidet nasjonalt. Det betyr for det første et nasjonalt ansvar for å identifisere folkehelseutfordringer gjennom å følge utvikling i helsetilstand og faktorer som påvirker helsen. For det andre innebærer det at beskrivelsen av folkehelseutfordringene skal danne grunnlag for planlegging og utforming av nasjonale tiltak. For det tredje har nasjonale myndigheter ansvar for å bistå kommunesektoren og legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

En samlet vurdering av folkehelseutfordringene er lagt til grunn for virkemidler og tiltak som er beskrevet i denne stortingsmeldingen. Stortingsmeldingen bygger på erkjennelsen av at folkehelseutfordringene ikke kan løses i helsesektoren alene, men er en felles oppgave for hele samfunnet. Det viktigste vi kan gjøre for å styrke folkehelsearbeidet er å legge til rette for at hensynet til befolkningens helse ivaretas på tvers av sektorer. Folkehelseloven har lagt de juridiske rammene og med denne stortingsmeldingen legger regjeringen noen overordnede føringer for hvordan vi skal sikre at loven gjennomføres.

Det er ikke en ny erkjennelse at folkehelsearbeidet er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. Men med denne stortingsmeldingen vil regjeringen gå et skritt videre og etablere et bedre system for å sikre en mer effektiv oppfølging av folkehelsepolitikken. Stortingsmeldingen skal også bidra til å synliggjøre hvordan politikk på alle samfunnsområder påvirker befolkningens helse – prinsippet om «helse i alt vi gjør».

Folkehelsearbeid er ikke et ansvar for det offentlige alene – hele samfunnet må bidra. Regjeringen inviterer derfor til samarbeid og ansvarlig-

² Det globale sykdomsbyrdeprosjektet publiserte de første resultatene på oppdrag fra Verdensbanken i 1993. Metodologien har siden vært sentral i Verdens helseorganisasjon. I desember 2012 ble fjerde runde av prosjektet publisert som et spesialnummer av det medisinske tidsskriftet The Lancet.

gjør aktører også utenfor offentlig sektor. Det gjelder næringslivet, partene i arbeidslivet, frivillige organisasjoner og andre aktører som kan bidra til å bedre helsen i befolkningen.

Stortingsmeldingen er også en oppfølging av føringer i samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen forutsetter at det skal skje en dreining av ressursene i retning av forebyggende arbeid og tidlig oppfølging og behandling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Regjeringen har gjennom innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter gitt kommunene insentiver til å overta mer av pasientbehandlingen og til å satse på forebygging og tidlig intervensjon. Kommunene har i tillegg fått tilført midler gjennom rammetilskuddet for å bygge opp nødvendig kompetanse.

De viktigste strukturelle grepene for å styrke kunnskapsgrunnlaget og sette folkehelsearbeidet på dagsorden på tvers av samfunnssektorer er å:

- Fastsette nasjonale mål og forankre folkehelse som et felles mål for samfunnsutviklingen.
- Utvikle resultatmål og indikatorer på tvers av sektorer som grunnlag for å følge utviklingen og vurdere ny politikk for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller.
- Utvikle bedre systemer for oversikt og analyse av folkehelseutfordringer gjennom å utvikle et nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt og samordne helseovervåkingsoppgavene.
- Etablere et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken og legge fram en folkehelsepolitisk stortingsmelding hvert fjerde år.
- Legge til rette for et mer systematisk og forpliktende samarbeid på tvers av departementer og direktorater.
- Invitere partene i arbeidslivet og aktører innenfor idrett, friluftsliv og andre frivillige organisasjoner til å være medansvarlige for å følge opp folkehelsemål.
- Ta initiativ til dialog med næringslivet om gjensidige forpliktende avtaler på folkehelseområdet.
- Etablere et nasjonalt kontaktforum for å styrke dialog og samarbeid mellom myndighetene og frivillige organisasjoner om folkehelseutfordringene.
- Vurdere fortløpende om økonomiske virkemidler kan brukes mer effektivt for å få til en langsiktig styrking av folkehelsearbeidet, og mer systematisk bruk av samfunnsøkonomiske vurderinger av folkehelse tiltak.
- Styrke det internasjonale samarbeidet og arbeide for retten til å gjennomføre nasjonale

tiltak på folkehelseområdet innenfor rammene av det internasjonale rammeverket for handel.

- Samarbeide med KS og kommunesektoren om tiltak for å bygge opp kompetanse i kommunene på bruk av data som grunnlag for planlegging og utvikling av tiltak.
- Utvikle et kompetansemiljø for å evaluere tiltaksforskning med utgangspunkt i helseregistrene og andre folkehelseanalyser.
- Utvikle folkehelseprofiler for bydeler i de store byene og for helseregionene, og gjennomgå regelverket for å sikre at det blir mulig å utforme anonyme kvalitetssikrede folkehelseprofiler på bydelsnivå.
- Gi føringer for spesialisthelsetjenestens innsats i det forebyggende arbeidet gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.
- Samarbeide med KS og kommunesektoren om hvordan det forebyggende arbeidet kan styrkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Videreutvikle bruken av reguleringer som virkemiddel for å påvirke tilgjengelighet til varer og tjenester som har betydning for helsen.
- I budsjettene framover vurdere om det er mulig å endre de helserelaterte særavgiftene på en måte som bidrar til bedre folkehelse.

I tillegg inneholder stortingsmeldingen tiltak som regjeringen vil sette i verk innenfor en rekke ulike politikkområder, for å møte nye folkehelseutfordringer, utjevne sosiale helseforskjeller og legge til rette for helse og trivsel i befolkningen. Tiltakene omfatter alt fra regjeringens fordelingspolitikk, tiltak for mer helse- og miljøvennlige transportløsninger, forebygging av frafall fra videregående skole, kampanjer mot tobakk og alkoholens skadevirkninger, til nøkkelhullsmærke på matvarer. Folkehelsearbeidet skal i større grad enn tidligere bidra til å fremme psykisk helse. Videre skal fysisk aktivitet, stedsutvikling og sosiale nettverk få en mer sentral plass i framtidig arbeid.

Kapittel 3 til 8 er avsluttet med en oppsummering av regjeringens viktigste tiltak på det aktuelle innsatsområdet.

1.4 Verdier og prinsipper

Folkehelsearbeidet skal bidra til god helse og bedre levekår i befolkningen. Det handler ikke bare om helse- og omsorgssektoren, men er et mål for all offentlig politikk. God helse er en verdi i seg selv og øker mulighetene for den enkeltes

livsutfoldelse. God helse er en ressurs og forutsetning for andre mål, som for eksempel et produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskudd til å bidra i frivillig arbeid. Høy sykkelighet og lav funksjonsevne medfører påkjenninger og kostnader både for den enkelte og for samfunnet i form av helse- og omsorgstjenester, sykefravær og trygd.

1.4.1 Samfunnets og enkeltindivids ansvar

Befolkningens helse er påvirket av politiske valg og private aktørers valg som er utenfor enkeltindivids rekkevidde. Siden helsen påvirkes av samfunnsutviklingen og de kårerne vi lever under, handler folkehelsepolitikken om å legge til rette for at den enkelte og lokalsamfunn skal være i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helsen. Det handler for eksempel om økonomisk trygghet, deltakelse og mestring, opplevelse av mening og inkludering i utdanning og arbeidsliv.

Det må være en balanse mellom fellesskapets ansvar for befolkningens helse og den enkeltes ansvar for egen helse. Hver enkelt har et betydelig ansvar for egen helse og myndighet og innflytelse over eget liv. Samtidig er enkeltmenneskets handlingsrom på mange områder begrenset av forhold som er utenfor individs kontroll. Selv røyking, fysisk aktivitet og kosthold påvirkes av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt. Bruk av tobakk og rusmidler berører ikke bare brukeren, men også pårørende, omgivelser og andre på grunn av passiv røyking, passiv drikking og atferd som følge av ruspåvirkning. Så lenge de systematiske forskjellene i helse henger sammen med ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.

Det er et samfunnsansvar å påvirke valg som har betydning for helsen gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger.³ Det kan handle om å gjøre de sunne valgene lettere og mer attraktive og usunne valg vanskeligere. Det er forbundet med etiske utfordringer å påvirke andre mennesker. Grunnlaget for slik påvirkning fra samfunnets side må være basert på et solid kunnskapsgrunnlag og være godt forankret og drøftet. Virkemidlene bør derfor ta utgangspunkt i respekt for forskjeller i verdivalg og ha en grunnleggende aksept i samfunnet. Folkehelsepolitikk-

Boks 1.1 Helse – en grunnleggende rettighet

Helse er en grunnleggende rettighet som er forankret i flere internasjonale menneskerettskonvensjoner. Menneskerettsloven gjør flere menneskerettskonvensjoner gjeldende som norsk lov, og flere av konvensjonene omhandler retten til helse. Det gjelder FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12, Barnekonvensjonen artikkel 24 om barns rett til helse og Kvinnediskrimineringskonvensjonen artikkel 12. Menneskerettsloven § 3 gir konvensjonene forrang dersom det er motstrid til nasjonale bestemmelser.

Retten til helse er i konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter formulert som retten til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Dette er også målformuleringene for Verdens helseorganisasjon. Statens forpliktelser omfatter tiltak for å redusere spedbarns- og barnedødelighet, forebygging av sykdom og tiltak for å hindre at folk blir syke av miljøpåvirkninger, herunder arbeidsmiljø. Konvensjonene vektlegger også å sikre at det ytes helsehjelp og omsorg ved sykdom.

Helse som menneskerettighet omfatter både rett til behandling ved sykdom og rett til å bli beskyttet mot sykdom gjennom folkehelsearbeid og forebyggende arbeid.

ken bør være gjenstand for en offentlig samtale og diskusjon som omfatter så store deler av befolkningen som mulig. Dette er ikke minst viktig fordi innvandring har ført til at vi har fått en befolkning som både språklig, kulturelt og religiøst er mer mangfoldig.

1.4.2 Prioriteringsdilemmaet og forebyggingsparadokset

Det er et mål at helse- og omsorgspolitikken skal gi mest mulig helse til hele befolkningen. Både folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven har som norm at tjenester og aktiviteter skal organiseres slik at en unngår tap av leveår med god helse. Det innebærer at tilgjengelige ressurser skal brukes på en slik måte at de bidrar til sosial utjevning og mest mulig helse og livskvalitet.

³ Problemstillingen er også drøftet i St. meld. nr. 37 (1992-93) Ufordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid og St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken.

I praksis vil det ofte være vanskelig å prioritere forebygging framfor behandling selv om dette på sikt vil gi mer helse igjen for ressursene. Det vil alltid være uløste behandlings- og omsorgsbehov. I tillegg trekker sterke økonomiske interesser, media og profesjonsinteresser oppmerksomhet og ressurser i retning av spesialisert behandling. Siden det ikke finnes bilder og historier å fortelle om framtidig syke mennesker, vil det alltid være en politisk utfordring å sikre prioritering av forebyggende arbeid.

Dersom vi forutsetter at de ressursene som går til helse er en gitt størrelse, kan forebygging teoretisk sett ses på som å ta ressurser fra dem som i dag har problemer og overføre ressursene til friske personer. En slik tilnærming kan lede til den konklusjonen at det bare er forsvarlig å drive forebyggende arbeid når alle presserende problemer er løst. Med et slikt utgangspunkt vil det aldri være plass til forebyggende arbeid. Selv om vi utnytter ressursene effektivt, må vi alltid regne med at etterspørselen etter behandling vil være større enn tilbudet. Det paradoksale med dette utgangspunktet er at det over tid vil kunne føre til større tap av leveår med god helse. Videre er det problematisk at tilnærmingen ikke tar hensyn til interessene til dem som blir syke i framtiden, fordi det ikke satses på forebyggende arbeid i dag. Problemstillingen har en klar parallell til miljøutfordringene, for eksempel til spørsmålet om hvilket klima eller hvilke naturressurser vi overlater til framtidige generasjoner. Som samfunn må vi også ta ansvar for å planlegge for framtidige behov. Både samhandlingsreformen og folkehelseloven bygger på prinsippet om bærekraft. Derfor må det i større grad legges vekt på å dokumentere forholdet mellom helseeffekt og ressursbruk av forebyggende tiltak slik at det blir mulig med mer direkte sammenlikning med medisinsk behandling.

Vi står overfor en tilsvarende prioriteringsutfordring når det gjelder prioritering mellom målrettede forebyggende tiltak for risikogrupper og brede forebyggende tiltak rettet mot hele befolkningen. Avveiningen mellom målrettede tiltak og befolkningsbaserte tiltak blir gjerne omtalt som forebyggingsparadokset. Paradokset innebærer at tiltak rettet mot grupper med lav risiko kan være vel så effektive som tiltak rettet mot grupper med høy risiko. Forklaringen er at målgruppen er stor og at tiltakene derfor vil få virkning for mange. Det sentrale i paradokset er at tiltak som tilsynelatende har beskjeden effekt, men er rettet mot mange, kan ha langt større effekt enn tiltak som

har stor og målbar effekt på individnivå, men som treffer få.

Generelle velferdsordninger er også effektive overfor utsatte grupper. Velferdsordninger som er universelle og tilgjengelige for alle gir bedre helse i befolkningen, er ikke stigmatiserende og bidrar til å forebygge at mennesker havner i sårbare situasjoner. Verdens helseorganisasjon og Verdensbanken anbefaler universelle ordninger som en viktig tilnærming i sammenheng med post 2015-utviklingsagendaen. Rett til barnehageplass er et godt eksempel. I dag går så og si alle norske barn i barnehage og de fleste begynner når de er mellom ett og to år gamle. Gjennom den daglige kontakten med barn og foreldre har de ansatte mulighet til å fange opp og gi hjelp til utsatte barn tidlig. Det gjelder alt fra barn som har behov for ekstra språkstimulering eller oppfølging av mindre utviklingssavvik, til barn som utsettes for vold, misbruk og omsorgssvikt.

1.4.3 Fem prinsipper for folkehelsearbeid

Folkehelseloven bygger på fem prinsipper for folkehelsearbeidet: 1) utjevning, 2) helse i alt vi gjør, 3) bærekraftig utvikling, 4) føre-var og 5) medvirkning.

Utjevning

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen og det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde slike forskjeller. Sammenhengene er komplekse, men vi kan slå fast at det i hovedsak er sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt.⁴ Selv om alvorlige helseproblemer i mange tilfeller fører til tap av inntekt og arbeid og problemer med å fullføre utdanning, vil likevel sosial posisjon påvirke helsen i større grad enn helsen påvirker sosial posisjon.

Det er en gradvis og kontinuerlig sammenheng mellom utdanning, inntekt og helse som løper gjennom alle sosiale grupper. Med unntak for noen spesielt utsatte grupper, er det slik at det ikke finnes en utdannings- og inntektsterskel der helsetilstanden blir betydelig forbedret. Dette betyr at sosiale forskjeller i helse er en utfordring som berører hele samfunnet, selv om problemet er størst for de gruppene som har lavest utdan-

⁴ Se for eksempel kunnskapsoversiktene: Johan P. Mackenbach: Health Inequalities: Europe in profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU (February 2006), s. 30 og Jon Ivar Elstad: Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 15-18.

ning og inntekt. Så lenge de systematiske forskjellene i helse henger sammen med ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.

Formålet med folkehelseloven er å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Prinsippet om utjevning har konsekvenser for politikkutforming på alle nivåer. Det innebærer at innsats bør rettes inn mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og sosiale forskjeller i helse, og mot å legge til rette for at alle skal ha mulighet til å gjøre gode valg. Det er nødvendig med en kombinasjon av universelle ordninger og målrettede tiltak mot spesielt utsatte grupper.

Helse i alt vi gjør

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. Prinsippet skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorer. Det innebærer for eksempel at utdanningssektoren, samferdselssektoren og kultursektoren har ansvar for å vurdere og ta hensyn til hvilke konsekvenser endringer i politikken kan ha for helsen i befolkningen.

Prinsippet om «helse i alt vi gjør» er også etablert som prinsipp i internasjonale prosesser.⁵ Det er basert på en økende forståelse av hvordan forhold på de fleste områder i samfunnet påvirker folkehelsen.

I folkehelseloven kommer prinsippet om «helse i alt vi gjør» til uttrykk gjennom at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Loven legger også til grunn at kommunene, fylkeskommunene og statlige myndigheter skal fremme befolkningens helse og vurdere konsekvensene av egen virksomhet for befolkningens helse. Forebyggende tiltak skal iverksettes i den sektoren og med de virkemidlene som er mest effektive.

Bærekraftig utvikling

En bærekraftig utvikling innebærer å tilfredsstille dagens behov uten at det går på bekostning av framtidige generasjoners behov. Brundtlandkommisjonen fra 1987 definerte bærekraftig utvikling

som «... en utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov.» Bærekraftig utvikling handler om å tilrettelegge for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid.

En helsesektor som forbruker for mye av samfunnets totale ressurser, inkludert arbeidskraft, er ikke bærekraftig og vil kunne true velferdsstatens eksistens. I samhandlingsreformen er målet å utvikle en bærekraftig helsetjeneste blant annet gjennom å styrke det forebyggende arbeidet.

En befolkning med god helse er et mål i seg selv og en av samfunnets viktigste ressurser. Satsing på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn. Forebyggende arbeid er bærekraftig fordi det bidrar til å legge større vekt på kommende generasjoners behov – til større likhet mellom generasjoner. God helse er av stor betydning både for livskvaliteten til den enkelte og for å sikre samfunnet en frisk og produktiv befolkning som kan bidra til økonomisk vekst og velstandsutvikling.

Føre-var-prinsippet

Føre-var-prinsippet skal legges til grunn når det fastsettes normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Det gjelder både tiltak for å redusere risiko og tiltak for å fremme helse. I mange tilfeller vil det være usikkerhet knyttet til forholdet mellom eksponering og helseeffekt, eller til forholdet mellom tiltak og helseeffekt. Ved fastsetting av normer er det tilstrekkelig at det er sannsynlig at en eksponering eller et tiltak kan medføre fare for helseskade. Det er ikke krav om vitenskapelig sikkerhet.

Føre-var-prinsippet innebærer at bevisbyrden legges på den som er ansvarlig for tiltaket eller eksponeringen. Føre-var-prinsippet må ses i sammenheng med prinsippet om «helse i alt vi gjør». Hensynet til befolkningens helse er ikke bare et ansvar for helsetjenesten, men for alle sektorer og virksomheter som driver aktivitet som kan ha betydning for helsen.

Føre-var-prinsippet forutsetter ikke at risikoen skal være lik null, men at den skal være akseptabel. Prinsippet gir føringer for håndtering av usikkerhet. Vurdering av hva som er akseptabel risiko kan også inkludere forholdsmessighetsvurderinger. I et bærekraftperspektiv innebærer føre-var-prinsippet ikke bare å vurdere hva som skal til for å forhindre helseskade og forebygge akutte situasjoner, men også hva som skal til for å fremme og vedlikeholde befolkningens helse.

⁵ «Health in All Policies» er på norsk oversatt til «helse i alt vi gjør». Begrepet brukes internasjonalt i sammenheng utvikling av politikk for å møte vår tids folkehelseutfordringer. Se for eksempel EU-traktatens artikkel 152 «high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities».

Føre-var-prinsippet er også lovfestet gjennom folkehelselovens kapittel om miljørettet helsevern som gir hjemmel for å gripe inn før det oppstår helseskade.

Medvirkning

Gjennom retten til ytringsfrihet er retten til medvirkning nedfelt i menneskerettighetserklæringen artikkel 19 og i Grunnloven § 100. Barns rett til å bli hørt er hjemlet i barnekonvensjonen artikkel 12. Videre er medvirkning i planlegging regulert ved plan- og bygningsloven § 5-1. Sametinget har innsigelsesrett i kommunale planprosesser som er av vesentlig betydning for samisk kultur- og næringsutøvelse etter plan- og bygningsloven § 5.4. Plan- og bygningsloven skal være med å sikre naturgrunnlaget for samisk kultur, næringsutøvelse og samfunnsliv, se § 3-1 punkt c. Etter § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen skal kommuner, der det er grunn til å anta at det er spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen, vurdere disse. Det kan i denne sammenheng være aktuelt å innhente erfaringer og kunnskap om den samiske befolkningen både som grunnlag for å avklare dette og for å vurdere utfordringene.

I helsefremmende arbeid brukes ofte begrepet «empowerment» om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger. Begrepet kan oversettes med bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller mobilisering av egne krefter. Kjernen i begrepet er det motsatte av maktesløshet eller undertrykking. Det handler om hvordan mennesker og lokalsamfunn kan ta kontroll gjennom å mobilisere og styrke egne krefter. Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med de livsbetingelsene menneskene lever under. Det betyr at medvirkning kan stimuleres gjennom å styrke sosiale ressurser og bedre materielle levekår.

Folkehelseloven knytter kommunenes folkehelsearbeid til bestemmelsene om medvirkning i plan- og bygningsloven. På denne måten bidrar folkehelseloven til å rettsliggjøre kravet om medvirkning. Involvering av frivillige organisasjoner er sentralt for å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet og kommunene er gjennom folkehelseloven pålagt å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Se også Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester der regjeringen legger vekt på å utvikle en mer pasient- og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste.

1.5 Innretting og avgrensning

I denne stortingsmeldingen er oppmerksomheten rettet mot faktorer som påvirker helsen.⁶ Det gjelder både faktorer som innebærer risiko for sykdom og faktorer som bidrar til å fremme helse. For det første bidrar en slik tilnærming til å synliggjøre hvordan hele bredden i sektorer og politikk-områder påvirker befolkningens helse. På denne måten blir det synlig at det er mange samfunnssektorer som «eier» årsakene til helseutfordringene. For det andre vil det ofte være slik at hver påvirkningsfaktor bidrar til flere forskjellige helseproblemer. For det tredje gir innsats rettet mot kjente påvirkningsfaktorer mulighet til å måle resultatene av tiltakene i form av redusert helserisiko lenge før vi kan se direkte effekter på helsen.

Påvirkningsperspektivet på folkehelsepolitikken har også konsekvenser for organiseringen av innholdet i stortingsmeldingen. Det betyr at innholdet ikke er organisert etter spesifikke målgrupper, diagnoser eller liknende. Utfordringer som gjelder urfolk, nasjonale minoriteter og innvandrere er for eksempel ikke skilt ut som eget tema, men er trukket inn i omtalen av utfordringer og virkemidler der det er relevant. Det samme gjelder likestilling og antidiskriminering generelt. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en egen strategi for innvandrerhelse våren 2013.

Innsatsen i folkehelsepolitikken må innrettes slik at den ivaretar ulike gruppers behov, for eksempel når det gjelder fysisk tilgjengelighet, kulturell forståelse og språk. Grupper med urfolks-, minoritets- og innvandrerbakgrunn krever særlig oppmerksomhet. Den samiske befolkningens rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres både i planlegging og utredning, og når beslutninger fattes. Regjeringens overordnede verdier slik de er forankret i regjeringserklæringen, danner sammen med forpliktelsene i internasjonale konvensjoner, nasjonal lovgivning og samarbeid med Sametinget, regjeringens fundament for å bevare og utvikle samisk kultur.

Befolkningen og samfunnet er i endring og det krever nye arbeidsmetoder og ny kompetanse i det offentlige tjenestetilbudet. Tjenestetilbudet må tilpasses mangfoldet i befolkningen både når det gjelder organisering, innhold og kontakten

⁶ Påvirkningsperspektivet står helt sentralt i folkehelseloven. Første gang dette perspektivet for alvor ble løftet fram i folkehelsepolitikken var i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge.

med brukerne. Et tjenestetilbud som er av god kvalitet og som er tilgjengelig for brukerne kan bidra til sosial utjevning og bedre helse. Videre må tilbudene bygge på forståelse av at språk, kulturforskjeller og andre forhold kan kreve spesiell tilrettelegging for urfolk, nasjonale minoriteter og innvandrere. Samiske tjenestemottakere har rettigheter regulert i norsk lov og internasjonale konvensjoner som blant annet gjelder rett til nødvendig hjelp og informasjon på samisk. Kunnskap om samisk språk og kultur er grunnleggende i møte mellom samer og fagpersonell. God kommunikasjon og gjensidig forståelse er nødvendig for å kunne gi forsvarlige forebyggende tjenester og behandling. I denne stortingsmeldingen er hensynet satt på dagsorden gjennom målet om utjevning av sosiale forskjeller i helse.

Parallelt med stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken legger regjeringen fram Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som skal legge grunnlaget for en framtidsrettet politikk for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Stortingsmeldingen tar utgangspunkt i NOU 2011: 11 om innovasjon i omsorg. Regjeringen legger vekt på å forsterke fellesskapsløsningene gjennom å styrke samspillet mellom kommunale tjenester og sivilsamfunn, og gi frivillige ressurser i familie og lokalsamfunn bedre rammebetingelser. I tråd med samhandlingsreformen, er det lagt vekt på aktiv omsorg, forebygging og rehabilitering i omsorgstjenesten. Tjenesten utfordres til å ta i bruk ny teknologi og utvikle nye løsninger og metoder for å møte på framtidas omsorgsbehov. Meldingen må ses i sammenheng med en helhetlig innovasjonsstrategi for kommunesektoren som utvikles i regi av Kommunal- og regionaldepartementet.

1.6 Sammendrag

I denne Stortingsmeldingen presenterer regjeringen en samlet strategi for å utvikle en folkehelsepolitikk for vår tid og styrke det forebyggende arbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

De nasjonale målene for folkehelsearbeidet er at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har lengst levealder
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

For å nå de overordnede målene for folkehelsepolitikken skal det gjennomføres tiltak på følgende områder: 1) Et helsefremmende samfunn, 2) Helse gjennom hele livsløpet, 3) Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten, 4) Et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid, 5) Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken, og 6) Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken.

Status og utfordringer

Kapittel 2 Status og utfordringer beskriver utviklingen i befolkningens helse og faktorer som påvirker denne. Helsen påvirkes av alt fra grunnleggende forhold som levekår og oppvekstvilkår, arbeid og arbeidsmiljø, bomiljø og andre miljøfaktorer, til livsstil og bruk av helsetjenesten.

Den norske befolkningen har god helse. Levealderen har økt betydelig de siste hundre årene. I 2011 var forventet levealder 79 år for menn og 83,4 år for kvinner. I dag er det kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettsykdommer og andre smertetilstander som har størst betydning for befolkningens helse.

Kreft og hjerte- og karsykdommer er de mest vanlige dødsårsakene når hele befolkningen sees under ett. Det er fremdeles sosiale forskjeller i helse i befolkningen. Levealderen har økt mest i grupper med lang utdanning og høy inntekt. Det er hjerte- og karsykdommene som skaper de største sosiale forskjellene i tidlig død.

Økende levealder, flere eldre i befolkningen og utfordringer knyttet til levevaner vil føre til at flere lever med kroniske sykdommer. Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå tyder på at levealderen vil fortsette å øke til tross fra at nye globale trender med overvekt og fedme sannsynligvis vil bidra til å bremse den positive utviklingen.

Et mer helsefremmende samfunn

I kapittel 3 Et mer helsefremmende samfunn er det lagt vekt på å utvikle et samfunn som fremmer helse og trivsel. Hensynet til befolkningens helse skal ivaretas på tvers av sektorer. Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse henger nært sammen med velferdsutviklingen og forskjeller i levekår og inntekt. Folkehelsepolitikken skal bygge videre på den norske velferdsmodellen med universelle velferdsordninger, arbeidslinjen, deltakelse og inkludering. Kunnskapen om betydningen av sosial kapital og sosial støtte skal styrkes.

Hensynet til befolkningens helse skal få større plass i steds- og nærmiljøarbeidet, det skal utvikles helsefremmende transportløsninger og det skal settes i verk tiltak for å sikre godt innemiljø i skoler og barnehager. Det skal legges vekt på effektivt tilsyn, informasjon og merkeordninger for å sikre at maten er trygg og at forbrukerne får nødvendig informasjon. Nasjonale mål skal utvikles for å sikre hele befolkningen tilgang på trygt og godt drikkevann. Et helsefremmende samfunn skal gjøre det enklere å ta sunne valg, gjennom å legge til rette for sunn mat og fysisk aktivitet, skape helsefremmende arenaer og effektiv bruk avgifter og reguleringer. Det skal spesielt legges vekt på tiltak rettet mot barn og unge.

Helse gjennom hele livsløpet

Kapittel 4 Helse gjennom hele livsløpet tar utgangspunkt i at folkehelsepolitikken skal bidra til bedre helse gjennom hele livsløpet og til gode overganger mellom faser i livet. Det skal legges til rette for at alle barn og unge skal få en god start i livet, for et inkluderende arbeidsliv med trygge og helsefremmende arbeidsplasser, og for aktiv og trygg aldring. Innsatsen skal rettes mot å gjøre tjenester og arenaer i ulike faser av livet mer helsefremmende.

Barn og unges oppvekstvilkår skal ivaretas gjennom å styrke foreldrenes kompetanse, videreutvikle kvalitet på barnehager og skoler, videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og sikre bedre samhandling mellom tjenestene. Det skal legges til rette for et mer inkluderende arbeidsliv for å forebygge at grupper faller utenfor arbeidslivet. Arbeidsmiljøpolitikken skal videreføres og forbedres gjennom å rette oppmerksomheten mot særlig risikoutsatte bransjer. Videre skal partene i arbeidslivet oppfordres til å ta større ansvar for folkehelsearbeid på arbeidsplassene. Aktiv og trygg aldring handler om eldre mennesker som en ressurs i samfunnet og om å legge til rette for deltakelse og medvirkning. En politikk for aktiv og trygg aldring må både omfatte tiltak for å stimulere til aktivitet, mestring og inkludering i lokalsamfunnet, og tiltak for å forebygge helseproblemer og følge opp hjelpebehov.

Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten

I kapittel 5 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten er det varslet en sterkere satsing på forebyggende arbeid i tjenesten. Det skal utvikles en helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset målene i samhandlingsreformen og helse-

utfordringer med livsstilssykdommer og flere pasienter med kroniske lidelser. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes og det skal fortsatt satses på frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud. Det er nødvendig å prioritere helse- og omsorgstjenestens arbeid med livsstilsendring, videreutvikle arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, vurdere bruken av screening og følge opp tjenestens ansvar for å støtte det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Kapittel 6 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid beskriver en strategi for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid. En sterkere faglig forankring av folkehelsearbeidet skal bidra til bedre resultater og mer effektiv ressursbruk. Det er behov for bedre oversikter over helse og påvirkningsfaktorer, styrke kunnskapen om effektive folkehelse tiltak og evaluering, styrke folkehelseperspektivet i aktuelle utdanninger, bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner og utvikle bedre verktøy for å ivareta folkehelse på tvers av sektorer og for kunnskap om folkehelse.

Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken

Kapittel 7 Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken tar utgangspunkt i at statlige myndigheter gjennom folkehelseloven har et lovfestet ansvar for nasjonalt folkehelsearbeid. Loven innebærer videre at kommunene har fått et større ansvar for forebyggende arbeid i helsetjenesten og for folkehelsearbeid på tvers av sektorer. For å få til en effektiv gjennomføring av loven, er det nødvendig å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Nasjonale myndigheter skal bistå kommunesektoren med data om helse og påvirkningsfaktorer, faglig støtte og rådgivning. Regjeringen vurderer fortløpende om økonomiske virkemidler kan tas i bruk mer effektivt for å få til en langsiktig styrking av folkehelsearbeidet.

Frivillig sektor, arbeidslivets organisasjoner, næringslivet og andre deler av det sivile samfunnet skal inviteres til samarbeid og utfordres til å ta en større del av ansvaret. Det skal legges til rette for en mer systematisk dialog med næringslivet og arbeidslivets organisasjoner for gjensidige forpliktende avtaler på folkehelseområdet. Frivillige organisasjoner skal inviteres til en dialog for å videreutvikle samarbeidet og for å diskutere innrettingen på de statlige virkemidlene.

Det er ikke bare nasjonale forhold som påvirker helsen i den norske befolkningen. En stadig

mer globalisert verden påvirker utviklingen i det norske samfunnet og gjør det nødvendig å legge større vekt på internasjonalt samarbeid som virkemiddel i folkehelsepolitikken. I et internasjonalt perspektiv har Norge også et ansvar for å bidra til folkehelsen globalt.

Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken

I kapittel 8 Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken beskrives et nasjonalt system for å sikre systematisk og langsiktig oppfølging av folkehelsearbeidet i tråd med prinsippene i folkehelseloven. Systemet skal bidra til bedre nasjonal samordning og å sette folkehelsearbeidet på den politiske dagsorden.

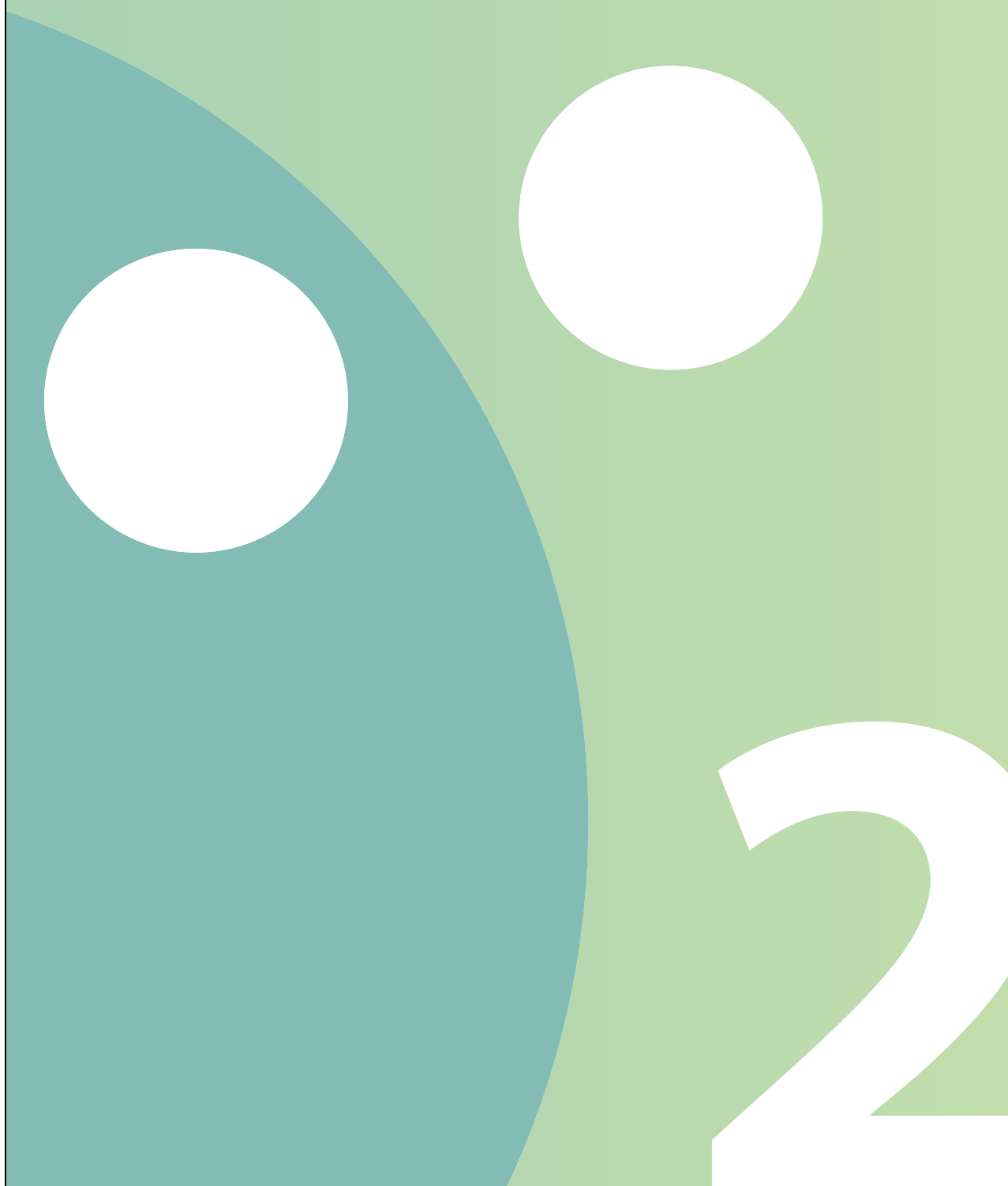
For å sikre en effektiv oppfølging av arbeidet, er det behov for å utvikle resultatmål og indikatorer på flere av de tverrsektorielle innsatsområdene. Det viktigste elementet er forslaget om å legge fram en stortingsmelding om folkehelsepolitikken hvert fjerde år. Meldingen skal baseres på en rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt om helse og påvirkningsfaktorer, og en videreutvikling av indikatorrapporteringen fra Helsedirektoratet på utjevning av sosiale helseforskjeller. Det

skal også etableres et mer formalisert samarbeid på nasjonalt nivå som skal bidra til bedre samordning av styringssignalene for folkehelsepolitikken. Samarbeidet med kommunesektoren skal videreutvikles og styrkes.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Kapittel 9 Økonomiske og administrative konsekvenser inneholder en overordnet omtale av de økonomiske og administrative konsekvensene av den folkehelsepolitikken som er beskrevet i stortingsmeldingen. En stor del av innsatsen for å bedre helsen i befolkningen kan skje innenfor eksisterende økonomiske rammer og administrative systemer. Det viktigste grepet for å få dette til er å legge til rette for å ivareta hensynet til befolkningens helse i politikkutvikling på tvers av sektorer. Effektiv oppfølging av folkehelseloven i kommunene vil imidlertid kreve at folkehelsearbeidet styrkes. Det er også behov for å videreutvikle folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå. Nye tiltak for å styrke folkehelsearbeidet må fremmes i ordinære budsjettframlegg. På enkelte områder kan det også være behov for omdisponering av ressurser.

Kapittel



Figur 2.1

2 Helseutfordringer i det 21. århundret

Den norske befolkningen har god helse. Levealderen øker, det har vært en betydelig reduksjon i for tidlig død av hjerte- og karsykdommer de siste tiårene, og undersøkelser av egenrapportert helse tyder på at helsetilstanden i den voksne befolkningen i hovedsak er god.

Parallelt med utviklingen i helse og levealder har det skjedd gjennomgripende endringer i det norske samfunnet som påvirker livsbetingelsene. Vi lever i dag i et samfunn med større kulturelt, religiøst og etnisk mangfold. Globalisering påvirker samfunnet på mange områder. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi i rivende utvikling påvirker hverdags- og arbeidsliv.

Det har foregått en utdanningsrevolusjon som preger samfunnet. De aller fleste begynner i videregående opplæring og antallet som tar høyere utdanning er stadig økende. Arbeidslivet er mer kompetansebasert og internasjonalisert. Økonomisk velstand omfatter en økende del av befolkningen, og forbruket vokser. Samfunnet både rommer og aksepterer større variasjoner i samlivs- og familieformer.

Bosettingsmønsteret er i endring med økende grad av sentralisering. I dag bor nesten halvparten av landets innbyggere i storbyregionene. Alderssammensetningen i befolkningen varierer mellom sentrale og mindre sentrale strøk. Trenden er at ungdom flytter ut og at mindre sentrale strøk har fått en relativt høy andel eldre i befolkningen.

Befolkningsstatistikken til Statistisk sentralbyrå fra 2011 viser at 67 prosent av den voksne befolkningen lever i samliv, ett av fire par er samboere mens resten er gifte. Tallet på skilsmisser er på rundt 10 000 i året. Utviklingen i samlivsmønsteret til foreldrene gjør at andelen barn som bor med begge foreldrene synker gradvis med alderen. Etter hvert som barna blir eldre øker andelen som lever med steforeldre tilsvarende. En økende andel av befolkningen bor alene. I folke- og boligtellingsen for 2011 framgår at 40 prosent av husholdningene, om lag 880 000, utgjøres av én person. Andelen husholdninger med barn har gått ned.

For mange er barndom og ungdomstid blitt forlenget sammenliknet med tidligere generasjoner. Generasjonskløften er også langt på vei borte. Foreldre deler gjerne musikksmak med barna. Mobiltelefon, internett og sosiale medier har ført til store endringer i samværmønstre, ikke minst for ungdom. Store deler av ungdomslivet utspilles gjennom sosiale medier.

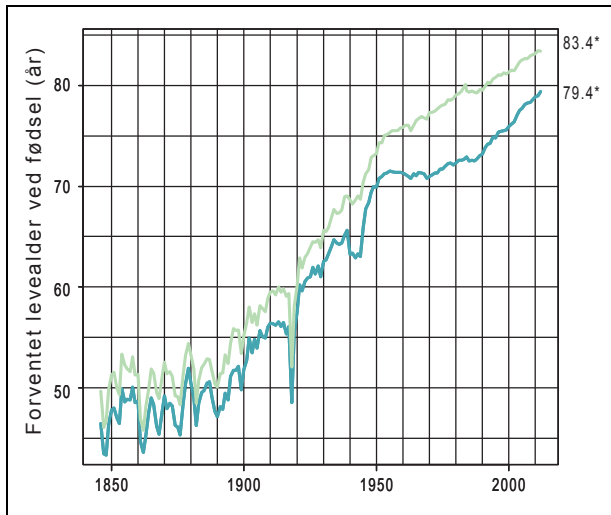
2.1 Økende levealder og endringer i sykdomsbildet

For hundre år siden var situasjonen i Norge preget av dårlige levekår, dårlig ernæring, trangboddhet og dårlige hygiene- og sanitærforhold. Dette gjorde at fattigdomssykdommer som tuberkulose og andre infeksjonssykdommer dominerte. Sykdommene kunne heller ikke behandles effektivt. Hvert tiende barn døde i løpet av første leveår.

I dag er levestandarden dramatisk forbedret og sykdomsbildet helt forandret. Kreftene bak den generelle utviklingen i dødelighet første halvdel av 1900-tallet var først og fremst et fall i spedbarnsdødeligheten, betydelig reduksjon i alvorlige infeksjonssykdommer, utvikling av mer effektive medisiner og en generell samfunns- og velstandsutvikling. Fra siste halvdel av 1900-tallet er det først og fremst reduksjon i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer som har hatt betydning.

I midten av 1800-tallet var forventet levealder ved fødsel i Norge snaut 50 år, se figur 2.2. Fra århundreskiftet økte levealderen i Norge jevnt til omlag 72 år rundt 1950 og 79 år i 2000 for menn og kvinner samlet. I 2011 var forventet levealder 79 år for menn og 83,4 år for kvinner. Kjønnsskjellene i levealder gjør at nyfødte jenter i 2011 kunne forvente å leve mer enn fire år lenger enn nyfødte gutter.

På 1950-tallet var Norge det landet som hadde den høyeste forventede levealderen i verden, mens det i dag er et titalls land som kommer bedre ut. I Japan, Australia, Sveits, Italia, Island, Sverige, Singapore og Israel har både menn og kvinner høyere levealder enn i Norge. I tillegg lever franske og spanske kvinner lenger enn nor-



Figur 2.2 Utvikling i forventet levealder

Kilde: Statistisk sentralbyrå

ske. Vi vet ikke sikkert hvorfor flere land i dag har lengre levealder enn Norge. Røyking er en av de viktigste årsakene til levealdersforskjeller blant høyinntektsland, og kan forklare en del av denne utviklingen. Videre vet vi at Norge har høy dødelighet blant unge voksne menn og at forskjeller i dødelighet i høy alder har økende betydning for internasjonale levealdersforskjeller blant land med lav spedbarnsdødelighet.

Økende levealder og flere eldre i befolkningen fører til at det er flere som lever med kroniske sykdommer. I dag er det kreft, hjerte- og karsyk-

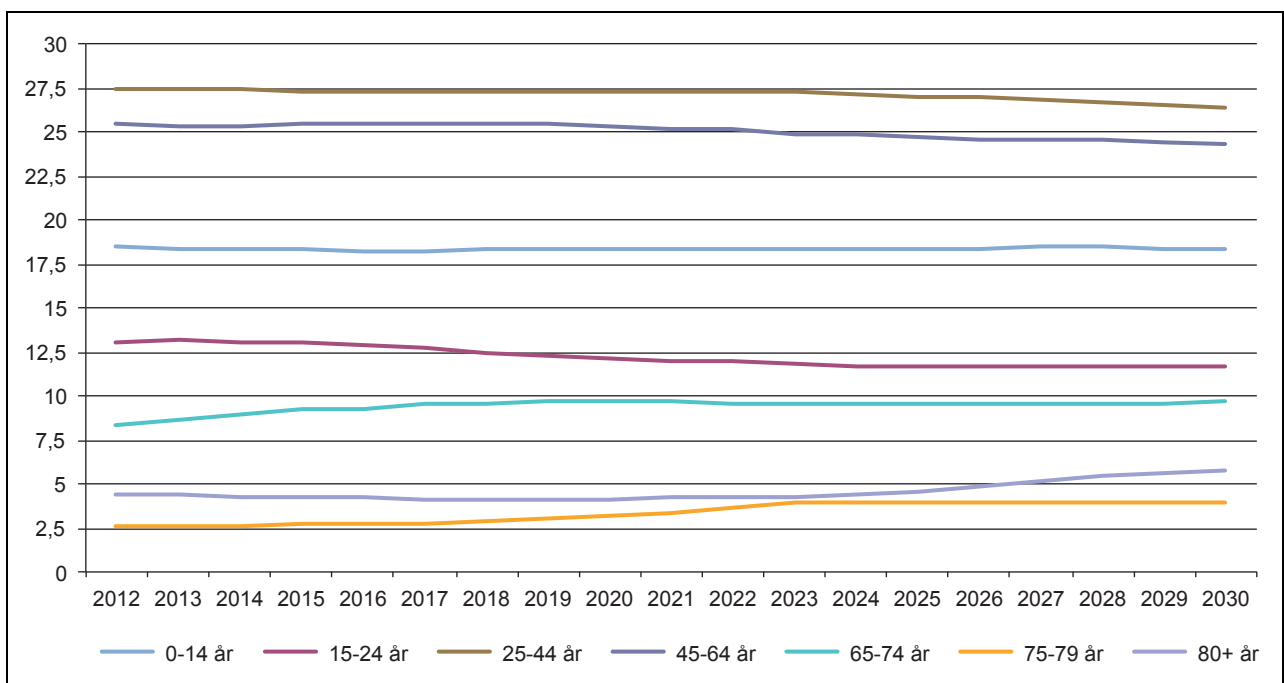
dommer, lungesykdommer, psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettsykdommer og andre smertetilstander som har størst betydning for befolkningens helse. I 2011 var kreft og hjerte- og karsykdommer de mest vanlige dødsårsakene.

2.1.1 Sammensetning av befolkningen

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå og FNs befolkningsdivisjon viser at Norge kan forvente økende levealder gjennom hele innværende århundre fram til 2100. Økningen forventes å avta noe fra 2020. Forventet levealder for menn og kvinner kombinert, som i følge framskrivingene vil være 82 år i 2020, forventes å øke til 90 år i 2100.

Figur 2.3 viser Statistisk sentralbyrås framskriving av alderssammensetningen i befolkningen mot 2030. Det er anslått at aldersgruppene i yrkesaktiv alder vil utgjøre en synkende andel av befolkningen, mens aldersgruppene fra 65 år og eldre vil utgjøre en økende andel av befolkningen. Norge har i dag en betydelig befolkningsvekst og forventes å nå 6 millioner innbyggere innen 2030. Den største usikkerhetsfaktoren i befolkningsframskrivingene er innvandringen som også vil påvirke andelen eldre i befolkningen.

Uavhengig av befolkningssammensetning vil det absolutte antall eldre øke. Sykdomsmønsteret i befolkningen vil bære preg av dette. Et hovedfunn fra den globale sykdomsbyrdestudien fra



Figur 2.3 Befolkningsframskriving til 2030

Kilde: Norgeshelsa.no, Statistisk sentralbyrå

2010 er at økende levealder er forbundet med flere år med nedsatt helse og sykdomsbyrde fra ikke-dødelige tilstander og lidelser. Helseutfordringer knyttet til høy alder med Alzheimers sykdom, andre former for demens, psykiske lidelser hos eldre, kroniske smertetilstander og samtidige sykdommer i flere organsystemer vil i økende grad prege folkehelseutfordringene i de kommende tiår.

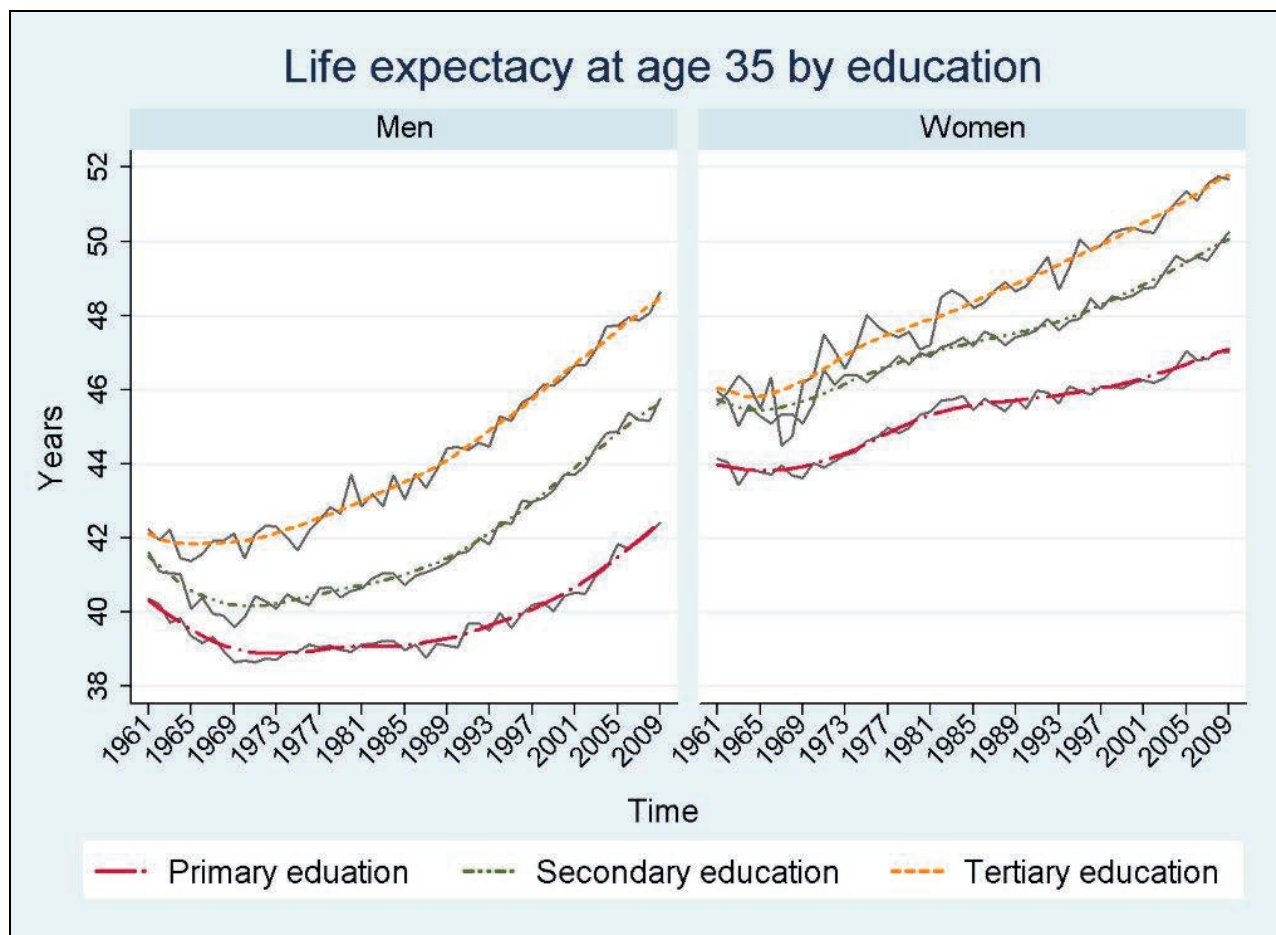
2.1.2 Sosiale forskjeller i helse

Samtidig som levealderen har økt for alle har grupper med lang utdanning og høy inntekt hatt den beste utviklingen. Dette blir vist i en nyere norsk registerstudie over trender i forventet levealder hos 35-åringer fra 1960 til 2009, se figur 2.4. Resultatene kan tyde på at de sosiale helseforskjellene er blitt større over tid. Samme studie viser at 35-åringer med grunnskole som høyeste utdanning hadde omtrent samme sannsynlighet for å bli 64 år i 2009 som i 1960-årene, mens alle grupper med høyere utdanning enn grunnskole

økte sannsynligheten for å bli 64 år eller eldre over den samme tidsperioden. Studien viser også at kvinner i lavutdanningsgrupper har hatt dårligere utvikling i levealder enn andre grupper de siste årtiene. Funn fra registerdata i Danmark og Belgia viser liknende trender når det gjelder utvikling i forventet levealder hos kvinner med lav utdanning.

Sosiale forskjeller i helse løper stort sett gjennom hele det sosiale hierarkiet som trappetrinn med gradvis økende forskjeller. Det betyr at slike forskjeller også finnes mellom sosiale grupper som har relativt lang utdanning og høy inntekt. Grupper med lengst utdanning og høyest inntekt har litt bedre helse enn grupper med litt kortere utdanning og litt lavere inntekt. Årsakene til sosiale forskjeller i helse er sammensatte og noen faktorer virker antakelig gjennom hele livsløpet.

I befolkningen sett under ett er det hjerte- og karsykdommer som skaper de største sosiale forskjellene i tidlig død. Ved årtusenskiftet utgjorde denne sykdomsgruppen om lag halvparten av forskjellene i dødelighet mellom personer med lang



Figur 2.4 Utdanningsforskjeller i forventet levealder ved 35 års alder

Kilde: Steingrimsdóttir og medarbeidere (Eur J Epidemiol 2012; 27: 163–71). Publisert med godkjenning fra Springer Science & Business Media B.

og kort utdanning i aldersgruppen 45 til 64 år. Samlet sett utgjorde hjerte- og karsykdommer sammen med lungekreft og kols hele 60 prosent av forskjellen. Sosiale forskjeller i røykevaner er antakelig den viktigste årsaken. Forskjeller i røykevaner er større i Norge enn i mange andre europeiske land. Røyking er i dag den viktigste årsaken til lungekreft og kols, og er sammen med usunt kosthold og høyt blodtrykk de viktigste årsakene til hjerte- og karsykdommer.

2.1.3 Nye globale trender

Globale trender viser gjennomsnittstall for alle land i verden samlet eller i store verdensregioner. Disse tallene kan skjule forskjeller mellom enkeltland. Imidlertid er et utviklingstrekk de siste tiårene et mer ensartet sykdoms- og risikofaktorbilde globalt – med Afrika sør for Sahara som det store unntaket.

Slik henger også utviklingen i helsen i den norske befolkningen i større grad sammen med globale utviklingstrekk enn for bare noen tiår siden. Det globale sykdomsbyrdeprosjektet publiserte i desember 2012 tall for utvikling i dødelighet, sykkelighet og risikofaktorer for de siste tiårene globalt og i verdensregioner.

Et hovedtrekk i den globale utviklingen er færre dødsfall blant yngre, flere dødsfall i eldre aldersgrupper, færre dødsfall på grunn av smittsomme sykdommer og flere dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer, kreft og andre sykdommer som ikke skyldes smitte. Det er all grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette i de kommende tiårene. Det store globale bildet viser videre at fra 1990 til 2010 har det skjedd en dramatisk reduksjon i barne- og mødredødeligheten. Dette siste er en utvikling som for Norges vedkommende fant sted i første halvdel av 1900-tallet.

Et annet trekk er at dødelighet av andre sykdommer enn smittsomme sykdommer har fått langt større betydning. I 1990 var slike sykdommer årsaken til litt over halvparten av alle dødsfall. Tjue år senere døde to av tre av andre sykdommer enn smittsomme sykdommer. De fem viktigste dødsårsakene på verdensbasis var i 2010 iskemisk hjertesykdom, hjerneslag, kols, nedre luftveisinfeksjoner og lungekreft. Disse sykdommene er også blant de seks viktigste dødsårsakene i Vest-Europa.

Et tredje trekk er at risikofaktorene som styrer de store dødsårsaksgruppene er de samme for de aller fleste land og regioner. For 2010 er det beregnet at ledende risikofaktorer globalt er høyt blodtrykk, røyking, høyt alkoholinntak, ugunstig

kosthold, overvekt eller fedme, fysisk inaktivitet og luftforurensning (utendørs og i husholdningen). De globale resultatene er omtrent de samme som for Vest-Europa. De ledende risikofaktorene er stort sett like, uavhengig av om sykdommene rangeres etter dødelighet eller helse-tapsjusterte leveår.¹

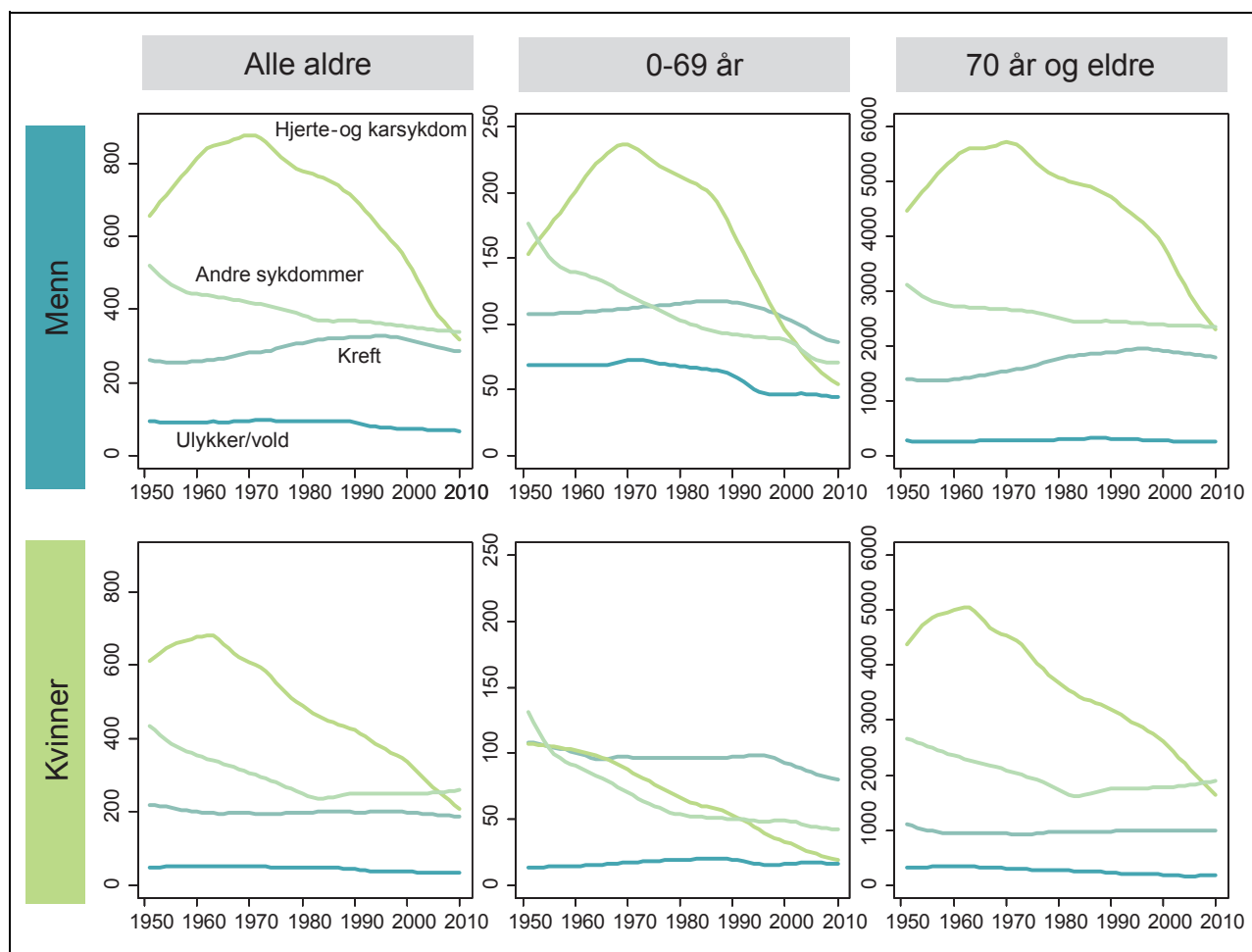
Selv om de nye globale trendene ikke har snudd den gunstige utviklingen med økende levealder og fallende dødelighet de siste tiårene, tyder mye på at trendene i risikofaktorene vil bremse den positive utviklingen i dødelighet. Det er derfor rimelig å anta at økningen i levealderen ville ha vært enda sterkere uten disse utviklingstrekkene. I Norge har det over tid vært en gunstig utvikling med reduksjon i tobakksrøyking, mettet fett og transfett, lavere blodtrykksnivåer og lavere kolesterolnivåer i befolkningen. Denne utviklingen har utvilsomt bidratt til den sterke økningen i levealder, spesielt blant menn de siste tiårene.

2.1.4 Helsetilstanden i Norge

Helsetilstanden kan delvis reflekteres i tall over dødelighet, og om vi ser på utviklingen i dødsårsaker fra 1950 og fram til i dag har det skjedd store endringer. Figur 2.5 viser utviklingen i store dødsårsaksgrupper fra 1951–2010 for alle aldre og separat for menn og kvinner over og under 70 år. For å tydelig kunne se trendene er skalaen forskjellig etter alder fordi dødeligheten er så mye høyere blant eldre sammenliknet med personer under 70 år. Den mest framtrædende endringen i figuren er først en stigning fra 1950 til 1970 og så et dramatisk fall i dødelighet av hjerte- og karsykdommer. Hjerte- og karsykdommer var totalt sett den dominerende dødsårsaken gjennom hele andre halvdel av 1900-tallet. I dag er den omtrent av samme størrelsesorden som kreft. Det har vært betydelig mindre endringer i kreftdødeligheten i samme tidsrom.

Det er store kjønnsforskjeller i dødelighetsutviklingen og mellom personer i aldersgruppene over og under 70 år. Om vi ser på dødsfall under 70 år var det over dobbelt så mange kreftdødsfall (3883 dødsfall) som hjerte- og kardødsfall (1720 dødsfall) i 2010, mens hjerte- og kardødsfall dominerte blant personer over 70 år. Hos kvinner under 70 år har kreftdødsfallene dominert over hjerte- og kardødsfallene de siste 40 årene, mens blant menn har denne utviklingen skjedd etter år 2000. Parallelt med at dødeligheten av sykdom-

¹ Daly – måles ved summen av tapte leveår pga tidlig død og år levd med helsetap.



Figur 2.5 Trender i dødelighet i Norge 1951–2010 etter dødsårsaker

Tallene er aldersstandardisert etter nordisk standardbefolkning år 2000.

Kilde: FHI rapport 2012:4

mer faller, utgjør ulykker og voldelige dødsfall en større andel av dødsfallene under 70 år. I den del av befolkningen som er under 70 år var dødsfall knyttet til ulykker og vold om lag like vanlig som dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer i 2010.

Kreft

I 2010 ble det oppdaget 28 000 nye krefttilfeller og om lag 11 000 personer døde av sykdommen (246 per 100 000 menn og 165 per 100 000 kvinner). De tre kreftformene som tar flest liv blant menn er lungekreft, prostatakreft og tykktarmskreft. Hos kvinner er det lungekreft, brystkreft og tykktarmskreft som tar flest liv.

Kreftforekomsten har økt de siste tiårene, dels fordi befolkningen er blitt eldre. Prognoser basert på tall fra Kreftregisteret viser at antall krefttilfeller vil fortsette å øke, spesielt fra 2030, på grunn av den demografiske utviklingen med flere eldre i

befolkningen. I tillegg har nye diagnostiske metoder ført til at det blir oppdaget flere krefttilfeller enn før. Denne utviklingen vil fortsette. Når levealderen øker vil flere få kreft, og det betyr at flere vil dø av kreft i framtiden. Prognosen for kreftpasienter er imidlertid blitt bedre fordi en rekke kreftformer diagnostiseres tidligere og fordi behandlingen er blitt bedre for en del av kreftformene. Spesielt har prognosen for yngre pasienter med testikkelkreft og kreft i lymfatisk og bloddannende vev blitt forbedret.

Totalt sett hadde kreftpasienter rundt 1970 i underkant av 30 prosent sannsynlighet for å leve fem år etter diagnose sammenlignet med tilsvarende aldersgrupper i befolkningen uten kreft. Sannsynligheten er nå 60 prosent. For kreftpasienter under 50 år er sannsynligheten mer enn 80 prosent. For pasienter over 65 år har fem års overlevelse økt med 135 prosent siden 1975. Økt overlevelse fører til at flere lever med senskader av kreftsykdommen og kreftbehandlingen.

Hjerte- og karsykdommer

Totalt sett er hjerte- og karsykdommer fremdeles den vanligste dødsårsaken i Norge selv om dødeligheten er betydelig redusert de siste 40 årene. Trendene tyder på at totalt antall hjerte- og kardødsfall kan komme til å bli lavere enn antall kreftdødsfall i løpet av de nærmeste 5–10 årene. Dette har allerede skjedd for dødsfall under 70 år. I 1970 døde 740 per 100 000 menn og 477 per 100 000 kvinner av hjerte- og karsykdom. I 2011 var dødeligheten av denne sykdomsgruppen redusert med 70 prosent, til 234 per 100 000 menn og 142 per 100 000 kvinner. Dette er vesentlig lavere enn nivået da dødeligheten av denne sykdomsgruppen begynte å stige i 1950-årene.

Data fra hjerte- og karregisteret for 2012 viser at menn i gjennomsnitt er sju til ti år yngre enn kvinner når de rammes av hjerte- og karsykdom. Hjerteinfarkt og hjerneslag er de største gruppene av enkeltsykdommer, og hver annen person som rammes av disse er yngre enn 75 år.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er høyest i Nord-Norge, men de regionale forskjellene er i ferd med å bli jevnet ut. Det nyetablerte hjerte- og karregisteret vil gi bedre grunnlag for overvåking på dette feltet framover.

Hjerte- og karsykdommer er en sammensatt gruppe som inneholder et bredt spekter av sykdommer. Tallmessig er sykdom knyttet til aterosklerose (endringer i blodårenes vegger og tilstopping av årene) dominerende, med hjerteinfarkt og hjerneslag som største enkeltsykdommer. De viktigste og sikrest etablerte årsakene til aterosklerotisk hjerte- og karsykdom er tobakksrøyking, høyt blodtrykk, høyt nivå av skadelige fettstoffer i blodet og usunt kosthold. Videre er overvekt og fedme, diabetes og fysisk inaktivitet etablerte risikofaktorer. Genetiske faktorer har alltid betydning, og er i noen tilfeller en hovedårsak. Det er også holdepunkter for at psykososiale forhold kan påvirke risikoen.

Diabetes

Hos barn er diabetes type 1 den vanligste formen. Drøyt 300 barn under 15 år får diabetes type 1 årlig. Hos voksne er diabetes type 2 vanligst, og forekomsten øker kraftig med alderen.

Det finnes ikke landsrepresentative data på antall nye tilfeller av diabetes type 2 per år, men det er tegn til at forekomsten stiger. Antall brukere av legemidler som i hovedsak brukes ved diabetes type 2 økte fra 85 000 i 2005 til 121 000 i 2011. Økningen kan delvis forklares med at flere

blir eldre og at flere lever lengre med diabetes. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag som ble gjennomført i 2007/2008, viser at fem prosent av mennene og fire prosent av kvinnene over 20 år hadde diabetes (alle typer samlet). Det er anslått at knapt 200 000 personer i landet som helhet har kjent diabetes. Undersøkelser i enkelte områder tyder på at mange, særlig eldre, har diabetes type 2 uten å vite om det. Alle typer diabetes er forbundet med svært alvorlige komplikasjoner som kronisk nyresykdom, skade av netthinnen, fotsår, nevropati (kronisk smerte) og hjerte- og karsykdommer. Av pasientene som var innlagt med hjerteinfarkt i 2012 hadde 17 prosent også diabetes.

Risikofaktorene til diabetes type 1 er ikke kjent, utover arvelig anlegg. Fedme og inaktivitet er blant de viktigste risikofaktorene for diabetes type 2.

Kronisk lungesykdom

Forekomsten av kronisk lungesykdom har vært økende, særlig blant eldre kvinner. Totalt døde 2419 personer av kronisk lungesykdom i 2011. Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er den vanligste sykdommen i denne gruppen med 1951 dødsfall i 2011. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viste også at hos voksne under 60 år var andelen med symptomer på kronisk lungesykdom lavere i 2007/2008 enn i 1995/1997. Hos eldre kvinner var den imidlertid høyere i 2007/2008 enn tidligere, mens det var ingen økning hos eldre menn. Røyking er den dominerende risikofaktoren for utvikling av kronisk lungesykdom. Arbeidsmiljø og arvelige faktorer kan også spille en rolle. Det er mulig at fysisk inaktivitet og kostholds faktorer også kan påvirke risikoen, men her har vi manglende kunnskap.

Overvekt og fedme

Kunnskap om vektutviklingen blant voksne er mangelfull, men de befolkningsbaserte helseundersøkelsene som ble gjennomført i perioden 2000 til 2008, viser at omlag 17 prosent av kvinnene og 20 prosent av mennene i alderen 40 til 45 år hadde fedme (kroppsmasseindeks (KMI) over $\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Til sammenlikning hadde kun fem prosent av mennene fedme på slutten av 1960-tallet. Hos kvinner sank andelen med fedme fra 1960-tallet til slutten av 1970-tallet for deretter å øke på tilsvarende måte som hos menn.

Dersom data for overvektige (KMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) inkluderes, viser data fra helseundersøkelsene at vel halvparten av norske 40 til 45-åringer

har overvekt eller fedme. En studie fra Nord-Trøndelag har vist at to tredjedeler av befolkningen over 20 år er overvektige eller har fedme.

Overvekt (KMI 25–30) er en risikofaktor, men ingen sykdom i seg selv. Fedme kan skape alvorlige problemer for helse, trivsel og livskvalitet. Fedme øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, flere kreftformer, diabetes type 2, gallesten, psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Selv om den gjennomsnittlige vekten i befolkningen har gått opp, har likevel dødeligheten av hjerteinfarkt blitt betydelig redusert. Viktige årsaker til det er en betydelig reduksjon av fett i kostholdet fra midten av 1970-tallet til begynnelsen av 1990-tallet, reduksjon i tobakksbruk og nye medikamenter. Det har bidratt til reduksjon i kolesterol og blodtrykk.

Forekomsten av fedme er høyere i distriktene enn i byene, det gjelder særlig kvinner. Det er også store etniske forskjeller i fedme. Forekomsten er høy blant innvandrere fra Pakistan, Sri Lanka og Tyrkia, og lav blant innvandrere fra Vietnam. Fedme er også mer utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt.

Psykiske lidelser

Nesten en fjerdedel av den voksne norske befolkningen har en psykisk lidelse, og mellom en tredjedel og halvparten vil bli rammet en eller flere ganger i løpet av livet. Dette viser undersøkelser foretatt av Kringlen, Torgersen og Cramer i Oslo og i Sogn og Fjordane sent på 1990-tallet. Resultatene er i samsvar med resultater fra de fleste liknende studier i Europa og Amerika. Det er imidlertid viktig å merke seg at slike statistikker også inkluderer lettere psykiske forstyrrelser som ikke trenger behandling og som ofte ikke oppleves som særlig belastende. Rundt ti prosent av den voksne befolkningen oppgir å ha søkt behandling for psykiske problemer i løpet av livet. Det faktiske behovet er antakelig noe høyere. De vanligste lidelsene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. Schizofreni og andre psykoser, som gjerne er mer belastende for de syke selv og for deres pårørende, rammer rundt tre prosent. Hypoglykemi av ulike typer psykiske lidelser ligger på samme nivå som i de fleste andre land. Andelen som har betydelige psykiske plager er også på omtrent samme nivå. Forekomsten av psykiske lidelser har vært relativt stabil de siste tiårene.

Kvinner rapporterer om et høyere nivå av de fleste typer symptomer på psykiske lidelser og får oftere en psykisk lidelse enn menn. Anslagsvis vil

dobbelt så mange kvinner som menn få en angst- eller depresjonslidelse i løpet av livet. Ruslidelser og noen typer atferdsforstyrrelser er imidlertid mer vanlig blant menn.

Forekomsten av selvmord er to til tre ganger høyere blant menn enn blant kvinner, mens det er langt flere selvmordsforsøk blant kvinner enn blant menn. Vi har ingen entydige svar på kjønnsforskjellene. Omlag tre ganger flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk. Beregninger viser at helsetjenesten behandler mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk årlig. Anslaget er usikkert og et resultat av beregninger som Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjort på grunnlag av data fra Norsk Pasientregister, registrering i regi av Verdens helseorganisasjon, og registrering av villet egen-skade i Sør-Trøndelag for årene 1995 til 1999. Det er vanlig å anta at det er om lag ti selvmordsforsøk for hvert selvmord. Risikoen for selvmord synker med økende alder for kvinner, mens den øker for menn. Vi har mangelfull kunnskap om forekomsten av psykiske problemer og lidelser blant eldre over 65 år.

Kroniske smerter

I Norge kan det anslås at omtrent 30 prosent av befolkningen har kroniske smerter, og forekomsten ser ut til å være høy gjennom hele livsløpet. I en direkte sammenlikning av femten andre land har Norge høyest forekomst, og forekomsten er langt høyere enn i Danmark og Sverige. Vi vet ikke hvorfor det er slike forskjeller. Muskel- og skjelettsmerter utgjør hoveddelen, men tilstander som hodepine, mage- og underlivssmerter, smerter etter skader og operasjoner, og smerter ved hjerte- og karsykdommer og nevrologiske lidelser er også utbredt. Nye tall fra befolkningsundersøkelsen i Tromsø tyder på at 40 prosent av dem som gjennomgår et kirurgisk inngrep får varige smerter etter inngrepet, og at 18 prosent av de opererte utvikler moderat eller sterk smerte i mer enn tre måneder etter inngrepet. Samlet sett er kroniske smerter et stort folkehelseproblem.

Det er anslått at kroniske smerter er årsak til over halvparten av uførhetstilfellene i Norge. I 2012 var muskel- og skjelettlidelser alene hoveddiagnose i 46 prosent av sykefraværsdager hos menn og 35 prosent hos kvinner. I 2011 var mer enn to ganger så mange kvinner som menn uføre med en muskel- og skjelettdiagnose. Smerter er trolig også den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker helsevesenet. Vi har ikke tall for dette i Norge, men i Sverige har 28 prosent av pasientene i allmennpraksis en eller flere medisinsk definerte

smertetilstander. Tilsvarende er funnet i Danmark.

Kronisk smerte er mest utbredt blant personer med lav inntekt og kort utdanning. Det er usikkert om dette skyldes yrkesbelastning eller mer generelle sosiale og økonomiske faktorer. Det er holdepunkter for at det er en sammenheng mellom forekomsten av kronisk smerte og arbeidsbelastninger. Kronisk smerte er forbundet med to til fire ganger økt risiko for angst og depresjon, og dette gjelder også tilstander der smerten skyldes en entydig somatisk årsak. Tall fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet viser at forskjellige smertetilstander er blant de ledende årsaker til leveår med nedsatt funksjonsevne.

Søvnvansker

Både norske og internasjonale data viser at rundt ti prosent av den voksne befolkningen lider av kroniske søvnplager. En ny landsdekkende undersøkelse fra Norge viser at forekomsten har økt til 13 prosent i løpet av det siste tiåret. Søvnvansker er også hyppig forekommende hos barn og unge. Kvinner er mer plaget av søvnvansker enn menn, og forekomsten øker kraftig med alderen. Personer med lav inntekt og kort utdanning har også høyere forekomst av søvnvansker. Søvnvansker er en sterk risikofaktor for senere frafall fra arbeidslivet, og personer med søvnvansker har økt risiko for å utvikle en rekke psykiske og fysiske tilstander. Akutte søvnvansker utløses ofte av sykdom eller annen negativ livshendelse. Kognitive og atferdsmessige mekanismer spiller en viktig rolle for langvarige søvnvansker.

Hørsel

Hørselshemming som påvirker hverdagen rammer om lag 15 prosent av befolkningen. Med en økende andel eldre i befolkningen og flere som er utsatt for støy i dagliglivet vil hørselstap øke. Hørselstap kan være i form av nedsatt hørsel eller fullstendig tap av hørsel på ett eller begge ører. Hørselstapet kan være forbigående eller varig, komme plutselig eller gradvis over flere år. Hørselstap kan skyldes støyskader på grunn av en ytre lydpåvirkning. Blant personer som har hatt gjentatte ørebetennelser rapporterer 20 prosent moderat hørselstap, og andelen er høyere blant eldre.

Hørselsundersøkelsen var en del av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fra 1995 til 1997. 21,6 prosent av befolkningen hadde et mildt hørselstap. Ytterligere 14,5 prosent hadde et betydelig tap. Prosentvis utbredelse varierer fra 16,8 pro-

sent blant personer under 40 år til 91 prosent hos personer over 80 år. Under halvparten av personer med målt hørselstap oppga at tapet er plagsomt. Hørselsplagene øker med alderen.

Hørselstap kan medføre isolasjon og redusert psykisk helse. Negative virkninger er større blant unge og middelaldrende enn blant eldre, og hørselstap har størst virkning på redusert psykisk helse og trivsel når svekkelsen innebærer tap av taleoppfattelse. Nedsatt hørsel kan også gi økt risiko for arbeidsløshet og førtids- og uførepensjonering.

Skader og ulykker

Totalt døde 2488 personer som følge av skader etter ulykker, vold og selvmord i 2011. Av disse døde 168 personer i trafikkulykker. Ulykkesdødeligheten har gått ned for kvinner siden begynnelsen av 1960-tallet og for menn siden begynnelsen av 1970-tallet. Før 1960 var det yrkesskader som førte til de fleste dødsfallene. Etter dette har dødsulykker forbundet med fall og transport vært hyppigst. De siste ti årene har ulykkesdødeligheten vært forholdsvis stabil.

For personer i yrkesaktiv alder oppstår en stor del av skadene på arbeidsplassen. Tall fra det tidligere personskaderegisteret ved Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at ulykker i hjem, skole og fritid dominerte i alle aldersgrupper. Slike ulykker utgjorde mellom 72 og 96 prosent av alle ulykker. Særlig blant de minste barna og blant eldre skjedde flest skader i hjemmet. I aldersgruppen 15 til 24 år var det mye sports- og treningsskader. Omfanget av trafikkulykker varierte fra 11 prosent i aldersgruppen 15 til 24 år til tre prosent i den eldste aldersgruppen. Arbeidsulykker utgjorde 17 prosent av ulykkene i aldersgruppen 25 til 64 år.

Bruk av rusmidler er en av de viktigste årsakene til trafikkulykker. En nordisk studie som ble publisert i 2011, basert på data fra dødsulykker i tidsperioden 2001–2002, viste at alkohol og/eller andre rusmidler var en medvirkende årsak til nærmere to av tre såkalte eneulykker både i Norge, Sverige og Finland. Studien viste videre at rusmidler ble påvist hos fire av ti sjåfører som ble drept i trafikkulykker.

Nasjonalt folkehelseinstitutt utga i 2010 en rapport som oppsummerer vitenskapelig litteratur om sosioøkonomiske forskjeller i sykkelighet og dødelighet som følge av ulykker. Rapporten viser at ulykkesdødeligheten avtar med økende sosioøkonomisk status. Mange studier viser tilsvarende funn for ulykkeskader som ikke fører til død.

Smittsomme sykdommer

Alvorlige smittsomme sykdommer er bedre kontrollert i Norge enn i de fleste andre land. Det skyldes at vi har høy sanitær standard, gode levekår, høy vaksinasjonsdekning, god dyrehelse og generelt et godt utbygd smittevern som raskt identifiserer utbrudd av infeksjonssykdommer og gjør det mulig å sette inn tiltak tidlig. Økt internasjonal handel og reising gir imidlertid høyere smittepress og smittestoffene kan forandre seg. På sikt kan klimaendringer gi økende forekomst av sykdommer som malaria og en rekke virusinfeksjoner i Europa, men foreløpig ser det ut til at risikoen er moderat for Norge.

Næringsmiddelbårne infeksjoner har de siste tiårene blitt et økende helseproblem i den industrialiserte del av verden. Årsaken er først og fremst forandringer i husdyrhold, matproduksjon og handelsmønstre. Økt reisevirksomhet, inn- og utvandring, nye spisevaner og mangelfulle kunnskaper om kjøkkenhygiene har også bidratt.

De siste årene har det vært en betydelig økning av alvorlige *E.coli*-infeksjoner. Det har vært flere utbrudd, og infeksjonene har forårsaket tilfeller av nyresvikt og enkelte dødsfall blant barn. Årsaken til denne økningen er ukjent.

Siden 1990-tallet har innenlands smitte med salmonella økt betydelig, økningen har vært noe mindre for campylobactersykdom. Antallet diagnostiserte tilfeller, om lag 5000 per år, utgjør bare en liten andel av alle tilfellene.

Det blir innmeldt 300 til 350 nye tilfeller av tuberkulose hvert år, hvorav 80 prosent er hos utenlandsfødte, ofte unge voksne, som trolig er smittet før ankomst. Forekomsten har økt som følge av en større innvandrerbefolkning. Tuberkulose øker internasjonalt og økende resistens mot antituberkuløse midler gjør behandlingen stadig vanskeligere, dyrere og mer langvarig.

Sesonginfluensa fører hvert år til at fem til 15 prosent av befolkningen blir syke, i enkelte år enda flere. Selv om sykdomsforløpet i de fleste tilfeller er mildt, er det anslått at det dør om lag 900 personer i en gjennomsnittlig influensaseson, hovedsakelig eldre og svekkede personer.

De vanligste seksuelt overførbare infeksjonene i Norge i dag er klamydiainfeksjoner, genital herpes og papillomavirusinfeksjoner. Hiv-infeksjon er fortsatt den alvorligste seksuelt overførbare infeksjon, selv om behandling og prognose er blitt dramatisk forbedret de siste ti årene. Det blir påvist 250 til 300 hiv-tilfeller i Norge årlig. Om lag 60 prosent av tilfellene er blant asylsøkere og familieinnvandrere fra land med høy forekomst av

hiv. Blant menn som har seksuell kontakt med menn, har forekomsten av hiv økt betydelig de senere årene. Forekomsten er stabilt lav blant heteroseksuelle, sprøytemisbrukere og unge. Det er god kontroll med gonore og syfilis i befolkningen generelt. Menn som har seksuell kontakt med andre menn og menn som har seksuell kontakt i utlandet er mest utsatt for denne sykdommen.

Tannhelse

God tannhelse betyr mye for livskvalitet, omgang med andre mennesker, fødeinntak og taleevne. Tannhelsen er generelt god i den norske befolkningen, men tannlidelser er i likhet med øvrige helseproblemer sosialt skjevt fordelt. Spesielt barn og unge og generasjonen som startet med fluortannkrem på 1970-tallet har god tannhelse.

Eldre generasjoner har dårligere tannhelse og tannløshet er et betydelig problem, særlig i de eldste aldersgruppene. Tannhelsen hos dagens eldre er preget av det var begrenset oppfølging og behandling av tennene under oppveksten. Høyere forekomst av kroniske sykdommer og bruk av medisiner bidrar også til at eldre har dårligere tenner enn yngre. Samtidig viser trenden at stadig flere eldre personer beholder egne tenner livet ut. En følge av dette er at det over tid blir større behov for å behandle tannsykdommer blant eldre. Mens 55 prosent av eldre i institusjon hadde karies i 1988, hadde hele 72 prosent karies i 2004. På samme måte har omfanget av periodontitt økt.

Blant voksne er det særlig psykisk utviklingshemmede og rusavhengige som har større tannhelseproblemer enn resten av befolkningen. Blant barn og unge er kariesskader konsentrert hos en liten gruppe av barna, særlig barn med kroniske sykdommer, barn utsatt for omsorgssvikt og innvandrerbarn. Forklaringen på at innvandrerbakgrunn har mer karies enn barn med norsk bakgrunn, kan trolig forklares med høyere sukkerforbruk og andre holdninger til tannhelse.

Andre sykdommer

I tillegg til de helseproblemene som er omtalt over, har det de siste årene vært økende oppmerksomhet om sykdommer som borreliose, narkolepsi og ME. Et felles trekk ved disse lidelsene er at diagnostikken er utfordrende og/eller det ikke finnes helbredende behandling. Dette er lidelser som ikke har et stort omfang og derfor ikke representerer et stort folkehelseproblem. Men lidel-

sene medfører i mange tilfeller store lidelser og problemer for den enkelte.

Borreliose er den vanligste flåttbårne sykdommen i Norge. Systemisk sykdom og senkomplikasjoner av sykdommen er meldingspliktig til Folkehelseinstituttet. Meldinger forutsetter at sykdommen er påvist med internasjonalt anerkjente laboratorietester. Gjennom de siste ti årene har det vært meldt mellom 250 og 330 tilfeller årlig, uten noen stigende eller fallende tendens. Diagnostikken av borreliose er utfordrende. En grundig gjennomgang av tilgjengelige metoder ble gjort i 2010. De metodene som anbefales i Norge er de samme som anbefales av helsemyndighetene i de fleste andre europeiske land.

Forekomsten av narkolepsi i Norge før pandemien i 2009 er usikker. Sammenlikning med data fra andre land antyder en insidens på 0,5 til 1 per 100 000. Det har ofte tatt mange år fra symptomdebut til diagnosen ble stilt, og sannsynligheten for underdiagnostisering er klart til stede. Etter pandemien og pandemivaksineringen høsten 2009 er det sett en klar økning i forekomsten av pandemi hos barn og ungdom.

Kronisk utmattelsessyndrom eller myalgisk encefalopati (ME) er et syndrom som er sammensatt av ulike symptomer og sykdomstegn. Enkelte pasienter er sengeliggende i lang tid. Både omfanget av dette syndromet i Norge og årsakene er ukjente. Det finnes ingen helbredende behandling, men på lang sikt vil de fleste pasienter bli bedre.

2.1.5 Barns og unges helse

Norske barn er blant de friskeste i verden. Både spedbarnsdødelighet og barnedødelighet er på et historisk lavt nivå. Tall fra leveårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå tyder på at rundt 30 prosent av 6 til 15-åringer har kroniske sykdommer og plager. Likevel har ni av ti barn ifølge foreldrene god eller svært god helse. I en undersøkelse gjennomført av Universitetet i Bergen i 2009 svarte 83 prosent av 15-åringene at de hadde god eller svært god helse.

Spedbarnsdødelighet

Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at dødelighet ved fødsel har falt kraftig de siste 30 årene. Rundt fire av 1000 barn dør i dag under fødselen og den første uken etterpå (perinatal dødelighet). Spedbarnsdødeligheten har også falt jevnt de siste 100 årene. I 1980-årene, under krybbedøsepidemien, døde om lag åtte per 1000 levende fødte

barn i løpet av første leveår. De siste ti årene har det vært en jevn reduksjon i spedbarnsdødeligheten, fra 3,3 per 1000 i 2002 til 2,5 per 1000 i 2011. Tidligere var infeksjoner en hyppig årsak til at spedbarn døde, men dette er i dag en sjelden årsak til spedbarnsdødelighet.

I dag er medfødte sykdommer og misdannelser den hyppigste årsaken til død i første leveår. Registrerte alvorlige medfødte misdannelser er fordoblet de siste 40 årene, fra rundt 1,5 prosent i 1967 til drøyt 2,5 prosent i 2011. Mye av økningen skyldes imidlertid bedre rapportering og er ikke uttrykk for en reell økt forekomst. Det har imidlertid vært en reell økning i forekomsten av Downs syndrom fra omlag én per 1000 svangerskap på begynnelsen av 1990-tallet, til vel to per 1000 svangerskap i 2011. Den viktigste årsaken er en økning i fødekvinnes gjennomsnittsalder. I 1971 var 7,6 prosent av fødekvinne 35 år eller eldre, mens tilsvarende tall i 2011 var 19,8 prosent.

Smittsomme sykdommer

På begynnelsen av 1950-tallet fikk om lag to tusen norske barn og unge poliomyelitt med lammelser eller hjernehinnebetennelse. Ti prosent av de som ble syke døde av sykdommen. Høy vaksinasjonsdekning har ført til at sykdommene ikke lenger forekommer i Norge. Det er fortsatt risiko for import fra utlandet, og sykdommen kan spres hvis vaksinasjonsdekningen ikke opprettholdes.

Vaksinasjon kan forhindre en rekke misdannelser på grunn av røde hunder i svangerskapet og dødsfall og alvorlig ettersykdom etter meslinger. Videre kan vaksinasjon forhindre hjernehinnebetennelse eller blodforgiftning som er forårsaket av pneumokokk-bakterier og hib-bakterier, og en del andre alvorlige sykdommer.

Infeksjonssykdommer er en del av barns hverdag, selv om sykdomsbildet i de fleste tilfeller er ufarlig. Det gjelder ikke minst barn som går i barnehage. Barn som ikke har gått i barnehage, ser imidlertid ut til å være mer utsatt når de begynner på skolen. Noen infeksjoner fører til sykehusinnleggelser, for eksempel infeksjon med RS-virus som hos noen barn gir alvorlig astmabronkitt. De fleste barn som får slike infeksjoner unngår alvorlige symptomer.

Kreft

Mellom 140 og 150 barn under 15 år rammes hvert år av kreftsykdom. Leukemi og kreft i hjernen eller det sentrale nervesystemet utgjør 58

prosent av tilfellene. Det er ingen tegn til regionale forskjeller i kreftforekomst. Forekomsten har vært stabil de siste 25 årene. Samtidig har kreftoverlevelsen blitt stadig bedre. Overlevelsen varierer mellom de ulike kreftformene. Lymfatisk leukemi som utgjør nesten en fjerdedel av tilfellene hos barn, har nå en overlevelse på over 80 prosent.

Astma og allergi

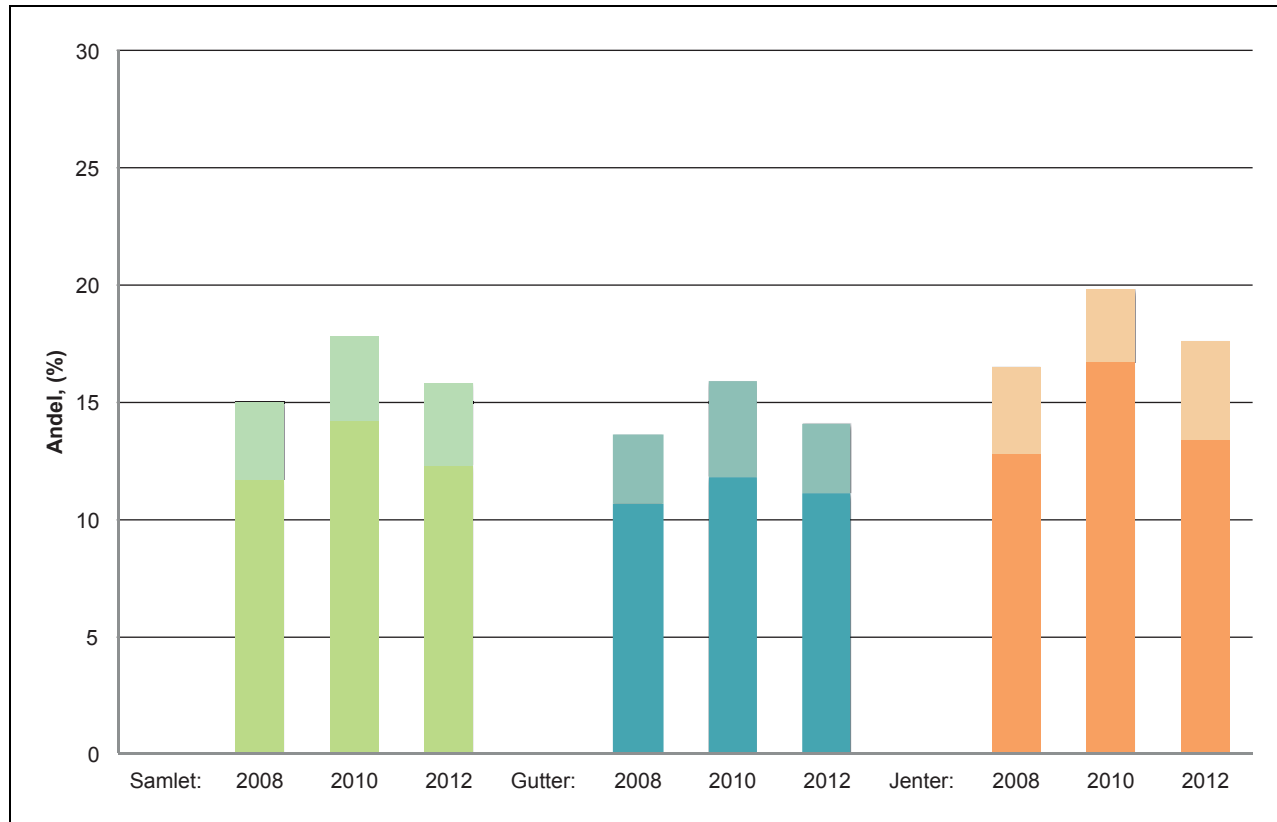
Astma, høysnue og eksem er vanlige lidelser blant barn. Astma regnes for å være hyppigere i småbarnsalderen enn i ungdomsårene og voksen alder, og omtrent halvparten vokser det av seg. I ungdomsundersøkelser i første halvdel av 2000-tallet svarte 13 til 14 prosent av ungdommene i 10. klasse ja på spørsmål om de har eller har hatt astma. Tilsvarende tall for Hedmark var i 2009 16 prosent. Den tidligere økningen i forekomsten av astma blant barn ser ut til å ha flatet ut. Årsaken til utvikling av astma og allergi blant barn er imidlertid fremdeles ikke kjent.

Overvekt og fedme

Vekststudien i Bergen i 2003–2006 viste at det de siste 20 til 30 årene har vært en signifikant økning av overvekt og fedme blant barn og unge i Norge. Tall fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser også at gjennomsnittsvekten for begge kjønn økte i perioden fra 1984–1986 til 2006–2008. I siste periode var andelen med overvekt inkludert fedme henholdsvis 20 og 22 prosent blant jenter og gutter i ungdomsskolen, mens tilsvarende tall var 25 og 27 prosent blant jenter og gutter i videregående skole.

Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at gjennomsnittlig fødselsvekt i Norge økte i perioden fra 1990 til 2000. Etter dette har gjennomsnittlig fødselsvekt gått ned, og ser nå ut til å være stabilisert på litt over 1990-nivå igjen.

Resultater fra barnevekststudien ved Nasjonalt folkehelseinstitutt viser ingen økende trend i overvekt inkludert fedme blant tredjeklassinger (8 til 9-åringer) i perioden fra 2008 til 2012. Om lag 16 prosent av tredjeklassingene hadde overvekt inkludert fedme i 2012, henholdsvis 18 prosent av jentene og 14 prosent av guttene (se figur 2.6).



Figur 2.6 Prosentandel med overvekt og fedme i 2008, 2010 og 2012 i Norge¹

¹ Overvekt og fedme er klassifisert etter IOTF's grenseverdier (Coles indeks).

Kilde: Barnevekststudien ved Nasjonalt folkehelseinstitutt

Andelen overvektige barn og unge ser ut til å være på samme nivå i Norge som i Norden og de fleste land i Vest-Europa for øvrig. I Sør-Europa og Storbritannia er andelen overvektige barn betydelig høyere.

Psykiske lidelser

Det er anslått at 15 til 20 prosent av barn mellom tre og 18 år til enhver tid har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Omtrent halvparten av disse har så alvorlige symptomer at det kan settes en psykiatrisk diagnose. De fleste som får en slik diagnose trenger behandling. Før puberteten er omfanget av angst og depresjon omtrent like vanlig hos jenter og gutter, mens atferdsproblemer, herunder ADHD, er vanligere blant gutter. Omfanget av psykiske vansker øker fra puberteten. Jenter plages i ungdomsårene først og fremst av økende angst og depresjon, herunder sosial angst og spiseproblemer. Angst- og depresjonsvansker øker mindre gjennom tenårene blant gutter enn blant jenter. Til gjengjeld får mange gutter økende atferdsproblemer, særlig knyttet til utagerende atferd.

Om lag en fjerdedel av barna som har betydelige psykiske plager i småbarnsalderen vil ha symptomer som varer i mange år. Dette nedsetter funksjonsevnen betydelig og gir store plager. Risikoen for mer dyptgripende og varige psykiske lidelser øker når belastningene blir store, rammer flere områder i livet eller varer over lang tid. Barn som lever under slike forhold har høy risiko for å utvikle omfattende psykiske lidelser. Noen av de viktigste risikomarkørene er foreldre som selv har psykiske lidelser som varer over tid, er rusmisbrukere eller voldelige, familier og/eller barn som har opplevd traumatiske erfaringer fra krig, tortur, vold og tap av familie og venner i hjemlandet, barn som er marginaliserte eller sosialt isolerte, dårlig integrert i nabolaget eller blir mobbet på skolen, og barn som har blitt utsatt for overgrep, mishandling eller omsorgssvikt.

Skader og ulykker

Siden 1970 er dødsfall som følge av ulykker betydelig redusert både blant jenter og gutter. I 1970 var det 40 per 100 000 gutter i alderen 0 til 17 år som døde på grunn av ulykker. Til sammenlikning var det åtte per 100 000 gutter som døde på grunn av ulykker i 2009.

På siste halvdel av 1960-tallet døde i gjennomsnitt 93 og 58 barn under 15 år i henholdsvis tra-

fikkulykker og drukningsulykker per år. På siste halvdel av 1990-tallet var tallene redusert og i gjennomsnitt omkom 17 barn per år i trafikken og sju i drukningsulykker. I 2011 var tallene henholdsvis sju og to.

Sosiale forskjeller i barn og unges helse

Tall fra undersøkelsen av helsevaner blant ungdom i 2009 viser at det er sosiale forskjeller i egenrapportert helse. Undersøkelsen viser at det er vanligst blant barn med foreldre med kort utdanning og lav inntekt å rapportere om en eller flere helseplager daglig, mindre vanlig blant barn som har foreldre med middels utdanning og inntekt, og minst vanlig blant barn som har foreldre med lang utdanning og høy inntekt. Det ser også ut til å være sosiale forskjeller i enkelte helsevaner, som kosthold og røyking, mens andre ikke ser ut til å variere så mye med sosial bakgrunn. Lagidrett og annen organisert fysisk aktivitet er eksempler på aktiviteter som er mer vanlige blant barn og unge som har foreldre med høy utdanning og inntekt.

2.1.6 Eldres helse

I Norge har levealderen økt mye de siste tiårene. Økningen har vært på omlag et kvart år hvert år. Økningen har vært størst for menn og for grupper med god økonomi og høy utdanning. Aldersfordelingen i Norge har endret seg betydelig. I 1950 utgjorde personer på 67 år og eldre sju prosent av befolkningen, mens den nå utgjør 11 prosent. For eldre aldersgrupper er trendene enda mer slående – antall personer over 80 år ble firedoblet fra 1950 til 2012. Utviklingen i alderssammensetningen i befolkningen skyldes fallende fødselsrater og økende levealder. Økende levealder gjør at befolkningen lever flere år med en eller flere sykdommer som vi ikke kjenner risikofaktorene til.

Helse og funksjonsevne

Helse og funksjonsevne er sammensatte størrelser som er vanskelig å måle. Studier av helsen i de siste årene av et langt liv har ikke vist entydige resultater verken i Norge eller i andre land. For en del sykdommer har forekomsten økt over tid. For kreft har det vært en økning både i nye tilfeller og i andelen som lever med denne sykdommen. Det er anslått at økningen vil fortsette de neste tiårene. Norske levekårsundersøkelser av eldre personer som ikke bor på institusjon, viser at andelen som vurderer helsen som god eller meget god har økt i perioden 1985 til 2008. Det samme gjelder

selvrapporterte kroniske plager. Det er usikkerhet knyttet til selvrapportering, da det har vært fallende deltakelse i undersøkelsene over tid og mangel på informasjon fra de som er på sykehus, sykehjem eller annen institusjon.

Når det gjelder funksjonsevne, mobilitet og uførhet hos eldre, er resultatene fra undersøkelser i ulike land sprikende. Uførhet og mobilitet måles ofte med et sett av spørsmål vedrørende problemer med daglige gjøremål og aktiviteter slik som å bevege seg rundt i eget hjem, finne seg mat og kle seg selv. Norske helse- og levekårsundersøkelser og internasjonale studier viser en nedgang i uførhet og nedsatt mobilitet. Datamaterialet fra norske helse- og levekårsundersøkelser er begrenset og det er problemer med sammenlikning over tid.

Syn og hørsel er viktige faktorer for en god funksjon og mobilitet i hverdagen for eldre. Hørseltap øker med alderen og tall fra Hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at blant personer over 64 år har en av tre funksjonshemmende hørselstap, og for de over 79 år har to av tre funksjonshemmende hørselstap. Blant befolkningen over 79 år i USA er fem prosent blinde og 24 prosent synshemmede. Det er grunn til å tro at tallene for Norge likner disse.

I tillegg henger uførhet og hjelpebehov i eldre år henger sammen med andre forhold enn rent medisinske. For eksempel ser det ut til at selv om forekomsten av sykdommer øker, har andel eldre med hjelpebehov gått ned de siste 20 til 30 årene.

Psykiske lidelser

Kunnskapen om forekomsten av psykiske lidelser blant personer over 65 år i Norge er begrenset. Det er gjennomført få studier og det er ikke tilgjengelige data som kan brukes til å beregne forekomst. Folkehelseinstituttet har gjennomgått undersøkelser fra sammenliknbare land som viser stor spredning i omfanget av psykiske lidelser blant eldre.² Tilgjengelig kunnskap tyder på at forekomsten i aldersgruppen 65 til 70 år er relativt lav sammenliknet med både yngre og eldre aldersgrupper. Enkelte studier tyder på at de aller eldste aldersgruppene har høyest forekomst av psykiske lidelser.

På befolkningsnivå tyder undersøkelser på at om lag fire til åtte prosent av eldre over 65 år kan lide av alvorlig depresjon, mens om lag 25 til 35 prosent kan ha depressive plager. Forekomsten av

alvorlige angstlidelser og symptomer på angst ser ut til å være om lag den samme som for depresjon. Selvmordsraten for eldre menn over 70 år er høyere enn den generelle selvmordsraten, mens den er lavere for kvinner. I aldersgruppen over 85 år er risikoen for selvmord blant menn fem ganger høyere enn for kvinner.

Tidligere studier fra Norge og Europa og befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå har blitt brukt til å anslå antall personer som vil komme til å lide av demens i Norge i framtiden. Disse beregningene viser at omtrent 69 000 personer i aldersgruppen over 65 år led av demens i 2010 og at omtrent 160 000 personer vil lide av demens i 2050.

Psykiske lidelser blant eldre kan komme til uttrykk ved andre tegn og symptomer enn blant yngre mennesker. Blant de aller eldste er særlig forekomsten av angst- og depresjonsplager og symptomer på psykoser høy.

Brudd og benskjørhet (osteoporose)

Forekomsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden, og det er store regionale forskjeller i hyppighet av hoftebrudd – med størst forekomst i de store byene og lavest i de nordligste fylkene. Det ser ut til at forskjellene mellom regionene er blitt mindre de senere årene. Oversikten over hvordan hoftebrudd fordeler seg i befolkningen gir et godt grunnlag for overvåking på dette området. En 75 år gammel kvinne har 40 prosent absolutt risiko for å få et osteoporotisk brudd i løpet av gjenværende levetid, mens tilsvarende risiko for en mann er vel 20 prosent. Hoftebrudd er de mest alvorlige bruddene og om lag 70 prosent av disse bruddene skjer blant kvinner. De fleste hoftebruddene skjer innendørs. I 2008 var det 4403 kvinner i aldersgruppen 75 år og eldre som fikk sitt første hoftebrudd, og av disse var 26 prosent døde innen ett år etter bruddet. De fleste slike brudd skyldes redusert benmasse kombinert med et fall. Tilførsel av vitamin b og kalsium i ung alder er viktig for normal skjelettutvikling. Tap av benmasse skjer langsomt og gir ingen symptomer før det oppstår et brudd. Mange vil derfor ha osteoporose uten å vite det. Hoftebrudd fører til mye smerte og redusert livskvalitet for dem som rammes. I tillegg er hoftebrudd blant de enkelt diagnoser som koster mest på norske sykehus. Antall pasienter med hoftebrudd må forventes å øke fordi det blir flere eldre i årene som kommer. Fysisk inaktivitet er en risikofaktor. Lav vekt og fysisk inaktivitet er risikofaktorer for osteoporose. Det samme er dårlig vitamin b-status, kortisonbehandling, røyking og

² Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser, Nasjonalt folkehelseinstitutt 2011.

høyt alkoholinntak. Det er mangelfull kunnskap om hvorfor forekomsten av brudd er så høy i Norge sammenliknet med andre land. Klimatiske forhold med mye is, snø og glatte fortau er ikke årsaken.

Fallulykker

Fallulykker er et vanlig og alvorlig problem for eldre personer. Hvert år faller om lag en tredjedel av eldre over 65 år, og hver andre person over 80 år faller hvert år. I 2011 døde 420 personer som følge av fall, og 78 prosent av disse var over 75 år. Årsaker til fall er mange og sammensatte, men noen av de etablerte risikofaktorene er tidligere fall, alder, dårlig balanse og mobilitet, dårlig syn, kognitiv svekkelse, sykdommer som hjerneslag, Parkinsons sykdom og bruk av mange legemidler.

2.1.7 Helsen i den samiske befolkningen

Det samiske samfunnet står i likhet med det norske overfor en rekke folkehelseutfordringer. Sammenliknet med situasjonen for de fleste urbefolkninger verden rundt har den samiske befolkningen i Norge svært god helse og gode levekår. Vi finner ikke systematiske forskjeller i helse mellom samisk befolkning og øvrig befolkning i samme geografiske område. Den samiske befolkningen har imidlertid, i likhet med den nord-norske befolkningen, på noen områder dårligere helse enn gjennomsnittet i den norske befolkningen.

Selv om mange av helseutfordringene er felles, er det likevel områder og temaer som er verdt å se nærmere på for å få bedre kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen. Det gjelder for eksempel psykisk helse generelt, selvmord og brå død, inkludert ulykker, spesielt blant unge samiske menn, og økende overvekt og

Boks 2.1 Helse og sosiale forhold i den samiske befolkning

Med utgangspunkt i rapportene Samiske tall forteller kan situasjonen i den samiske befolkning oppsummeres på følgende måte:¹

- Det er ikke funnet markante forskjeller i helse mellom den samiske befolkningen og den ikke-samiske del av befolkningen slik som det er rapportert for noen andre urfolksgrupper.
- Antall sysselsatte i primærnæringene rein drift, jordbruk og fiske i samiske bosetningsområder er redusert i løpet av de siste årene. Nedgangen i antall årsverk i samisk reindrift utgjør i gjennomsnitt 16 prosent i tidsrommet 1990 til 2008. I samme tidsrom ble antall fiskere i de fleste kommunene innenfor området for støtte fra det samiske utviklingsfondet redusert med mellom 50 og 60 prosent. Mye tyder på at antall sysselsatte i jordbruket også går ned. I tidsrommet 1989 til 2005 var nedgangen i antall gårdsbruk på nærmere 60 prosent.
- I 2011 var det 61 barnehager som hadde samisk tilbud. Den langsiktige trenden er at antall barn i samiske barnehager og barnehageavdelinger går ned, mens antall barn med annet samisktilbud i barnehager stiger.
- Antall elever med samisk som førstespråk i grunnskolen viste en nedgang på 3,2 prosent

fra skoleåret 2010–2011 til skoleåret 2011–2012. Sammenliknet med skoleåret 2005–2006, har nedgangen vært på omlag 6 prosent.

- Det var 1213 elever med samisk som andrespråk i grunnskolen i skoleåret 2011–2012, en nedgang på fem prosent fra året før. Siden skoleåret 2005/2006 har det vært en nedgang på 41 prosent.
- Antall elever med samisk som andrespråk i videregående opplæring har økt fra 152 i skoleåret 2008–2009 til 206 elever i skoleåret 2011–2012 (dette gjelder for fylker som har mer enn fem elever med samisk som andrespråk).
- Utdanningsnivået i befolkningen mellom 24 og 65 år i området for støtte fra det samiske utviklingsfondet viser at det er flere enn landsgjennomsnittet som ikke fullfører videregående utdanning på normert tid og flere som ikke fullfører. Det gjelder spesielt gutter. Bildet er tydeligst på yrkesfaglig studieretning.
- Det er imidlertid en relativt høy andel kvinner i området får støtte fra det samiske utviklingsfondet som har fullført universitets- eller høgskoleutdanning. Blant menn er andelen lavere enn landsgjennomsnittet.

¹ Se rapportene Samiske tall forteller 2 fra 2009 og Samiske tall forteller 5 fra 2012.

fedme og livsstilssykdommer som diabetes type 2. Det er hypoteser knyttet til økt forekomst av enkelte revmatiske lidelser samt geografiske forskjeller i spedbarnsdødelighet.

Det er imidlertid begrenset tilgang på data om helsen i den samiske befolkningen fordi undersøkelser om befolkningens helse i liten grad inkluderer opplysninger om samisk etnisitet. Omtalen i dette kapitlet er i hovedsak basert på resultater fra finnmarksundersøkelsene, Ung i Nord, helse- og levekårsundersøkelsen i områder med blandet samisk og norsk bosetning (Saminor-studien) og noen registerstudier koplet til folketellingen fra 1970.

Levekår og sosiale forhold

I den samiske befolkningen har det blitt et betydelig kjønnskill i utdanningsnivå og yrkeskarriere. Unge samiske kvinner har ofte lengre akademisk utdanning og skaffer seg arbeid i tråd med slike kvalifikasjoner. Blant samiske menn er det relativt vanlig med lite utdanning utover grunnskole og det er et stort problem med frafall fra videregående skole. Samiske menn arbeider i stor grad i primærnæringene og det gjør dem utsatt for arbeidsledighet og sosiale problemer som følger av omstillingsprosesser i fiskeri og reindrift.

Det samiske samfunnet står overfor store utfordringer innenfor tradisjonelle samiske næringer. De tradisjonelle næringene er under sterkt press fra resten av samfunnet. Arealinngrep, kamp eksternt og internt om ressurser, rovdyrproblematikk, stadig endrede rammevilkår og holdninger til næringene i samfunnet er noen av utfordringene. Dette er forhold som påvirker den fysiske og psykiske helsen. Utøverne opplever å være i en stadig stressituasjon med bekymring for egen og næringens framtid. Opplevelsen av å måtte forsvare næringens berettigelse oppleves belastende og det har betydelige helsemessige konsekvenser for reindriftsutøverne. Barn og unge som har familietilknytning til reindriften er særlig utsatt. Negativ omtale av næringen i media og i samfunnet for øvrig vil kunne oppleves som årsak til mobbing og diskriminerende reaksjoner.

Alkoholforbruket blant samer er lavere enn i øvrig befolkning og det er flere som er totalavholdende. Dette gjelder begge kjønn, men er mest utpreget for kvinner. Alkoholproblemer er imidlertid et betydelig problem i den gruppen av samiske menn som sliter med å skaffe seg arbeid og inntekt.

Diskriminering og psykisk helse

Generelt er det ikke funnet klare forskjeller i psykisk helse mellom den samiske befolkningen og øvrig norsk befolkning. Det er imidlertid høyere forekomst av psykiske helseplager blant sørsamisk ungdom enn blant øvrig ungdom i samme område. I tillegg har deler av den samiske befolkningen noen utfordringer som har sammenheng med samisk identitet eller næringsvei. Mange samer føler bekymring for reindriftsnæringens, landbrukets og fjord- og kystfiskets framtid, og hva en eventuell næringsavvikling kan bety for eget levesett og hele den samiske kulturen.

Etnisk diskriminering er en annen faktor som kan føre til helseproblemer. Samer rapporterer langt oftere enn øvrig befolkning at de er utsatt for diskriminering. I en undersøkelse som nylig ble gjennomført rapporterte ti ganger så mange samer som øvrige respondenter at de var utsatt for diskriminering, 35 prosent mot 3,5 prosent.³ For menn slår dette klarere ut i form av opplevd psykisk belastning enn det gjør for kvinner. Det er en sammenheng mellom omfanget av opplevd diskriminering og hvor sterk den psykiske belastningen oppleves. For samiske kvinner virker høyere utdanning som en beskyttende faktor selv om kvinnene også opplever diskriminering. På samme måte virker det å være bosatt i forvaltningsområdet for samelovens språkregler som en beskyttende faktor – med andre ord opplever de som bor i dette området i større grad av støtte i nærmiljøet.

Når det gjelder samiske barn, er rasisme og diskriminering en viktig helseutfordring. Samer opplever mobbing og diskriminering i større grad enn nordmenn.⁴ Det er grunn til å tro at dette også gjelder samiske barn. Det mangler imidlertid data om samiske barns helse og om diskriminering.

Hjerte- og karsykdommer

Generelt har de nordligste delene av Norge hatt en høy forekomst av død av hjerte- og karsykdommer, det gjelder både den norske og samiske befolkningen. Befolkningsbasert forskning fra områder med norsk og samisk bosetning i Norge har vist at samiske kvinner har høyere forekomst av fedme enn etnisk norske. Nivået av fettstoffer i

³ Saminor-studien som gjennomføres av Senter for samisk helseforskning. Se nærmere omtale i kapittel 6.

⁴ Ketil Lenert Hansen. 2012. Ethnic discrimination and psychological distress.

blodet var omtrent likt. Det var ingen forskjeller i selvrapportert diabetes, men undersøkelser av blodsukkerverdier kan tyde på at udiagnostisert diabetes er mer utbredt i den samiske befolkningen enn i den norske.

Miljøfaktorer

Det har vært bekymring for miljøgifter i marine matvarer og reinkjøtt, men nyere forskning gir ikke grunn til å tro at konsum av reinkjøtt utgjør en helserisiko. Radioaktiv forurensning som følge av Tsjernobylulykken kan ha rammet sør-samisk befolkning i Midt-Norge spesielt. Radioaktiv eksponering var i stor grad matbåren. Tsjernobylulykken har hatt stor betydning for den psykososiale helsetilstanden i den sør-samiske reindriftsbefolkningen. Befolkningen er fortsatt bekymret for følgene ulykken kan ha for egen helse og framtidsutsiktene for reindriftsnæringen.

Befolkningen i Arktis får først og fremst i seg miljøgifter gjennom mat og drikke, men også via luft. Miljøgifter er spesielt et problem for urfolk som i hovedsak lever av tradisjonelt kosthold. Selv om de største utslippene av miljøgifter ikke skjer i Norge, vil luftstrømmer bidra til at Arktis er spesielt utsatt. Derfor er dette en aktuell sak for den samiske befolkningen. Langtransportforurensning ser ut til å ha vist en nedadgående tendens de siste årene, men lokal forurensning fra industrien kan være et like stort problem for urfolks helse og miljø.

2.1.8 Helsen i innvandrerbefolkningen

I dag er det om lag 665 000 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge av to innvandrerforeldre. De representerer mer enn 200 ulike land, og omkring halvparten har bakgrunn fra Europa, en tredjedel fra Asia og 12 prosent fra Afrika. Rundt halvparten befinner seg i aldersgruppen 20 til 44 år, og av norskfødte med innvandrerforeldre er 85 prosent under 20 år. Antall innvandrere vil trolig øke sterkt i årene framover, til mellom 1 og 1,8 millioner i 2060.

Det er store variasjoner mellom innvandrergrupper, både når det gjelder sykdom og risikofaktorer for sykdom, og ikke alle er mer utsatt enn den etnisk norske befolkningen. Forskning har vist at færre innvandrere enn norskfødte oppgir å ha god eller svært god helse, henholdsvis 67 prosent og 86 prosent. Noen innvandrergrupper har høy risiko for diabetes og psykiske lidelser, det siste gjelder særlig blant flyktninger. Også kro-

niske infeksjonssykdommer som for eksempel tuberkulose, hiv og hepatitt B er overrepresentert i enkelte innvandrergrupper.

Helseundersøkelsene i Oslo som ble gjennomført i 2000 til 2003, viste at fedme var svært vanlig blant kvinner født i Tyrkia og Pakistan, mens forekomsten blant innvandrere fra Vietnam var svært lav. Det var også store variasjoner i røyking. Nesten ingen innvandrerkvinner fra Sri Lanka, Pakistan og Vietnam røykte, mens andel røykere blant menn fra Tyrkia var betydelig høyere enn blant norske menn.

Det er funnet høy forekomst av vitamin d-mangel blant gravide kvinner med pakistansk bakgrunn, og blant friske voksne menn fra Pakistan og Sri Lanka.

Undersøkelser av innvandrerbefolkningen under ett viser at det er noe høyere forekomst av psykiske plager blant barn og unge sammenliknet med etnisk norske. Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom innvandrergruppene. Gutter med innvandrerbakgrunn har særlig økt risiko for emosjonelle problemer sammenliknet med etnisk norske. Barn og unge som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere, har betydelig mer psykiske plager enn etnisk norske og andre grupper med innvandrerbakgrunn. Det gjelder også etter at de har fått opphold og er bosatt i Norge. Vi har for liten kunnskap om helsetilstanden i denne delen av befolkningen.

Se omtale av nasjonal strategi for innvandreres helse i kapittel 5.

2.1.9 Helsen til lesbiske, homofile, bifile og transpersoner

Flertallet av lesbiske, homofile, bifile og transpersoner har god helse. Samtidig er andelen med dårligere helse betydelig høyere enn i gjennomsnittsbefolkningen. Undersøkelser indikerer at transpersoner gjennomgående rapporterer om dårligst helse.

Noen er preget av angst og/eller depresjon, og andelen som forsøker å ta sitt eget liv er høyere enn i befolkningen generelt. Lesbiske og homofile menn oppgir dårligere egenvurdert helse enn jevnaldrende i den generelle befolkning.

Lesbiske, homofile, bifile og transpersoner oppgir dessuten oftere enn den øvrige befolkningen å være utsatt for krenkende behandling, opplevelser med og trusler om vold, og savn av emosjonell og praktisk støtte. Gjennomgående ser unge personer i disse gruppene ut til å være spesielt utsatt på flere områder. Menn som har sex med menn har betydelige utfordringer når det gjelder

hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner som syfilis og gonoré. Kvinner og menn som har sex med personer av samme kjønn, men som ikke definerer seg som lesbiske eller homofile, er en særlig sårbar gruppe. Lesbiske og bifile kvinners helseutfordringer blir ofte underkommunisert. Det samme gjelder helseutfordringene til lesbiske og homofile med innvandrerbakgrunn.

Statistisk sentralbyrå inkluderte spørsmål om seksuell orientering som del av helse- og levekårsundersøkelsen i 2008. Undersøkelsen viser at homofile, lesbiske og bifile er overrepresentert med visse psykiske lidelser, sammenliknet med befolkningen for øvrig. Undersøkelsen indikerer også at gruppen samlet har lavere skår på flere levekårsområder, men resultatene er usikre fordi utvalget er lite.

Skam, skyld og identitetsproblematikk, og opplevelse av eller frykt for stigma og diskriminering, øker risikoen for å utvikle både somatiske og psykiske helseplager blant lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Det er derfor av avgjørende betydning at helsetjenesten er oppmerksom på plager og sykdommer som særlig rammer enkelte grupper eller minoriteter. Dette kan forebygge uheldige spiraler av helseproblemer og sosial ekskludering.

2.2 Forhold som påvirker helse og levealder

Fysisk og psykisk helse er resultat av et samspill mellom individuelle egenskaper og forhold som kan være beskyttende eller innebære risiko. Eksempler på beskyttende faktorer er sosial støtte, positive livshendelser og fysisk aktivitet, mens arbeidsledighet, rusmidler, manglende sosial støtte, usunt kosthold og overvekt er eksempler på risikofaktor. Faktorene henger sammen og er en del av et større bilde. For eksempel skjer endringer i kosthold og fysisk aktivitet som regel ikke isolert, men som en del av endringer i familie, arbeidsmiljø, nærmiljø eller i samfunnet generelt.

Forhold ved storsamfunnet, lokalsamfunnet og den enkeltes sosiale nettverk kan ha betydning for helsen. Samfunn preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold virker helsefremmende, mens lokalsamfunn med liten grad av fellesskap og lite sosial samhandling gir økt risiko for helseproblemer. Sviktende næringsgrunnlag, stor grad av inn- og utflytting og/eller rask sosial endring kan påvirke helsen negativt. Sosial støtte som empati, følelsesmessig støtte, praktisk hjelp og

sosial kontroll har en direkte positiv effekt på helsen, og kan fungere som en buffer når individet er utsatt for påkjenninger eller negative livshendelser.

Helse og sykdom påvirkes av faktorer nært i tid og helt tilbake til fosterlivet. Gjennom livsløpet finnes en rekke sårbare perioder. Mange kroniske sykdommer påvirkes av biologiske, psykiske og sosiale faktorer som summerer seg opp og bidrar til økt risiko gjennom livsløpet. I mange tilfeller tar det flere år før en påvirkningsfaktor fører til sykdom. Det gjelder for eksempel røyking som årsak til lungekreft og kols der sykdom og symptomer først blir synlig etter 20 til 50 år med røyking. Når det gjelder akutt hjerteinfarkt reduseres derimot risikoen betydelig allerede første året etter røykeslutt.

2.2.1 Levekår og sosiale forhold

Helse og fordelingen av helse i befolkningen henger nært sammen med levekår og sosiale forhold. På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom sosiale og økonomiske forhold og helse.

Inntekt og levekår

Det er en sammenheng mellom inntekt og helse gjennom hele det sosiale hierarkiet. Det er for eksempel en sammenheng mellom for tidlig død og inntekt. Dødeligheten er høyest i de laveste inntektsgruppene og reduseres gradvis med økende inntekt. Det er flere forklaringer på dette. For det første påvirker personlig økonomi helse mer eller mindre direkte gjennom forskjellige former for helsefremmende forbruk. For det andre kan det forklares med at dårligere helse medfører lavere inntekt. En tredje forklaring er at det er bakenforliggende årsaker som forklarer sammenhengen, for eksempel arbeidsmiljøbelastninger. En fjerde forklaring er den såkalte inntektsulikhethypotesen, det vil si at samfunn med store inntektsforskjeller har dårligere gjennomsnittshelse på grunn av mindre samhold og solidaritet, mer kriminalitet osv.

Gjennom de siste tiårene har det vært en betydelig velstandsøkning i det norske samfunnet og de fleste grupper har hatt en markert oppgang i realinntekten. Samtidig økte inntektsforskjellene noe i perioden fra midten av 1980-tallet til midten av 2000-tallet. Dette kan delvis forklares med økende kapitalinntekter og større forskjeller i lønn. Fra 2006 er forskjellene igjen blitt redusert. Antall personer som befinner seg under lavinntektsgrensen ser også ut til å ha blitt noe redusert

de siste årene. Skattereformen og svakere konjunkturer har bidratt til dette. Fall i kapitalinntektene i de øverste delene av inntektsfordelingen og lav arbeidsledighet gjennom svake konjunkturer har gitt jevnere fordeling. Økt minstepensjon og bostøtte har trolig også bidratt.

Sammensetningen i lavinntektsgruppen varierer avhengig av om EUs eller OECDs definisjon legges til grunn. Andelen med vedvarende lavinntekt måles ved å se på andel personer som i en treårsperiode tilhører en husholding med en gjennomsnittlig ekvivalent inntekt lavere enn henholdsvis 60 prosent (EU) eller 50 prosent (OECD) av medianinntekten for hele befolkningen i samme periode. Med EUs definisjon blir gruppen med lavinntekt dominert av enslige eldre og aleneboende under 45 år. OECD har en lavere lavinntektsgrense som gjør at barnefamilier utgjør den største gruppen. Andelen med lavinntekt synes å henge sammen med den øvrige inntektsfordelingen i samfunnet. Slik sett er andelen som lever under lavinntektsgrensen i Norge relativt lav sammenliknet med andre land i Europa.

Utfordringen framover vil være å holde sysselsettingen høy og bevare de likhetsbevarende trekkene i den nordiske modellen som blant annet bidrar til liten lønsspredning. Det er en utfordring at noen grupper er betydelig mer utsatt for lavinntekt enn andre, og at noen blir værende i lavinntektsgruppen over lang tid. Særlig er det en utfordring at andelen barn som lever i lavinntektsfamilier har økt de siste årene. Det gjelder særlig barn av innvandrere og aleneforeldre. Det er betydelige forskjeller i lavinntekt. Det er derfor en utfordring å holde en høy sysselsetting i alle deler av landet og sørge for at alle kommuner er rustet til å ivareta de oppgavene de har overfor sårbare grupper. De fleste med lavinntekt har svak tilknytning til arbeidslivet og får en vesentlig del av inntekten gjennom offentlige overføringer. Det gjelder blant annet nyankomne flyktninger, personer med nedsatt funksjonsevne og grupper med kort utdanning. De som faller utenfor arbeidsmarkedet faller også lett utenfor andre deler av velferdssamfunnet og de har dårligere helse enn andre grupper i befolkningen. Mange med lavinntekt har psykiske problemer og/eller rusproblemer.

Oppvekstvilkår

Oppvekstvilkårene påvirkes av forhold i familien, barnehagen, skolen, i fritidsaktivitetene og de fysiske omgivelsene i nærmiljøet. Det handler også om velferdsordninger som kan være med å utjevne sosiale forskjeller.

De aller fleste norske barn har trygge levekår og gode utviklingsmuligheter. Det er imidlertid forskjeller i materiell levestandard. Til tross for god inntektsutvikling generelt i samfunnet er det noen barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt. Andelen barn i lavinntektsfamilier har økt og andelen barn med innvandrerbakgrunn i denne gruppen er blitt større.

I tillegg preges hverdagen for noen barn av omsorgsvikt, vold, rusproblemer, fattigdom eller krenkelser som mobbing, rasisme og diskriminering. En helsemessig god utvikling i barneårene er en av de viktigste byggesteinene for helse gjennom livet. Dette krever stimulering av fysisk, kognitiv, sosial og følelsesmessig utvikling. Dårlige levekår i barndommen innebærer ofte et usunt og lite allsidig kosthold og lite fysisk aktivitet. På samme måte kan psykososialt stress i følsomme barne- og ungdomsår ved manglende trygghet, mobbing og omsorgssvikt føre til psykiske plager.

Det er anslått at mellom fem og ti prosent av alle skoleelever er utsatt for mobbing regelmessig. Et stort antall elever gruer seg for å gå på skolen på grunn av slike opplevelser. Mobbing ser ut til å være mest utbredt på barneskoletrinnet og avta i løpet av ungdomsskolen og videregående. Mobbing via nettet eller sms er en del av hverdagen til mange unge.

En ny studie blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom.⁵ Det å være sammen med venner på fritiden og ha sosial støtte fra venner er de viktigste beskyttende faktorene.

Undersøkelsen viser at problemer hos foreldrene, som psykiske vansker, alkoholproblemer, mangelfullt sosialt nettverk, økonomiske problemer, arbeidsløshet og skilsmisse, henger direkte sammen med psykiske vansker blant ungdom. De viktigste risikofaktorene er likevel problemer med skoleresultater og mobbing på skolen. Det å være sammen med venner på fritiden og sosial støtte fra venner var de viktigste beskyttende faktorene blant dem som ble undersøkt. I tillegg har foreldrenes situasjon indirekte betydning for den psykiske helsen, for eksempel ved å påvirke skoleprestasjoner og venneforhold hos ungdommene. Jentene er mest sårbare for stress og problemer i nære relasjoner.

⁵ Studien fra Folkehelseinstituttet baserer seg på data fra 8984 ungdommer og deres foreldre i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt).

Boks 2.2 Mobbing og trakassering

I levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå fra 2009 svarer to prosent av alle sysselsatte at de er utsatt for plaging eller erting fra arbeidskamerater et par ganger i måneden eller mer. Like mange oppgir at de plages eller ertes av overordnede. Tre prosent av alle sysselsatte oppgir å ha vært utsatt for trakassering i form av uønsket seksuell oppmerksomhet, kommentarer og liknende. Kvinner er mer utsatte enn menn, spesielt unge kvinner, der hele 12 prosent svarer at de har vært utsatt et par ganger i måneden eller oftere. Fire prosent av alle sysselsatte svarer at de er blitt utsatt for vold på arbeidsplassen de siste tolv månedene. Tre prosent har blitt utsatt for trusler om vold. Blant ulike yrkesgrupper skiller sykepleiere og salgs- og serviceyrker seg ut med høyere andeler. Andelen sysselsatte som er utsatt for trakassering har vært stabil i undersøkelser gjennom årene.

Elevundersøkelsen som Utdanningsdirektoratet gjennomfører viser at om lag 18 prosent blir mobbet en sjelden gang, 3,5 prosent blir mobbet to til tre ganger i måneden, 2,3 prosent blir mobbet en gang i uken, mens 2,8 prosent (omtrent 1 500 elever) blir mobbet flere ganger i uken. I siste trinn på ungdomsskolen er det flere som sier at de blir mobbet flere ganger i uken enn på de andre trinnene, mens det er litt mindre mobbing i videregående skole enn i barne- og ungdomsskolen.

Arbeid og arbeidsmiljø

Arbeid har viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner. Arbeid strukturerer hverdagen, kan gi mening og bidra til bedre selvbylde. Manglende tilknytning til arbeidslivet kan øke risikoen for helseproblemer både på kort og lang sikt. Arbeidsledighet er ofte forbundet med dårlig økonomi og sosial utstøting. Det er en sammenheng mellom arbeidsledighet og psykisk helse hos unge voksne.

I likhet med sosiale forskjeller i befolkningens helse, er det sosiale forskjeller i i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Overgang fra sykefravær til arbeid varierer mellom yrkesgrupper. Akademiske yrker, administrative ledere og høyskoleyrker har størst overgang til arbeid etter sykemelding. Fordelingen av langtidsledigheten mellom yrker er relativt stabil. Yrker innen bygg og

anlegg og industri har den høyeste andelen langtidsledige, men andelen er redusert de siste årene på grunn av positive konjunkturer i arbeidsmarkedet. Generelt har langtidsledigheten økt noe de siste årene.

Selv om deltagelse i arbeidslivet generelt ser ut til å ha en gunstig effekt på den enkeltes helse og velvære, har organisatoriske og psykososiale forhold på arbeidsplassen vist seg å ha betydning for utvikling av psykiske plager. Kombinasjon av høye krav i arbeidssituasjonen og liten opplevelse av kontroll øker risikoen for utvikling av psykiske helseproblemer, mens høye krav i arbeidssituasjonen alene ikke gir den samme virkningen. En ubalanse mellom opplevd innsats og belønning i arbeidssituasjonen har negativ effekt på helsen.

Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse viser at arbeidsmiljøet på norske arbeidsplasser er gjennomgående bra. Graden av arbeidsmiljøeksponering varierer med utdanningsnivå. En sammenlikning av levekårsundersøkelsene i 2006 og 2009 viser at det har skjedd små forandringer og at endringene går i positiv retning, det vil si mindre eksponering og mindre ulikhet. Det er imidlertid viktig å være klar over at utenlandsk arbeidskraft ikke fanges opp i levekårsundersøkelsene, og disse befinner seg oftere i yrker som tradisjonelt er å anse som belastende.

Ensomhet og sosial isolasjon

Det er en sammenheng mellom opplevelse av ensomhet og helse. I levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå fra 2002 går det fram at om lag to prosent av den voksne befolkningen, anslagsvis 70 000 personer, oppgir at de ikke har noen å snakke fortrolig med, og like mange sier at de ikke har noen som står dem så nær at de kan regnes med ved personlige problemer. Langt flere, opptil 25 prosent, oppgir at de tidvis er plaget av ensomhet, framfor alt enslige som har mistet ektefellen gjennom skilsmisse eller dødsfall. Ensomhet er mest utbredt i de eldste aldersgruppene, og blant yngre mennesker i alderen 18 til 29 år. I studien om aldring, livsløp og kjønn framgår at for eldre skyldes ensomheten i stor grad ytre forhold som tap av ektefelle og dårlig helse, mens yngre mennesker forklarer ensomhet med svak selvfølelse.⁶ Mobbing, sosial utstøting og ensom-

⁶ Statistisk sentralbyrå og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring sin studie av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) er en undersøkelse av hvordan livet arter seg i ulike faser.

Boks 2.3 En tryggere barndom

Samfunnsendringene i de siste hundre årene har hatt store og positive konsekvenser for barnas oppvekstforhold og levekår. Velstandsøkning og færre barn har skapt nye rammer for familielivet. Selv om det fremdeles finnes barn og unge som vokser opp i vanskelige kår, er den direkte materielle nøden nærmest borte og helsen sterkt forbedret. Helhetsbildet er en langt tryggere barndom.

Familiemønstrene er endret. Kjernefamilien er satt under press gjennom økt antall skilsmisser. Etter 1980 har samboerforholdene for alvor satt preg på familielivet. Av barna som ble født i 2008 hadde 44 prosent gifte foreldre, 44 prosent hadde samboende foreldre og 12 prosent bodde sammen med enslig mor. Samlivsbrudd fører ofte til nye barnekull, nye slektskapsformer og familiekonstellasjoner. Nye familiestrukturer gjør at en familie ikke er en like tydelig avgrenset enhet som tidligere. Fremdeles er det likevel slik at flertallet av barn og unge lever sammen med begge sine biologiske foreldre.

Til tross for at familieinstitusjonen ikke er like stabil som tidligere, betyr ikke det at barn mottar mindre omsorg og sosial støtte. De fleste unge har et tett, nært og tillitsfullt forhold til foreldre. Familien er preget av samhold og hjelp. Et mindretall ønsker seg mer tid og oppmerksomhet fra foreldrene.

Barn og unges hverdag er i sterk grad preget av skolen. Gjennom skolen får de unge testet muligheter, forutsetninger, interesser og begrensninger. De fleste elevene opplever positiv bekreftelse på egne evner. Flere trives på skolen og skulking er redusert. Men det er også en del som erfarer at de ikke mestrer og blir konfrontert med egen utilstrekkelighet. Selv om skolen tar mye tid, er det mye som tyder på at barn og unge, i likhet med resten av befolkningen, har mer tid til fri disposisjon enn tidligere. Mye av ungdomstiden leveres i et virtuelt fellesskap med bruk av sosiale medier, chatting og dataspill.

Ungdata, se <http://www.ungdata.no/id/22414>.

befolkningen som verken er gift, samboende eller har en fortrolig venn, er redusert fra åtte prosent i 1980 til fire prosent i 2002. Undersøkelser av sosiale kontaktmønstre viser at det er en liten økning i personer som har liten kontakt med familien, derimot er det flere som oppgir å ha en fortrolig venn utenfor familien. Samværsformene er også under endring. Det er mindre vanlig med besøk, men mer vanlig å treffes ute, og mer kontakt gjennom bruk av mobiltelefon og elektronisk kommunikasjon. Nabokontakt betyr stadig mindre som kilde til sosialt fellesskap.

Vold i nære relasjoner

I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2007 svarer rundt fem prosent at de har vært utsatt for vold eller trusler om vold det siste året. Dette gjelder vold generelt, og denne andelen har vært stabil de siste 25 årene. Generelt synes kvinner og menn å ha omtrent like stor risiko for å bli ofre. For begge kjønn er det de yngste som oftest oppgir at de har vært utsatt for vold eller trusler om vold. Kvinner opplever i større grad å bli utsatt for vold i nære relasjoner og i nærmiljøet enn menn. Menn blir i større grad enn kvinner utsatt for vold på kveldstid og i helgene, fra helt eller delvis ukjente voldsutøvere, og ute på offentlige steder.

De helsemessige konsekvensene av vold i nære relasjoner kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Seksuelle overgrep, fysisk mishandling og omsorgssvikt har større betydning for psykisk helse enn andre belastende hendelser.

Vold i hjemmet gir barn risiko for alvorlige psykiske og atferdsmessige problemer. Vold i nære relasjoner påvirker barns oppvekstvilkår, ikke bare på grunn av de skadelige virkningene av volden i seg selv, men også fordi volden kan påvirke en forelders mulighet til å gi tilstrekkelig omsorg til barnet og til å være en god forelder.

Kvinner som har vært utsatt for fysisk vold eller seksuelt misbruk har oftere helseproblemer enn andre kvinner. Dette gjelder både fysisk helse, psykologisk velvære og helserelatert risikoatferd som røyking, mangel på fysisk aktivitet og rusproblemer. Kvinner som har opplevd vold har en høyere forekomst av en rekke somatiske sykdommer enn andre kvinner. Kvinner som har vært utsatt for vold har også økt risiko for å utvikle angst, fobier og depresjoner. Samtidig øker risikoen for selvmordsforsøk.

Omfanget av psykologiske og fysiske symptomer er direkte relatert til hvor alvorlig volden har

het blant unge kan føre til depresjon, angst og psykiske plager.

Lite tyder på at sosial isolasjon har blitt mer utbredt i det norske samfunnet. Andelen av

vært, relatert til type vold og antall episoder. Nærheten i relasjonen mellom offer og overgriper har også betydning. Risikoen for å utsettes for andre negative livsopplevelser, uhell, skader og ulike typer kriminalitet er større hos voldsutsatte enn hos andre.

2.2.2 Miljøfaktorer

I følge Verdens helseorganisasjon er dårlig fysisk, kjemisk og biologisk miljøkvalitet i Norge direkte årsak til 14 prosent av sykdom som kan forebygges. Ut i fra Verdens helseorganisasjons beregninger vil dette utgjøre 73 000 tapte leveår i god helse (Dalys) og 7500 dødsfall per år. Sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og allergiske lidelser blir enten utløst av eller forverret av påvirkninger fra miljøet.

Dette er sykdommer som påfører den enkelte og samfunnet store byrder. Det er spesielt viktig å være oppmerksom på miljøeksponering som skjer under kritiske perioder i svangerskapet eller i tidlig barndom.

Klima kan påvirke befolkningens helse direkte ved ulykker og økt dødelighet som følge av flom og skred eller hetebølger. Spesielt i den eldre delen av befolkningen er det økt dødelighet under hetebølger og kuldeepisoder. Det gjelder også mindre ekstreme utendørstemperaturendringer. Ekstremklima vil i tillegg kunne ha helsekonsekvenser på mer indirekte måter. Et slikt eksempel er at drikkevannskilder kan bli utsatt for mer forurensning som følge av ekstremnedbør og økt avrenning fra nedbørsfelt, og større risiko for utbrudd av vannbårne sykdommer. Økt nedbør vil også kunne gi større belastning på vann- og avløpsnettet som igjen kan øke risikoen for vannbårne sykdommer. Å beregne klimaets betydning for mengden eller størrelsen av mulige helseeffekter er vanskelig.

En hovedkilde til lokal forurensning er trafikk, men også utslipp fra industri og oppvarming, samt forurensning transportert langveisfra, kan gi betydelige bidrag. Både lave gjennomsnittsnivåer og episoder med høy luftforurensning kan ha helsemessig betydning for mottakelige grupper i befolkningen. Ved de nivåer som forekommer i en rekke større byer og tettsteder er det funnet sammenhenger med økt sykkelighet og dødelighet. Det er spesielt luftveissykdommer og hjerte- og karlidelser som øker med økende mengde luftforurensning. De viktigste komponentene når det gjelder helseeffekter synes å være svevestøv, nitrogendioksid og ozon. Grenseverdiene myndighetene har satt for lokal luftforurensning overskri-

Boks 2.4 Drikkevann

I Norge får om lag 90 prosent av befolkningen drikkevann fra overflatevann som tjern, innsjø eller elv, og ti prosent fra grunnvann. Drikkevannet er hygienisk tilfredsstillende. Utgangspunktet for å forsyne befolkningen med drikkevann er godt. Om lag fem prosent av landet er dekket av vann og vi har vann nok til å kunne forsyne fem milliarder mennesker. Hoveddelen av befolkningen er tilknyttet godkjenningspliktige vannforsyningssystemer som i hovedsak har god kvalitet. Vi har imidlertid noen utfordringer:

- Enkelte mindre vannverk som er tilknyttet godkjenningspliktige vannforsyningssystemer, har utilfredsstillende vannbehandling.
- Omlag 12 prosent av befolkningen får vann fra små vannverk hvor vannkvalitet og forsyningssikkerhet er ukjent for sentrale myndigheter.
- Norge er et av de landene i Europa, inklusiv Øst-Europa, som har størst lekkasje fra ledningsnettet. Noen steder er lekkasjen fra ledningsnettet opp mot 40 til 50 prosent.
- Omlag 25 prosent av ledningsnettet har rør som allerede anses å være foreldet og med dagens fornyingstakt på om lag 0,5 prosent, vil foreldelsen av nettet øke.

Det norske drikkevannet har lav pH og relativt lave konsentrasjoner av magnesium og kalsium. Dette har konsekvenser for befolkningens beinholdning og gir økt risiko for hoftebrudd. Se omtale av tiltak i kapittel 3.

des hver vinter i flere av de store byene. En gjensidig påvirkning mellom klima, luftforurensning og bruk av nye typer drivstoff vil kunne få helsemessige konsekvenser som vi ikke kan forutse i dag.

Støy kan gi fysiologiske forandringer som er typisk for psykisk stress, og kan redusere søvnkvaliteten og føre til hørselsskader. Sammen med andre stressfaktorer kan støy forårsake både muskelsmerter, forhøyet blodtrykk og hjertesykdom. Støy fra trafikk er blant de miljøpåvirkningene som plager flest mennesker i Norge. Bortimot 1,5 millioner nordmenn er utsatt for et støynivå utenfor boligen som overskrider det anbefalte gjennomsnittsnivået på 55 dB, og om lag 200 000 opplever søvnforstyrrelser som følge av støy. Det er laget en ny rapport om nattestøy og søvnforstyr-

relser som skal bidra til å lage mål med tanke på å redusere helsebelastningen.

I tillegg til at støy gir hørselsskader, gir det søvnmangel som på kort sikt fører til søvnighet, nedsatt prestasjonsevne og økt risiko for ulykker, og søvnmangel over tid kan bidra til utvikling av diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom.

Yrker som medfører hørselstap er mekanisk og verkstedsindustri, bygg og anlegg, tungtransport, sjøfart og fiske, skogbruk og barnehager. Årlig får Arbeidstilsynet om lag 2000 meldinger om arbeidstakere som har fått støyskadet hørselen sin. En svensk undersøkelse gjort av Universitetet i Lund konstaterte hørselsnedsettelse hos en fjerdedel av 380 undersøkte barnehageansatte.

Dårlig inneklima kan føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og tretthet, men kan også forverre astma og luftveisallergi. Blant mulige risikofaktorer finner vi fuktproblemer og muggsopp, passiv røyking, svevestøv, avgassing fra byggematerialer, møbler og husholdningsprodukter. Forholdene blir ofte forverret av mangelfull ventilasjon, trekk og ugunstige temperatur- og lysforhold. Det er beregnet at om lag 10 til 20 prosent av norske boliger har fuktskader. Det ser ut til å være en samvariasjon mellom fuktproblemer og muggsoppforekomst innendørs og risiko for luftveissykdom og allergi i befolkningen.

De negative helsekonsekvensene av passiv røyking er nå langt bedre dokumentert enn tidligere. Passiv røyking er skadelig gjennom hele livsløpet, men særlig for fostre og små barn. Statens institutt for rusmiddelforskning estimerte i 2010 at om lag 100 000 barn under 13 år daglig utsettes for passiv røyking i hjemmet.

Radon og tobakksrøyk kan forårsake lungekreft og kreft i enkelte andre organer. Radon er den nest viktigste årsaken til lungekreft etter aktiv røyking. Det er anslått at 27 prosent av befolkningen er eksponert for høyere nivåer av radon enn tiltaksgrensen på 100 Bq/m³. Det er store geografiske forskjeller i radonforekomsten i boliger i Norge.

Mat er den viktigste kilden til en rekke helse-skadelige miljøforurensninger som tungmetaller og tungt nedbrytbare organiske miljøgifter. Når mat produseres og tilberedes kan det dannes stoffene som akrylamid, furan og polysykliske aromatiske hydrokarboner. Disse utgjør ikke noen akutt helserisiko men vil kunne være skadelige ved jevnlig inntak over lang tid. Uriktig bruk av medisiner til dyr og plantevernmidler kan også føre til restmengder som kan være helseskadelige over tid.

Det finnes et stort antall kjemikalier på markedet. I Norge finnes omlag 50 000 kjemiske produkter med om lag 8 000 til 10 000 ulike kjemikalier. Flere av disse kan føre til helseskader dersom mennesker eksponeres i tilstrekkelig grad. Imidlertid kommer forbrukere kun i kontakt med et fåtall av kjemikaliene.

Befolkningen kan eksponeres for fremmedstoffer og miljøgifter fra en rekke kilder og på en rekke ulike måter. Når mat produseres og tilberedes kan det for eksempel dannes stoffer som akrylamid, furan og polysykliske aromatiske hydrokarboner. Disse utgjør ikke noen akutt helserisiko men vil kunne være skadelige ved jevnlig inntak over lang tid. Uriktig bruk av medisiner til dyr og plantevernmidler kan også føre til restmengder som kan være helseskadelige over tid. Mattilsynet kartlegger forekomsten, utvikler regelverk og fører tilsyn på dette området.

Mengden av kjente miljøgifter som dioksiner og PCB i mat er på vei ned, men det er fortsatt nødvendig å følge med på nåværende og framtidig eksponering, og effektene de kan ha. De senere årene har også lett nedbrytbare miljøforurensninger blitt satt i sammenheng med uønskede helseeffekter. Som eksempel kan nevnes ftalater, bisfenol A og andre stoffer som finnes i en rekke forbruksvarer, som kosmetikk og kroppspfleieprodukter. Forbindelsene kan lekke ut fra produktene og føre til at vi kan utsettes for stoffene både gjennom mat, støv, vann, luft eller ved hudkontakt.

UV-stråling både fra soling og solarier er vist å ha sammenheng med hudkreft, en kreftform som er økende. En årsak til økningen i hudkrefttilfeller er endrede solingsvaner. Solkremer beskytter mot UV-stråler, men har begrenset effekt og stabilitet.

2.2.3 Levevaner

For hjerte- og karsykdommer, kreftsykdommer, diabetes type 2 og kroniske lungesykdommer er det fire risikofaktorer som er særlig viktige: usunt kosthold, fysisk inaktivitet, røyking og høyt alkoholinntak.

Fysisk aktivitet som tidligere var en naturlig del av arbeid og daglige gjøremål er sterkt redusert. Barn blir kjørt til skolen eller fritidsaktiviteter i stedet for å gå eller sykle, voksne kjører bil til butikken og tar heisen eller rulletrappen. Økning i trening og mosjon de siste tiårene kompenseres ikke for reduksjon i hverdagsaktivitet. Tilgjengelighet påvirker inntak av mat og drikke og i dag er det tilgang på mat nærmest hele døgnet på møteplasser, trafikkknutepunkter og arrangementer. Utviklingstrekk som urbanisering, hyppigere mål-

tider utenfor hjemmet og mindre tid til matlaging, kan bidra til at praktiske ferdigheter og kunnskap om råvarer og næringsstoffer blir dårligere. Til tross for stor nedgang i andelen røykere de siste årene er det fortsatt en betydelig andel som røyker daglig eller av og til. I tillegg har andelen unge som bruker snus økt kraftig det siste tiåret. Alkoholinntaket øker i den voksne befolkningen.

En rekke studier har påvist systematiske forskjeller i levevaner mellom sosiale grupper. Forskjellene kan bidra til å skape sosiale helseforskjeller og er samtidig et uttrykk for forskjeller i levekår og livsbetingelser. Det er størst sosiale forskjeller i røyking.

Tall fra undersøkelsen av helsevaner blant skoleelever fra 2009 viser at det også er sosiale forskjeller i levevaner blant ungdom. Studien viser imidlertid en positiv utvikling i levevaner fra 2005 til 2009. Ungdom lever sunnere, og de sosiale forskjellene ser ut til å ha blitt mindre. Det er for tidlig å si om dette er en reell endring eller om det er tilfeldige variasjoner.

Fysisk aktivitet og inaktivitet

Fysisk aktivitet og stillesitting har fram til nå blitt sett som to ytterpunkter av samme atferd. Det er godt kjent at fysisk aktivitet har en gunstig påvirkning på helsen og kan bidra til å påvirke livskvaliteten. Stillesitting kan imidlertid være en selvstendig risikofaktor. Lengre tidsperioder med inaktivitet eller stillesitting, uavhengig av annen fysisk aktivitet, kan være knyttet til fedme, diabetes, metabolsk syndrom, enkelte former for kreft, hjerte- og karsykdommer og tidlig død. For personer som er lite aktive vil selv en liten økning i aktivitetsnivået gi en betydelig helsegevinst i form av redusert sykdomsrisiko, bedre livskvalitet og økt funksjonsevne.

Det ser ut til å være en trend med økt trening og mosjon på fritid i deler av befolkningen. Treningen kompenserer imidlertid ikke for en tendens til økt stillesitting på skole, jobb, transport, foran TV, PC og mobil resten av uken. Det totale aktivitetsnivået i befolkningen har sunket over tid og viser negativ utvikling.

Det er gjennomført landsomfattende kartlegging av det fysiske aktivitetsnivået i Norge blant niåringer og 15-åringer i 2005/2006, voksne og eldre i 2008/2009 og seksåringer, niåringer og 15-åringer i 2011. Fysisk inaktivitet og stillesitting registrert med aktivitetsmåler viste at fra seksårsalderen øker inaktiv tid per dag i gjennomsnitt med 17 minutter for hvert år opp til femtenårsalderen. En sammenlikning av data fra 2005/2006

med data fra 2011 viser at tiden som brukes til stillesitting øker blant niåringer og 15-åringer. I kartleggingen av stillesitting blant voksne viser objektive mål at kvinner og menn i snitt er inaktive ni av de 14 timene aktivitetsmålerne har vært brukt. Kartleggingen i 2011 viser også at 87 prosent av seksårige jenter og 96 prosent av guttene oppfyller helsemyndighetens anbefalinger om minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Blant niåringene, der det er gjort målinger på to tidspunkt, har andelen som oppfyller anbefalingene gått ned med fem prosentpoeng fra kartleggingen i 2005/2006. 70 prosent av jentene og 86 prosent av guttene hadde et tilfredsstillende aktivitetsnivå i 2011. Tilsvarende tall blant 15-årige jenter og gutter er 43 prosent og 58 prosent med en nedgang på fem prosentpoeng blant jentene sammenliknet med 2005/2006. Andelen som er fysisk aktiv øker med økende sosioøkonomisk status og synker med økende alder. Kun 20 prosent av voksne og eldre oppfyller helsemyndighetens anbefalinger om minst 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Hovedutfordringen er å øke andelen som oppfyller anbefalingene til fysisk aktivitet og minske omfanget av stillesitting.

Kosthold

Det har over lang tid skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet. Forbruket av frukt og grønnsaker har økt og forbruket av sukker er betydelig redusert de siste tiårene. I tillegg er det positivt at innholdet av transfettsyrer i gjennomsnitt ligger stabilt på under én prosent av energinntaket. Den gunstige utviklingen som vi har sett i kostens innhold av mettede fettsyrer, har imidlertid stoppet opp og innholdet har økt igjen de senere årene.

Kostholdet inneholder fortsatt for mye mettet fett, sukker og salt, og for lite grove kornprodukter, frukt, grønnsaker og fisk. Det gjennomsnittlige saltinntaket er omtrent dobbelt så høyt som anbefalt. Over tre fjerdedeler av saltet kommer fra industriebearbeidede matvarer og mat på serveringssteder. Den tredje Norkost-undersøkelsen⁷, som ble gjennomført i 2010/2011 i et utvalg av personer mellom 18 og 70 år, viste at inntaket av næringsstoffer stort sett var som anbefalt, men at inntaket av mettet fett var for høyt og inntaket av fiber for lavt. Inntaket av vitamin D og folat var lavere enn anbefalt. Kun 14 prosent spiste anbefalt mengde grønnsaker, mens 37 prosent spiste anbe-

⁷ Norkost er en kostholdsundersøkelse i et landsrepresentativt utvalg av personer mellom 18 og 70 år.

falt mengde frukt. 26 prosent spiste anbefalt mengde grove kornprodukter og 22 prosent anbefalt mengde fet fisk. Undersøkelsen avdekket noen sosiale forskjeller i valg av matvarer og inntak av næringsstoffer. Deltakerne med lang utdanning hadde et sunnere kosthold enn deltakerne med kort utdanning.

Tall fra undersøkelsen av helsevaner blant ungdom i 2009 viser at andelen som oppgir at de spiser frukt og grønnsaker daglig har gått opp i alle sosiale lag siden 2005, både blant gutter og jenter, men de sosiale forskjellene er fortsatt store. Parallelt med dette er det en nedgang i andelen som sier at de drikker sukkerholdig brus og spiser godterier hver dag. Likevel var det i 2009 40 prosent av 16-årige gutter som drakk brus fem til seks dager i uken, mens det var 15 prosent blant 11-årige gutter. Jentene drikker mindre brus enn guttene. Andel som spiste søtsaker økte med økende alder og andel som spiste frukt og grønt sank med økende alder.

Tobakk

I Norge viser beregninger at røyking var ansvarlig for 16 prosent av alle dødsfall i befolkningen både i 1997 og i 2003, og for 13 prosent av alle dødsfall i 2009. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år dør av sykdommer som skyldes skadevirkninger av dette.

I 1973/1974 røykte i alt 52 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene daglig. Andelen menn som røyker daglig har sunket jevnt siden 1973. Blant kvinner har andelen sunket siden 2001. I 2012 røykte 16 prosent av den voksne befolkningen daglig. I tillegg røykte ti prosent av og til. Det var flest dagligrøykere i aldersgruppen 45 til 64 år, både blant menn og kvinner. I aldersgruppen 16 til 24 år var det en nedgang fra 11 prosent som røykte daglig i 2011 til sju prosent i 2012. I samme aldersgruppe var det 13 prosent av og til-røykere i 2012.

Det er flest dagligrøykere i Finnmark, mens Oslo, Nord-Trøndelag, Akershus, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag har lavest andel dagligrøykere.

Det er store sosiale forskjeller i røyking. Andelen dagligrøykere i gruppen med grunnskoleutdanning er mer enn tre ganger så høy som andelen i gruppen med universitets- og høyskoleutdanning. Forskjellene har økt de siste årene ettersom nedgangen i røyking er sterkest i gruppen med høyest utdanning.

Samtidig som røykingen går ned i befolkningen, øker snusbruken. Helsevirkningene av snus-

bruk er mindre enn av røyking på kort sikt, men det er relativt lite kunnskap om langtidsvirkningene. Snusbruken øker sterkest blant unge. En undersøkelse fra Universitetet i Bergen viser at det skjedde en kraftig økning i snusbruken både blant gutter og jenter mellom 2005 og 2009. I 2009 brukte 18 prosent av guttene og ni prosent av jentene i 15-årsalderen snus daglig eller av og til, mens åtte til ni prosent av ungdommene røykte daglig eller av og til. Tall fra Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet viser at blant unge voksne menn og kvinner (16 til 24 år) brukte henholdsvis 25 og 14 prosent snus daglig. I samme aldersgruppe brukte rundt ti prosent snus av og til. Snusbruken blant unge kvinner øker fortsatt, mens den ser ut til å ha stoppet opp blant unge menn.

Alkohol, andre rusmidler og doping

Gjentatt og høyt alkoholinntak øker risikoen for sykdommer som blant annet høyt blodtrykk, hjerneslag, enkelte former for kreft, leversykdom og psykiske lidelser. På grunn av virkningene på sentralnervesystemet økes risikoen for skader, ulykker og vold etter inntak av alkohol. Bruk av alkohol over tid øker også risikoen for utvikling av avhengighet.

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå var alkohol hovedårsak til 413 dødsfall og noe over 5000 sykehusinnleggelser i 2010. Andre rusmidler enn alkohol var kjent årsak til 248 dødsfall. Blant drepte bilførere i Norge i perioden 2001 til 2010 var 25 prosent påvirket av alkohol, mens 14 prosent var påvirket av narkotika. Misbruk av alkohol og narkotika påvirker også familien og andre i omgivelsene. Det er anslått at det er mellom 50 000 og 150 000 barn som lever med foreldre som har risikofylt alkoholkonsum.

Alkoholforbruket i den norske befolkningen har vært økende i etterkrigstiden. I perioden 2000 til 2011 økte alkoholforbruket i alle sosiale grupper. Forbruket økte med i gjennomsnitt 20 prosent. Økningen var størst fram til 2009 og har siden flatet noe ut. Salgstall viser at nordmenn i gjennomsnitt kjøpte vel én liter ren alkohol mer i 2011 enn i 2000. I 2011 kjøpte hver nordmann over 15 år i gjennomsnitt 6,6 liter ren alkohol. I tillegg kommer uregistrert forbruk fra grensehandel, smugling og hjemmeproduksjon. Det samlede alkoholforbruket, inkludert det uregistrerte, ble i 2010 anslått til å være i overkant av åtte liter ren alkohol per innbygger over 15 år, mot omlag 5,4 liter i 1995.

Mens alkoholforbruket øker noe i Norge, sees en nedgang i sør-europeiske land.

Økningen i det norske forbruket har vært størst hos kvinner og menn i aldersgruppen over 50 år. Fysiologiske endringer hos eldre fører til at promillen blir høyere gitt samme alkoholinntak som i yngre alder. Eldre personer bruker ofte legemidler, og kombinasjonen med alkohol kan ha uheldige bivirkninger og øke risikoen for ulykker.

I følge Statens institutt for rusmiddelforsknings landsdekkende ungdomsundersøkelser har omtrent 80 prosent av ungdommene i aldersgruppen 15 til 20 år drukket alkohol siste år, og det har ikke vært store endringer i perioden 1995–2008.

Andelen unge som har prøvd andre rusmidler enn alkohol økte fram mot år 2000, men har etter dette vært noe synkende. Andelen som har prøvd cannabis gikk ned fra 18,5 prosent i 2000 til 10,5 prosent i 2008. Samme trend ses også for andre rusmidler. Når det gjelder legemidler kan det for enkelte vanedannende legemiddelgrupper være vanskelig å skille misbruk fra medisinsk bruk. Beslagsstatistikk fra Kripos har vist at legemidler av typen benzodiazepiner (beroligende, angstdempende eller krampestillende) og opioider (sterke smertestillende, for eksempel morfin) i stor grad finnes på det illegale markedet i Norge.

Når det gjelder bilkjøring og bruk av forskrevne legemidler er det funnet en økt sannsynlighet for å bli involvert i en trafikkulykke de første en til to ukene etter at enkelte legemidler i reseptgruppe B er hentet ut fra apoteket. En slik økt risiko er funnet for angstdempende og søvnigivende benzodiazepiner, opiater, metadon og sovemidler. Også for zopiklon ble det funnet en økt risiko. Dette er det legemidlet i reseptgruppe B som de siste årene har vært mest forskrevet i Norge.

Bruk av doping er lite utbredt i befolkningen og derfor ikke et stort folkehelseproblem, men det kan være et stort problem i enkelte ungdomsmiljøer. Det er et sted mellom en til tre prosent av befolkningen som har erfaring med doping. Kunnskap fra Sverige tyder på at doping er mest utbredt i aldersgruppen 18 til 34 år og at sannsynligheten for å ha brukt dopingmidler er større i urbane strøk.

2.2.4 Helse- og omsorgstjenester

Helsen i befolkningen påvirkes først og fremst av forhold som ligger utenfor helsesektoren, men en velfungerende helsetjeneste er en viktig forutsetning for god folkehelse. Helsetjenester forebygger og behandler sykdom, lindrer lidelse og gjen-

oppretter god helse. Tilgang på gode helse- og omsorgstjenester er viktig for befolkningens trygghet og helse.

Det er vanskelig å anslå presist hvor mye av for eksempel økt forventet levealder som kan tilskrives helsetjenesten, men tjenesten bidrar både til å redusere for tidlig død og redusere sykkelighet og funksjonsnedsettelse. Likeverdige og rettferdig fordelte helsetjenester kan bidra til å utjevne de helseforskjellene som oppstår i samfunnet for øvrig. Dette forutsetter at tjenestene ytes etter behov og er universelt tilgjengelige, slik at de gruppene som er mest syke får mest hjelp. Vi har begrenset kunnskap om sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester, men det er gjennomført en del enkeltstudier som tyder på at særlig spesialisthelsetjenester kan være sosialt skjevfordelt. Vi mangler også indikatorer som kan fortelle oss om forskjellene øker eller blir mindre. Det betyr at vi ikke har kunnskap om eventuelle fordelingseffekter av de nye endringene og reformene i helsetjenesten.

Det er likevel grunn til å tro at det norske helssystemet med universell dekning og begrenset egenbetaling er viktig for å sikre tilgjengelighet for alle uavhengig av utdanning og inntekt. Eurostat samler inn tall som viser andelen av befolkningen som mener de har et udekket behov for helsetjenester fordi tjenesten er for dyr. Både i Norge og de øvrige nordiske landene er denne andelen godt under EU-gjennomsnittet. Dette tyder på at økonomi i mindre grad enn i andre land begrenser tilgjengeligheten til helsetjenestene.

Sårbare gruppers bruk av tjenester kan også være et mål på om helse- og omsorgstjenesten er tilgjengelig for alle sosiale grupper. Rusavhengige og personer med et samtidig rus- og psykisk helseproblem har spesielle helseutfordringer. Ved samtlige helseforetak tilbys tverrfaglig spesialisert behandling til denne målgruppen. Tall fra helseforetakene viser at ventetiden til denne typen behandling har gått ned de siste årene, og at de regionale forskjellene i ventetid er redusert.

Tannhelsetjenester er i mindre grad offentlig finansiert enn det øvrige helsetilbudet. Barn og ungdom og grupper med sykdommer eller i livsfaser som innebærer stor risiko for tannhelseproblemer får imidlertid tilbud om gratis tannhelsehjelp. Det er likevel noen utfordringer med å nå fram til disse gruppene. For eksempel får rusavhengige under kommunal rusomsorg normalt dekket tannhelsetjenester, mens de som er blitt rusfrie faller utenfor tilbudet. Om lag 15 000 psykisk utviklingshemmede over 18 år får i dag gratis

tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten. KOSTRA-statistikken til Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at tilbudet varierer mellom fylkene og at i underkant av 80 prosent ble undersøkt eller behandlet hvert år i perioden 2005 til 2011. Under en tredjedel av de som får hjemmesykepleie og som har rett til gratis tannhelsehjelp blir undersøkt og får behandling. En stor andel i voksenbefolkningen oppgir økonomi som den viktigste årsaken til at de ikke oppsøker tannlege.

Regjeringens handlingsplan for samiske språk påpeker at likeverdige helse- og omsorgstjenester

forutsetter at samiske pasienter blir møtt med kompetanse i samisk språk og kultur. Kunnskap om og kompetanse i samisk språk og kultur er avgjørende for å utvikle gode pasientforløp. Muligheten til å bruke eget språk er særlig avgjørende for et godt resultat på områder som rehabilitering, forebygging av kroniske sykdommer, læring og mestring, rusproblemer og psykisk helse. Det er behov for utdanning av samiske fagfolk og tilstrekkelig utbygd tolketjeneste. Den samiske befolkning skal bli møtt av fagpersonell som har kompetanse på samisk språk og kultur.

Kapittel

Figur 3.1

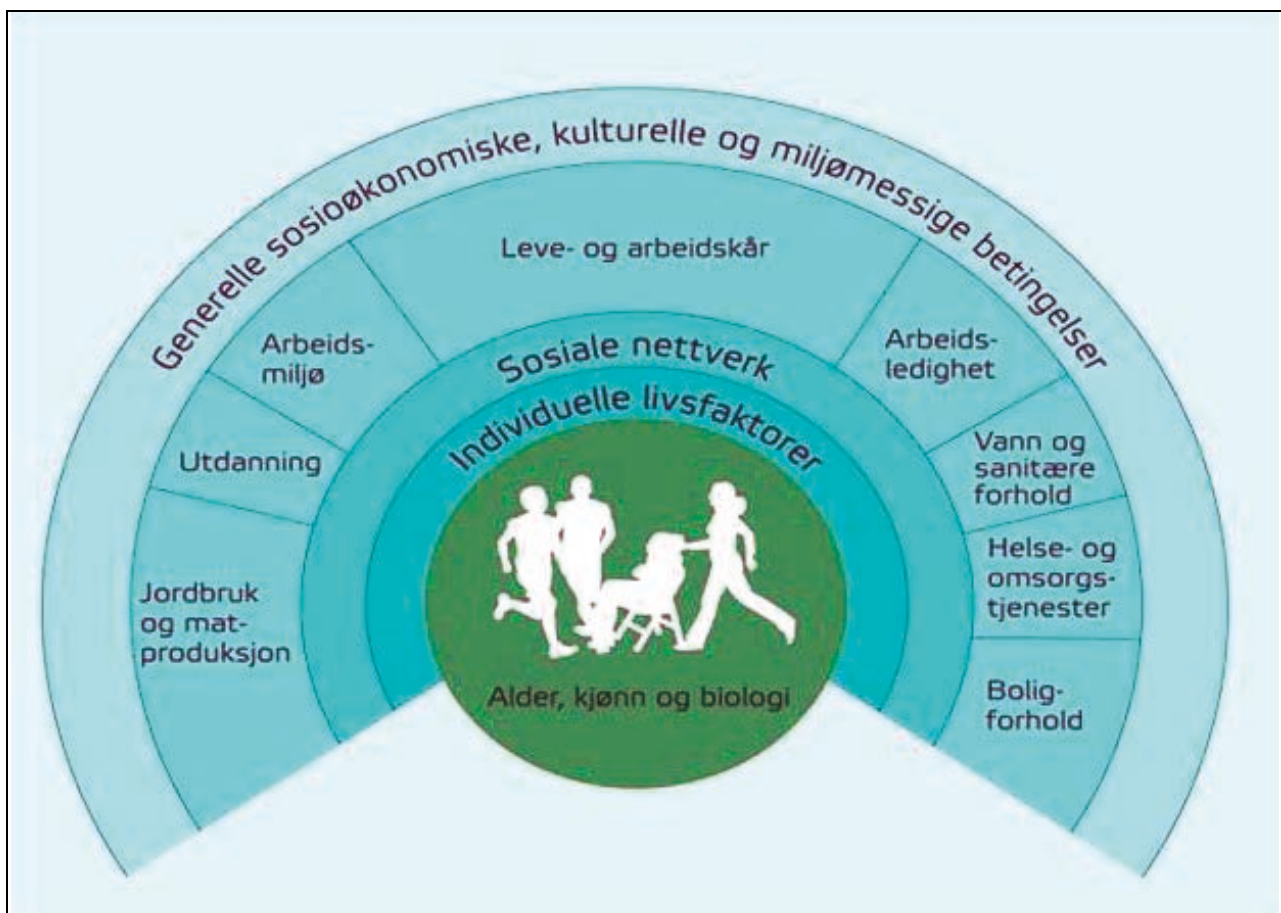
3 Et mer helsefremmende samfunn

Regjeringen vil bygge den nye folkehelsepolitikken på forutsetningen om å ivareta hensyn til befolkningens helse i all politikk og skape gode betingelser for å fremme helse og trivsel. Prinsippet om helse i alt vi gjør innebærer mer enn helsepolitikk, det dreier seg om å utvikle en helsevennlig politikk i alle sektorer.

Påvirkningsfaktorene for helse kan framstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Dette er illustrert i figur 3.1. Bakerst i årsakskjeden finner vi generelle samfunnsforhold, slik som økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styresett. Derneft finner vi levekår og

arbeidsforhold og sosiale forhold som sosial kapital, som nettverk og relasjoner. Nærmest finner vi individuelle levevaner og helseatferd som har en mer umiddelbar betydning for helsen, men som også er formet av forhold i samfunn og miljø.

Det er ikke slik at den samlede folkehelsesituasjonen i en kommune, et fylke eller i landet kun er summen av individuelle valg og genetiske forutsetninger. Det er store geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller. Samfunnsmessige forhold skaper disse forskjellene, som vi kan påvirke gjennom planlegging, forvaltning og tiltak. Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse henger nært sammen med vel-



Figur 3.2 Påvirkningsfaktorer for helse¹

¹ Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies

ferdsutviklingen og forskjeller i levekår og inntekt. Norge har et godt fungerende sivilsamfunn med høy aktivitet i frivillig arbeid, mangfoldig kulturliv og en befolkning som trives. Samfunnet er preget av tillit mellom innbyggere, myndigheter og demokratiske institusjoner.

Regjeringens politikk for å videreutvikle de universelle velferdsordningene er et av hovedsporene for å styrke sosiale fellesskap og inkludering. Dette er også anbefalingen i en rapport Verdens helseorganisasjon har utgitt om sosial eksklusjon. Den norske velferdsmodellen bidrar sterkt til at vi har et samfunn med høy yrkesdeltakelse. Det er god tilgang på gratis utdanning, det er lav arbeidsledighet, den sosiale sikkerheten er god og kulturopplevelser er tilgjengelig for de fleste. Likestilling og antidiskrimineringspolitikken bidrar til å fremme inkludering. Folkehelsepolitikken skal bygge videre på den norske velferdsmodellen med universelle ordninger for barnehager, utdanning og helsetjenester, på arbeidslinjen, en tilgjengelig kulturpolitikk og aktivt samarbeid med og støtte til frivillig sektor. Videre skal hensynet til befolkningens helse få større plass i kommunal- og regional utvikling, i næringspolitikken, steds- og nærmiljøarbeidet og i samferdselspolitikken. Helsetilstanden og hvordan helsen er fordelt i befolkningen bør få økt oppmerksomhet i planleggingen av et mer helsevennlig samfunn. For å forebygge livsstilssykdommer vil det være strategisk viktig å legge til rette for at sunne valg skal bli lettere tilgjengelig og begrense tilgjengeligheten til usunne produkter. Det skal spesielt legges til rette for tiltak overfor barn og unge.

3.1 Utjevning av levekår

Regjeringen har som mål at forskjellene i levekår skal være små. En jevnere inntektsfordeling og offentlig finansierte velferdstjenester som er tilgjengelige for alle, er god folkehelsepolitikk. Fordelingspolitikken har som et hovedmål å forebygge at barn lever i familier med dårlige levekår og lavinntekt.

Et rettferdig og solidarisk samfunn uten store forskjeller mellom grupper og generasjoner skaper gode vilkår for å fremme folkehelsen. Et samfunn preget av økonomisk likhet gir større frihet, likeverd og muligheter for den enkelte. Rettferdig fordeling og utjevning er derfor grunnleggende verdier for denne regjeringen. I regjeringsplattformen for 2009 til 2013 er det uttrykt slik:

«En sterk offentlig sektor har vært og er en forutsetning for utjevning og likeverdige vilkår for alle. For å redusere ulikheter i levekår vil regjeringen utjevne økonomiske og sosiale forskjeller og bekjempe fattigdom. Velferdssamfunnet bygger på universelle tilbud. Det er viktig for at marginalisering og ekskludering ikke skal gå i arv.»

Norge har mindre forskjeller i levekår enn de fleste andre land. Lavinntekt går også i mindre grad i arv. Forskjellene er små når vi ser på tilgang til økonomiske ressurser som inntekt og formue. Det samme gjelder når vi tar med andre forhold som påvirker levekår, for eksempel utdanning, helse, bolig og andre velferdsgoder.

Regjeringen vil videreføre den politikken for å utjevne levekår og sosiale forskjeller i helse som er nedfelt i Meld. St. 30 (2010–2011) Fordelingsmeldingen og St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

3.1.1 Redusere økonomiske forskjeller

Regjeringen vil fortsette arbeidet med å forhindre at vi får et samfunn med økende inntektsforskjeller og større skiller mellom folk. Det er en direkte sammenheng mellom økonomiske ressurser og helse, fordi privatøkonomien påvirker mulighetene til helsefremmende livsstil og forbruk. Det er grupper med lavest inntekt som vil ha størst helseeffekt av å få økt inntekt.

Det er også slik at samfunn med store inntektsforskjeller gjennom indirekte mekanismer kan produsere forskjeller i helse. Det å ha relativt sett svakere økonomi enn andre kan føre til ekskludering fra arenaer og aktiviteter. Slik sosial ekskludering kan bidra til stress som igjen gir dårligere helse. Barnefamilier som opplever langvarig sykdom og lav inntekt over tid, er særlig utsatt. Dette innebærer at inntektsutjevning vil kunne bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bedre gjennomsnittshelse.

Økte sosiale forskjeller kan svekke den generelle viljen i samfunnet til å slutte opp om kollektive velferdsordninger, som for eksempel en offentlig helsetjeneste og en offentlig fellesskole for alle. Manglende oppslutning om å bruke ressurser på slike velferdsordninger vil særlig ramme de med mindre sosiale og økonomiske ressurser. Dette kan igjen bidra til at både inntekts- og helseforskjeller opprettholdes og øker. Et samfunn preget av sosialt samhold og likeverd gir de beste rammene for enkeltmenneskers muligheter til å oppnå god helse.

Hovedstrategien i fordelingspolitikken er å bruke arbeids- og velferdspolitikken og utdanningspolitikken til å påvirke inntektsfordelingen over tid. Et godt tilgjengelig barnehagetilbud, en sterk offentlig fellesskole av høy kvalitet, gratis og desentralisert høyere utdanning og et godt studiefinansieringssystem bidrar til å utjevne sosiale forskjeller.

Arbeid er det viktigste virkemidlet for å motvirke fattigdom, utjevne sosiale forskjeller og oppnå likestilling mellom menn og kvinner. Arbeid er også nøkkelen til sosial inkludering og integrering av innvandrere. Arbeids- og velferdspolitikken skal bidra til et velfungerende arbeidsmarked med høy yrkesdeltakelse i alle deler av landet. Samarbeidet mellom staten, arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene om et organisert arbeidsliv er viktig for å fremme inntektsfordeling. Dette trepartssamarbeidet er sammen med gode trygdeordninger og et omfattende velferdstilbud hovedelementene i den norske velferdsmodellen.

Skattepolitikken er et viktig redskap for å skape rettferdig fordeling og økonomisk handlingsrom til å løse viktige fellesoppgaver. Skattesystemet skal sammen med systemet for inntektsoverføring bidra til omfordeling og jevnere fordeling av inntekt og formue.

Se også omtalen av en god start i livet og et helsevennlig arbeidsliv i kapittel 4 Helse gjennom hele livsløpet.

3.1.2 Grunnleggende økonomisk trygghet for alle

Regjeringen vil gjennom fordelingspolitikken bidra til å forhindre at noe som i utgangspunktet er et helseproblem, samtidig fører til utvikling av økonomiske problemer. Det gjelder spesielt i lavinnteksgruppene, der det kan oppstå negative spiraler av økonomiske problemer og helseproblemer.

Det er en utfordring å styrke arbeidsdeltakelsen til grupper med svak tilknytning til arbeidslivet og gi alle reelle muligheter til å delta i inntektsgivende arbeid. Arbeids- og velferdspolitikken skal også gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter i sammenheng med arbeidsledighet, midlertidig svikt i inntektsevnen, sykdom og uførhet. Ytelser til livsopphold for de som er avkåret fra å delta i arbeidslivet, må gi økonomisk trygghet og ikke føre til ekskludering fra deltakelse i samfunnet. Særlig viktig er det å gi barnefamilier en inntektssikring som gir mulighet til å leve et verdig liv, slik at fattig-

dom i så liten grad som mulig rammer barn, svekker omsorgsevnen til foresatte eller ekskluderer barn og familier fra sosiale fellesskap og bidrar til at sosiale problemer går i arv.

Gode inntektssikringsordninger har stor betydning for å utjevne økonomiske og sosiale forskjeller og bekjempe fattigdom. Samtidig er deltakelse i arbeidslivet det viktigste virkemidlet for utjevning. Sikringsordningene skal derfor så langt som mulig hindre at inntektsoverføringer for å redusere sosiale forskjeller ikke samtidig bidrar til lavere arbeidsdeltakelse og dermed til større forskjeller på lang sikt.

En betydelig andel av de som er mottakere av økonomisk sosialhjelp og bostøtte, har vedvarende lavinntekt. Andelen er særlig stor blant langtidsmottakere av stønader, og forekomsten av lavinntekt i disse gruppene har økt markert over tid. Statistisk sentralbyrå har i 2012 gjort en analyse av sosialhjelpsmottakeres levekår som viser at de har dårligere levekår og egenvurdert helse enn resten av befolkningen. Kvalifiseringsprogrammet skal bidra til å gi langtidsmottakere av sosialhjelp en bedre ytelse, kombinert med tiltak for å bedre tilknytningen til arbeidslivet.

Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om levekår for personer med utviklingshemming. Meldingen er en oppfølging av et stortingsvedtak om å gjennomføre en helhetlig utredning av levekårene for utviklingshemmede 20 år etter HVPU-reformen. Stortingsmeldingen skal beskrive levekår og livssituasjon for personer med utviklingshemming og bygge rammene for videre innsats. Bakgrunns materialet er en faktarapport som er utarbeidet av Barne- ungdoms- og familiedirektoratet i samarbeid med en rekke andre direktorater. Faktarapporten har dannet grunnlag for et notat som er sendt på høring. Det tas sikte på fremleggelse for Stortinget første halvår 2013.

Regjeringen vil i tillegg legge fram en stortingsmelding om likestilling mellom kjønnene i et livsløps-, etnisitets- og klasseperspektiv. Arbeidet med meldingen bygger på NOU 2011: 18 Struktur for likestilling og NOU 2012: 15 Politikk for likestilling. Stortingsmeldingen vil berøre en rekke forhold som har betydning for menn og kvinners livssituasjon. Det tas sikte på fremleggelse for Stortinget første halvår 2013.

3.1.3 En sosial boligpolitikk

Boligpolitikken er en integrert del av regjeringens brede velferdspolitik. Godt boligsosialt arbeid i kommunene skal forebygge at mennesker kommer i sosialt og økonomisk utføre. Regjeringens

visjon for boligpolitikken er at alle skal kunne bo godt og trygt. Bolig utgjør sammen med arbeid, helse og utdanning sentrale elementer i velferdssamfunnet. En god bolig er grunnlaget for en anstendig tilværelse og har stor betydning for helse og for deltakelse i arbeidslivet.

Bolig er spesielt viktig for barn, for personer med nedsatt funksjonsevne, rusmiddelproblemer eller helseproblemer og for personer med svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Den sosiale boligpolitikken er innrettet for å bedre boforholdene for personer og husstander med svak økonomi og særskilte boligbehov. Sentrale virkemidler er lån, tilskudd og bostøtte. Bostøtte skal sikre husstander med lave inntekter og høye boliggifter en egnet bolig.

Startlån skal gjøre det enklere for unge og vanskeligstilte å komme inn på boligmarkedet. Det gis tilskudd til etablering i egen bolig, bistand til å skaffe egnet bolig for vanskeligstilte på boligmarkedet og tilskudd til tilpasning av bolig for eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Alle kommuner kan søke om midler til tilpasningstilskudd. Tilskuddet tildeles enkeltpersoner etter en streng økonomisk behovsprøving.

Virkemidlene forvaltes av Husbanken og kommunene. I tillegg forvalter Husbanken et kompetansetilskudd. Kompetansetilskuddet skal bidra til å heve kunnskapen og kompetansen på det boligsosiale og bygningspolitiske området. Regjeringen har lagt fram Meld. St. 17 (2012–2013) Bygge – bu – leve. Stortingsmeldingen skal bidra til å gjøre byggeprosessen enklere og raskere og til å skaffe en god og trygg bolig til de som har varige problemer med å skaffe egen bolig. Stortingsmeldingen er en oppfølging av NOU 2011: 15 Rom for alle.

3.1.4 Fremme tilknytning til arbeidslivet

Et mer inkluderende arbeidsliv er grunnleggende i regjeringens politikk for sosial utjevning. For den enkelte er arbeid en kilde til inntekt, selvrespekt og selvrealisering. Høy sysselsetting er samtidig en forutsetning for å sikre en bærekraftig velferdsstat, redusere sosiale forskjeller, forebygge fattigdom og oppnå likestilling. Tiltak for å fremme tilknytning til arbeidslivet kan ha stor effekt på den enkeltes mestring og helse.

Enkelte vil trenge spesiell oppfølging for å komme i arbeid eller for å forebygge at de faller varig ut av arbeidslivet. Det gjelder for eksempel innvandrere som mangler nødvendige kvalifikasjoner, personer med nedsatt funksjonsevne, unge med psykiske problemer og personer med ruspro-

blemer. Flere programmer har vist at det er mulig å legge til rette for at disse i større grad kan inkluderes i arbeidslivet.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at sysselsettingsandelen til personer med funksjonshemming er lite endret de siste årene. Regjeringen har styrket innsatsen for at flere med redusert funksjonsevne skal komme i arbeid gjennom en jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv har også et delmål om å øke sysselsettingen blant personer med nedsatt funksjonsevne. Jobbstrategien er utarbeidet i nært samarbeid med partene i arbeidslivet og funksjonshemmedes organisasjoner. Strategien retter seg særlig mot unge under 30 år med nedsatt funksjonsevne. Det er innenfor denne aldersgruppen at økningen i tallet på stønadsmottakere er størst. Overgangen mellom skole og arbeid er høyt prioritert i strategien.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne kan møte store utfordringer når de skal ut i arbeidslivet. Tiltakene som er lansert i jobbstrategien, er direkte rettet mot å redusere identifiserte barrierer. Det er innført forsøk med tilretteleggingstilskudd for arbeidssøkere med nedsatt arbeidssevne, utvidelse av forsøk med funksjonsassistanse i arbeidslivet, økt bruk av mentorer og styrking av personellressurser i Arbeids- og velferdsetaten. Nært samarbeid med private og offentlige virksomheter er avgjørende for å lykkes med jobbstrategien. Gjennomføringen av strategien er et felles anliggende for partene i arbeidslivet, funksjonshemmedes organisasjoner, virksomhetene, arbeidsgiverne, Arbeids- og velferdsetaten og andre offentlige tjenesteytere og for den enkelte arbeidssøker med nedsatt funksjonsevne.

Satsingen på arbeid og psykisk helse har som mål at flere som har psykiske helseproblemer og rusproblemer, skal få hjelp til å komme i lønnet arbeid eller aktivitet eller få hjelp til å mestre den jobben de allerede har. Et hovedmål er å hindre at flere ungdommer med psykiske helseproblemer og rusproblemer faller ut av utdanning eller arbeidsliv. Samarbeid med arbeidsgiverne står sentralt. Strategiplanen for arbeid og psykisk helse (2007–2012) videreføres som en del av Arbeids- og velferdsetatens ordinære innsats fra og med 2013. Helse- og omsorgsdepartementets tiltak i strategiplanen er også videreført. For å opprettholde og videreutvikle satsingen vil Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet i samarbeid med Kunnskapsdepartementet utarbeide en treårig oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse som skal legges fram våren 2013. Tiltakene i oppfølgingsplanen for arbeid og psy-

kisk helse må ses i sammenheng med avtalen om inkluderende arbeidsliv, jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne og Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.

Personer med rusproblemer faller i stor grad utenfor eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet. For å styrke tilknytningen til arbeidslivet gjennomfører Arbeids- og velferdsetaten arbeidsrettede tiltak for personer som gjennomgår legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre er både kvalifiseringsprogrammet for utsatte grupper og tilbakeføringsgarantien for innsatte i fengsler relevant for å få personer med rusproblemer i arbeid. Personer med rusproblemer som soner straff, skal få oppfølging og hjelp til å komme i arbeid etter endt soning. Se nærmere omtale i stortingsmeldingen om en helhetlig rusmiddelpolitikk.

En vellykket fordelingspolitikk skal også forhindre at personer med innvandrerbakgrunn har vesentlig dårligere levekår enn resten av befolkningen. Selv om det er betydelige forskjeller mellom de ulike innvandrergruppene, har innvandrere i gjennomsnitt lavere sysselsetting og høyere arbeidsledighet enn befolkningen for øvrig. Flere står også utenfor arbeidsstyrken. Kvinner fra enkelte land har særlig lav sysselsetting. Innvandrere har lavere inntekter enn resten av befolkningen og en større andel med vedvarende lavinntekt. Tilknytning til arbeidsmarkedet bidrar til integrering og er en av de viktigste veiene ut av lavinntekt og fattigdom. Arbeid og økonomisk selvstendighet for kvinner er avgjørende for økt likestilling mellom kjønnene og større økonomisk og sosial likhet.

I Meld. St. 6 (2012–2013) om en helhetlig integreringspolitikk omtales regjeringens arbeid for å øke sysselsettingen blant innvandrere. Den grunnleggende kvalifiseringen for nyankomne skal styrkes og innvandreres kompetanse skal utnyttes bedre. Meldingen varsler en mer helhetlig innsats for å øke rekrutteringen av innvandrere til arbeidslivet, tilrettelegging for at innvandrere etablerer bedrifter og bedre godkjenningsordninger for kompetanse fra utlandet. Det skal legges vekt på å forebygge diskriminering, dårlige arbeidsforhold og sosial dumping.

Opplæring i norsk og samfunnskunnskap og introduksjonsprogram for voksne innvandrere er sentrale kvalifiseringstiltak. Norsk kunnskaper er viktig for tilgang til arbeid, for gode arbeidsvilkår, stabil arbeidstilknytning og mobilitet på arbeidsmarkedet. Det er kommunenes ansvar å tilby opplæringen. Introduksjonsprogrammet har som mål å styrke mulighetene for deltakelse i arbeids-

samfunnsliv og for økonomisk selvstendighet for nyankomne flyktninger og deres familie. Introduksjonsprogrammet reguleres av introduksjonsloven og skal tilby kvalifisering på full tid i inntil to år, eller tre år når særlige grunner taler for det. Kvalifiseringen skal inneholde opplæring i norsk og samfunnskunnskap og tiltak som forbereder for arbeid eller utdanning. Introduksjonsprogrammet skal tilpasses den enkelte ut fra forutsetninger, kvalifiseringsbehov og mål.

Det er et mål at nyankomne innvandrere skal kunne delta i arbeidslivet og i størst mulig grad bli økonomisk selvstendige. Arbeids- og velferdsetaten har en rekke virkemidler som skal brukes for å bistå den enkelte med å få og beholde arbeid, og arbeidsmarkedstiltakene skal tilpasses individuelle behov. For mange innvandrere vil en kombinasjon av opplæring og arbeidstrening være hensiktsmessig for å styrke mulighetene på arbeidsmarkedet.

Jobbsjansen innføres som en permanent ordning fra sommeren 2013. Målet er å øke sysselsettingen blant innvandrere, særlig kvinner, som står langt fra arbeidslivet. Jobbsjansen retter seg mot innvandrere som har behov for kvalifisering, og som ikke omfattes av andre ordninger. Hjemmeværende kvinner som blir forsørget av ektefelle eller andre i familien, og som ikke mottar sosialhjelp, er en prioritert målgruppe. Tiltak for å inkludere kvinner i arbeidsmarkedet er særlig viktig for å øke sysselsetting og bedre levekår i innvandrerbefolkningen. Regjeringen vil i 2013 legge fram en handlingsplan for bedre bruk av innvandreres kompetanse i arbeidslivet.

Mange innvandrere vil ha rett til å delta i kvalifiseringsprogrammet som tilbys av Nav-kontorene. Deltakere i dette programmet har vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og ingen eller svært begrensede rettigheter etter trygdelovgivningen. Årsakene til at arbeids- og inntektsevnen er nedsatt er uten betydning for deltakelse i programmet og vil gjerne være sammensatte. Programmet skal inneholde kvalifiserende tiltak som skal lette tilgangen til arbeidsmarkedet. For å sikre en rask og varig tilknytning til arbeidslivet er det viktig at tiltakene er tilpasset den enkelte deltakers kvalifiseringsbehov.

3.2 Sosial støtte og inkludering

Regjeringen vil legge mer vekt på betydningen av sosial kapital, sosial støtte og medvirkning i folkehelsearbeidet.

Boks 3.1 Sosial støtte og sosial kapital

Sosialt nettverk består av formelle og uformelle relasjoner og gir mulighet for sosial støtte. Sosiale nettverk utøver også sosial kontroll, det vil si at de formidler normer og verdier som kan ha betydning, for eksempel for levevaner.

Sosial støtte kan forklares som summen av støtte og hjelp vi får gjennom relasjoner til andre mennesker. Det kan være omsorg, trøst og konstruktive tilbakemeldinger, eller støtte av mer praktisk art, for eksempel økonomisk bistand, hjelp, informasjon og råd. Sosial støtte virker som en buffer mot belastninger i livet, fordi det styrker mestringsevnen.

Begrepet *sosial kapital* brukes på forskjellige måter. Det kan forstås som en egenskap ved individene og en egenskap ved samfunnet. Begrepet belyser at sosiale relasjoner utgjør en ressurs som kan ha betydning for helsen. Men sosial kapital er noe mer enn den enkeltes sosiale relasjoner gjennom livsløpet. En vanlig definisjon er at sosial kapital består av nettverk og tillit mellom mennesker. Tillit mellom mennesker kan gjelde tillit i personlige relasjoner, tillit til staten eller tillit til «folk flest».

Sosial støtte og medvirkning har betydning for evnen til å takle livsbelastninger. Opplevelsen av sosial støtte bidrar til helse og livskvalitet. Ensomhet, utenforskap og opplevelse av manglende sosial støtte har betydelige negative konsekvenser for helsen. Sosial støtte og sosiale nettverk påvirkes av forhold gjennom livsløpet i hjemmet, nærmiljø, skolen, arbeidslivet og fritiden. Både psykiske og fysiske helseproblemer kan forebygges bedre gjennom å styrke helsefremmende faktorer som sosial støtte, deltakelse, mestring og gode oppvekst- og lokalmiljøer. Det skal legges mer vekt på å forebygge ensomhet og isolasjon i folkehelsearbeidet. Flere enkeltmennesker skal oppleve å være en del av fellesskapet og få støtte til å håndtere hverdagslivets utfordringer.

Det må bygges videre på den sosiale kapitalen i det norske samfunnet og forankre perspektivet bedre i folkehelsepolitikken. Gode universelle velferdsordninger supplert av målrettede tiltak er hovedsporet i politikken for å fremme sosial støtte og inkludering. Men oppgaven kan ikke alene ivaretas gjennom politiske vedtak og offentlige tje-

nester. Dette er en oppgave for det brede fellesskapet. Det er nødvendig å mobilisere aktører på tvers av samfunnssektorer for å lykkes enda bedre med sosial inkludering og medvirkning i nærmiljø- og lokalsamfunn. Regjeringen vil invitere frivillige organisasjoner til ytterligere engasjement for å styrke sosial inkludering. Temaet skal settes på dagsorden i dialogen med kommunesektoren og andre samarbeidspartnere.

3.2.1 Betydning for helse og livskvalitet

Den sosial kapitalen i samfunnet kan bidra til livskvalitet, trygghet og demokrati. Det er relasjonene mellom individene som gir grunnlag for sosial kapital på samfunnsnivå. Samtidig henger sosial kapital sammen med samfunnsforhold som rettferdig fordeling, gode velferdsordninger, like muligheter, rettssikkerhet og pålitelige systemer. Slike forhold påvirker muligheten til å bygge nettverk og tilliten til andre mennesker og til systemene i samfunnet.

Sosial kapital er en ressurs for samfunnet fordi den bidrar til at enkeltindivider kan handle i tråd med fellesskapets interesser. For eksempel vil tillit til at staten omfordeler ressursene i samfunnet på en god måte, gi større vilje til å betale skatt. På samme måte vil tillit til at andre følger trafikkreglene, gi større tilbøyelighet til selv å følge reglene.

I Norge uttrykker innbyggerne i stor grad tillit til andre mennesker og til myndigheter, men tilliten er ikke likt fordelt.¹ Grad av tillit henger sammen med sosiale forskjeller. Sosialhjelpsmottaker, arbeidsledige og personer med kort utdanning har minst tillit. Opplevelsen av å være diskriminert kan også svekke tilliten til samfunnet. Den norske befolkningen har brede formelle og uformelle nettverk, og nettverkene har et reelt innhold. Mennesker som står utenfor arbeidslivet eller har kort utdanning, har mindre tilgang på hjelp fra slike nettverk enn de som er yrkesaktive og de med høyere utdanning.²

Sammenhengen mellom organisasjonsdeltakelse og sosial kapital er sterk på samfunnsnivå, men vanskeligere å dokumentere på individnivå. Frivillige organisasjoner har betydning for den sosiale kapitalen i samfunnet. Organisasjonene kan forstås som en infrastruktur for det sivile samfunnet, som interesser og synspunkter kan fremmes gjennom. Frivillige organisasjoner er eksempler på

¹ Wollebæk, D. og Seggaard, S. B. 2011. Sosial kapital i Norge.

² Vrålstad (2012) Deltakelse i organisasjoner og politisk virksomhet – Mer aktive med tillit til hverandre.

Boks 3.2 Selvhjelp Norge

Selvhjelp bygger på en erkjennelse av at alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiveres, gjenerobres og mobiliseres når livsproblemer oppstår. Selvhjelpsarbeid er å ta disse ressursene i bruk for å oppnå økt mestring; smertefulle og vonde erfaringer representerer viktig kunnskap om eget liv og hverdag.

Selvhjelp Norge ble etablert i 2006 som en følge av iverksetting av Nasjonal plan for selvhjelp og er finansiert over statsbudsjettet. Hovedkontoret er i Oslo, med syv distriktskontorer landet rundt. Virksomheten drives på oppdrag fra Helsedirektoratet. Selvhjelp Norge har følgende oppgaver:

- Å være et informasjonspunkt for selvhjelp i sitt dekningsområde.
- Å være en pådriver for utvikling av selvhjelpsarbeidet i samarbeid med lokale aktører og gjennom dette bygge nettverk.
- Å være en faglig ressurs i sitt dekningsområde, blant annet ved å holde foredrag, informasjonsmøter og fagdager.
- Å drive lokal igangsettertrening og etablere nettverk for igangsettere.
- Å samarbeide med lokale møteplasser for selvhjelp etter hvert som disse etableres.
- Å sette i gang grupper i samarbeid med lokale aktører i det området/lokalsamfunnet kontoret er etablert.

at samarbeid for felles sak er rasjonelt og gir resultater.

Det bør legges til rette for en samfunnsutvikling som gir like muligheter for deltakelse og medvirkning. Målet for et helsefremmende samfunn er å forebygge at mennesker havner i sårbare situasjoner. Det skal derfor legges vekt på å bevare og utvikle en velferdsstat og et velferds-samfunn som bidrar til å fremme sosial inkludering og skape tillit i hele befolkningen. Tiltak rettet mot sårbare grupper vil være et supplement til denne tilnærmingen.

3.2.2 Deltakelse og medvirkning

Demokratiske samfunn som legger til rette for medvirkning og deltakelse, er kjennetegnet av høy grad av sosial tillit og sosial kapital. Et levende demokrati med bred deltakelse er et

Boks 3.3 Besøktstjenesten i Røde Kors

Tjenesten er en av Røde kors' kjerneaktiviteter på omsorgsfeltet og har mer enn 6000 frivillige besøksvenner.

Besøksvennene går på besøk hjem eller på institusjon til eldre og ensomme. I tillegg driver tjenesten et mangfold av aktiviteter som møteplasser, trillegrupper, turgrupper, besøkshund og sittedans.

Besøktstjenesten samarbeider ofte med frivilligsentraler og kommunale helse- og omsorgstjenester om tilbud rettet mot eldre. I 2012 hadde besøktstjenesten aktiviteter på mer enn 600 institusjoner og besøkte 6500 mennesker.

grunnleggende samfunns mål. Godt fungerende samfunn vokser fram i samarbeid mellom myndigheter, innbyggere og sivilsamfunnet.

Medvirkning

Et godt folkehelsearbeid skal bygge på involvering og oppslutning blant innbyggerne og brukere av offentlige tjenester. Prinsippet om brukermedvirkning skal legges til grunn både på system- og individnivå. Det forutsetter gode involveringsprosesser i politikk- og samfunnsutvikling nasjonalt og lokalt. Offentlig informasjon skal være forståelig og universelt tilgjengelig og være tilpasset ulike målgruppers behov. Samarbeid med ressurspersoner i innvandrerbefolkningen kan gjøre det enklere med dialog og å nå fram med nødvendig informasjon.

Med folkehelseloven knyttes folkehelsearbeidet i kommunesektoren til planlegging etter plan- og bygningslovens krav til medvirkning. Plan- og bygningsloven stiller i § 5-1 krav til medvirkning i planlegging. Bestemmelsen innebærer at planmyndigheten gjennom hele planarbeidet skal sørge for åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i lokalsamfunnet og dialog med organiserte og uorganiserte interesser. I kommuner med samisk befolkning er det viktig å legge til rette for medvirkning i spørsmål som gjelder denne gruppen, og sørge for at ikke språklige eller kulturelle barrierer hindrer medvirkning. Det særlige ansvaret for å sikre aktiv medvirkning for den samiske befolkningen følger også av ILO-konvensjon nr. 169. Folkehelse skal være en integrert del av det

Boks 3.4 Batteriet

Batteriet ble etablert for å bidra til at organisasjoner og grupper skal bli mer slagkraftige i kampen mot fattigdom. Batteriet fungerer som et landsdekkende ressursenter for organisasjoner og personer som arbeider mot fattigdom og sosial ekskludering i Norge. Batteriene drives av Kirkens bymisjon.

Batteriet Oslo er sekretariat for Arbeidsdepartementets samarbeidsforum mot fattigdom og regjeringens kontaktutvalg med representanter for sosialt og økonomisk vanskeligstilte. Samarbeidsforum er etablert for å styrke kontakten mellom marginaliserte grupper i Norge og øverste politiske myndigheter. Forumet skal stimulere til samarbeid mellom brukerorganisasjonene i mellom for at deres politiske slagkraft skal bli styrket. Kontaktutvalget mellom regjeringen og representanter for vanskeligstilte diskuterer sentrale sosialpolitiske saker og utfordringer 3 til 4 ganger i året.

Boks 3.5 Melafestivalen

Melafestivalen er en multikulturell festival som inkluderer et mangfold av kunstformer som musikk, dans, litteratur og teater fra hele verden. Festivalen ble arrangert for første gang i 2001 og har utviklet seg til å bli en av Europas største i sin sjanger.

Ordet mela er sanskrit, og betyr «når man møtes» eller «å møtes». Melas oppgave er å utvide horisonter og gjøre kunstuttrykk som har eksistert i århundrer andre steder i verden, kjent i Norge. Egenproduksjoner der norske og utenlandske artister samarbeider, er en bærebjelke i festivalen. I tillegg satser Mela spesielt på lokale artister.

Festivalen arrangeres på Rådhusplassen i Oslo og er gratis. Årlig besøker om lag 300 000 publikummere festivalen. Kulturdepartementet har gitt Melafestivalen knutepunktstatus fra 2008.

lokaldemokratiske arbeidet for en samfunnsutvikling som fremmer helse og velferd i kommunene.

Kommuner er pålagt å ha elderråd og råd for personer med funksjonsnedsettelse. Mange kommuner har vist vilje til å inkludere barn og unge i lokalpolitiske prosesser gjennom å opprette ungdomsråd eller andre innflytelsesorgan for ungdom. Dette bidrar til å skape tilhørighet, engasjement og eierskap til eget lokalmiljø. Gjennom økt innflytelse over egen hverdag legger myndighetene også til rette for at barn og ungdom får økt makt over samfunnsutviklingen.

Myndighetene har et ansvar for å sikre dialog og brukermedvirkning fra personer og grupper som ikke har bruker- og interesseorganisasjoner som talerør. Frivillige organisasjoner kan spille en rolle i å formidle informasjon og fange opp synspunkter fra personer og grupper som ikke er tilknyttet organiserte fellesskap. I tillegg kan offentlige instanser aktivt søke å få synspunkter fra grupper som ikke har sterke talerør, gjennom å oppsøke dem på uformelle arenaer. For eksempel kan uorganisert ungdom nås på skolen eller ungdomsklubben, personer med rusproblemer kan få i tale gjennom å oppsøke institusjoner og botilbud, andre arenaer for uorganisert medvirkning kan være eldresentre og aldersboliger.

I helse- og omsorgstjenesten er det lovpålagt å sørge for bruker- og pasientmedvirkning. Erfarin-

gene er at dette gjør tjenestene bedre, samtidig som det bidrar til å styrke brukerens egen mestring og deltakelse. Mange brukere, pasienter og pårørende har stor nytte av å delta i lærings- og mestringstilbud og i selvhjelpsgrupper. Det er flere tilskuddsordninger til bruker- og pasientorganisasjoner for å styrke deres mulighet til drive med selvhjelpsgrupper og andre aktiviteter. Støtteordningene bør innrettes ytterligere for å understøtte inkluderingsformål. Nasjonale og lokale organisasjoner bør også trekkes med og samarbeide med organisasjoner som representerer minoritetsgrupper. Det skal stimuleres til nettverk mellom ulike bruker- og pasientorganisasjoner.

Kultur

Kunsten og kulturens egenverdi er en grunnleggende premiss for kulturpolitikken. Samtidig kan kulturlivet skape mange positive ringvirkninger på andre områder, for eksempel på helseområdet, i næringsutvikling og stedsutvikling. Kulturlivet gjør samfunnet rikere og bidrar til livskvalitet, fellesskap og tilhørighet. Et overordnet mål i kulturpolitikken er å sikre at alle får tilgang til kunst- og kulturopplevelser og mulighet til å uttrykke seg gjennom kunst og kultur uavhengig av geografi, økonomiske og sosiale skillelinjer.

Det er store forskjeller i befolkningens deltakelse i kulturliv og kulturaktiviteter. Det skyldes

Boks 3.6 Fritid med Bistand og Fritid for alle

Fritid med bistand har som mål at deltakerne i løpet av en begrenset tidsperiode blir inkludert i selvvalgte kultur- og fritidsorganisasjoner. Metoden går ut på å hjelpe mennesker med ulike bistandsbehov inn i fritidsaktiviteter. Metoden bygger på et mestringsperspektiv som tar utgangspunkt i den enkeltes ønsker, behov og drømmer.

Hensikten er at mennesker skal kunne delta i en fritidsorganisasjon på egne premisser og ut fra egne ønsker. Erfaring viser at suksesskriteriet er at kommunen sikrer tilstrekkelig støtte og oppfølging til deltakeren og tilbyr veiledning til en tilrettelegger i den frivillige organisasjonen. Tilbudene er oftest organisert som en kombinasjon av et individuelt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon, deltakelse i en aktivitetsgruppe og individuell støttekontakt.

Metodikken er utviklet av Kristiansand kommune, og har spredd seg til en rekke kommuner, og til Danmark.

Et av prosjektene som har tatt metoden i bruk, er «Aktiv fritid for alle», hvor 16 kommuner og bydeler fra ti fylker deltar. Hensikten er tidlig intervensjon overfor ungdom og unge

voksne i risiko, som ledd i oppfølgingsarbeidet overfor personer med rusproblemer før, under og etter behandling eller i forbindelse med oppfølging av pasienter i legemiddellassistert rehabilitering. Knutepunktet Fritid for alle i Kristiansand kommune har et oppfølgingsansvar for prosjektene og arrangerer halvårlige nettverksamlinger.

Nettsiden www.fritidforalle.no driftes med tilskudd fra Helsedirektoratet. Den er en idébank og gir oversikt over lokale løsninger, slik at mennesker med spesielle behov kan delta i ønsket aktivitetstilbud. Nettstedet har bidratt til å spre gode løsninger, gi kommunene råd og veiledning og oppdatere brukere/pårørende om muligheter og kurstilbud. Nettredaksjonen har også etablert fylkesvise faglige nettverk, hvor det i dag er rundt 70 kommuner som deltar. Helsedirektoratet har fra april 2013 gitt Aktiv Ung – Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse ansvar for å være et faglig knutepunkt og drifte nettstedet. Nettstedet benyttes av mange og skal videreføres som et tiltak i Omsorgsplan 2015.

For mer informasjon, se www.fritidmedbistand.no og www.fritidforalle.no

geografi, infrastruktur og variasjon i tilbud, men også forhold knyttet til økonomi, utdanning og sosiale forskjeller, tilgjengelighet og vaner. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt) har funnet flere sammenhenger mellom helse og deltakelse i kulturlivet. De som bruker kulturtilbud, opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet og har mindre angst og depresjon enn andre deler av befolkningen. Studien bruker et bredt kulturbegrep og inkluderer spørsmål om konserter, dugnad, religiøs aktivitet, idrettsarrangementer og utendørsaktiviteter. Studien underbygger betydningen av frivillig organisasjoner som arbeider innen kulturfeltet. Musikkorps og kor er blant de frivillige aktivitetene som samler flest mennesker.

Frivillighet

Regjeringen vil styrke frivillige organisasjoners rolle i folkehelsearbeidet for å fremme deltakelse og sosial inkludering. Det skal legges vekt på å utvikle tilbud med lav terskel og inkludere flere grupper i organisasjonenes aktiviteter. I dialogen

mellom myndighetene og frivillige organisasjoner skal det legges større vekt på å øke deltakelse fra mennesker som står utenfor fellesskap og nettverk. Samarbeidet skal utvikles innenfor rammen av samarbeidsplattformen mellom KS og samarbeidsforumet Frivillighet Norge.

Frivillige organisasjoner har særskilte forutsetninger for å bidra i arbeidet med sosial inkludering og styrke personers egenmestring og sosiale støtte. Organisasjonene kan nå mennesker på en annen måte enn offentlige instanser. Kontakten handler om å utvikle og styrke mellommenneskelige relasjoner, oppgaver som ikke alene kan løses av myndigheter og tjenester. Deltakelse i organiserte og uorganiserte aktiviteter gir tilhørighet, innflytelse og livskvalitet og kan bidra til å styrke ferdigheter og mestring og skape mening.

Se nærmere omtale av samarbeidet med frivillige organisasjoner i kapittel 7 og i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som inneholder en nasjonal strategi for frivillighet i helse- og omsorgstjenesten.

3.2.3 Styrke kunnskap om sosial støtte

Helse- og omsorgsdepartementet vil inkludere forhold som har betydning for sosial støtte, deltakelse og medvirkning i utviklingen av folkehelsearbeidet. I denne sammenheng er det behov for å bygge opp kunnskap om sosial støtte og sosial kapital i forvaltningen. Helsedirektoratet skal utrede grunnlaget for hvordan sosial støtte, deltakelse og psykisk helse bedre kan ivaretas i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal spre kunnskap og erfaringer med særlig vekt på kunnskapsutvikling i kommuner, i skole og utdanning, arbeidslivet og i frivillig sektor. Direktoratet skal bidra til å belyse forhold som påvirker deltakelse og gjør at noen opplever liten sosial støtte. Direktoratet skal blant annet:

- bygge opp kunnskap og kapasitet i forvaltningen
- utvikle en kompetanse som gir grunnlag for å gi råd til sentrale og lokale myndigheter om strategier og tiltak
- virke samlende og koordinerende for norske miljøer som er opptatt av temaet
- systematisk innhente erfaringer fra internasjonale organisasjoner og andre land

Det skal også utvikles indikatorer for sosial støtte, ensomhet, deltakelse og psykisk helse i folkehelsearbeidet.

3.3 Et trygt og helsefremmende miljø

Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er naturskapt eller menneskeskapt, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet og for menneskelig utfoldelse, vekst og utvikling. Denne innsikten er ikke ny. Økt kunnskap om sammenhengen mellom miljø og helse har lagt grunnlag for lover og regler som har bedret folkehelsen. Sundhedsloven av 1860 stadfestet at «Opmærksomhed» skulle rettes mot «Stedets Sundhedsforhold, og på hva derpaa kan have Indflydelse». Folkehelseloven av 2012 viderefører tradisjonen; innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god helse eller hindrer at sykdom og skade oppstår. Flere andre lover har hatt stor betydning, for eksempel om kjøttkontroll og næringsmiddelhygiene. Disse er videreført i matloven.

Rask befolkningsvekst og fortsatt urbanisering vil i tiden framover gi store utfordringer for transportbehov i områder hvor det allerede er stor trafikk og medfølgende miljøbelastning med støy og lokal luftforurensing. Reisevanedata viser at det

er realistisk å øke sykkelandelen. Kunnskapen vi har om aktivitetsnivået i befolkningen og om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, viser at dette er nødvendig. Kun en av fem voksne og bare halvparten av 15-åringene er aktive i tråd med helsemyndighetens anbefalinger om minst henholdsvis 30 minutter og 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Aktivitetsnivået faller dramatisk fra ni til 15-årsalder. Kraftig redusert hverdagsaktivitet hos de fleste blant oss er årsaken til at aktivitetsnivået totalt sett har gått ned og viser negativ utvikling. God tilrettelegging for sykkel og gange vil gi et viktig bidrag til økt fysisk aktivitet.

En viktig målsetting i Klimameldingen, jf. Meld. St. 21 (2011–2012), som omhandler transport, er at veksten i persontransporten i storbyene skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange. Denne målsettingen for miljøvennlig transport har synergieffekter i form av bedre folkehelse. Regjeringen vil derfor legge til rette for mer miljø- og helsevennlig transport i samferdselspolitikken.

Fylkeskommunene og kommunene bør planlegge slik at de sikrer areal til fysisk aktivitet og friluftsliv, og tilrettelegging for sykkel og gange. Helseeffektene ved ulike valg skal synliggjøres i planprosessene. Gjennom helhetlig arealplanlegging vil regjeringen legge mer vekt på å forhindre nedbygging av viktige naturområder for ferdsel og friluftsliv i nærheten av boområder. Regjeringen vil oppfordre kommunene til å bevare de naturlige «hundremeter-skogene» i alle boligområder og at det i en videre bo- og byutvikling må legges vekt på trygg og rask tilgang til attraktive og naturlige leke- og utearealer.

3.3.1 Helsefremmende steds- og lokalsamfunnsutvikling

Gode steder og lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet, trivsel og helse. Livene leves i lokalsamfunnet. Folkehelsepolitikken skal understreke at gode steder gir gode liv for alle. Universell utforming skal legges til grunn, slik at flest mulig kan ta steder i bruk. Tilrettelagt transport, god kapasitet og akseptable adgangskostnader gir god tilgjengelighet til bygninger, tjenestetilbud og områder for kulturopplevelser, sosialt samvær, lek og rekreasjon. Utformingen av bygg, bomiljøer og offentlige rom kan bidra til å fremme gode møteplasser og legge til rette for samvær, ulike aktiviteter og bevegelse. Lokalsamfunnsutviklingen må ta hensyn til at ulike grupper i befolkningen ut fra alder og livsfaser, etnisk bakgrunn og fysisk funksjon har ulike behov knyttet til bo- og nærmiljøet.

Gode steder gir gode liv

Utvikling av gode steder krever samordning med en miljø- og helsevennlig areal- og transportplanlegging. Det skal være mulig å gå eller sykle til arbeid, skole, daglig handel og i sosiale sammenhenger. Det er nødvendig å utvikle attraktive kollektivaksler og kollektivknutepunkter. Kommunene må gjennom sin planlegging prioritere utbygging av både servicetilbud, boliger og næringsområder langs disse kollektivaksene og i knutepunktene. Målet er at de fleste innbyggerne skal kunne gjøre sine daglige gjøremål nær boligene, uten å være avhengig av bil. Trenger de å forflytte seg over større avstander, skal det også være kort vei til nærmeste tog, buss eller trikkholdeplass. Det reduserer stress, øker hverdagsaktiviteten og reduserer klimagassutslipp. I spredtbygde strøk vil god offentlig transport være viktig. I stedsutvikling vil lokalisering av sykehus, barnehager, skoler, kulturbygg, næringsliv og handel påvirke steds kvaliteter og hvordan vi innretter vårt daglige liv.

Dette er hensyn som må ivaretas i samfunns- og arealplanleggingen og i regionalt og lokalt utviklingsarbeid. Folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2012, gir kommunesektoren et større og mer helhetlig ansvar for befolkningens helse og utfyller plan- og bygningsloven når det gjelder hvordan helsehensyn kan ivaretas i planleggingen. Oversikt over utfordringsbildet lokalt vil kunne gi planarbeidet informasjon om utfordringer og behov som lokalsamfunn og nærmiljøer står overfor. Denne kunnskapen skal være et av elementene i kommunale planstrategier, i utarbeidningen av planprogram og i utvikling av kommuneplanens samfunns- og arealdel. Dette er nærmere omtalt i kapittel 7 om gjennomføring av folkehelseloven.

Det er avgjørende for barn og unges oppvekstvilkår at det finnes lekeplasser, ulike typer nærmiljøanlegg for idrett og fysisk aktivitet og områder for egenorganisert fysisk utfoldelse som skate-ramper og klatrevegger. Attraktive, grønne og store utearealer inne i skolegårder og i barnehagene betyr mye for barn og unges daglige fysiske aktivitet og for barnas motoriske, psykiske og sosiale utvikling. Å holde fast på normer for uteareal for skoler og barnehager og på at eksisterende avgrensinger ikke gjøres mindre, vil ha stor helsefremmende betydning. Skolegårder og barnehager brukes også som møteplasser og arenaer for fysisk aktivitet etter stengetid.

For eldre er det viktig å kunne være fysisk aktiv i nærmiljøet, og at det er enkel og lett tilgang

Boks 3.7 Forum for stedsutvikling

Forum for stedsutvikling er et nasjonalt, faglig samarbeidsorgan for statlige institusjoner som arbeider med by- og stedsutvikling. Hovedmålet er å styrke kommunenes kompetanse innen stedsutvikling for å bidra til attraktive og miljøvennlige byer og tettsteder i hele landet. Delmålene er bedre informasjonsflyt, samarbeid og samordning på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer og å sette stedsutvikling på dagsorden i samfunnet.

til gode stier og gangveier med benker for hvile og til hyggelige møteplasser. Nærmiljøet skal også ha steder å møtes og gi mulighet for avkobling og ro i det offentlige rom.

I planarbeidet bør det være oppmerksomhet på hvordan tilbud om sunn og usunn mat og drikke der folk ferdes, påvirker kostvaner. Kommunen kan, som eier av virksomheter og eiendommer, legge til rette for at man kan ta sunne valg på en naturlig måte i hverdagen. Dette kan for eksempel være å legge til rette for sunne valg og begrense tilgang på usunne valg i kantiner, på offentlige eiendommer, fritidsklubber og på kommunale arbeidsplasser. Samtidig bør private og frivillige aktører oppfordres til å gjøre det samme. Kommunene kan for eksempel ha oppmerksomhet på omfang og lokalisering av utsalgssteder for hurtigmat, så lenge disse i hovedsak tilbyr usunn mat. Aktuelle kommunale mål kan være at folk alltid har tilgang til kaldt drikkevann på offentlige steder og at det er tilgang på sunn mat på steder for fritidsaktiviteter.

Attraktive bo- og nærmiljøer med god tilgang til rekreasjons- og grøntområder, stille områder og ren luft er på mange måter skjevfordelt i byer og tettsteder. De dårligst stilte bor oftere enn andre i mindre attraktive nabolag. Høyinntektsgrupper bor gjerne i mer attraktive strøk. For å motvirke sosial ulikhet i helse er det derfor viktig å redusere eksisterende ulemper i mindre attraktive bo- og nærmiljøer. Dette kan gjøres ved å sette i verk infrastrukturtiltak som reduserer støy og forurensning og ved å skape møteplasser, sikre grønne lunger, stier og adkomst til friområder og nærturterreng. I Groruddalssatsingen gjennomføres en rekke slike tiltak som gir en bærekraftig byutvikling og synlig miljøopprusting. Målsettingen er å bedre levekårene og livskvaliteten til befolkningen i Groruddalen

Boks 3.8 Framtidens byer

I programmet Framtidens byer samarbeider de 13 største byene, fire departementer, NHO, Finans Norge, hovedorganisasjonen Virke og KS om å redusere klimagassutslippene og gjøre byene bedre å bo i. Gjennom tiltak innen areal- og transportplanlegging, energiforsyning og energibruk i bygg, tilpasning til klimændringene og forbruk, innkjøp, miljøledelse og avfallsminimering og -håndtering skal byene, næringslivet og staten sammen og hver for seg bidra til å oppnå målene i klimaforliket. Å skape nærhetsbyen er et ønsket scenario i arbeidet, der det meste du trenger, er i gå- eller sykkelavstand, med liten trafikk, lite forurensing i form av støy, støv eller avfall, et yrende folkeliv i parker, plasser og gatetun, et næringsliv som legger til rette for miljøvennlige innkjøp og god kollektivtransport.

Gode lokalsamfunn kan bety mye for psykisk helse. Lever man i samfunn hvor det er svake fellesskap, lite sosial samhandling, få og svake organisasjoner og lederskap, svake sosiale nettverk og liten grad av trygghet mellom mennesker, vil det være uheldig for den psykiske helsen. Lokalsamfunn som har bedre helsefremmende effekt, vil være kjennetegnet av at det er lagt til rette for sosiale møteplasser og har fysisk utforming som bidrar til trygghet, fysisk aktivitet og deltakelse. Dette er også av betydning for å fremme identitet og tilhørighet som i sin tur vil bidra til mer attraktive og trygge lokalsamfunn med større grad av sosial støtte og bærekraft i nærmiljøene.

Tilrettelegging av boligområder kan ha stor betydning. For eksempel at mennesker som ønsker det, kan bli boende i sitt nærmiljø når nye livsfaser krever andre boligtyper. Å leve i kjente omgivelser gjennom livsfasene gjør det lettere å beholde sitt sosiale nettverk.

En viktig del av et positivt nærmiljø er at miljøet oppleves om trygt, med gode sosial nettverk og fravær av kriminalitet. Regjeringen innførte i 2006 politiråd som et formalisert samarbeid mellom lokalt politi og kommunale myndigheter. Politiet er forpliktet til å ta initiativ til opprettelse av politiråd med kommunene. Målet er bedre kriminalitetsforebygging og økt trygghet i lokalsamfunnet. Erfaringene så langt viser at det siden innføringen av ordningen i 2006 er opprettet et slikt samarbeid med de fleste av landets kommuner.

Politidirektoratet har gjennomført en evaluering av politiets arbeid i politiråd, og erfaringene er gode. Rapporten viser at kriminalitetsforebyggende samarbeid overfor barn og unge utgjør en særlig viktig del av politirådernes arbeid. Det vil i 2013 bli igangsatt en forskningsbasert evaluering av politirådene, som vil se på samarbeidet både fra politiets og kommunenes ståsted.

Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT) ble introdusert i Norge tidlig på 1990-tallet. Målet var å styrke samordningen mellom ulike offentlige etater, profesjoner og frivillige organisasjoner. Inspirasjonen ble hentet fra det danske SSP-samarbeidet (skole, sosial, politi). I underkant av halvparten av landets kommuner har i dag organisert det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet i henhold til SLT-modellen. Det kriminalitetsforebyggende råd publiserte høsten 2011 en ny revidert veileder for SLT-modellen. Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til etablering og videreføring av SLT i kommunene. Det kriminalitetsforebyggende råd og Helsedirektoratet står ansvarlig for forvaltningen.

Helsedirektoratet har i samarbeid med kommuner i 5 fylker, 5 fylkeskommuner og 4 høgskoler og universiteter i regionen initiert et utprøvingsarbeid om utvikling av kunnskap om sammenhenger mellom folkehelse og ulike faktorer i nærmiljøet og hvordan disse virker inn på helsen. Der er fortsatt ønskelig å arbeide for kunnskaps- og kompetansebygging i regi av høgskoler og universiteter om hvordan nærmiljøfaktorer kan bidra til å fremme helse og trivsel.

Kortreist natur og friluftsliv

Gåing og fotturer i skog og mark er den vanligste fysiske aktiviteten i alle aldersgrupper. Ved selvrapportering oppgir tre fjerdedeler av befolkningen at de går tur, og dersom vi spør folk hva de ønsker å gjøre mer av, skårer fysisk aktivitet i naturen og i nærmiljøet høyst. God tilgang til kortreist natur og aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer er sentralt for å fremme fysisk aktivitet i et livsløpsperspektiv. Regjeringen vil derfor ha økt satsing på nærfriluftslivet og fortsatt verne om allemannsretten.

Det er mye dokumentasjon som underbygger påstanden om at friluftsliv er godt både for vår fysiske og psykiske helse. I en litteraturstudie gjort av Sintef i 2009, Analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet, framkommer det at det er en positiv sammenheng mellom fysisk og psykisk helse og fysisk aktivitet.

Videre viser Folkehelseinstituttet til forskning som dokumenterer at kontakt med natur og utsikt til natur i seg selv reduserer stress, påvirker immunforsvaret og påskynder tilfriskningsprosesser for syke mennesker. Friluftsliv gir en positiv mestringsopplevelse og et styrket selvilde.

Kort avstand til naturområder og gode forbindelser til sti- og løypenett reduserer terskelen for bruk av skog og kulturlandskap til rekreasjon, trening og avkopling. Dette fremmer folks fysiske aktivitet både i dagliglivet og på fritiden, tilrettelegger for sosialt samvær og kan bidra til å bygge nettverk.

Statistisk sentralbyrå har utviklet metodikk for å overvåke status og endringer av rekreasjonsareal og nærturterreng. Statistikken viser at om lag 44 prosent av bosatte i tettsteder har trygg tilgang til nærturterreng, mens rundt 43 prosent har trygg tilgang til rekreasjonsareal. Tilbakeregningen som er gjort i denne undersøkelsen, viser at det har vært en nedgang på drøyt én prosent i trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng fra 2007 til 2011. Det er nedbygd noe over tre prosent rekreasjonsareal i denne fireårsperioden.

Bruken av grøntområder faller ved økende avstand fra bolig. Spesielt er barn og eldres aksjonsradius begrenset. De fleste fem- til seks-åringer oppholder seg mindre enn 100 meter fra egen bolig. I gjennomsnitt er grensen for hvor langt folk vil gå eller sykle for å komme til et grøntområde omlag ti minutter. I praksis betyr dette maksimum 400 meter for barn og eldre.

Rikspolitiske retningslinjer for barn og unge krever at ved nedbygging av et areal som er i bruk til lek og rekreasjon for barn og unge, må tiltakshaver kunne gi et erstatningsareal av tilsvarende kvalitet. Bevaring av grønn infrastruktur, hundremeterskoger og andre natur- og friluftsområder er også med på å bevare naturmangfoldet. Det er også et behov for å styrke kunnskapen hos kommunale, regionale og statlige planmyndigheter om naturmangfoldets verdi for folkehelse og de økosystemtjenestene naturmangfoldet gir. Økosystemtjenester er et samlebegrep for alle de grunnleggende goder som naturen forsyner oss med, og som vi har en tendens til å ta for gitt.

I folkehelseloven § 5 heter det at hver kommune og fylkeskommunene skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer innenfor kommunen som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Da friluftsliv og tilgang til natur spiller

Boks 3.9 Nærmiljøsatsing på fysisk aktivitet og naturopplevelser

Direktoratet for naturforvaltning (DN) opprettet i 2011 en nærmiljøsatsing med målsetting om å øke fysisk aktivitet og naturopplevelse i nærmiljøet gjennom sikring og ivaretagelse av arealer, tilretteleggingstiltak og aktivitetstilbud. DN følger syv lokale aktivitetsprosjekter (pilotprosjekter) tett i tre til fire år for å innhente erfaringer, med sikte på erfaringsutveksling til landets øvrige kommuner. Som ledd i satsingen er det inngått samarbeid med Helsedirektoratet, Husbanken, Statens vegvesen og Framtidens Byer med sikte på å koordinere statlig innsats. DN har allerede innhentet mange nyttige erfaringer fra pilotprosjektene. En viktig erfaring fra nærmiljøsatsingen er at alle bør ha en skiltet og merket turvei maksimalt 500 meter fra sitt boområde. Øker denne avstanden, synker aktiviteten betraktelig. Videre er det viktig med samarbeid med frivillige organisasjoner for å få med folk på tur. Prosjektene i Bodø og Rana har som mål at innbyggerne ikke skal bo mer enn 500 meter fra nærmeste turvei eller sti som leder ut til nærturterreng.

en svært viktig rolle for helsetilstanden, vil en kartlegging og verdsetting av kommunenes friluftsområder være et viktig bidrag i en slik oversikt.

I plan- og arealforvaltningssaker er det ofte lite grunnlag for forvaltningen til å vurdere friluftslivsverdiene for de enkelte områdene, noe som kan resultere i at viktige friluftsområder bygges ned eller ikke blir godt nok ivarettatt. På sikt er det derfor behov for at alle friluftsområder i Norge kartlegges og verdsettes. På den måten blir alle friluftsområder og verdiene til de enkelte områdene synliggjort. Resultatene må fortløpende legges inn i en allment tilgjengelig database.

Direktoratet for naturforvaltning utviklet i 2004 en håndbok med metode for kartlegging og verdsetting av friluftsområder. Slik sikres at alle kommuner som kartlegger og verdsetter sine friluftsområder, gjør det etter samme metode, slik at resultatene blir sammenlignbare og holder tilfredsstillende kvalitet.

Boks 3.10 Springvannsheia i Lillesand kommune

Springvannsheiaprosjektet i Lillesand kommune er et av pilotprosjektene i nærmiljøsattingen til Direktoratet for naturforvaltning. Kommunen har tilrettelagt Springvannsheia, som er et sentrumsnært friluftsområde, for økt aktiv bruk av innbyggerne til friluftsliv og som sosial møteplass. Gjennom sektorovergripende innsats i kommunen er det utviklet modeller for også å involvere inaktive grupper av befolkningen til aktiv bruk av området. Prosjektet vurderes som svært vellykket, og målet for neste fase er å utvide den aktive bruken av området til tilgrensende naturområder. Erfaringer fra prosjektet vil bli utvekslet til resten av landets kommuner.

Regjeringen har i samarbeid med fylkeskommunene, interkommunale friluftsråd og friluftslivsorganisasjonene utarbeidet en nasjonal handlingsplan for statlig sikring og tilrettelegging av friluftsområder. Direktoratet for naturforvaltning har forberedt arbeidet for Miljøverndepartementet. Handlingsplanen vil foreligge før sommeren 2013 og legge føringer for det videre arbeidet på dette feltet.

Samtidig arbeides det med en Nasjonal strategi for et aktivt friluftsliv, som også vil foreligge før sommeren 2013. Strategien skal gi retning for tre hovedgrep: 1) Sikring og ivaretagelse av friluftsområder i nærmiljøer og større bynære områder. 2) Tilrettelegging av friluftsområder, turveier, stier mv i nærmiljøet på en måte som inkluderer alle uavhengig av alder, etnisk bakgrunn og funksjonsevne. 3) Stimuleringstiltak slik at folk oppmuntres til og får kunnskap og ferdigheter om å utøve friluftslivsaktivitet. Virkemidler for dette vil i større grad bli innrettet mot tilrettelegging og stimulering av friluftsliv i nærmiljøet. Strategien vil imidlertid omfatte hele friluftslivsfeltet, fra friluftsliv i grøntområder i nærmiljøet og naturområder rundt byene og tettstedene til friluftsliv i de større og mer avsidesliggende naturområdene.

Både strategien og handlingsplanen vil sette et særlig søkelys på friluftsliv i nærmiljøet, slik at terskelen for å utøve friluftsliv blir lavest mulig. Regjeringen vurderer dette som et viktig grep i arbeidet med å nå målsettingen om å øke andelen som er fysisk aktive gjennom friluftsliv.

Kultur i lokalsamfunnet

Kulturfeltet kan spille en viktig rolle i å utvikle gode lokalsamfunn. Deltakelse i kulturaktiviteter og kunst- og kulturopplevelser er verdifulle virkemidler i folkehelsearbeidet og i forebyggende helsearbeid. Kultursektoren tilbyr et bredt spekter av aktiviteter, opplevelser, trivsel og mestring. Deltakelse i kulturlivet omfatter både skapende og utøvende virksomhet på profesjonell og frivillig basis, og det å være publikum. Det er aktiviteter for og med barn og unge, voksne og eldre. Kulturlivet i kommunene er sammensatt av aktiviteter og tiltak i offentlig, privat og frivillig regi.

Kulturloven og folkehelseloven gir en innfallsinkel til å forankre folkehelse- og kulturarbeid i fylkes- og kommuneplaner og til å ta i bruk både tradisjonelle og nye kulturarenaer for å fremme kultur og folkehelse. Offentlige institusjoner og tiltak som bibliotek, museer, kulturskoler, kulturhus, kino, kulturdager, markedsdager med mer er alle eksempler på møteplasser. Mange bruker offentlige og private lokaler og uterom som ikke opprinnelig har et kulturformål, men som kan være godt egnet til å arrangere kulturaktiviteter, og som kan senke terskelen for publikum som ikke føler seg hjemme på de tradisjonelle kulturarenaene. Det kan være å bruke et fortau til en utstilling eller å arrangere konserter og festivaler på torg og i parker. Økt kultursatsing i kommunene har bidratt til aktiviteter som skaper trivsel og samvær. Isolerte personer kan lettere bli trukket inn i et sosialt miljø, og selve kulturopplevelsen bidrar til bedre livsinnhold. Gode kulturopplevelser vekker følelser og gir oss noe å snakke om. Å se tilrettelegging av offentlige rom og møteplasser i sammenheng med kulturopplevelser kan ha positive ringvirkninger for helse og livskvalitet.

Både folkehelsepolitikken og kulturpolitikken skal bidra til å øke tilgjengeligheten til opplevelser.

Bibliotekene er viktige som møtesteder i lokalsamfunnet, møtesteder som oppleves som åpne og relevante for alle. Det sosiale treffpunktet blir en stadig viktigere funksjon som et sted med lav terskel. I bibliotekmeldingen, St.meld. 23 (2008–2009), omtales en styrking av folkebibliotekene som arenaer for leselyst, læring og kulturopplevelser. Kulturdepartementet vil stimulere bibliotekene til å drive med kulturformidling og samarbeide med det lokale arbeids- og næringslivet. Mange bibliotek arbeider for å utvikle seg til å bli litteraturhus, gjennom å drive aktiv litteraturformidling og ha arrangementer innen kultur- og kunst og debatter.

Boks 3.11 Nasjonal sykkelstrategi og nasjonal gåstrategi 2014 – 2023

Statens vegvesen har ansvar for nasjonal sykkelstrategi og nasjonal gåstrategi. I Nasjonal transportplan 2014–23 er det foreslått nasjonale mål for sykling og gåing. Målet er at sykkeltrafikken i Norge utgjør åtte prosent av alle reiser innen 2023. Dette innebærer at syklingen minst må doubles i omfang. I tillegg foreslås følgende delmål for å nå hovedmålet:

- Fremme sykkel som transportform
- Sykkeltrafikken i byer og tettsteder er minst doblet
- Bedre framkommelighet og trafikksikkerhet for syklist
- 80 prosent av barn og unge går eller sykler til skolen

For å nå målene skal deltakerne i strategien styrke samarbeid og organisering. Arbeidet med fysisk tilrettelegging og kommunikasjon og mobilitetspåvirkning for å endre holdninger til reiseatferd og stimulere til mer aktivt reisemiddelvalg som gåing og sykling, skal styrkes.

Reisevaneundersøkelsen fra 2009 viser at det er et stort potensiale for økt sykling og gåing, fordi halvparten av alle bilreiser er kortere enn 5 km (snitt 2 – 2,5 km) og skjer i nærmiljøet, hvor formålet med reisen er barnehage, skole, butikk og fritids-/friluftaktiviteter.

Statens vegvesen samarbeider med kommuner og fylkeskommuner om etablering av et sammenhengende hovednett for sykkeltrafikk i byer og tettsteder med mer enn 5000 innbyggere. Det er ca. 100 byer/tettsteder på denne størrelsen.

I nasjonal gåstrategi er hovedmålene at det skal være attraktivt å gå for alle og at flere skal gå mer. I dag foregår 22 prosent av alle daglige reiser til fots. Statens vegvesen arbeider for at fylkeskommuner og kommuner vedtar lokale mål om andelen gåturer og utarbeider lokale og regionale strategier og handlingsplaner. Målet for andelen gående bør ligge i intervallet 20–40 prosent, høyest i storbyene.

3.3.2 Helsefremmende transportløsninger

Effektiv samferdsel er viktig for god samfunnsutvikling og nødvendig for å skape robuste regioner med et levedyktig næringsliv og gode offentlige tjenester som er tilgjengelige for alle grupper i befolkningen. Samlet er dette viktig for befolkningens trivsel og helse. Samtidig er det et mål å øke den aktive transporten i befolkningen, dvs. at vi i større grad går og eller sykler når vi skal fra ett sted til et annet. Reisevaneundersøkelser viser at bruk av sykkel som transportform har gått ned de siste tiårene, herunder blant barn og unge mellom 13 og 17 år. Samferdsel har også en sideeffekt med negativ effekt på helsen som støy, luftforurensing og ulykker. Gjennom god planlegging, utbygging og tiltak innen samferdsel er det et stort potensial for å forebygge død og sykdom og å fremme helse.

Økt aktiv transport

Det er et stort potensial for økt bruk av sykkel som framkomstmiddel. Sykkelandelen er generelt lav i Norge med fire prosent, som er vesentlig lavere enn i Sverige med ni prosent og i Danmark med 16 prosent. Sykkelbruken har en mye større

sesongvariasjon enn andre transportformer, og sykkelandelen er i snitt på om lag syv prosent fra mai til september. Det er en sosial skjevfordeling i disfavør av sosioøkonomisk svake grupper når det gjelder sykling til skolen. I dag går eller sykler 60 prosent av barn og unge til skolen, hvorav 44 prosent til fots og 16 prosent på sykkel. Andre kartlegginger viser noe høyere gang- og sykkelandelen enn den nasjonale reisevaneundersøkelsen fra 2005. Det er de yngste skolebarna som går mest og sykler minst, noe som må ses i sammenheng med restriksjoner på sykkelbruk ved mange barneskoler. De trafikale forholdene til og rundt skolene varierer svært mye fra skole til skole. Der hvor skolevegen er trafikksikker, kan samråd og dialog mellom skole og foreldre kunne gi åpning for at også de yngste barna kan få sykle. Samtidig er det nødvendig at bo- og nærmiljøer planlegges og utformes på en måte som gjør at barn og unge kan ta seg trygt fram.

Potensialet for økte helsegevinster er stort ved å tilrettelegge for trygg framkommelighet og få flere til å sykle. Helsedirektoratets rapport fra 2010 «Vunne kvalitetsjusterte leveår (Qalys) ved fysisk aktivitet» viser at en person kan vinne åtte kvalitetsjusterte leveår i et livsløpsperspektiv ved å gå fra å være fysisk inaktiv til å bli moderat

fysisk aktiv. I en rapport fra 2002 anslo Transportøkonomisk institutt at den samfunnsøkonomiske nytten av gang- og sykkelvegnettene trolig er minst fire-fem ganger større enn kostnadene ved utbygging. Transportøkonomisk institutt har nylig anslått at nytteeffekten av en sykkelstamvei for samfunnet er mer enn dobbelt så stor som investeringskostnadene, når investeringskostnader, tidskostnader, ulykkeskostnader og helsegevinster inkluderes. Beregninger fra København viser at etablering av «sykkelsuperveier» som gjør at reisetiden går ned, vil øke andelen syklist på bekostning av bilister og gi store besparelser i klimagassutslipp og helseutgifter.

Tilrettelegging for sykkel og gange langs riksvegnettet, fylkesveger og langs det kommunale vegnettet er nødvendig for sikker og aktiv transport til og fra skole, jobb og fritidsaktiviteter. Andelen syklist og gående blant ulykker med dødelig utgang i trafikken er fortsatt høy. Økt sykkel- og gangandel medfører utfordringer med hensyn til trafikksikkerhet og krever derfor bedre og sikrere tilrettelegging. To tredjedeler av de drepte i vegtrafikkulykker i byer er gående eller syklende. Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg bygger på Nasjonal transportplan (NTP) og er utarbeidet av Vegdirektoratet, Politidirektoratet, Helsemyndighetene, Utdanningsdirektoratet, fylkeskommunene og Trygg Trafikk. Den viser utfordringer en står overfor i trafikksikkerhetsarbeidet og hvilke tiltak fordelt på veg, trafikant og kjøretøy som vil bli gjennomført i planperioden på fire år. Gjeldende plan er for 2010–2013 og neste planperiode er 2014–2017.

Statens vegvesen har som ledd i arbeidet med Nasjonal transportplan (NTP) 2014–2023 revidert Nasjonal sykkelstrategi. Formålet med rulleringen er en enda bedre tilrettelegging for sykling som transportform og å bidra til at flere sykler under mottoet Sats på sykkel! Strategien er begrunnet i regjeringens mål om mer miljøvennlig transport, bedre miljø i byer og tettsteder, bedre helse gjennom mer fysisk aktivitet og et universelt utformet samfunn. Et mål om åtte prosent sykkelandel innebærer at syklingen i omfang må mer enn doubles, siden det totale antall reiser forventes å øke. Syklingen må økes mest i byene til en sykkelandel på 10–20 prosent for å nå det nasjonale målet.

I stortingsmeldingen om Nasjonal transportplan 2014–2023 legges det opp til en kraftig økning i satsing på gange og sykkel som transportform og økt innsats mot trafikkulykker, spesielt for myke trafikanter. I tillegg vil lokal luftkvali-

Boks 3.12 Styrke trafikksikkerheten gjennom samspillskampanjen

God samhandling mellom trafikanter er viktig både for å avvike trafikk og for å unngå konflikter og ulykker. I 2013 vil Statens vegvesen starte opp en samspillskampanje rettet mot bilister og syklist. Kampanjen vil ta for seg de utfordringene som vi vet øker risikoen for ulykker, og som skaper utrygghet og irritasjon mellom disse trafikantgruppene. Hovedmålet for kampanjen vil være at andelen sykkelulykker ikke skal øke, selv om sykkelbruken øker i tråd med føre-var-prinsippet.

tet og støy fortsatt ha høy oppmerksomhet. I tillegg skal det legges større vekt på opplæring av all slags trafikanter for å redusere transportulykker og gjøre flere trygge på å ferdes til fots og sykkel.

Hensynet til framkommelighet, fysisk aktivitet, lokalt miljø, klima og arealknapphet krever en vesentlig satsing på å tilrettelegge for sykling og gåing i byområdene og langs veier som er skolevei for mange barn og unge. Det er også viktig å fjerne barrierer og etablere trygge snarveier. Regjeringen har som mål at sykketrafikkens andel av den samlede persontransporten skal økes fra fire prosent i dag til åtte prosent i tiårsperioden. Sykkel skal bli det naturlige transportvalg for flere enn i dag.

Helsemyndighetene vil i samarbeid med transportetatene bidra i holdningsskapende arbeid for å fremme økt bevissthet om sykling og gåing som aktiv transport og i tiltak for å påvirke ulike befolkningsgrupper til å gå eller sykle mer.

Vegtrafikken spiller en dominerende rolle i transportmiddelfordelingen, både på lange og korte reiser. I et folkehelseperspektiv vil vegtrafikkens dominerende rolle særlig ha negative konsekvenser i form av ulykker og inaktivitet. Mennesker trenger bevegelse og utfoldelse, og trafikken må gi plass til det. Andelen barn og unge som sykler eller går til skolen skal økes fra 60 prosent til 80 prosent i planperioden.

Redusere belastning på miljø og helse

De siste 50 årene er antall passasjerkilometer i personbiltrafikken mangedoblet, og bilen er i dag det viktigste transportmidlet på turer over en km.

Boks 3.13 Spleiselag om finansiering av gang- og sykkelveier i Lesja og på Kongsberg

I noen tilfeller er gang- og sykkelveger langs riksveg blitt til gjennom en form for dugnad mellom lokale og statlige myndigheter og andre aktører. Et eksempel er i Lesja langs riksveg 15 – hvor også bøndene har avstått areal til gang- og sykkelveger. På Kongsberg har næringslivet bidratt til en ny gang- og sykkelbro for å få de ansatte til å sykle til jobben. Dette er initiativ som viser at det er mulig å få til gode lokale løsninger gjennom samarbeid og spleiselag.

Dette har gitt en utilsiktet belastning på miljø og klima, men også på befolkningens helse i form av luftforurensing, støy, barrierer, reduksjon av steds kvalitet og beslag på arealer i byer og tettsteder. I tillegg har dette medvirket til inaktivitetsutviklingen i befolkningen gjennom redusert aktiv transport til jobb, skole og fritidsaktiviteter.

Luftkvaliteten i norske byer har generelt blitt bedre de siste tiårene, men det er fortsatt problemer – spesielt på kalde vinterdager. Luftforurensing er av Verdens helseorganisasjon identifisert som en av de prioriterte miljøfaktorene med størst helsemessig betydning. Lokal luftforurensing over tid, selv på lave nivåer, viser seg å ha en helseskadelig effekt for alle. Mennesker med luftveislidelser og hjerte-karsykdommer er spesielt sårbare for luftforurensing, og helseplagene vil ytterligere forverres. Barn er også utsatte fordi de kan få varig dårligere lungefunksjon når de utsettes for luftforurensing over mange år. Ytre forurensing som støy og partikler i luften har betydning for inneklima og trivsel i egen bolig, rekreasjon i nærområdet og fysisk aktivitet.

En rapport publisert i januar 2013 av Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at om lag 1,5 millioner nordmenn er utsatt for gjennomsnittlige støynivåer som overstiger anbefalte verdier på 55 desibel utendørs. Samferdsel, industri og næringsvirksomhet bidrar med mest støy. Vegtrafikken er den dominerende kilden, og søvnforstyrrelser er trolig den største helseplagen.

- Det nasjonale støymålet er at støyplagen skal reduseres med ti prosent innen 2020 i forhold til 1999. Tallet på personer som er utsatt for 38

desibel innendørs støynivå, skal reduseres med 30 prosent innen 2020 i forhold til 2005.

- Det nasjonale målet for luftkvalitet er at døgnmiddelkonsentrasjonen av svevestøv (PM10) ikke skal overskride 50 mikrogram per kubikkmeter mer enn syv dager pr. år. Timemiddelkonsentrasjonen av nitrogendioksid (NO2) skal ikke overskride 150 mikrogram per kubikkmeter mer enn åtte timer per år.

Arbeidet med å redusere skadelige komponenter i luften krever langsiktig innsats, dersom man skal nå varige resultater av betydning for befolkningens helse. Behov for strakstiltak, som for eksempel datokjøring, viser at underliggende problemer ikke er løst. Strakstiltak er nødvendig ved overskridelser for å unngå akutte helseproblemer, men vil ikke løse bakenforliggende årsak til problemene eller redusere den totale eksponeringen for helseskadelig luftforurensing vesentlig. I Stortingsmeldingen om Nasjonal transportplan 2014–2023 omtales tiltak og virkemidler for å redusere lokal luftforurensing og støy.

For kommuner som har problemer med lokal luftforurensing og identifiserer det som en folkehelseutfordring, vil folkehelseloven angi en arbeidsform for å kunne møte problemene mer langsiktig, for eksempel gjennom planprosessen etter plan- og bygningsloven, gjennom å inkludere helsehensyn i sin virksomhet og/eller gjennom iverksetting av egne tiltak.

Foreløpige ulykkestall viser at i 2012 mistet 148 mennesker livet i trafikkulykker, og at om lag 639 mennesker ble hardt skadd i trafikken. Ulykker med gående og syklende er den største sikkerhetsmessige utfordringen på veger i tettbygde strøk. 2/3 av de drepte i vegtrafikkulykker i byer er gående eller syklende.

3.3.3 Trygg mat, trygt drikkevann og effektivt smittevernarbeid

Trygg mat og trygt drikkevann

Trygg mat og trygt drikkevann er bærebjelker i folkehelsearbeidet, og det vil også i framtiden være nødvendige forutsetninger for god folkehelse som vil kreve kontinuerlig innsats. Regjeringen arbeider for at befolkningen skal ha tillit til matproduksjonen og matforvaltningen.

Regjeringens politikk på matområdet er grundig behandlet i Meld. St. 9 (2011–2012) Landbruks- og matpolitikken – Velkommen til bords.

Norge har en gunstig situasjon sammenliknet med mange andre land når det gjelder uønskete

Boks 3.14 Smilefjes på serveringssteder

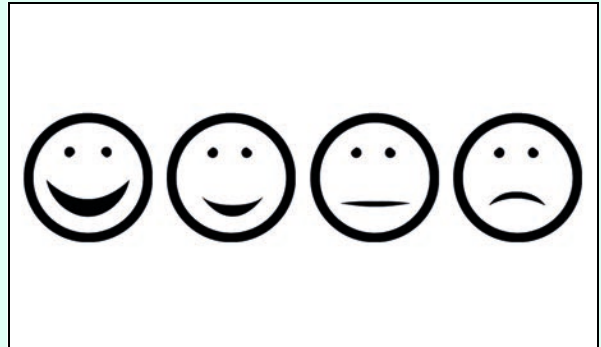
I pilotprosjektet har alle serveringsvirksomhetene i regionen fått en «karakter» i form av et smilefjes på bakgrunn av Mattilsynets hygieneinspeksjoner.

Et blidt fjes betyr ingen merknader fra Mattilsynet. Avtagende smil tyder på mer og mer vesentlige avvik fra regelverket om næringsmiddelhygiene.

Et oppslag som viser smilefjeset, skal være godt synlig i serveringsvirksomheten og gi publikum rask og god informasjon om det enkelte spisested. Opplysningene er også tilgjengelige og søkbare på Mattilsynets hjemmesider.

Hensikten er at kundene skal få en rask oversikt over hvordan Mattilsynet vurderer viktige forhold som driftshygiene, rengjøring og vedlikehold før de går ut for å spise.

Pilotprosjektet har vært godt mottatt av publikum og serveringsvirksomhetene og har ført til betydelige forbedringer i de hygieniske forholdene i bransjen.



Figur 3.3

fremmedstoffer og smittestoffer i mat. Iblant forekommer det likevel utbrudd av sykdommer som kan overføres med mat eller drikkevann, både på lokalt og nasjonalt nivå. Forurensset mat eller drikkevann har i verste fall ført til større utbrudd av alvorlige sykdommer, varige skader og dødsfall. Det er fortsatt grunn til å anta at mindre alvorlige, ikke-meldepliktige sykdommer som kan overføres gjennom mat eller drikkevann, fører til mange sykedager i befolkningen. Samfunnskostnadene er ikke kjent, men de antas å være store og ofte undervurdert.

Matområdet er i stor grad regulert gjennom regler og standarder som utvikles internasjonalt.

Hovedmålene er å sikre trygg mat og trygt drikkevann, fremme helse, kvalitet og forbrukerhensyn og fremme god plante- og dyrehelse. Som følge av EØS-avtalen er store deler av det norske regelverket på matområdet basert på den felles lovgivningen i EU. Regjeringen vil legge vekt på å fremme anvendelsen av helkjedeprinsippet og forebyggingsprinsippet ved utvikling av regelverk og standarder både nasjonalt og internasjonalt. Det omfattende regelverket på matområdet skal framstå klart, samordnet og brukervennlig.

Virksomhetene har selv ansvaret for å følge reglene på matområdet og sikre at maten er trygg. Mattilsynet skal føre tilsyn med at reglene

Boks 3.15 Nasjonale mål på vannområdet

- Vannmålene inneholder forslag til tiltak for å redusere antallet utbrudd og tilfeller av vannbårne sykdommer, tiltak for å fremme kvaliteten på drikkevannet som når fram til forbrukerne, og tiltak for å bedre funksjonssikkerheten til infrastrukturen.
- I følge drikkevannsforskriften har vannverkseieren ansvaret for å sette i verk tiltak slik at forbrukerne får drikkevann av forskriftsmessig kvalitet. Dette gjelder både nødvendige rens tiltak og vedlikehold og utskiftning av vannledninger. Strategien retter seg også mot andre aktører, blant annet

Mattilsynet. Mattilsynet har ansvar for å føre nødvendig tilsyn slik at vannverkene oppfyller kravene i drikkevannsforskriften.

- Målene er ledd i et internasjonalt samarbeid på vann- og sanitærområdet. Norge er medlem av WHO/UNECE sin Protokoll om vann og helse som har 25 medlemsland i hele Europa-regionen og som har til formål å fremme helse gjennom forbedret vannforvaltning, inkludert beskyttelse av økosystemer og reduksjon av vannrelaterte sykdommer.

etterleves. For å opprettholde forbrukernes tillit til norsk matforvaltning må tilsynet utføres uavhengig, faglig sterkt og åpent. Informasjon om status og tilsynsresultater må formidles til forbrukerne og næringsaktørene på tydelig måte gjennom moderne løsninger for informasjonsutveksling. Regjeringen vil legge vekt på å sikre et effektivt og målrettet tilsyn på matområdet.

Det er fortsatt nødvendig med en betydelig innsats rettet mot hygien i omsetningsleddene. Særlig i deler av serveringsnæringen har det vært avdekket hyppige og alvorlige regelbrudd. Ved å gi forbrukerne lett tilgjengelig informasjon om de hygieniske forholdene i den enkelte serveringsvirksomhet, kan de velge hvor de vil spise. En smilefjesordning som har vært utprøvd av Mattilsynet i et pilotprosjekt i Trøndelag og Møre og Romsdal, har gitt svært gode resultater. Smilefjesordningen har bidratt til at virksomhetene i økt grad har gjort seg kjent med kravene til næringsmiddelhygiene og fått viktige insitamenter til å etterleve regelverket. Regjeringen vil arbeide for å innføre en slik ordning i hele landet.

I Norge er drikkevann som ikke er godt nok rensset, eller som er forurenset etter rensing som følge av innsig i utette drikkevannsledninger, kilde til en betydelig andel av de tilfellene av sykdommer som kan overføres med mat eller drikkevann. Det er regjeringens mål at alle skal ha tilgang til trygt drikkevann, uansett hvor en bor, slik at man kan drikke vann fra springen. Det er god helsepolitikk å oppfordre folk til å drikke vann i stedet for sukkerholdig drikke.

Regjeringen la 22. mars 2013 fram forslag til nasjonale mål på vannområdet for å følge opp Verdens helseorganisasjon og De forente nasjoners økonomiske kommisjon for Europa (UNECE) sin protokoll om vann og helse. Målene dekker en rekke ulike tema innenfor vann og avløp, som til sammen vil bidra til et vesentlig løft for vannforsyningen. Hensikten er å bringe norsk vannforsyning og avløpshåndtering bedre i overensstemmelse med de kravene som allerede er nedfelt i regelverket om vann og avløp.

De forventede klimaendringene vil på ulike måter ha konsekvenser for menneskenes helse. Globalt vil de største problemene være knyttet til matproduksjon og ernæring, men antallet skadede og døde personer på grunn av ekstreme hendelser, som tørke og flom, vil også øke. Flom og ekstrem nedbør kan føre til dårlig kvalitet på råvannskilder, økt behov for rensing og betydelig større belastning på vann- og avløpsnett. Fuktigere vær og høyere temperatur kan føre til mugg-

angrep på korn og andre vegetabilier og gi risiko for økt inntak av mugg-gifter (mykotoksiner).

Vitenskapskomiteen for mattrygghet har lagt fram en egen risikovurdering som viser at barn risikerer å få i seg for mye muggsoppgifter deoksynivalenol (DON) gjennom brød og grøt. Mattilsynet og andre aktuelle fagetater vil følge opp og foreslå tiltak.

Mat er den viktigste eksponeringskilden for en rekke prosessfremkalte fremmedstoffer som akrylamid, furan og polysykliske aromatiske hydrokarboner og miljøgifter, som tungmetaller, PCB, dioksiner, samt bromerte og fluorerte forbindelser. For høyt innhold av slike uønskete fremmedstoffer i maten vår kan ved for høyt og langvarig inntak gi sykdom hos mennesker. Det skal utvikles bedre kunnskap om hvordan man kan redusere eller unngå slike uønskede prosessfremkalte stoffer. Det er også viktig å unngå at uønskete fremmedstoffer kommer inn i kretsløpet og næringskjeden og videre inn i matproduksjonskjeden. Mange av de miljøgiftene som kan påvises i mat og vann, er langsamt nedbrytbare og kan også være transportert over store avstander. Kunnskap om innholdet av uønskete fremmedstoffer i mat og drikkevann og hvordan ulike miljøforhold og innsatsfaktorer i matproduksjonskjeden kan påvirke innholdet, er avgjørende for å kunne innføre effektive tiltak for å unngå at matvarer som ikke er trygge, kommer ut til forbrukerne. Som en betydelig sjømatnasjon har Norge et særlig ansvar for å sikre tilstrekkelig og oppdatert dokumentasjon på dette området.

Det er viktig med informasjon om de ulike stoffenes egenskaper. Økt kunnskap og formidling av informasjon om innholdet av kjemiske stoffer i mat og drikkevann bidrar til å øke forbrukernes kunnskaper om mattrygghet generelt.

Smittevern

I en situasjon der nye problemer knyttet til ikke-smittsomme sykdommer og livsstil er på frammarsj, er det fortsatt behov for å opprettholde arbeidet med å kontrollere og begrense de smittsomme sykdommene.

Klimaendringene kan føre til økt utbredelse og større forekomst av sykdommer som spres til dyr og mennesker fra insekter som flått og mygg, fordi disse kan leve i nye områder og trives bedre ved høyere temperatur og fuktigere klima. Tall fra Verdens helseorganisasjon viser at rundt 75 prosent av de nye infeksjonssykdommene eller kjente infeksjonene som har vært i framvekst hos men-

nesker de siste tretti årene, er forårsaket av smittestoffer som opprinnelig kommer fra dyr.

Bedre forståelse for sammenhengen mellom folkehelse og dyrehelse er viktig for å møte nye helseutfordringer. Spredningen av forskjellige typer influensavirus de senere årene er eksempler på at folkehelse og dyrehelse er tett sammenvevd. Det samme gjelder for utvikling og spredning av ulike typer antibiotikaresistente bakteriestammer, som er et økende problem også over landegrensene hos dyr og mennesker. Redusert og mer målrettet bruk av antibiotika, både til dyr og mennesker, er blant de viktigste tiltakene for å forebygge og redusere utvikling av antibiotikaresistens. Det skal arbeides for slike tiltak nasjonalt og internasjonalt.

Det er behov for å utvikle kunnskap om utvikling av resistens, om hvordan antibiotika og antibiotikaresistente mikrober oppfører seg i ulike miljøer og om hvordan dette i sin tur kan påvirke helsen og sykdomsbilde hos dyr og mennesker. Det skal opprettes en tverrsektoriell ekspertgruppe med deltakere fra hvert av de fire virkeområdene, landbruk, fiskeri, miljø og helse, som får i oppdrag å oppsummere kunnskap på området. Dette kan danne grunnlag for å utarbeide en strategi som kan peke ut arbeidet framover og hva norske myndigheter bør prioritere nasjonalt og internasjonalt.

Å opprettholde et målrettet og effektivt smittevernarbeid er fortsatt viktig. Det gjelder ikke bare for å unngå nye eller ukjente sykdommer, men også for å opprettholde den gode situasjonen vi har i dag for sykdommer som opp gjennom tidene har forårsaket alvorlige epidemier og helseskader.

Det er potensialet for stor spredning, mange alvorlige sykdomstilfeller, mange dødsfall og innvirkningen på samfunnet samlet sett som begrunner at samfunnet organiserer tiltak mot epidemier generelt og spesielt mot de årlige influensaepidemiene. Tiltakene bør ha en god balanse mellom på den ene siden nytten for henholdsvis enkeltpersoner (for eksempel å unngå alvorlig sykdom), for helsetjenesten (for eksempel færre sykehusinnleggelser) og for samfunnet (for eksempel redusert sykefravær) og på den andre siden tiltakenes kostnader for hver av de samme gruppene.

Usikkerheten om hvilke smittsomme sykdommer som kan ramme oss, gjør at god beredskap er nødvendig. Beredskapen kan bestå både i evne til å oppskalere ordinære smitteverntiltak og evne til å sette i verk nye tiltak.

22. juli-kommisjonen pekte på en del generelle svakheter i samfunnets beredskap mot kriser og katastrofer. Det kan være grunn til å anta at en del

av disse generelle svakhetene også kan gjøre seg gjeldende på andre beredskapsområder enn det som 22. juli-kommisjonen spesielt hadde som mandat å gjennomgå. Utfordringene på smittevernområdet vil også i noen grad ta opp beredskap mot bevisste handlinger hvor innslag av terror kan være et av scenarioene.

3.3.4 Godt innemiljø

Bygg som vi oppholder oss i, skal ha et tilfredsstillende inneklima. Det gjelder både nye og eksisterende bygg. Med innemiljø menes temperatur, luftkvalitet, støy og klang, lys og stråling og ergonomiske forhold. Godt innemiljø er viktig i alle typer bygninger. Byggteknisk forskrift til plan- og bygningsloven stiller krav til miljø og helse i boliger og bygg. Dette gjelder krav til luftkvalitet, termisk inneklima, strålingsmiljø, lyd og vibrasjon, fukt, lys og utsyn.

Det er viktig å sikre at framtidige bygg har et varig tilfredsstillende inneklima. I Meld. St. 28 (2011–2012) Gode bygg for eit betre samfunn varslar regjeringen at den vil skjerpe energikravene i byggteknisk forskrift til passivhusnivå i 2015 og nesten nullenerginivå i 2020. Vedtak om kravsnivå blir gjort på bakgrunn av utredninger om konsekvenser for samfunnsøkonomi og helse og kompetanse i byggenæringen. Regjeringen er særlig opptatt av å sikre at inneklima blir tatt vare på når vi innfører passivhusnivå og nesten nullenerginivå. I samme melding varsles videre at regjeringen vil vurdere behovet for et utviklingsprogram for inneklima i samarbeid med byggenæringen og forskningsinstitusjoner. Kravene til nye boliger og bygg er regulert i teknisk forskrift som er hjemlet i plan- og bygningsloven. Det er viktig å sikre at framtidige bygg har et varig tilfredsstillende inneklima.

Barn er spesielt sensitive for dårlig inneklima. Barnehager og skoler skal planlegges og drives slik at astma-, allergi- og inneklimaplager forebygges eller reduseres. Barn har opplæringsplikt i grunnskolen. For barn i barnehage er det noe større valgfrihet, men for mange er det et valg mellom den barnehagen som er tildelt eller ingen barnehageplass. Dette gir samfunnet et spesielt ansvar for å sikre barn et godt fysisk og psykososialt skole- og barnehagemiljø. Ingen barn og unge skal bli varig syke av å gå på skolen eller i barnehagen. Godt innemiljø er en viktig forutsetning for et stimulerende lærings- og undervisningsmiljø.

Boks 3.16 To tiltak for bedre produktivitet i skolen

Prestasjonen økte med

- 4 prosent ved å øke ventilasjonen fra 10 til 30 liter per sekund per person
- 6,4 prosent ved å øke ventilasjonen fra 10 til 60 liter per sekund per person
- 26 prosent ved å senke temperaturen 1 grad fra 28 til 27 grader under sommerforhold.
- 43 prosent ved å senke temperaturen 2 grader fra 28 grader¹.

Lav temperatur på inhalert luft er spesielt viktig for opplevelse av «frisk og god luft²»

¹ Ito & Murakami, Journal of Asian Architecture and Building Engineering/November 2010/529

² Yang et al, Indoor Air 2010; 20: 309–319

Kravene til fysisk og psykososialt miljø i skoler og barnehager følger av opplæringsloven og av folkehelseloven med forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Forskriften gir eierne av skoler og barnehager et klart ansvar for å påse at barna har et forsvarlig skole- og barnehagemiljø. Skoler og barnehager skal bygges og drives på en helsemessig tilfredsstillende måte. Det stilles krav til blant annet at inneluft er helsemessig tilfredsstillende, til rengjøring og vedlikehold, smittevern, sikkerhet, førstehjelp, muligheter for aktivitet og hvile, psykososiale forhold og egnede muligheter for å spise som også ivaretar måltidenes sosiale funksjoner.

Skoler og barnehager skal godkjennes etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har gjennomført kartlegginger som viste at 32 prosent av skolene ikke var godkjente i 2009. Det vil i løpet av våren 2013 gjennomføres en ny kartlegging av godkjenningsstatus og tilsynspraksis ved landets skoler. Kartleggingen vil ses i sammenheng med fylkesmannens oppgave med å føre tilsyn med miljørettet helsevern (jf. folkehelseloven § 31). Resultatet av kartleggingen vil være et aktuelt grunnlag i fylkesmannens dialog med kommuner som kommer dårlig ut i andel godkjente skoler i kommunen, eller hvor det avdekkes svikt i tilsynspraksis. Arbeidstilsynet har siden 2009 ført tilsyn med skolenes inneluft. Disse tilsynene viser at manglende vedlikehold er

Boks 3.17 IK Bygg – et verktøy for bedre eierskap, forvaltning og bruk av bygg

IK Bygg samler alt regelverk for bygg i bruk på ett sted og gjør det mulig for eier, forvalter og bruker å gjennomføre internkontrollen av sitt bygg på en enkel og overkommelig måte.

Verktøyet er web-basert og brukes til å:

- kartlegge tilstanden
- lage vedlikeholdsplan
- avklare ansvarsforhold
- rapportere til ansvarlig nivå

IK Bygg og rapportene i løsningen gir en felles kommunikasjonsplattform for eiere, brukere, forvaltere og tilsynsmyndigheter. Det gjør det også enklere for myndighetene å føre tilsyn. Verktøyet gir et grunnlag for å drøfte forenklinger i regelverket med de ulike tilsynsmyndighetene.

IK Bygg er utviklet av Norsk kommunalteknisk forening med støtte fra Direktoratet for byggkvalitet. Verktøyet foreligger for bruk på kommunale formålsbygg. Direktoratet arbeider med å tilrettelegge IK bygg for alle eiere, forvaltere og brukere av alle typer bygg, der bruken av bygget er underlagt offentlig regelverk.

en utfordring mange steder. Rapportene fra disse tilsynene vil også kunne legges til grunn ved dialog med kommuner.

Krav til fysisk og psykososialt miljø for barnehagene framgår ikke av barnehageloven. Det er varslet i Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens barnehage at regjeringen vil sette i gang et arbeid for å utrede regulering av det fysiske og psykososiale miljøet i barnehageloven. Både styrker og svakheter ved dagens regulering av skole- og barnehagemiljø må vurderes nærmere før det eventuelt innføres nye krav i barnehageloven. Målet med eventuelt å endre regelverket på dette området vil være å sikre alle barnehagebarn et barnehagemiljø som fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygger sykdom og skade. Erfaringene med klage- og tilsynsordningen og kunnskap om den faktiske etterlevelse av opplæringsloven og forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler vil være en nødvendig del av utredningen av eventuelle nye lovbestemmelser.

Sentrale helsemyndigheter har ikke noen samlet oversikt over innemiljøforhold i andre offentlige bygg, slik som i sykehjem, pleie- og omsorgsboliger mv. I den senere tid har det vært reist en faglig bekymring for innemiljøforhold i sykehus og andre helseinstitusjoner. Dette har dels gått på mangelfullt renhold og dels på vedlikehold. Den samme bekymring gjør seg også gjeldende i private arbeidsforhold. For de ansatte regulerer arbeidsmiljøloven innemiljøet på arbeidsplassen. Behovet for samarbeid for å sikre et godt innemiljø understrekes ved den økende forekomst av astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner.

Regjeringen vil arbeide for å utvikle bedre styringsdata for drift og vedlikehold av offentlige bygg. Problemstillingen er blant annet drøftet i NOU 2004: 22 Velholdte bygninger gir mer til alle.

Direktoratet for byggkvalitet (DiBK) har støttet utviklingen av det web-baserte verktøyet/ internkontrollsystemet IK Bygg som er rettet mot kommunale formålsbygg. For å nå ut til eiere, brukere og forvaltere etablerer Direktoratet for byggkvalitet et eierforum, et brukerforum og et forvalterforum for eier-, bruker- og forvalterorganisasjonene. Det etableres også et tilsynsforum for tilsynsmyndighetene for bedre samordning og forenkling av regelverk og tilsyn.

I regjeringsplattformen for 2009–2013 (Soria Moria II) står det at regjeringen vil gjennomføre rentekompensasjonsordningen innenfor en investeringsramme på 15 milliarder kroner til oppussing og bygging av skoler og svømmeanlegg fra 2009–2016. I budsjettet for 2009 ble det innført en åtteårig ordning med sikte på en investeringsramme på 15 milliarder kroner. Investeringsrammen blir gradvis faset inn i budsjettet gjennom perioden. Fra 2009 til 2012 er ni milliarder kroner faset inn i budsjettet. I 2013 fases ytterligere en milliard kroner inn. Ordningen forvaltes av Husbanken.

3.3.5 Annet miljø og helsearbeid

Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern er en oppgave i folkehelsearbeidet som omfatter vern mot faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, for eksempel biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Kommunen fører tilsyn med miljørettet helsevern etter bestemmelsene i folkehelseloven kapittel 3 med forskrifter.

Miljørettet helseverntjenesten i kommunene har et bredt nedslagsfelt og skal arbeide for at alle lever i et trygt og helsefremmende miljø. Tjenesten

har mange berøringspunkter mot andre myndigheter. Tjenesten har også særlige ansvarsområder som for eksempel å føre tilsyn med fysisk og psykososialt miljø i skoler og barnehager, med bassengbad, frisørvirksomhet, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet og innretninger som kan spre legionellabakterier (kjøletårn m.v.). Regelverket innebærer at det er en konkret vurdering av mulig helsekonsekvens i det enkelte tilfelle som skal være avgjørende for om det for eksempel skal kreves retting av et forhold i en virksomhet. Dette gir en fleksibilitet til lokale tilpasninger. For den enkelte innbygger representerer det en sikkerhet at en kan henvende seg til kommunen, dersom en er bekymret for helsen pga. en mulig miljøeksponering, og at saken skal bli konkret vurdert. Selv om det er nasjonale grenseverdier for en del miljøforhold, for eksempel lokal luftforurensing og støy, kan det være forhold som ikke fanges opp ved slike grenseverdier og som har helsekonsekvenser. Det kan være en spesiell type forurensing med ekstra helsekonsekvens, det kan være støytopper på uheldige tider, det kan være dobbelteksposeringer og det kan være at det er sårbare grupper som blir eksponert. Erfaringsvis fanger miljørettet helsevern i kommunene opp mange saker som faller mellom annet regelverk. Den miljørettede helseverntjenesten kan også være en bidragsyter til å styrke det lokale samarbeidet om tiltak mellom mat-, miljø- og helsemyndigheter for eksempel i områder der det er gitt kostholdsråd/advarsler for villfangst av fisk på grunn av høyt innhold av miljøgifter.

Miljørettet helseverntjenesten i kommunen er en del av kommunens folkehelsearbeid. Den kunnskap som tjenesten har om folkehelseutfordringene, er viktig i arbeidet med å ha oversikt over folkehelsen. De prioriteringer og innsatsområder som kommunene har innen folkehelse, har betydning for miljørettet helsevernarbeidet. I Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid er det varslet at departementet vil gå gjennom miljørettet helsevern forskriftene i lys av folkehelseloven.

Regjeringen vil bidra til å styrke kommunene som tilsynsmyndighet med miljørettet helsevern. Ved folkehelseloven ble tilsynsveiledning overført fra Statens helsetilsyn til Helsedirektoratet. Bakgrunnen for dette er at veiledning til kommunen om utøvelse av tilsynsmyndighet bør knyttes til den generelle veiledningen til kommunens miljørettede helsevern. Innholdet i tilsynsveiledningen er nærmere omtalt i Prop. 90 L (2010–2011). Det forutsettes blant annet at direktoratet bidrar til å koordinere nasjonale satsingsområder som kan

være gjenstand for kommunalt tilsyn, slik som hygiene i barnehager, psykososiale forhold i skolen, tilsyn med tobakkskadeloven med videre og knyttes opp til nasjonale tiltak slik som kampanjer. Det kommunale tilsynet skal ta utgangspunkt i en lokal risikovurdering. Det er frivillig for kommunene å følge nasjonale satsingsområdene, men det kommunale tilsynet vil kunne bli mer effektivt dersom det inngår i en nasjonal satsing og støtter seg på felles statlig veiledning og informasjon.

Tilsynsveiledningen vil også definere standarder for godt folkehelsearbeid når det gjelder kommunens ivaretagelse av sitt tilsynsansvar på en forsvarlig måte.

Innen miljø og helse er det behov for å utvikle bedre støttefunksjoner til kommunene. Det skal vurderes å utvikle arbeids- og miljømedisinske sentre i helseforetakene til regionale kompetansemiljøer også på miljømedisin. Disse sentrene vil kunne gi faglig støtte til kommunenes miljørettete helsevern. De regionale helseforetakene fikk i 2011 i oppdrag å etablere regionale tverrfaglige kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med rådgivning og kompetanseoverføring som hovedoppgaver.

Folkehelseinstituttet er nasjonalt fagorgan innen miljømedisin og gjør tilgjengelig forskningsbasert kunnskap om miljø og helse. Instituttets forskningsbaserte kunnskapsbase om miljø og helse skal oppdateres jevnlig. Instituttet skal bidra til å vurdere de ulike miljøfaktorenes relative betydning for helsen i Norge. Dette gjøres som grunnlag for prioritering og systematisk utvikling av miljø- og helsearbeidet i Norge. Vurderingene skal bl.a. inngå i det nasjonale arbeidet med sykdomsbyrdeanalyser.

Skader og ulykker

I 2009 ble det lagt fram en tverrsektoriell nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskader for perioden 2009–2014. Fram mot 2014 vil regjeringen arbeide for å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av ulykker som medfører personskader og forbedre den tverrsektorielle skade- og ulykkesforebyggende innsatsen. Disse målene vil inngå som en del av folkehelsemålene, se kapittel 1. Oppfølging av nasjonal strategi for forebygging av ulykker er organisert ved en tverrdepartemental styringsgruppe med ledelse fra Helse- og omsorgsdepartementet. Under styringsgruppen er det en arbeidsgruppe på direktoratsnivå under ledelse av Helsedirektoratet, som skal foreslå tiltak og koordinere den løpende implementeringen av strategien. Helsedirektoratet skal

i 2013 utgi et felles veiledningsmaterieell til lokalt skadeforebyggende arbeid, og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal legge fram en rapport om skadebildet i Norge. Det planlegges at en slik rapport skal utgis regelmessig for å kunne følge utviklingen over tid.

Strålevern

I samfunnet utsettes mennesker og miljø for forskjellige kunstige og naturlige strålekilder. Forebyggingspotensialet for å redusere skadevirkninger av stråling er størst når det gjelder:

- UV-eksponering fra sola og solarier
- diagnostisk og terapeutisk strålebruk i helsesektoren
- radoneksponering i boliger

Statens strålevern er landets fagmyndighet innen strålevern og atomsikkerhet.

Solariebruk innebærer økt risiko for kreft, og særlig når bruken starter i ung alder. Regjeringen har vedtatt 18 års aldersgrense for bruk av solarier fra 1. juli 2012. Det er samtidig vedtatt at alle solarier skal ha kompetent betjening fra 1. januar 2014.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet har Nasjonalt Folkehelseinstitutt ledet en ekspertgruppe som har utredet helserisiko og forvaltningspraksis ved svake elektromagnetiske felt (rapport 2012:13). Utredningen ble overlevert fra ekspertgruppen i september 2012. Rapporten følges opp med tanke på å sikre bred forankring i de departementer og etater som har ansvar og oppgaver på området.

Å motvirke skadevirkningene av radon er et prioritert område for regjeringen. Radon i inneluft er et mer omfattende problem i Norge enn i mange andre land. Det er anslått at radon er medvirkende til om lag 300 lungekrefttilfeller årlig i Norge. Regjeringen har vedtatt en nasjonal strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge (2009–2014). Som oppfølging av strategien har det blitt fastsatt grenseverdier for radon i barnehager, grunnskoler og videregående skoler og utleieboliger, og det er innført radonsikringskrav ved bygging av boliger.

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Mattilsynet og Statens strålevern utarbeidet forslag til en strategi for håndtering og forvaltning i forbindelse med radioaktivitet i matproduserende dyr, mat og drikkevann. Denne vil bli vurdert og utviklet i sammenheng med det øvrige arbeidet med atomberedskap.

Kjemikalier

Miljøvernmyndighetenes mål er at utslipp og bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ikke skal føre til helseskader eller skader på naturens evne til produksjon og selvfornyelse. Konsentrasjonene av de farligste kjemikaliene i miljøet skal bringes ned mot bakgrunnsnivået for naturlig forekommende stoffer og tilnærmet null for menneskeskapte forbindelser. Føre-var prinsippet er et viktig styrende prinsipp for myndighetens arbeid med kjemikalier. Dette innebærer at myndighetene kan iverksette tiltak på grunnlag av sterk mistanke om at kjemikalier kan utgjøre en alvorlig trussel mot helse eller miljø, selv om det vitenskapelige grunnlaget er usikkert. Forurensningsloven og produktkontrollloven er viktige regelverk. Formålet med forurensningsloven er å verne det ytre miljøet mot forurensning. Loven sier at det i utgangspunktet er forbudt å forurense, og at en må ha tillatelse til forurensende virksomhet. Slike tillatelser kan gis med hjemmel i forurensningsloven.

Produktkontrollloven skal forebygge at produkter gir helseskade eller miljøforstyrrelse, og forskrifter som regulerer enkeltstoffer og stoffblandinger er hjemlet i denne loven. I januar 2000 ble det innført en substitusjonsplikt som innebærer en plikt til å bytte ut farlige stoffer med mindre farlige alternativer. Folkehelselovens bestemmelser om miljørettet helsevern gir kommunen myndighet til å gripe inn, der det er forhold som utgjør en risiko for befolkningens helse. Loven har også bestemmelser om helsemessig beredskap ved miljøhendelser og utbrudd av sykdom relatert til eksponering av helseskadelige miljøfaktorer.

De senere årene har lett nedbrytbare miljøforurensninger i større grad blitt satt i sammenheng med uønskede helseeffekter. Som eksempel kan nevnes ftalater, bisfenol A og andre stoffer som finnes i en rekke forbruksvarer, som kosmetikk og kroppspfleieprodukter. Stoffene som tilsettes, kan samvirke med uønskete fremmedstoffer. Det er behov for å kunne vurdere ulike stoffers virkning, alene eller sammen med andre stoffer, og å se tilførsel fra ulike kilder og ved ulike eksponeringsformer i sammenheng. Det er spesielt viktig med innsats overfor barn og unge. Dette omfatter både miljøgifter og forurensende stoffer i forbruksprodukter som leker og kosmetikk og i mat og drikkevann. Matloven og kosmetikkloven har som formål å sikre helsemessig trygge næringsmidler og trygg kosmetikk. Vitenskapskomiteen for mattrygghet og Folkehelseinstituttet bistår miljø- og helsemyndighetene i risikovurderinger for ekspo-

neringer av ulike miljøgifter og forurensende stoffer i den norske befolkningen. Miljøgifter skal inngå i vurderingen av ulike miljøbelastningers relative betydning for sykkelighet, som bl.a. innebærer en systematisk gjennomgang av dagens og fremtidig risiko for befolkningens helse knyttet til miljøgifter.

Helse- og matmyndighetene i samarbeid med miljømyndighetene skal vurdere tiltak for sikre en mest mulig giftfri hverdag.

3.4 Mulighet for sunne valg

Regjeringen har som mål å gjøre det lettere å velge sunt. Det skal spesielt legges vekt på tiltak rettet mot barn og unge. Grunnlaget for gode vaner legges tidlig i livet, og forhold i barndommen har stor betydning for helsen senere i livet. Det er et langsiktig mål at alle barn og unge skal ha tilgang til sunne måltider i trivelige rammer i skole og barnehage, og at det innenfor dagens ordning skal legges til rette for daglig fysisk aktivitet i skolehverdagen. Det skal legges til rette for helsevennlige arenaer, for eksempel ved å skape alkohol- og tobakksfrie arenaer for barn og unge, helsefremmende arbeidsplasser og tilbud om sunnere mat på idretts- og kulturarrangementer og andre fritidsarenaer.

Det er trekk ved samfunnsutviklingen både i Norge og andre land som også får konsekvenser for befolkningens helse. Endringer i samfunnet de siste tiårene har ført til en stor reduksjon i den naturlige fysiske aktiviteten i hverdagen. I dag er det fullt mulig å gjennomføre hverdagen, arbeidsdagen og til og med skoledagen med minimal fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet som tidligere var en naturlig del av arbeid og daglige gjøremål, er borte. Barn blir kjørt til skolen eller fritidsaktiviteter i stedet for å gå eller sykle. Voksne kjører bil til butikken i stedet for å sykle eller gå og tar som oftest heisen eller rulletrappen. Samtidig har vi tilgang på mat nærmest døgnet rundt på møteplasser, trafikkknutepunkter og arrangementer. Ofte er det usunne matvarer som er lettest tilgjengelig. Alkoholinntaket øker på grunn av endringer i drikkemønsteret. Det er blitt mer vanlig å drikke alkohol i ukedagene, samtidig som tradisjonen med storinntak i helgene fortsetter. Et positivt trekk ved utviklingen er at andelen dagligrøykere i befolkningen går ned og at nedgangen er spesielt stor blant ungdom.

Avgifter og reguleringer er en viktig del av politikken på tobakks- og alkoholområdet. På begge områder handler det om å begrense tilgjen-

Boks 3.18 Tiltaksplan for å begrense saltinntaket i befolkningen

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å iverksette en tiltaksplan for reduksjon av saltinntaket i befolkningen. Arbeidet tar utgangspunkt i en strategi anbefalt av Nasjonalt råd for ernæring. Reduksjon i saltinntaket vil kunne gi betydelige helsegevinster. Det er sammenheng mellom inntak av salt, blodtrykk og økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Høyt blodtrykk er en av de viktigste risikofaktorene for sykdom og hjerte- og karsykdommer som er den vanligste dødsårsaken i befolkningen. En reduksjon i befolkningens saltinntak vil derfor kunne gi betydelige helsegevinster.

Saltinntaket i den norske befolkningen er omtrent dobbelt så høyt som anbefalt. Om lag tre fjerdedeler kommer fra industriebearbeidede matvarer og mat spist på serveringssteder. En reduksjon i tilsetning av salt i produksjonen av

mat vil derfor kunne ha stor betydning for saltinntaket. Sentrale forslag er å:

- Etablere forpliktende samarbeid med matvarebransjen om reduksjon av saltinnholdet i matvarer
- Gjennomføre bedre merking av saltinnhold i matvarer
- Samarbeide med serveringsnæringen om reduksjon av saltinnhold i mat servert i kantine, kiosk og restaurant
- Utarbeide retningslinjer om saltinnhold i mat servert i offentlige institusjoner.
- Styrke informasjonen til befolkningen
- Styrke overvåkingen av saltinnholdet i matvarer og saltinntaket i befolkningen.

<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/strategier-og-satsninger/Sider/saltstrategi.aspx>

gelighet og beskytte omgivelsene. Regjeringen vil opprettholde og videreutvikle den norske alkoholpolitikken. Når det gjelder tobakk har Stortinget nylig vedtatt en rekke endringer i tobakksskadeloven for å begrense tilgjengelighet, skape flere tobakksfrie arenaer og beskytte mot passiv røyking. På kostholdsområdet har avgifter og reguleringer vært mindre brukt. Det gjelder både regulering av markedsføring og prisvirkemidler. Når det gjelder fysisk aktivitet har prisvirkemidler og reguleringer ikke så stor betydning. Virkemidlene for å fremme sunne valg ligger i all hovedsak utenfor helsesektoren, og samarbeidet med andre sektorer, frivillige organisasjoner og private aktører er viktig.

Dette er en felles oppgave. Ansvaret på tvers av sektorer må i større grad synliggjøres. Regjeringen vil invitere til et forpliktende samarbeid med en rekke ulike samfunnsaktører og utfordre frivillige organisasjoner, arbeidslivets organisasjoner og næringslivet både i offentlige og private virksomheter.

Matvarebransjen kan for eksempel ta et ansvar for å bedre befolkningens helse gjennom å produsere sunnere varer, vurdere porsjons- og pakningsstørrelser, gjøre sunne produkter lettere tilgjengelige og bidra i prosjekter som har helse som innfallsvinkel. På kostholdsområdet er det flere gode eksempler på samarbeid mellom helsemyndigheter og matvarebransjen. Næringslivet

kan ta et større ansvar som arbeidsgiver, for eksempel når det gjelder holdninger til og bruk av alkohol på sosiale arrangementer, tilrettelegging for fysisk aktivitet og sunn mat og tiltak for å skape mer inkluderende arbeidsplasser.

Frivillige organisasjoner kan bli enda viktigere samarbeidspartnere. Det er lang tradisjon for samarbeid mellom offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner på livsstilsområdet. Det handler både om aktiviteter og tilbud som organisasjonene driver og om å skape helsevennlige arenaer, for eksempel ved å skape alkohol- og tobakksfrie møteplasser og tilby sunnere mat på arrangementer.

Arbeidet med kosthold og ernæring har de siste årene hovedsakelig vært forankret i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2012) Oppskrift for et sunnere kosthold. Målet for arbeidet med kosthold og ernæring er å bedre kostholdet i tråd med helsemyndighetens anbefalinger og redusere sosiale forskjeller i kosthold. Videre arbeid på området vil legge vekt på en evalueringsrapport fra Verdens helseorganisasjon og fra Helsedirektoratet. I rapporten fra Verdens helseorganisasjon blir handlingsplanen omtalt som et viktig verktøy for å fremme ernæring og gi drakhjelp i gjennomføring og utvikling av ernæringsarbeidet. Tiltaksplan for å redusere saltforbruket er lagt fram, og oppfølgingsarbeidet er påbegynt. Det vil bli vurdert om det er behov for

en ny handlingsplan eller andre styringsdokumenter for å gjennomføre og videreutvikle kostholdsarbeidet.

Fysisk aktivitet som fagområde og virkemiddel i folkehelsearbeidet er sektorovergripende og har vært forankret i Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) som et samarbeid mellom åtte departementer. Et hovedmål med handlingsplanen var å legge bedre til rette for fysisk aktivitet. Evalueringen fra 2009 anbefaler at arbeidet følges opp, og tiltak i handlingsplanen er derfor videreført etter utløpet av planperioden. Grunnlaget for en bredere satsing på fysisk aktivitet med bruk av virkemidler ut over helsesektoren er omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Regjeringens alkoholpolitikk er nedfelt i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! om en helhetlig rusmiddelpolitikk. Målet er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, tredjepart og for samfunnet. Alkoholpolitikken fundament er en rekke universelle tiltak og de viktigste virkemidlene er bevilningssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og avgiftspolitikken.

Regjeringen la i februar 2013 fram Nasjonal strategi mot tobakksskader 2013–2016. Strategien legger opp til en ny satsing på massemediekampanjer og etablering av et nasjonalt røyke- og snusavvenningstilbud. Politikken med høye avgifter og innskjerping av regelverket videreføres. Målet er å hindre at barn og unge begynner å røyke og snuse, at de som allerede bruker tobakk skal få hjelp til å slutte og at befolkningen beskyttes mot passiv røyking. Strategien har som mål at ingen som er født etter 2000 skal begynne å røyke eller snuse.

I dette kapitlet er det gitt en overordnet omtale av politikken for å påvirke de viktigste livsstilsfaktorene. Mange av tiltakene og virkemidlene for å påvirke livsstil er omtalt andre steder i stortingsmeldingen. Det gjelder for eksempel tiltak i nærmiljøet som er nærmere omtalt tidligere i dette kapitlet. Tiltak i arbeidslivet er omtalt i kapittel 4 Helse gjennom hele livsløpet. Videre er frisklivssentraler og helsetjenestens arbeid med livsstilsendring omtalt i kapittel 5 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten. Samarbeidet med frivillige organisasjoner og næringslivet samt internasjonalt arbeid er omtalt i kapittel 7 Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken.

3.4.1 Lettere tilgang på sunne valg i skoler og barnehager

Regjeringen har som mål at det skal legges til rette for sunne måltider og fysisk aktivitet i skoler og barnehager og har som langsiktig ambisjon å utvide ordningen med gratis frukt og grønt til alle elever i grunnskolen. I tillegg ønsker regjeringen å vurdere hvordan skoledagen kan organiseres slik at elevene sikres minst en time fysisk aktivitet hver dag. Forslagene kan kreve økte bevilgninger og gjennomføring er betinget av det økonomiske handlingsrommet. Ordningen med gratis frukt til elever på skoler med ungdomstrinn og innføring av to timer fysisk aktivitet på femte til sjuende klassetrinn er viktige skritt på veien.

Den enkelte skoleeier har ansvar for at det gjennom planlegging legges til rette for mer fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i tråd med helsemyndighetens anbefalinger. Samtidig må foreldre, frivillige organisasjoner og andre aktører stille opp og motivere barn og ungdom til å være fysisk aktive også utenom skoletid og stimulere til at barn og unge har gode kostvaner både på skolen, hjemme og på fritiden. Dette er tema som naturlig hører hjemme i samarbeidet mellom skole og hjem. Regjeringen vil invitere Foreldreutvalget for grunnskolen til dialog om mulige tiltak som kan bidra til gode løsninger for måltids- og aktivitetsvaner på den enkelte skole.

De siste årene har det vært gjennomført ulike prosjekter i skolen der fysisk aktivitet og måltid har vært blant elementene. Prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen 2003–2006 var et samarbeid mellom utdannings- og helsemyndighetene. Hovedmålet med prosjektet var å utvikle modeller, der daglig fysisk aktivitet og gode rammer for sunne måltid er integrert i skolehverdagen. Modellene skal bidra til at helsemyndighetenes anbefalinger om 60 minutters daglig fysisk aktivitet og retningslinjene for skolemåltidet blir kjent. 400 skoler deltok i prosjektet. På grunnlag av erfaringene fra prosjektet er det utviklet veiledningsmaterieell som er sendt ut til alle skoler og er tilgjengelig på Utdanningsdirektoratets nettsider.

Det er gjort flere nasjonale studier for å se på effekt av gratis ordning med frukt og grønnsaker i skolen sammenliknet med abonnementsordning og ingen ordning. Elever på skoler med gratis frukt økte inntaket mer enn elever på skoler uten slikt tilbud, det økte inntaket vedvarte over tid og elevene reduserte inntaket av usunn snacks. Effekten av gratis skolefrukt på snacksinntaket var størst hos elever med foreldre med kort utdanning og lav inntekt. Skoler med kun barne-

Boks 3.19 Helsefremmende barnehager og skoler: Folkehelseprogrammet i Telemark



Figur 3.4 Folkehelseprogrammet i Telemark

Illustrasjon: Ole-Jonny Hansen

Helsefremmende barnehager og skoler skal bidra til sunn livsstil og god helse for alle barn ved å tilrettelegge for et fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Satsingen på helsefremmende barnehager og skoler er en del av folkehelseprogrammet i Telemark fylkeskommune. God helse og trivsel

bidrar til gode undervisnings- og læringsforhold. Tiltak i barnehagene og skolene når alle uavhengig av sosial bakgrunn og gjør det mulig å sette i gang tiltak tidlig.

Folkehelseprogrammet i Telemark har et helhetsgrep på tiltak fra barnehage til og med videregående skole. Sentrale tiltaksområder er fysisk aktivitet og friluftsliv, kosthold, psykisk helse og læringsmiljø, tobakk og rus. Kurs og programmer blir presentert i et årlig tilbudshefte. Eksempler fra tilbudsheftet er besøk fra tannpleier på skoler og skolefritidsordning, kantiner og Aktiv skole 365 som er et samarbeid med Telemark idrettskrets.

Modellen er under kontinuerlig videreutvikling. Det er utviklet et verktøy for skolebesøk sammen med elev- og lærlingombudet. Folkehelseprogrammet legger vekt på partnerskap med frivillig sektor og på å utvikle nettverk og ressursgrupper for helsefremmende skoler. Sentrale aktører er fylkesmannen, ledende helsesøstre, elev- og lærlingeombud og representant for folkehelsekoordinatorene i kommunene.

trinn tilbys i dag en abonnementsordning subsidiert av helsemyndighetene. Ordningen benyttes av kun 17 prosent av elevene på disse skolene. Det har de senere årene vært gjennomført flere prosjekter og forsøk med måltid i skolen, og flere skoler tilbyr nå for eksempel frokost eller et lunsjmåltid enten gratis eller til en rimelig kostnad. For eksempel har Lutvann skole i Oslo servert gratis frokost til elevene siden 2008. Det startet som en prøveordning i regi av Groruddalssatsingen som ble avsluttet i 2011. På grunn av de positive resultatene har skolen valgt å videreføre frokostserveringen med egne midler.

På oppdrag fra fylkesmannen har Nord-Trøndelag forskning og utvikling gjennomført en kartlegging av matservering og skolemåltider i fylket. Kartleggingen viser et stort mangfold i måter å organisere og gjennomføre matservering på. De vanligste modellene er elevkantiner der elevene kjøper mat selv, skolemåltid med elevbetaling som organiseres av skolen og gratis skolemåltid. Det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder politisk oppmerksomhet, og rektorenes hold-

ninger til skolemåltidet varierer. For skoler som er motivert til å tilby skolemåltid, er de største utfordringene skolens økonomiske rammer, bemanningsressurser og manglende fysiske fasiliteter som kjøkken og kantine lokaler.

En kartlegging av mat og måltid i barnehagen som ble gjennomført for Helsedirektoratet i 2011, viser at mattilbudet er blitt bedre de siste årene, og at retningslinjene for måltider i barnehagene er bedre kjent. Barnehager som bruker mat og måltid i pedagogisk sammenheng og forankrer arbeidet i planer eller retningslinjer, har et sunnere mattilbud enn barnehager som ikke har en slik tilnærming. Som en del av satsingen på bedre mat- og måltidsvaner i barnehagen, er det utarbeidet pedagogisk materiell for barnehagen. Programmet Fiskesprell, som er et samarbeid mellom fiskeri- og helsemyndighetene og Norges sjømatråd, har både bidratt til økt kompetanse om kosthold og sjømat hos ansatte i barnehager, skolefritidsordning og lærere i mat og helsefaget og til at det serveres mer fisk i barnehagene. På bakgrunn av pilotforsøk i Telemark vil det bli vurdert

om Fiskesprell skal utvides til kantiner i videregående skoler og andre offentlige instanser. I tillegg skal programmet legge mer vekt på helheten i kostholdet, særlig på frukt og grønnsaker.

Et sunt skolemåltid med gode rammer har betydning for trivsel, konsentrasjon, læring og helse. Helsedirektoratet utgir retningslinjer for skolemåltidet som bygger på at elevene har med seg matpakke, og at skolene tilbyr melk, frukt eller grønnsaker og mat til dem som ikke har med seg matpakke hjemmefra. Retningslinjene forutsetter at elevene er sikret minst 20 minutters spisepause og at elever i første til fjerde trinn har fullt tilsyn i matpausen.

Helsedirektoratets landsomfattende skolematundersøkelse viser at andelen elever som har med seg matpakke, har holdt seg relativt stabil på over 95 prosent fra 1991 til 2006 for første til sjuende årstrinn, men at det for åttende til tiende årstrinn er en tydelig nedgang fra 83 prosent i 1991 til 72 prosent i 2006. Mange av dem som sløyfer matpakke, har heller ikke spist frokost.

Det er grunn til å tro at det er for lite kunnskap om organisering av mat og måltider i skolefritidsordningen. Helsedirektoratet gjennomfører derfor i 2013 en ny kartlegging av mat og måltidssituasjonen i skolen, der skolefritidsordningen for første gang er inkludert. Kartleggingen vil kunne gi informasjon til arbeidet med å revidere retningslinjene for skolemåltidet. Retningslinjene vil bli revidert i sammenheng med en revisjon av veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det skal deretter utvikles veiledningsmateriell for å støtte skolenes arbeid med mat og måltider. Kartleggingen kan sammen med erfaringer fra ulike ordninger brukes som grunnlag for å vurdere hvordan det kan tilrettelegges bedre for måltider i løpet av skoledagen.

I Meld. St. 20 (2012–2013) *På rett vei – kvalitet og mangfold i fellesskolen* varsler regjeringen at det tas sikte på å opprette et eget nasjonalt senter for ernæring, fysisk aktivitet, helse og læring i barnehager og skoler. Etableringen av et slikt senter vil kunne bidra til å styrke barnehagenes og skolenes rolle som forebyggende og helsefremmende arenaer gjennom å arbeide målrettet for kunnskap om betydningen av ernæring, fysisk aktivitet og andre helserelaterte faktorer for trivsel, læring, gjennomføring og sosial utjevning. Faget mat og helse er viktig for å gi elevene kunnskap og praktiske ferdigheter om matlaging, råvarer, matkultur, helse og livsstil. Faget har krevende kompetansemål som det kan være vanskelig å oppfylle, dersom det er mangel på kompetanse hos lærerne som underviser i faget. Skole-

Boks 3.20 Geitmyra matkultursenter for barn

Geitmyra matkultursenter i Oslo har som mål å lære barn og unge om gleden ved å lage og spise god mat, om hvor maten kommer fra og om grunnleggende prinsipper bak matproduksjon og tilvirking. Utgangspunktet er at matgleden er en verdi i seg selv, men også at den kan bidra til læring og gjøre barn i stand til å ta bedre og sunnere matvalg.

Senteret har tilbud til skoler, aktivitetsskoler, barnehager, foreldre og andre. I tilbud til skoleklasser i grunnskolen er det lagt vekt på grunnleggende ferdigheter og sosial kompetanse. Matkultursenteret har tilrettelagt et tilbud der elever i sjette klasse ved en del skoler i Oslo får mat- og helseundervisningen ved Geitmyra gård. Det er etablert et samarbeid med Geitmyra skolehager som ligger like ved matkultursenteret.

Geitmyra matkultursenter for barn er organisert som en stiftelse og drives med midler fra offentlige og private samarbeidspartnere.

eier har et ansvar for at lærere som underviser i mat og helse, har kompetanse i faget i tråd med regelverket. Staten tilrettelegger for at lærere kan få faglig påfyll i faget gjennom kompetanseutviklingsstrategien for lærere. Utdanningsdirektoratet har utviklet en veileder til læreplanen i mat og helse. Helsedirektoratet deler ut gratis kokebok til alle elever på ungdomstrinnet. Helse- og fiskerimyndighetenes program Fiskesprell har utviklet undervisningsmateriell i faget og inviterer til dagskurs for lærere som underviser i mat og helse. Undervisningen skal være i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger for et sunt kosthold.

Følgegruppen for lærerutdanningsreformen nedsatt av Kunnskapsdepartementet påpeker i den tredje rapporten som ble lagt fram i mars 2013, at mat og helse sammen med fremmedspråk er det faget som er dårligst dekket i utdanningstilbudene ved lærerinstitutionene. Sett i sammenheng med at det er få kommuner som benytter tilbudet om videreutdanning i mat og helse, er det grunnlag for å følge med på utviklingen i faget framover.

Det er behov for økt kunnskap om matlaging, kosthold og helse i befolkningen. Matlagingskurs for barn og unge og foreldre vil kunne bidra til bedre mat og måltidsvaner. Flere aktører tilbyr i

dag matkurs for barn og unge, for eksempel 4Hs matskole, Geitmyra matkultursenter i Oslo, og Kul mat-prosjektet som er initiert av Norsk Kulturråd. Tilbudene skal bidra til å skjerpe barn og unges nysgjerrighet og interesse for mat, matlagning og matkultur. Mange kommuner arrangerer også åpne matlagingskurs med utgangspunkt i Helsedirektoratets konsept om Bra mat kurs og Kokebok for alle, som selges til selvkost for kommunene. Kokeboken brukes også på introduksjonskurs for nyankomne, foruten at den deles ut gratis til alle ungdomsskoleelever i mat og helse faget.

Helsemyndighetene anbefaler minst en time daglig fysisk aktivitet for barn og unge. Skolen kan bidra til å gi alle barn og unge positive opplevelser med bevegelse og fysisk aktivitet, enten det er i form av kroppsøving eller øvrig lek og fysisk aktivitet. Barn og unge må få oppleve glede ved fysisk aktivitet, få prøve seg på ulike aktiviteter og utfordringer og på den måten tilegne seg ferdigheter, erfaringer og læring under kyndig veiledning. Dette gir aktivitetsglede og grunnlag for gode aktivitetsvaner gjennom hele livsløpet. Tilrettelegging for daglig fysisk aktivitet i skolen fremmer ikke bare fysisk form, helse og trivsel, men også læringsmiljø og skoleprestasjoner.

Skolene står fritt til å arbeide for mer fysisk aktivitet, enten dette gjøres gjennom å benytte fysisk aktivitet som metode i andre fag eller gjennom å tilrettelegge for aktiviteter som får elevene til å bli mer fysisk aktive. Allsidig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er avgjørende for normal vekst og utvikling. Økt fysisk aktivitet ser også ut til å kunne virke positivt inn på barn og ungdoms konsentrasjonsevne og hukommelse, bidrar positivt til atferden i klasserommet og bidrar til å bedre det psykososiale læringsmiljøet.

Regjeringen innførte i 2009 to uketimer fysisk aktivitet på femte og sjuende trinn. Høsten 2012 ble det innført et valgfag om fysisk aktivitet og helse på ungdomstrinnet. Valgfaget er praktisk rettet og skal bidra til bedre fysisk helse for den enkelte. Opplæringen skal legge vekt på mestring, bevegelsesglede, nysgjerrighet og samarbeid, og gjennom dette inspirere til fysisk aktivitet, også utenfor skolen. Utfordringene skal tilpasses elevenes forutsetninger. Opplæringen skal gi elevene kunnskap som bidrar til å utvikle sunne og gode matvaner.

Der et utviklet en ressursbank til bruk for skolene som er tilgjengelig på Utdanningsdirektoratets hjemmesider. Ressursbanken gir tips og veiledning om hvordan fysisk aktivitet kan brukes i

Boks 3.21 Fysisk trening ved Charlottenlund videregående skole

Charlottenlund videregående skole i Trondheim gjennomfører i skoleåret 2012–2013 et prosjekt med ekstra fysisk trening som er obligatorisk for alle elever på første trinn for bygg- og anleggsteknikk. Målet er å gjøre elevene best mulig fysisk skikket til å gjennomføre utdanningen og å forhindre frafall underveis. Tanken er at prosjektet også skal gi positive effekter når elevene kommer ut i arbeidslivet.

Prosjektet foregår innenfor rammen av de 35 undervisningstimene per uke ved at to av de i alt 23 uketimenene til programfag er avsatt til prosjektet. Timene kommer i tillegg til de ordinære kroppsøvingstimene. Elevene møter klassevis sammen med kontaktlærer til ukentlige dobbelttimer, der det legges vekt på kondisjons- og styrketrening, ergonomi og ernæring.

Resultatene fra prosjekt viser framgang i fysisk form og muskelstyrke hos elevene. Testingen er også en viktig motivasjonsfaktor for elevene. Kontaktlærerne mener at prosjektet har hatt en positiv innvirkning på læringsmiljøet og skolenærveret. Media og byggebransjen har vist stor interesse for prosjektet.

Skolen samarbeider med Sør-Trøndelag fylkekommune, Senter for hjertetrening ved det medisinske fakultet og Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU.

undervisningen i andre fag og hvordan skolens fysiske miljø kan tilrettelegges for fysisk aktivitet. For å øke aktivitetsnivået blant barn og unge er det nødvendig med samarbeid på ulike arenaer.

Ved Trudvang skole i Sogndal ble det gjennomført et toårig forsøk med 60 minutters daglig lærerstyrt fysisk aktivitet for elever i fjerde og femte klasse.³ Resultatene viste større framgang i fysisk form enn for kontrollgruppen og at elever med størst behov hadde best effekt av tilbudet. I kjølvannet av dette arbeidet forberedes forskning på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og skoleprestasjoner ved Høgskolen i Sogn og Fjordane i samarbeid med skolene i fylket.

³ Doktorgradsarbeid til Geir Kåre Resaland i perioden 2004 til 2007.

3.4.2 Økt samarbeid med matvarebransjen

Regjeringen vil videreutvikle samarbeidet med matvarebransjen, herunder opplysningskontorene i landbruket og Norges sjømatråd for å samordne informasjon og legge til rette for sunnere kostvaner. Det årlige dialogforumet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og matvarebransjen, forbrukere og relevante forskningsinstanser skal videreføres. Dette ble etablert som et ledd i arbeidet med handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen. En viktig utfordring framover blir å etablere samarbeid for å stimulere til et kosthold i tråd med kostrådene om et mer plantebasert kosthold med mye grønnsaker, frukt, bær og fullkorn, mer fisk og begrensede mengder fete meieri- og kjøttprodukter. Det skal legges vekt på økt innovasjon for å få fram produkter med lavere innhold av fett, salt og sukker og mer fiber.

Primærnæring, matvareindustri og handelsnæring har en viktig oppgave med å produsere, utvikle, tilby og informere om matvarer med god ernæringsmessig profil tilpasset ulike bruksområder, arenaer og målgrupper. Gode eksempel på samarbeid er arbeid for å redusere transfett, palmeolje og salt i produkter og å utvikle kriterier for og informasjon om nøkkelhullsmerket.

Begrensning av saltinntaket er i følge Verdens helseorganisasjon blant de mest kostnadseffektive tiltakene innen folkehelsearbeidet. Helsedirektoratets tiltaksplan for reduksjon av saltinntaket i befolkningen vil være en viktig del av videre samarbeid med matvarebransjen. Se nærmere omtale av samarbeid med næringslivet i kapittel 7.

3.4.3 Informasjon og kampanjer

Statlige informasjons- og holdningstiltak er en viktig del av regjeringens politikk for å forebygge livsstilssykdommer. Tiltakene skal bygge på oppdatert kunnskap om hvordan informasjonen bør innrettes for å ha den ønskede effekt. Informasjonstiltak må inngå i en helhetlig strategi for å støtte opp under andre tiltak.

Barn og unge får i økende grad informasjon gjennom bruk av internett og sosiale medier. I tillegg til kvalitetssikret informasjon på offentlige nettsteder som helsenorge.no, finnes et stort antall nettsteder som gir mangelfull eller direkte feil informasjon. Det er viktig at både holdningsarbeid i skolen og en bred internettmobilisering

Boks 3.22 Palmeolje – et eksempel på samarbeid

Kampanjen mot bruk av palmeolje er et eksempel på samarbeid mellom matvarebransjen, myndighetene og frivillige organisasjoner. Regnskogfondet og miljøforkjempere startet for noen år siden en kampanje mot bruk av palmeolje. Kampanjen har ført til en radikal reduksjon i bruken av palmeolje i norsk matvareindustri i løpet av få år. Den norske importen av palmeolje er gått ned fra 26 000 tonn i 2005 til 15 000 tonn i 2011 og 5000 tonn i 2012. I resten av verden er forbruket av palmeolje blitt doblet i løpet av de siste ti årene.

Palmeolje er en vegetabilsk olje i likhet med rapsolje, olivenolje og solsikkeolje. Palmeolje har erstattet mye av det transfettet som ble brukt i industrien tidligere. Palmeolje inneholder imidlertid store mengder palmitinsyre som er en mettet fettsyre med en kraftig kolesteroløkende effekt. Helsemyndighetene arbeider for å redusere bruken av både transfett og palmeolje, og industrien har gjort mye for å følge opp dette. I dag merkes palmeolje på matvarer som «vegetabilsk olje». I følge nytt regelverk fra EU om merking av mat (matinformasjonsforordningen) vil matprodusentene bli pålagt å spesifisere hva slags vegetabilsk olje produktene inneholder i innholdsdeklarasjonen. Regelverket vil også bli gjennomført i Norge.

handler om å løfte fram kvalitetssikrede og balanserte kunnskapskilder. Hjelpetelefoner og internetsider i regi av offentlige myndigheter og ideelle og frivillige organisasjoner kan bidra i dette arbeidet. Helsedirektoratet skal for eksempel vurdere hvordan sosiale medier i større grad kan tas i bruk på rusmiddelområdet.

Informasjons- og holdningskampanjer er et viktig virkemiddel for å formidle informasjon og støtte opp under andre tiltak for å legge til rette for sunne valg. Det skal vurderes hvordan slike kampanjer kan tas i bruk på nye områder. Det skal bygges på erfaringer fra tilsvarende kampanjer på andre områder, sikres bedre samordning av kampanjene og legges til rette for felles løsninger der det er hensiktsmessig.

Boks 3.23 Forbrukerrådets merkeoversikt

Forbrukerrådet lanserte i mars 2013 en merkeoversikt som gir forbrukerne informasjon om noen av merkeordningene de møter når de handler. Forbrukerrådet har samlet de vanligste merkene og gir en kortfattet presentasjon av dem, basert på hvem som står bak og på kriterier for kontroll, åpenhet og kostnader ved bruk. Merkeoversikten er blant annet et resultat av regjeringens arbeid med å rydde opp i det mange oppfatter som en «merkejungel». Merkeoversikten finnes på <http://www.forbrukerradet.no/merkeoversikten>

Noen av merkene i merkeoversikten som omhandler mat er:

Nøkkelhullet er en frivillig, myndighetsstyrt merkeordning for matvarer. Merkeordningen skal gjøre det enkelt å velge sunnere matvarer

som inneholder mer kostfiber og mindre fett, sukker og salt.

Brødskala'n er en frivillig privat merkeordning som viser andel av sammalt mel og hele korn i brød.

Nyt Norge er en merkeordning som skal gjøre det enklere å velge norske matvarer.



Figur 3.5 Nøkkelhullet, Brødskala'n og Nyt Norge

Informasjon om fysisk aktivitet

Hovedutfordringen når det gjelder befolkningens fysiske aktivitetsnivå er å øke andelen voksne, eldre og ungdom som oppfyller anbefalingene til fysisk aktivitet. I tillegg til tilrettelegging av muligheten for fysisk aktivitet og en aktiv livsstil på de arenaer hvor folk ferdes, bor og virker, er det behov for økt bevissthet om fysisk aktivitet og om hva som skal til for å oppnå positive helseeffekter av fysisk aktivitet. Det er også behov for å bedre befolkningens kunnskap om helsekonsekvenser av stillesitting og fysisk inaktivitet.

En undersøkelse fra 2012 viste at kun en av tre voksne kjenner til helsemyndighetenes anbefalinger om fysisk aktivitet. Det var en liten økning fra 2010 og 2011 da henholdsvis 25 prosent og 30 prosent kjente til anbefalingen. Undersøkelsen viste også at det var betydelige kjønnsforskjeller. 46 prosent av kvinnene og 23 prosent av mennene var kjent med anbefalingene.

Informasjon og kampanjer gir økt bevissthet om betydningen av fysisk aktivitet og er nødvendig for å øke aktivitetsnivået. Regjeringen vil gjennomføre en kampanje om fysisk aktivitet for å fremme befolkningens kunnskap og bevissthet om fysisk aktivitet og om hva som skal til for å oppnå helsegevinst for den enkelte. Informasjonsarbeid om fysisk aktivitet bør suppleres med lokale aktiviteter og tilbud. Dette kan være aktivitetstiltak i regi av frivillige organisasjoner, tilbud ved frisklivssentrene og tiltak for å få flere barn til å gå eller sykle til

skolen. Det er behov for samarbeid med flere sektorer og aktører. Helsemyndighetene vil framover samarbeide tettere med vegmyndighetene for å få flere til å gå eller sykle og støtte opp om lokale aksjoner for trygg skolevei.

Informasjon og merkeordninger for sunnere kosthold

Regjeringen vil styrke informasjonsarbeidet om kosthold, særlig knyttet til kostrådene og nøkkelhullsmerket, for å bidra til gode kostvaner i befolkningen. Kampanjen Små grep, stor forskjell er en langsiktig satsing for å inspirere, motivere og veilede folk til å ta små, sunne grep i hverdagen når det gjelder mat og valg av mat. Gode matvalg i hverdagen kan få stor betydning for helsen på sikt. Stor medieoppmerksomhet om kosthold, som for eksempel lavkarbodietten, er en utfordring for helsemyndighetenes kommunikasjonsarbeid. Mange ulike råd om kosthold og dietter kan bidra til forvirring og føre til at kostholdet utvikles i uheldig retning. Derfor er det viktig med kunnskap og praktiske ferdigheter hos foreldre, personell som barnehageansatte og lærere som underviser i mat og helse. Det er særlig viktig at helsepersonell som helsesøstre, leger, pleie- og omsorgspersonell har god kunnskap om ernæring, for å kunne gi kunnskapsbaserte råd.

Helse, kvalitet og forbrukerhensyn skal ivaretas, særlig ved at forbrukerne får riktig og lett tilgjengelig informasjon gjennom merking og andre markedsføringsaktiviteter. Riktig merking av matva-

Boks 3.24 Helsemyndighetenes kostråd

Helsemyndighetene lanserte nye kostråd i 2011. Kostrådene er basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer og forskning på feltet.

Råd for et sunnere kosthold:

- Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.
- Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.
- Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag.
- Spis grove kornprodukter hver dag. Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk også gjerne fisk som pålegg.
- Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.

- La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
- Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, framfor hard margarin og smør.
- Velg matvarer med lite salt og begrens bruken av salt i matlagning og på maten.
- Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
- Velg vann som tørstedrikk.
- Vær fysisk aktiv i minst 30 minutter hver dag.

Kostrådene er tradisjonelt formidlet med utgangspunkt i norske matvarer og norsk matkultur. Blant dem som ikke baserer kostholdet på tradisjonell norsk kost, kan det være mer utfordrende å innarbeide kostrådene. Det er derfor satt i gang et arbeid for å tilpasse informasjon om rådene til ulike minoriteter. Helsedirektoratet samarbeider med relevante organisasjoner og etater om dette arbeidet.

rer som omsettes skal sikre at forbrukerne ikke vil ledes og får nødvendig informasjon om forhold som sammensetning, innhold av allergener, opprinnelse, holdbarhet og oppbevaring. EUs nye matinformasjonsforordning, som vil bli innlemmet i EØS-avtalen, har innskjerpet kravene til merking, blant annet når det gjelder næringsinnhold og opprinnelse.

Forbrukere møter en rekke ulike former for merking av varer og tjenester, og det kan være vanskelig å orientere seg. I den offentlige debatten er det sagt at totaliteten av merkeordninger utgjør en «merkejungel», som er så stor og uoversiktlig at den snarere forvirrer enn opplyser forbrukerne. Dette har medført et oppdrag til Statens institutt for forbruksforskning (SIFO), som i en rapport har konkludert med at det ikke er behov for å fjerne noen av de store merkeordningene, men at det er behov for bedre informasjon til forbrukerne om hva de enkelte merkene står for. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp dette med å gi Forbrukerrådet i oppdrag å utvikle en internettbasert merkeoversikt, som skal beskrive hva de mest sentrale merkeordningene representerer. Forbrukerrådet lanserte denne merkeoversikten i mars 2013.

Regelverket om merking av næringsmidler sikrer forbrukerne viktige opplysninger om mat- og drikkevarers sammensetning, blant annet om

ingredienser, mengde og opprinnelse, og skal hjelpe forbrukerne til å treffe informerte valg. EUs nye forordning om matinformasjon, som også vil gjelde i Norge, innfører krav om obligatorisk næringsdeklarasjon på mat- og drikkevarer som omsettes til forbruker. Næringsdeklarasjonen skal inneholde informasjon om innhold av energi, fett, mettet fett, karbohydrater, sukkerarter, protein og salt. Den nye forordningen omfatter ikke krav om næringsdeklarasjon for mat- og drikkevarer som omsettes til forbrukere på serveringssteder. Regjeringen vil invitere serveringsbransjen til samarbeid om mulig innføring av merking av energi- og næringsinnhold for mat- og drikkevarer som omsettes til forbrukere på serveringssteder, for eksempel ved at det angis i menyer eller ved oppslag. Dette tiltaket må ses i sammenheng med videre arbeid med nøkkelhullmerking.

Nøkkelhullet er en merkeordning for matvarer som er etablert av myndighetene i Sverige, Danmark og Norge. Nøkkelhullet er et symbol som kan settes på mat- og drikkevarer som er sunnere enn andre produkter innenfor samme matvarekategori, for å hjelpe forbrukeren til å velge sunnere. Ordningen skal gjøre det enklere for forbrukerne å gjøre sunne valg. Produkter med nøkkelhullsmerket inneholder mindre fett, salt og sukker og mer fiber enn andre produkter innenfor samme matvarekategori.

Helsemyndighetene har jobbet langsiktig med matvarebransjen og forbrukersiden for å øke kjennskap til og kunnskap om merket hos forbrukerne og for å sikre riktig bruk av merket i matvarebransjen. God drahjelp fra matvarebransjen og andre aktører har bidratt til stor utbredelse, positiv holdning og høy kjennskap til merket. Antall nøkkelhullsprodukter er økt fra 551 i 2010 til 1738 i 2012.

Markedsundersøkelser viser at nøkkelhullet er det mest kjente og brukte merket i dagligvarehandelen. Undersøkelser fra 2012 viste at 98 prosent har hørt om merket og 60 prosent har tillit til merket og vet at myndighetene står bak. 50 prosent av de spurte mente dette merket gjorde det enklere å ta sunne valg. Kriteriene for merket er under revisjon, særlig med hensyn til saltinnhold. Reviderte kriterier vil bli sendt på høring i 2013. Regjeringen vil derfor videreføre samarbeidet som er etablert med bransjen med sikte på å utvide ordningen til kiosker, bensinstasjoner og serveringssteder, blant annet med bakgrunn i erfaringer fra Danmark og Sverige.

Kostberegningsverktøyet Mat på data som benyttes av studenter, ulike faggrupper, media og privatpersoner, bør oppdateres. Matvaretabellen danner grunnlaget for beregning av inntaket av

ulike næringsstoffer for enkeltpersoner og grupper av befolkningen. Den er et viktig oppslagsverk og redskap i matforvaltning og ernæringspolitikk, i undervisning og opplysningsarbeid og for helsepersonell og forskere. Tabellen brukes også av matvareindustrien som grunnlag for varedeklarasjoner og ved matvareproduksjon.

Kampanjer for å forebygge tobakksbruk

Regjeringen går inn for å bruke kampanjer systematisk i arbeidet for å oppnå målene i tobakksstrategien. Dette er i tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjons evaluering av det tobakksforebyggende arbeidet i Norge fra 2010.

Massemediekampanjene skal bidra til å endre atferd, skape oppmerksomhet og påvirke holdninger til andre virkemidler mot tobakk. Formålet er først og fremst å motivere til røykeslutt og til å opplyse om hvor røykere kan søke hjelp til røykeslutt.

Massemediekampanjer med sterke budskap om negative helsekonsekvenser av tobakksbruk har større effekt enn kampanjer med humoristisk vinkling eller kampanjer med nøytral framstilling av budskapet. Befolkningsrettede informasjonskampanjer med et negativt ladet budskap er også

Boks 3.25 Informasjonskampanjen Alkoholfritt svangerskap



Figur 3.6

Hovedbudskapet er at barnet får den beste starten i livet hvis mor ikke drikker alkohol i svangerskapet. Kampanjen anbefaler totalavhold fordi vi ikke kjenner til noen sikker nedre grense for alkoholinntak. Selv små mengder alkohol kan forstyrre fosterets utvikling og forårsake livsvarige skader. Alkoholskader omfat-

ter alle typer skader fra små konsentrasjonsproblemer til alvorlig utviklingshemming.

Budskapet om totalavhold i svangerskapet formidles gjennom mange informasjonskanaler. Barneleger og psykologer bidrar aktivt med informasjon til aviser, radio, tv og andre medier. Skriftlig materiell som brosjyrer og plakater distribueres gjennom helsestasjoner, legekontorer, apoteker og Vinmonopolet.

Hver høst er det en synlig kampanjeperiode med annonser i utvalgte magasiner og nettsider og filmsnutter på kino og monitorer på legekontorer. Mest kjent er tre humoristiske animerte filmsnutter «Snart mamma» som har vært vist på tv.

Årlige spørreundersøkelser blant gravide og småbarnsmødre viser at over 90 prosent er enige i at alkohol kan medføre fosterskader. De gravide støtter nulltoleranse og oppgir at det ikke er vanlig at gravide drikker alkohol i svangerskapet. Vi finner de samme holdningene i undersøkelser som er gjennomført i hele befolkningen.

Boks 3.26 Tobakksfrie barnehager og skoler

Stortinget har i sammenheng med revisjonen av tobakksskadeloven vedtatt et forbud mot bruk av tobakk i skoletiden for alle elever til og med videregående skole, og et forbud mot bruk av tobakk i skolers og barnehagers lokaler og uteområder. Lovendringen vil bidra til at barneha-gebarn i minst mulig grad utsettes for passiv røyking eller eksponeres for tobakksbruk. Det medfører også at ansatte og besøkende ikke kan bruke tobakk i barnehagens og skolens lokaler eller på dens uteområde.

Kommunen og fylkeskommunen som skoleeiere har også i dag anledning til å pålegge elevene forbud mot bruk av tobakk gjennom for-

skrifter om ordensreglement. Det er få ungdomsskoleelever som røyker, mens flere begynner i løpet av videregående skole. Gjennom å innføre tobakksfri skoletid vil skolen som rekrutteringsarena reduseres.

For hvert år ungdom er tobakksfrie øker sjansen for at de aldri begynner å bruke tobakk. Det er færre elever som bruker tobakk på skoler med forbud enn på skoler som ikke har forbud. En del skoler som har innført tobakksforbud i skolegården opplever at det har ført til konflikt om hvor grensen går for skolens uteområde. Et forbud mot bruk av tobakk i skoletiden vil bidra til at det ikke oppstår slike diskusjoner.

mer effektive enn kampanjer rettet mot spesielle grupper etter nasjonalitet, alder og kjønn. Kampanjer som framprovoserer en følelsesmessig negativ respons, synes også å være effektive i å forebygge røykestart blant ungdom.

Kampanjer på alkoholområdet

Informasjons- og holdningstiltak for å forebygge rusmiddelmisbruk er et viktig supplement til avgifter og begrensninger i tilgjengelighet både i Norge og andre land. Formålet er å spre kunnskap og påvirke holdninger. Informasjonstiltakene skal utformes i tråd med oppdatert kunnskap for å gi best mulig effekt. Informasjonskampanjene skal videreføres, og innsatsen skal settes inn der kunnskapsbehovet er størst. Viktige målgrupper er barn og unge, gravide og foreldre. Helsedirektoratet er en sentral aktør i arbeidet med å gjennomføre kampanjer.

3.4.4 Prisivirkemidler og begrensning i tilgjengelighet

Regjeringen vil videreføre en politikk med påvirkning av pris og regulering av tilgjengelighet for å fremme sunne valg og redusere sosiale forskjeller i helse. Eksempler på prisvirkemidler er avgifter, forbud mot å selge med rabatt og reklameforbud som begrenser aktørenes muligheter til å bruke pris som lokkemiddel. Særlig ungdom er sensitive for pris som virkemiddel. Gjennom å regulere tilgjengelighet, markedsføring og ta i bruk prisvirkemidler kan vi påvirke og legge til rette for sunne

valg. Bevillingssystemet, vinmonopolordningen, aldersgrenser, salgs- og skjenketider, reklameforbud og avgiftssystemet er alle viktige virkemidler i alkoholpolitikken, og et eksempel på at virkemidler utfyller hverandre og virker sammen. Stortinget har vedtatt endringer i tobakksskadeloven som innebærer at det vil bli etablert en bevillingsordning også for salg av tobakksvarer.

En viktig oppgave er å ta vare på eksisterende politikk og sørge for at reguleringer og prisvirkemidler kan opprettholdes og bevares. Reguleringer og prisvirkemidler er under press fra nærings- og interesseorganisasjoner, gjennom internasjonale forpliktelser og som følge av trekk ved samfunnsutviklingen. Selv om ønske om enkelte endringer i politikken kan være forståelig og velbegrunnet, er det nødvendig å sørge for at helheten i politikken ivaretas og at folkehelsehensyn tillegges tilstrekkelig vekt.

Begrensning i tilgjengelighet

Det er lang tradisjon i tobakks- og alkoholpolitikken for å bruke reguleringer som begrenser tilgjengelighet. Regulering kan også brukes til å sørge for tilgang til sunne valg. For eksempel har serveringssteder med skjenkebevilling plikt til å tilby alkoholfrie og/eller alkoholsvake alternativer. Vinmonopolet skal også ha alkoholfrie drikker i sortimentet.

Tobakksskadeloven skal både bidra til å begrense tilgangen til og etterspørselen etter tobakksvarer og til å sikre at befolkningen blir beskyttet mot passiv røyking. Tobakksskadeloven

regulerer i dag salg og bruk av tobakksvarer. Aldersgrensen er 18 år for kjøp og salg av tobakksvarer, det er totalforbud mot alle former for tobakksreklame, påbud om helseadvarsler på tobakkspakkene, forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder og røykeforbud (med visse unntak) på arbeidsplasser, institusjoner, serveringssteder, og lokaler og transportmidler hvor alle har adgang. Røykeforbudene som ble innført i 1988 (arbeidsplasser, lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang) og i 2004 (serveringssteder), har hatt stor betydning for befolkningens holdninger til røyking.

Helse- og omsorgsdepartementet la i desember 2012 fram en lovproposisjon med en rekke forslag til endringer i tobakksskadeloven. Lovendringene har som formål å hindre barn tilgang til tobakksvarer, gjøre flere arenaer tobakksfrie og styrke vernet mot passiv røyking. Stortinget behandlet lovforslagene i vårsesjonen 2013, og de viktigste forslagene ble vedtatt. Den viktigste endringen som Stortinget har vedtatt, er innføring av en kommunal bevillingsordning for salg av tobakksvarer. Det er også vedtatt et forbud mot selvbetjening og et forbud mot mindre tobakkspakninger. Formålet er å begrense barn og unges tilgang til tobakksvarer gjennom å gjøre tobakksvarer mindre tilgjengelige både fysisk og prismesig. Videre er det vedtatt en rekke endringer som skal bidra til å begrense barn og unges etterspørsel etter tobakksvarer, og styrke vernet mot passiv røyking. Det er vedtatt at røykerom ikke lenger skal tillates i arbeidslokaler og lokaler hvor allmennheten har tilgang, med unntak for enkelte institusjoner og oljeplattformer. Det er også vedtatt røykfrie inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter og at alle skoler og barnehager gjøres tobakksfrie både inne og ute. Det er lovfestet tobakksfri skoletid for alle elever til og med videregående skole. Videre omfatter endringene i tobakksskadeloven at det innføres en normativ lovbestemmelse om barns rett til vern mot passiv røyking, at det skal gis nasjonale retningslinjer for utformingen av uteserveringer og at den langsiktige visjonen om et tobakksfritt samfunn tas inn i tobakksskadelovens formålsbestemmelse.

Bevillingssystemet, aldersgrenser, salgs- og skjenketider og vinmonopolordningen virker direkte tilgjengelighetsbegrensende og bidrar til å begrense skadeomfanget av alkohol. Tiltakene er uførlig beskrevet i stortingsmeldingen om en helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkoholkonsumet øker, særlig i den voksne befolkningen, og det er grunn til å tro at kommunene ikke fullt ut tar ut det

potensialet som ligger i bevillingsordningen. Regjeringen vil derfor sikre ansvarlig alkoholhåndtering i kommunene, øke kravene til kommunenes kontroll, utarbeide forskrift med nasjonale krav til kommunenes reaksjoner ved brudd på alkoholoven, opprettholde vinmonopolordningen og tydeliggjøre muligheten for og stimulere til aktiv bruk av differensierte skjenketider.

Monopolordningen er populær i befolkningen, hele 89 prosent er godt fornøyd eller svært godt fornøyd med Vinmonopolet. Vinmonopolets popularitet skyldes systematisk opplæring og god kundeservice og at de er en stor aktør som kan ha et bredt utvalg av god kvalitet. Vinmonopolet arbeider for å sikre hele befolkningen så lik tilgang til tjenesten som mulig og har derfor opprettet mange nye utsalg de siste årene, i tillegg til at de driver nettbutikk og sender produkter fraktfritt til steder som ligger langt fra nærmeste utsalg. Regjeringen vil opprettholde vinmonopolordningen.

Bruk av prisvirkemidler

Prisvirkemidler inkluderer avgifter, forbud mot å selge med rabatt og begrensninger i aktørenes muligheter til å bruke pris som lokkemiddel. Virkemidlene skal bidra til å redusere forbruket. Det er særlig lagt vekt på å beskytte grupper som er sensitive for pris som virkemiddel, for eksempel barn og ungdom.

Det har vært særavgift på tobakk helt siden 1915. Opprinnelig var begrunnelsen å skaffe staten inntekter til andre formål, men i dag har helseargumentet fått en langt større plass. Når prisen øker, faller etterspørselen. Dette gjelder til tross for at bruk av tobakk skaper avhengighet. Avgifter har større effekt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Slike virkemidler vil derfor kunne bidra til sosial utjevning i helseatferd. Ungdom er spesielt følsomme for prisendringer på tobakk, to til tre ganger mer enn voksne. Statens institutt for rusmiddelforskning har en artikkel fra 2007 beregnet at en prisøkning på 10 prosent vil redusere det generelle forbruket i befolkningen med om lag fem prosent og ungdomsforbruket med om lag 15 prosent. Verdens helseorganisasjon anbefaler at Norge reduserer forskjellen i avgiftsnivå mellom røyketobakk og snus.

For å redusere forbruket og dermed skadene av alkohol har Norge et høyt avgiftsnivå på alkoholholdig drikk. Alkoholavgiftene gir inntekter til staten, som har store alkoholrelaterte utgifter, og bidrar til å redusere forbruket og dermed alkoholrelaterte skader og problemer. Det er krevende å avgjøre hva som er riktig avgiftsnivå. Anslag på

samfunnsøkonomiske kostnader er beheftet med stor usikkerhet, og avgiftsnivået må også balanse- res mot befolkningens oppslutning om de alkohol- politiske virkemidlene. Det må videre tas hensyn til alkoholavgiftenes effekt på flytting av omset- ning fra Vinmonopolet og norske dagligvarebutik- ker til såkalt uregistrert omsetning, det vil si gren- sehandel, taxfree-salg, privatimport, smugling og hjemmeproduksjon. Volumet av uregistrert omsetning påvirker alkoholavgiftenes reelle inn- virkning på totalomsetningen av alkohol og ska- dene av alkoholbruk.

Det er i dag særavgifter på sukker, sjokolade, sukkervarer. Disse avgiftene er først og fremst ment å gi staten inntekter, men avgiftene har også en helsemessig begrunnelse. Brus og godteri er de største kildene til tilsatt sukker.

3.4.5 Regulering av markedsføring

Begrensninger i adgangen til å markedsføre hel- seskadelige produkter bidrar til å redusere tilgjen- geligheten til og etterspørselen etter produktet. Barn og unge er en særlig sårbar gruppe, som er lett påvirkelig for markedsføring. Aktuelle eksem- pler er alkohol- og tobakksreklameforbudene.

Norge var et av de første landene som fikk en egen tobakksskadelov, i 1973. Særlig reklamefor- budet spilte en viktig rolle for det tobakksforebyg- gende arbeidet de første årene. Reklameforbudet er utvidet flere ganger gjennom endringer i loven. Stortinget har gjennom de siste endringene i tobakksskadeloven vedtatt flere nye tiltak for å begrense barn og unges etterspørsel etter tobakkssvarer, herunder forbud mot tobakksspon- sing, mot små tobakkspakninger, mot selvbetje- ning og mot forbrukertesting av tobakkssvarer.

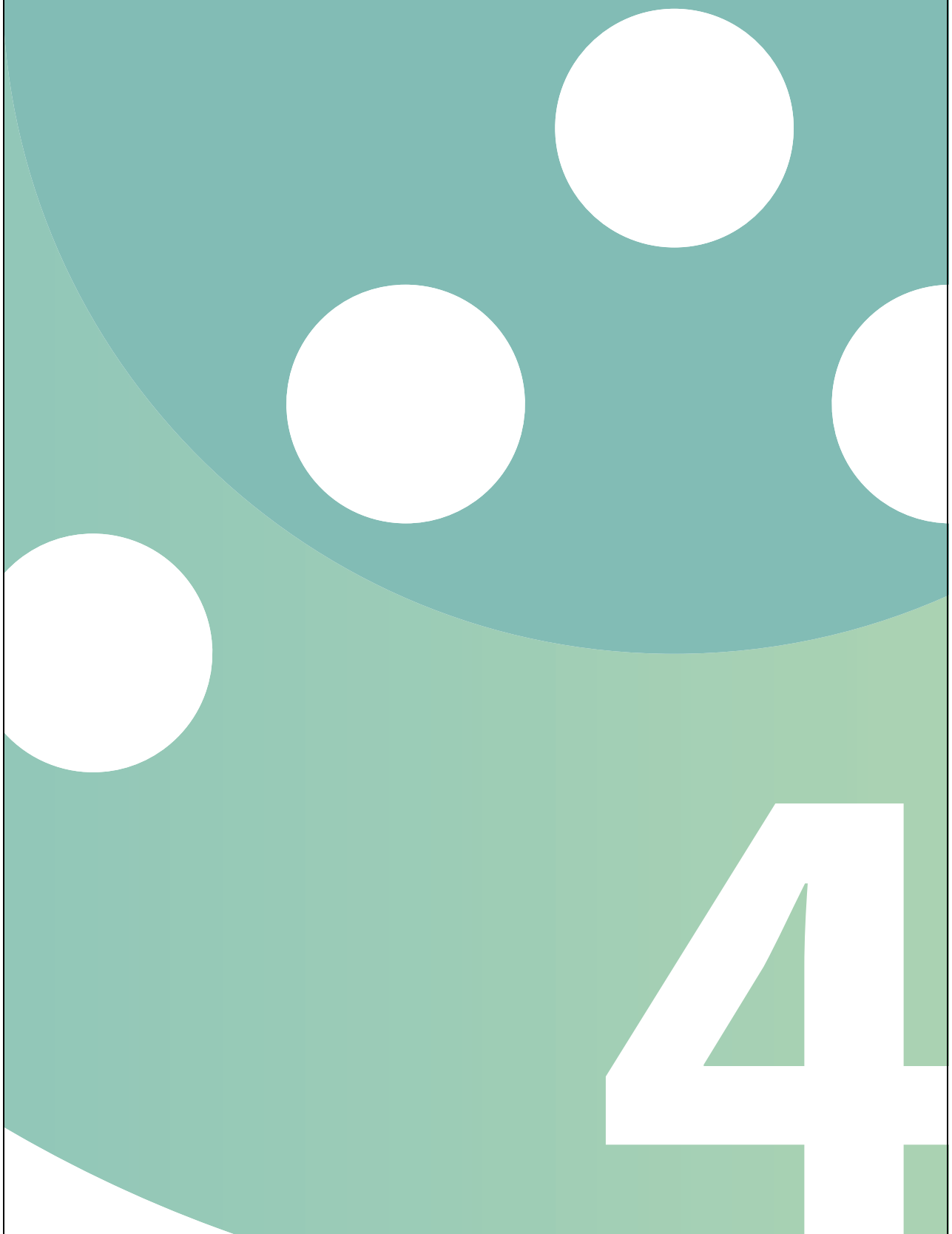
Det norske forbudet mot alkoholreklame er en viktig del av den helhetlige alkoholpolitikken. For- budet skal bidra til redusert etterspørsel og til å endre holdninger. Det skal hindre påvirkning som fører til økt etterspørsel og opprettholde forståel- sen i befolkningen for at det er behov for særskilt regulering av alkoholholdige drikkevarer. Rekla- meforbudet er medienøytralt og omfatter reklame i sosiale medier. Alkoholreklameforbudet er under press fra kommersielle aktører som ønsker å spre informasjon og fremme salg av alkohol. Høyesterett har slått fast at reklameforbudet er et egnet og nødvendig virkemiddel for å beskytte fol- kehelsen og at forbudet ikke er i strid med våre forpliktelser etter EØS-avtalen. Reaksjonene ved brudd på reklameforbudet er krav om retting, tvangsmulkt eller straff i form av bøter eller feng- sel. Regjeringen vil vurdere om det er behov for å innføre mer hensiktsmessige reaksjonsformer, som for eksempel overtredelsesgebyr.

Markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge er omfattende og utbredt over hele ver- den. Etter et norsk initiativ har Verdens helseorga- nisasjon utarbeidet anbefalinger for hvordan slik markedsføring kan reguleres nasjonalt. Norge leder et europeisk nettverk som samarbeider for å finne gode metoder for å redusere markedsfø- ringstrykket for usunn mat og drikke rettet mot barn. Regjeringen foreslo i 2012 et forbud mot markedsføring rettet mot barn og unge for de mest usunne mat- og drikkevarene. Selv om høringsinnspillene viste at det er bred enighet om at overvekt og fedme er et stort problem, var det stor uenighet om selve forskriftsforslaget. Se nær- mere omtale i kapittel 7 Sterkere virkemidler i fol- kehelsepolitikken.

Boks 3.27 Et mer helsefremmende samfunn*Regjeringen vil:*

- Videreføre fordelingspolitikken og forebygge at barn lever med dårlige levekår og lavinntekt
- Legge fram en stortingsmelding om levekårene til mennesker med utviklingshemming
- Legge fram en stortingsmelding om likestilling mellom kjønnene i et livsløps-, etnisitets- og klasseperspektiv
- Bidra til å øke bevisstheten og styrke kunnskapen om sammenhengen mellom sosial støttekapital og helse
- Bidra til at helsehensyn skal få en større plass i utvikling av steder, nærmiljø og lokalsamfunn
- Legge fram en strategi for et aktivt friluftsliv som skal legge til rette for friluftsliv for alle og friluftsliv i nærmiljøet. Bidra til at friluftsområdene i hele landet kartlegges og verdsettes
- Videreføre og videreutvikle ordningen med statlig sikring og tilrettelegging av særlig viktige friluftsområder, der friluftsområder i nærmiljøet prioriteres
- Legge mer vekt på å forhindre nedbygging av lokale 100-meterskoger og andre viktige naturområder for ferdsel og friluftsliv i nærheten av boområder
- Gjennom nasjonal transportplan og oppfølgingen av denne arbeide for mer miljø- og helsevennlig transport og transportløsninger
- Følge opp høring med forslag til nasjonale mål på vannområdet for å følge opp Verdens helseorganisasjons/UNECEs protokoll om vann og helse
- Arbeide for å innføre en smilefjesordning i serveringsnæringen
- Gjennomføre EUs nye matinformasjonsforordning, med et innskjerpet krav til merking av næringsinnhold og opprinnelse.
- Invitere serveringsbransjen til samarbeid om mulig innføring av merking av energi- og næringsinnhold for mat- og drikkevarer.
- Ta sikte på å opprette et nasjonalt senter for ernæring, fysisk aktivitet og helse i barnehager og skoler for å bidra til økt trivsel og økt konsentrasjon og for å styrke læringsevnen.
- Opprette en tverrsektoriell ekspertgruppe for å oppsummere kunnskapen om antibiotika og antibiotikaresistens
- Utvikle bedre styringsdata for drift og vedlikehold av offentlige bygg
- Gå igjennom miljørettet helsevernforskriftene og utvikle forvaltningen av miljørettet helsevern i lys av folkehelseloven
- Ha en langsiktig ambisjonal om å utvide ordningen med gratis frukt og grønt til alle elever i grunnskolen
- Vurdere hvordan skoledagen kan organiseres slik at elevene sikres minst en time fysisk aktivitet hver dag
- Gjennomføre en kampanje om fysisk aktivitet for å øke befolkningens kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og helsekonsekvenser av fysisk inaktivitet, samt øke bevissthet om hva som skal til for å oppnå helsegevinst for den enkelte
- I budsjettene framover vurdere om det er mulig å endre de helserelaterte særavgiftene på en måte som bidrar til bedre folkehelse.
- Videreutvikle og følge opp det tobakksforebyggende arbeidet gjennom Nasjonal strategi mot tobakksskader 2013–2016
- Videreutvikle og følge opp en alkoholpolitikk blant annet basert på prisvirkemidler og reguleringer for å begrense tilgjengelighet, jf. Meld. St. 30 (2011–2012)
- Samarbeide med industrien og matvarebransjen med mål om å inngå en forpliktende avtale for regulering av markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge, og om dette ikke lar seg gjøre, innføre en forskrift mot slik markedsføring.

Kapittel



Figur 4.1

4 Helse gjennom hele livsløpet

Regjeringen har som mål å utvikle en politikk som bidrar til bedre helse gjennom hele livsløpet og til gode overganger mellom faser i livet. Det skal legges til rette for at alle barn og unge får en god start i livet, for et inkluderende arbeidsliv og trygge og helsefremmende arbeidsplasser, og for en tryggere og mer aktiv aldring. Innsatsen skal rettes mot å gjøre tjenester og arenaer i ulike faser av livet mer helsevennlige, og tilpasset den enkeltes behov, avhengig av kjønn, alder, etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk.

Barns og unges oppvekstvilkår skal forbedres gjennom å bedre kvaliteten i barnehager og skoler, videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, videreutvikle barnevernet, støtte opp om foreldres mestring og sette i verk tiltak for å forebygge problemer i overgangen mellom ulike livsfaser. Det handler i all hovedsak om å forbedre og videreutvikle tjenestetilbudet og om bedre samordning mellom tjenestene.

I yrkesaktiv alder skal flere få mulighet til arbeid, og innsatsen for å forebygge sykefravær og utestengning og utstøting fra arbeidslivet skal forsterkes. Det skal legges vekt på å forbedre arbeidsmiljøet i bransjer med store arbeidsmiljøbelastninger. I tillegg vil regjeringen utfordre organisasjonene i arbeidslivet til å ta større ansvar for livsstilstiltak på arbeidsplassen.

En aktiv og trygg aldring handler ikke bare om helsetjenester og eldreomsorg. Det handler også om deltakelse i fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter. Når helsen svikter, handler det om å tilrettelegge bolig og nære omgivelser, om tilpassede pleie- og omsorgstjenester og om tilbud om opplæring, opptrening og rehabilitering. Ikke minst handler det om å opprettholde selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv uavhengig av sykdom og funksjonsnedsettelse.

Målet om at alle innbyggere skal ha lik tilgang til offentlige tjenester er gjennomgående i regjeringens politikk. Dersom tjenestetilbudene ikke tar hensyn til at brukere er forskjellige, kan det føre til systematiske forskjeller i resultat for brukerne. For eksempel er kunnskap om samisk språk og kultur nødvendig i folkehelsearbeidet og

for å gi det samiske folk en likeverdig helse- og sosialtjeneste. Samiske barns rettigheter til eget språk og kultur skal ivaretas. Opplæring i skole og barnehage i og på samisk og om samisk kultur er med på å bygge identitet og trygghet.

4.1 En god start i livet

Gode oppvekstvilkår for barn og unge er blant de viktigste oppgavene i samfunnet. Det er viktig i seg selv samtidig som det er avgjørende for helsen senere i livet. En god oppvekst og et trygt oppvekstmiljø gir barn ressurser til å utfolde seg og delta i samfunnet. Alle barn skal ha samme mulighet til utvikling uavhengig av foreldrenes sosiale bakgrunn og livssituasjon. En barndom som gir mulighet for livsutfoldelse, læring og mestring har stor betydning for helsen gjennom hele livet. Den norske velferdsmodellen gir gode betingelser for barn og unges helse og for å opprettholde god helse gjennom livet. Gode levekår og sosialt nettverk for foreldrene gir bedre levekår for barna, like muligheter til utdanning bidrar til bedre helse, og gode forebyggende helsetjenester til mor og barn bidrar til å redusere risiko.

Barn og unge er i stor grad prisgitt omgivelsene og avhengig av omsorgspersoner i familie og nærmiljø. De aller fleste norske barn har trygge levekår og gode utviklingsmuligheter. Men for noen preges hverdagen av omsorgssvikt, vold, rusproblemer, fattigdom eller krenkelser som mobbing, rasisme og diskriminering. For å sikre en trygg oppvekst for flest mulig er det i tillegg til generelle velferdsordninger, behov for spesielle tiltak rettet mot vanskeligstilte barn og unge og deres familier. Jenter og gutter har forskjellige utfordringer. Barn og unge er særlig sårbare i overgangsfasene i livet. Det gjelder overgangen fra familieomsorg til barnehage, fra barnehage til skole, mellom de ulike trinnene i skolealder og fra videregående skole til fagskole, høyere utdanning eller arbeidsliv. Samtidig innebærer overganger til en ny fase muligheter for positive endringer.

Vi har en rekke gode velferdsordninger som legger betingelser for barns muligheter til helse

og trivsel i barneår og gjennom livsløpet. Utfordringen framover er ikke nødvendigvis å utvikle nye tilbud, men å forbedre de eksisterende tilbudene, gjøre dem bedre kjent og ha et helhetlig perspektiv på barns helse og trivsel. Barns utvikling må være et felles ansvar for barnehage, skole og tjenestene som jobber overfor barn og familier. Oppmerksomheten må rettes mot bedre kvalitet, samhandling og mer koordinert innsats.

I dette kapitlet er omtalen avgrenset til tjenestetilbudet til barn og unge, det vil si barnehage og skole, forebyggende helsetilbud og tjenester som er rettet inn mot risikoutsatte barn. Se også kapittel 3 Et helsevennlig samfunn for omtale av levekår, trygge og helsefremmende miljøer og virkemidler for å legge til rette for sunne valg. Overgangen mellom utdanning og arbeidsliv er omtalt under del 4.3 Et helsevennlig arbeidsliv.

4.1.1 Satse på kvalitet i barnehage og skole

Regjeringen vil fortsatt satse på å bedre kvaliteten i barnehagene og på å bedre læringsmiljøet i skolen. Det innebærer å videreutvikle den offentlige fellesskolen, redusere sosiale forskjeller i læring og øke gjennomføringsgraden i videregående opplæring. Arbeidet med å utvikle kvaliteten i barnehager og skoler legger et grunnlag for dette.

Barnehage

Et godt barnehagetilbud er med på å gi barn en god start i livet. Den norske barnehagetradisjonen bygger på en helhetlig pedagogisk tilnærming til omsorg, læring og respekt for barndommens egenverdi. Hvert enkelt barn skal oppleve glede og mestring i barnehagen. Barnet skal få leke, lære og utvikle seg og delta aktivt i et sosialt og kulturelt fellesskap. Gode barnehager formidler verdier og holdninger, gir barnet grunnleggende ferdigheter og kunnskaper, gir trening i å delta aktivt i et fellesskap med andre barn og med voksne utenfor familien. Barnehagen skal være en god støttespiller for foreldrene i omsorgen for barna.

Gjennom innføring av rett til barnehageplass og den store barnehageutbyggingen har alle barn mulighet til å gå i barnehage. Full barnehagedekning er et av de mest treffsikre grepene regjeringen har tatt for å utjevne sosiale forskjeller i helse. Det gjenstår et arbeid for å bedre kvaliteten og legge til rette for rekruttering av kompetent personale. Kvalitet i barnehagen innebærer også et godt fysisk miljø inne og ute. Det samme gjelder

tilrettelegging for fysisk aktivitet og gode matvaner. Barnehageansatte bør derfor ha kunnskap om betydningen av sunne levevaner og om hvordan de kan tilrettelegge for gode aktivitets- og kostvaner i samarbeid med hjem og nærmiljø, helsestasjon og tannhelsetjenesten.

Den daglige kontakten som barnehageansatte har med både barn og foreldre, gir barnehagen en sentral rolle når det gjelder kunnskap om barns omsorgssituasjon. De fleste barn begynner i dag i barnehage når de er mellom ett og to år gamle. At barna har blitt yngre ved barnehagestart, øker betydningen av barnehagen som samarbeidspartner for helsestasjonen, barnevernet og andre forebyggende tjenester. De ansatte har en personlig plikt til å melde fra til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, er utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt eller når et barn har vedvarende alvorlige atferdsvansker. Det er viktig at barnehageansatte har kunnskap om hvordan de kan oppdage at et barn er utsatt for omsorgssvikt, vold eller overgrep. Barnehagen må ha faste rutiner for hvordan de ansatte går fram ved bekymring for et barns omsorgssituasjon og for hvordan de

Boks 4.1 Gratis kjernetid i barnehagen

For å øke barnehagedeltakelsen blant minoritetsspråklige barn, er det innført forsøk med 20 timer gratis kjernetid per uke i enkelte områder med høy andel minoritetsspråklige. Målgruppen er alle barn i aldersgruppen fire til fem år i områdene. Formålet er å forberede barna på skolestart, bedre norskkunnskapene for minoritetsspråklige barn og bidra til sosialisering.

Forsøket ble satt i gang i 2006 i Oslo kommune og har siden blitt gradvis utvidet. Siden 2007 har forsøket omfattet alle fire- og femåringer i de fire bydelene i Groruddalen og bydel Søndre Nordstrand i Oslo. Fra 2010 har det også vært forsøk med gratis kjernetid i barnehager i enkelte områder i Drammen og bydel Gamle Oslo. I 2011 ble det etablert et forsøk i Årstad i Bergen. Erfaringene fra forsøkskommunene viser at barnehagedeltakelsen har økt og at flere barn går over fra korttidsbarnehage til heltidstilbud. Resultatene understøttes av nasjonal statistikk og nasjonale undersøkelser. Det er satt i gang en treårig ekstern evaluering av forsøket.

skal oppfylle opplysningsplikten. Det kan hjelpe de ansatte i noe som ofte oppleves som en vanskelig situasjon. Når vilkårene for opplysnings- eller meldeplikten er oppfylt skal opplysningene gis umiddelbart videre til barneverntjenesten. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet utga i 2009 i samarbeid med Kunnskapsdepartementet veilederen *Til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten*.

Fortsatt satsing på barnehager står sentralt i regjeringens arbeid for sosial utjevning. Regjeringen arbeider for likverdig høy kvalitet i alle barnehager. Det har vært en periode med sterk vekst i antall barnehageplasser, innføring av maksimalpris for foreldrebetalingen og rett til barnehageplass. Framover vil innsatsen i større grad være rettet mot kvalitet og innhold i barnehagen. Det vises i denne sammenheng til Meld. St. 24 (2012–2013) *Framtidens barnehage* som gir føringer for barnehagepolitikken framover.

Skole og læringsmiljø

Skolen spiller en hovedrolle i barns og unges liv. Kvaliteten på skolen som møteplass, både det fysiske og det sosiale miljøet, har stor betydning for læring og mestring. En offentlig fellesskole av god kvalitet for alle barn og unge har også stor betydning for den enkeltes helse. Skolen skal favne alle elever og gi dem likeverdig opplæring uavhengig av sosial bakgrunn, kjønn og etnisk tilhørighet.

En helsefremmende skole skal bidra til læring og til god fysisk og psykisk helse. Skolenes arbeid med å utvikle læringsmiljøet, bekjempe mobbing og fremme vennskap og gode relasjoner er sentralt i dette arbeidet. Det samme gjelder tilrettelegging for fysisk aktivitet, sunn mat og gode rammer rundt måltidene og tiltak for å forebygge tobakks-, alkohol- og narkotikabruk.

Selv om det gjennomgående er stor trivsel i norsk skole, er det en betydelig andel barn og unge som har problemer med å mestre skolehverdagen. Det er et stort problem med frafall fra videregående opplæring. Sosiale problemer reproduseres i skolen og altfor mange elever sliter med å fullføre grunnopplæringen. For å fange opp sårbare elever og sette i verk tiltak for å forebygge frafall, må skolen etablere gode rutiner for å bistå lærerene og sørge for kontakt med helsetjenesten eller annet hjelpeapparat ved behov. Kommunen har også et ansvar for å følge opp skolegangen til elever som behandles for sykdom eller lidelser.

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet i skolen skal stimuleres gjennom fortsatt satsing på å utvikle et godt læringsmiljø for alle elever. Det vil bli vurdert tiltak for å frigjøre mer av lærernes tid til undervisning. Aktuelle virkemidler kan være å inkludere flere yrkesgrupper i skolen (for eksempel sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere) og å styrke skolehelsetjenesten.

Regjeringen har nylig lagt fram Meld. St. 20 (2012–2013) *På rett vei. Kvalitet og mangfold i fellesskolen*. I stortingsmeldingen er det redegjort for evalueringen av kunnskapsløftet og gitt en vurdering av utviklingen av grunnskolen og videregående opplæring. Stortingsmeldingen omtaler Pisaundersøkelsen fra 2009 som viser at resultatene i norsk skole er betydelig forbedret i lesing og regning etter innføringen av kunnskapsløftet. Det er fremdeles utfordringer knyttet til gjennomføring i videregående opplæring. Flere studier bekrefter at en stor del av frafallet fra videregående opplæring skjer i overgangen mellom det andre og tredje opplæringsåret. Problemet gjelder i hovedsak for yrkesfaglige utdanningsprogrammer. For at flere elever skal fullføre fag- og yrkesopplæring, foreslår regjeringen å utvide retten til videregående opplæring. Elevene får rett til påbyggingsår for studiekompetanse etter bestått fagopplæring. Det skal settes i verk flere tiltak som skal gjøre opplæringen mer relevant og praktisk. Skolene skal få større frihet til å flytte på fag mellom årstrinnene og til å veksle mellom opplæring i skole og lærebedrift. Videre foreslås det å sette ned et offentlig utvalg som skal vurdere i hvilken grad dagens skolefag dekker kompetanser og ferdigheter som elevene vil ha behov for i framtidens arbeidsliv. Meldingen understreker også at et godt læringsmiljø gir elevene grunnlag for både mestring og framgang i opplæringen. Regjeringen vil prioritere å videreutvikle og formidle kunnskap om hva som kjennetegner god kvalitet. Den nasjonale satsingen *Bedre læringsmiljø* og tilbud om veiledning skal videreføres, og det skal gis støtte til skoler som over tid har hatt utfordringer med elevenes læringsmiljø og mobbing.

Fellesskolen skal fortsatt være rammen for grunnopplæringen. Fellesskolen skal styrkes gjennom å utvikle gode støttetjenester for skolen og elevene, videreføre satsingen på bedre læringsmiljø, fortsette arbeidet mot mobbing og fokusere på tidlig innsats for å følge opp elever med lave prestasjoner. Innsatsen for å sikre at flere unge fullfører videregående opplæring skal fortsette. Fellesskolen er en god oppskrift for faglig framgang, men det er en forutsetning at opplæringen

Boks 4.2 Statlige tiltak mot mobbing

Manifest mot mobbing 2011–2014: Manifest mot mobbing er en fireårig kampanje med nye fokusområder og tema hvert år. Tema for kampanjen i 2013 vil handle om samarbeid. Kampanjene i 2011 og 2012 var Digital mobbing og Voksne skaper vennskap. Materiellet fra kampanjene er tilgjengelig på nett. Om lag 320 kommuner har laget egne kommunale manifest.

Støtte og veiledning til kommuner: Utdanningsdirektoratet har fått i oppdrag å planlegge, igangsette og følge opp ordningen med støtte og veiledning til skoler som har vedvarende høye mobbetall.

Antimobbeprogrammer: Utdanningsdirektoratet forvalter midler til støtte av antimobbeprogrammer. Det er prioritert fire programmer fra tre kompetansemiljøer som har fått tilsagn om støtte i tre år fra 2012.

Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning: Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning ble etablert 1. januar 2013. De skal bistå skoler og kommuner i arbeidet med å lage gode læringsmiljø for alle elever og arbeide med forskning på feltet.

Regelverket og foreslåtte endringer: Elevenes rettigheter til et trygt læringsmiljø er sikret i opplæringsloven. Verdier og menneskesyn som opplæringen bygger på er beskrevet i lovens generelle del og i prinsipper for opplæringen. Kunnskapsdepartementet fremmer forslag for Stortinget våren 2013 om innføring av egen erstatningsbestemmelse i opplæringsloven med bestemmelser om delt bevisbyrde og forslag om utvidet foreldelsesfrist.

Maler og sjekkliste: Utdanningsdirektoratet har utviklet maler for skole og foreldre som kan brukes når det gjelder klager på det psykososiale miljøet. Det er også utviklet sjekklister for skolene som de kan følge i arbeidet med skolens psykososiale miljø.

Barneombudet: Det er opprettet nye stillinger hos Barneombudet med sikte på sikre elevenes rett til et godt psykososialt læringsmiljø. Barneombudet arbeider med dokumentasjon, generell rådgiving og går inn i utvalgte enkeltsaker.

Digital mobbing: Digital mobbing var tema for kampanjen 2011 i Manifest mot mobbing.

Det er også andre ulike kampanjer og tiltak som skal forhindre digital mobbing. Undervisningsopplegget Du bestemmer, som Senter for IKT i utdanningen, Datatilsynet og Teknologirådet står bak, har som mål å øke ungdomens kunnskap om personvern og heve bevisstheten ved bruk av digitale medier. Du bestemmer har en egen modul om mobbing, som har blitt godt mottatt i skolen. Telenor, Barnevakten, Medietilsynet og Røde kors står bak Bruk hue, en kampanje som også retter oppmerksomheten mot å unngå digital mobbing.

Forsøk med lokale antimobbeteam: KS og Foreldreutvalget for grunnskolen gjennomfører prosjekter med lokale antimobbeteam. Kunnskapsdepartementet gir støtte til evalueringen av dette arbeidet.

Bedre læringsmiljø 2010–2014: Satsingen er femårig og inneholder et omfattende veiledningsmaterieil til bruk for skoleeier og skoler i arbeidet med læringsmiljøet. Materiellet er kunnskapsbasert og setter nasjonale standarder. Materiellet tar for seg sentrale områder som klasseledelse, lærerens relasjonelle kompetanse, elevrelasjoner, samarbeid mellom hjem og skole og godt lederskap. Satsingen er overbygningen over antimobbearbeidet.

Lokale utviklingsprosjekter: Utdanningsdirektoratet støtter lokale utviklingsprosjekter for bedre læringsmiljø ved 86 skoler. Prosjektene prøver ut nye måter å drive kompetanseutvikling på, arbeider systematisk med rutiner og ulike måter å forbedre klasseledelsen på, utvikler den relasjonelle kompetansen og er opptatt av å ha gode rutiner for å takle mobbesaker.

Klasseledelse: I Meld. St. 22 (2010–2011) Motivasjon – Mestring – Muligheter er et sentralt tiltak innføring av et 5-årig skolebasert program for kompetanseutvikling i klasseledelse på ungdomstrinnet. Tiltaket inngår i strategien for gjennomføring av intensjonene i meldingen.

Skole-hjemprosjekter: Utdanningsdirektoratet har startet 21 lokale skole-hjemprosjekter i de tre nordligste fylkene.

tilpasses den enkelte. Det er viktig å skape et godt læringsmiljø for alle elever uavhengig av sosial, kulturell og språklig bakgrunn.

Det er utviklet nye rammeplaner for lærerutdanningene som skal sikre at kandidatene har kunnskap om læring i ulike sosiale, flerkulturelle og flerspråklige sammenhenger. Kandidatene skal ha kunnskap om klasseledelse og klassemiljø og om utvikling av gode relasjoner. Videre skal de ha kunnskap om oppvekstmiljø, likestilling og identitetsarbeid, barn i vanskelige situasjoner og barns rettigheter. I samarbeid med foresatte og faglige instanser skal de kunne identifisere behov hos elevene og iverksette nødvendige tiltak.

Det vurderes å gjennomføre et forsøk med flerfaglig kompetanse i grunnskolen. Formålet vil være å styrke skolens arbeid med læringsmiljø gjennom tiltak rettet mot alle og gjennom forebyggende arbeid rettet mot spesielt utsatte elever. Et eksempel kan være at kroppsøvingslærere med riktig kunnskap om dopingproblematikk og tidlig intervensjon, har gode forutsetninger for å hjelpe utsatte elever til et godt selvbilde og tilfredshet med egen kropp, gjennom sunn trening.

Satsingen på psykisk helse i skolen videreutvikles fra 2013. Det legges vekt på en sterkere forankring i skolen. Målet er at satsingen skal bidra til å styrke skolens egne strukturer og kompetansen hos lokal skoleledelse, lærere og elever. Det skal gjennomføres et større utviklingsprosjekt der forskere bistår utvalgte skoler aktivt med å utvikle egen forståelse og praksis når det gjelder elevenes psykiske helse. Utviklingsprosjektet vil generere nyttige erfaringer som kan spres til andre skoler.

Skolen kan bidra til å gi barn og unge positive opplevelser med bevegelse og fysisk aktivitet, både gjennom kroppsøving og annen lek og ved fysisk aktivitet i skoledagen. Det er viktig at det legges til rette for gode rammer rundt måltidene og at barn og unge spiser et sunt måltid i løpet av skoledagen. Sunne måltider og fysisk aktivitet har stor betydning for trivsel, konsentrasjon og læring. Et godt fysisk og psykososialt miljø i skolen er en forutsetning for sikre et godt læringsmiljø og for å unngå at barn og unge blir syke. Det er skolen og skoleeier som har ansvaret for å sikre at barna har et forsvarlig arbeidsmiljø. Se nærmere omtale i kapittel 3.

Regjeringen har ulike satsinger for å gi barn og unge et kulturtilbud gjennom skolen. Den kulturelle skolesekken er et nasjonalt program for formidling av profesjonell kunst og kultur til elever i grunnskolen og i videregående skole. Programmet har medvirket til at kunst og kulturfag

har fått en plass i hele opplæringen slik at barn og unge har blitt eksponert for ulike kunst- og kulturuttrykk. Kulturkort til ungdom skal gi billigere billetter til et bredt spekter av kulturarrangementer.

I perioden 2010 til 2012 ble det tildelt stimuleringstilskudd til kulturskoler for å gi et mangfoldig kulturtilbud til flere elever. Det er et mål at alle barn som ønsker det skal få et kulturskoletilbud av god kvalitet til en rimelig pris. Fra høsten 2013 blir det bevilget midler til en uketime med kulturskoletilbud for første til fjerde trinn, i eller i tilknytning til skole og/eller skolefritidsordning. Evalueringen av stimuleringstilskuddet viser at ordningen har bidratt til utvikling av nye prosjekter, og erfaringer fra disse prosjektene kan brukes i utvikling av kulturskoletiden. Timen skal gis i tillegg til fag- og timefordelingen og er derfor et frivillig tilbud for de elevene som ønsker det. Det er også lagt inn påslag til administrasjonskostnader for å sikre god forankring i skolens og kulturskolens virksomhet.

Regjeringen legger vekt på å skape en bedre sammenheng mellom skole og skolefritidsordning. Erfaringene fra forsøk med utvidet skoledag har gjennomgående vært positive. En utvidelse av skoledagen med leksehjelp, fysisk aktivitet, måltid og kulturaktiviteter er eksempler på hvordan skolen kan ivareta sitt brede samfunnsmandat.

Boks 4.3 Kul Mat

Prosjektet Kul mat skal legge grunnlaget for et fag om matkultur og kokkekunst i kulturskolen. Prosjektet ble initiert av Norsk kulturskoleråd i 2010 med støtte fra Landbruks- og matdepartementet. Kul mat skal bidra til å styrke norsk matkultur gjennom arbeid med gode matopplevelser, nyskaping og mangfold. Det skal legges særlig vekt på kunnskap om håndverket i kokkefaget.

Kul mat skal bidra til å skape en kulturskole for alle og til å utvikle Norge som matnasjon. Kul mat åpner for lokale samarbeidsformer for å utvikle et lokalt kulturskoletilbud.

Kulturskolene er en spennende aktør for å formidle matkultur til unge mennesker. Alle landets kommuner skal ha kulturskoletilbud og mulighetsrommet for aktivitet er stort. I utviklingsarbeidet legges det vekt på lokal forankring, lokale ressurser, lokal kultur og arbeid med lokal identitet.

Boks 4.4 MOT

MOT er en ideell stiftelse og en holdningsskape organisasjon som jobber for og med ungdom. Stiftelsens tre grunnverdier og hovedbudskap i møte med ungdom er mot til å leve, mot til å bry seg og mot til å si nei. Den jobber for å skape robuste ungdommer og trygge ungdomsmiljø for å forebygge psykisk helse, mobbing og rusmisbruk.

Stiftelsen har utviklet en modell for hvordan kommuner og skoler kan jobbe forebyggende overfor ungdom. Lokale MOT-medarbeidere gjennomfører program i ungdomsskolen og videregående skole. Gjennom ung til ung-formidling, øvelser, historier, dialog og rollespill bevisstgjøres ungdom til å ta egne valg, ta vare på hverandre og vise mot. De frivillige får opplæring av stiftelsen.

I 2013 har:

- 62 500 elever MOT på sin skole
- 139 kommuner en samarbeidsavtale med stiftelsen
- 5500 medarbeidere over hele landet blitt utdannet av stiftelsen

Skolefritidsordningen skal være en trygg plass for barna utover skoletiden, gi barna omsorg og tilsyn, legge til rette for måltider, lek, kultur- og fritidsaktiviteter og være tilpasset barnas og foreldrenes behov. Arealene inne og ute skal være tilpasset aktiviteten.

I enkelte områder i Oslo er deltakelsen i skolefritidsordningen særlig lav. Regjeringen vil derfor sette i gang et forsøk med gratis deltids plass i aktivitetsskolen på Mortensrud skole fra høsten 2013. Formålet med forsøket er å se om en gratis aktivitetsskole kan bidra til at elever får bedre forutsetninger for å lykkes i skolen, og til å gjøre skolekretsen mer attraktiv. Målet er bedre norskkunnskaper og skoleprestasjoner til barn med minoritetsbakgrunn gjennom økt deltakelse i skolefritidsordningen. Tilbudet vil i første omgang gjelde fram til 2017. Forsøket skal være en del av handlingsprogrammet for Oslo Sør som er et samarbeid mellom staten og Oslo kommune for å bedre oppvekst- og levekårene i bydelen Søndre Nordstrand.

4.1.2 Seksualundervisning i skolen

Seksualitet og seksualundervisning er et spennende og utfordrende tema både for elever og lærere. Seksualitet er i liten grad direkte omtalt i

læreplanverket, men en rekke kompetansemål og formuleringer åpner for å tematisere emnet. Det gjelder for eksempel kravet om at opplæringen skal gi allmenndanning som forutsetning for en helhetlig personlig utvikling og mangfoldige mellommenneskelige relasjoner. Opplæringen skal bidra til å skape solidaritet på tvers av grupper og grenser.

Alle elever skal oppleve trygghet og respekt i skolehverdagen. Et godt læringsmiljø er fritt for mobbing og trakassering. Undersøkelser viser at skolen fortsatt har utfordringer med mobbing og trakassering blant annet på grunn av kjønn, etnisitet og seksuell legning. Både skolens personale og elevene må jobbe med holdninger og bidra til å inkludere alle i et positivt, sosialt fellesskap. Det er også viktig at lærerne tar dette i betraktning i undervisningen uten å problematisere lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Skolen må legge vekt på samtaler om variasjon i seksuell orientering knyttet til kjærlighet, seksualitet og familie. Dette er viktig for å synliggjøre variasjon og utvide elevenes perspektiver.

Seksualundervisning kan være utfordrende for mange lærere. I seksualundervisningen konfronteres lærere direkte med egne holdninger, egen identitet, egen seksuell orientering og tabuer, på et for mange meget personlig område. Utdanningsdirektoratet utarbeidet et veiledningshefte om seksualitet og kjønn som hjelp for grunnskolelærerne i undervisningsforberedelsene, som ble revidert i 2011. I tillegg ønsker mange lærere bistand utenfra i dette arbeidet. Det er stor interesse for prosjekter som Uke sex og Rosa kompetanseskole.

Organisasjonen Sex og politikk har fått støtte fra Kunnskapsdepartementet til prosjektet Uke sex. Prosjektet tilbyr sjuende til tiende klassetrinn gratis materiale og en nettside beregnet på seksualundervisning. Kunnskapsdepartementet har også gitt økonomisk støtte til prosjektet Rosa kompetanseskole. Hovedmålet er å øke kompetansen om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner i skolen. Målgruppen er undervisningspersonell, skoleledelse, skolehelsetjenesten og elevene.

Utdanningsdirektoratet støtter Helseutvalget for bedre homohelse sitt bok- og utstillingsprosjekt Gay Kids i Norge. Boken tilpasses læreplanmålene som omhandler seksuell orientering og variasjoner i familieformer opp til og med sjuende trinn. Boken skal spres til grunnskoler og bidra til skolens forebyggende arbeid mot mobbing og diskriminering av homofile. Prosjektet er holdningsskape og er ment å bidra til synliggjøring og normalisering av homofili blant barn og unge.

Kunnskapsdepartementet ønsker å styrke oppmerksomheten om ulike former for krenkel-

Boks 4.5 Uke Sex på timeplanen

Figur 4.2

Undervisningskampanjen Uke sex kjøres på 640 skoler over hele landet i løpet av en uke. Gjennom enkle klasseromsøvelser, diskusjoner og nettside for lærere og elever, skal ungdom lære om seksualitet og få trening i å mestre viktige forhold i seksuelle situasjoner.

I Uke sex kan barn og ungdom diskutere og reflektere over temaer som identitet, selvtillit, normer og forventninger, mangfold og respekt. Men også praktiske ferdigheter står på pro-

grammet. For eksempel hvordan bruke kondom, hvordan snakke med partner om kondombruk og hvordan få tak i gratis kondomer. Hvor du går for å få råd om seksualitet og prevensjon og hvordan unngå å bli smittet med klamydia.

Hvert år inkluderes et nytt temaområde i Uke sex. I 2013 er temaet Mine og dine grenser, som tar opp grensesetting og seksuelle krenkelser. Øvelsene handler om respekt, kommunikasjon, språkbruk, retten til å bestemme over egen kropp, og om å finne fram til gode måter å skape positive relasjoner på.

Uke sex 2013 gjennomføres av organisasjonen Sex og samfunn og er finansiert av Kunnskapsdepartementet, Helsedirektoratet og Justis- og beredskapsdepartementet. På www.uke-sex.no kan du lese mer om kampanjen og melde deg på til å motta gratis undervisningsmateriale.

ser, blant annet relatert til seksualitet. Utdanningsdirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå relevante læreplaner for å vurdere om kompetansemålene kan tydeliggjøres for å fremme elevenes holdninger mot vold og krenkelser, vold knyttet til seksualitet og vold i nære relasjoner. Læreplanene har vært på høring og høringssvarene blir nå behandlet i direktoratet.

Kunnskapsdepartementet har støttet distribusjon av magasinet Blikk til skolebibliotekene siden 2006. Bikk er et magasin rettet mot lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Siden 2006 har magasinet, med midler fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, blitt distribuert til 500 bibliotek i hele landet. Skolebibliotekene er prioritert. Magasinet har som mål å spre kunnskap og holdninger som motarbeider fordommer og diskriminering av lesbiske, homofile, bifile og transpersoner.

Organisasjonen Sex og samfunn støttes av Helsedirektoratet og Oslo kommune. Organisasjonen utgir metodebok for personell som arbeider med seksuell helse, gir tilbud om seksualundervisning og har en kveldsklinikk med tilbud om gratis konsultasjoner.

4.1.3 Forebyggende helsetjenester til barn og unge

Regjeringen vil videreutvikle og styrke de forebyggende helsetjenestene til barn og unge. Helse-

stasjons- og skolehelsetjenesten skal være et allment tilbud til barn og ungdom i alderen 0 til 20 år og deres foreldre og til gravide. Sentrale oppgaver er helseundersøkelser, vaksinerings, opplysningsvirksomhet, rådgivning, veiledning og tiltak for å styrke barn og unges egen mestring og foreldrenes mestring av foreldrerollen.

Helsestasjonstjenesten har et helhetlig perspektiv på forebygging og skal derfor drive et utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er sentralt i arbeidet med å forebygge psykiske plager og i håndteringen av sammensatte sosiale problemer. Tjenesten skal i samarbeid med elever, hjem og skole arbeide for å skape en helsefremmende skole gjennom et godt lærings- og arbeidsmiljø. Arbeidet omfatter temaene seksualitet, samliv og prevensjon, kosthold, tannhelse, tobakks- og rusfrihet, fysisk aktivitet og ulykkes- og skadeforebygging.

Regjeringen vil stimulere til dialog mellom kommunen og fylkeskommunen for å sikre godt skolehelsetjenestetilbud både i grunnskolen og videregående skole. Se nærmere omtale i kapittel 5 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten.

Helsestasjonstjenesten

Helsestasjonen er et gratis, lett tilgjengelig lavterskeltilbud for alle barn opp til fem år og deres foreldre. Helsestasjonen driver helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor temaer som omhandler både psykisk og fysisk helse i tillegg

til sosiale forhold. Arbeidet omfatter helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser, vaksinerings- og oppfølging og henvisning videre av barn og familier med spesielle behov. Helsestasjonene kartlegger barns språk og motoriske utvikling og skal kunne veilede om kosthold og aktivitet.

Helsestasjonene driver ammeveiledning, og det er etablert et frivillig godkjenningssystem for etablering av Ammekyndige helsestasjoner. Dette er en videreføring av Mor-barn-vennlig initiativ ved norske føde-, barsel- og nyfødtavdelinger som har bidratt til økt amming. Ammekyndige helsestasjoner kan bidra til å styrke familiens kunnskap om betydningen av amming. Helsestasjonene skal også gi alle tilbud om hjemmebesøk til nyfødte. Alle gravide skal i følge nasjonale retningslinjer bli spurt om alkoholvaner og det skal gjennomføres tiltak for å sikre at tjenesten følger disse retningslinjene.

Helsestasjonene har alle forutsetninger for å drive et godt folkehelsearbeid overfor gravide og sped- og småbarnsfamilier. Helsestasjonstjenesten møter barn og foreldre regelmessig i barnets første leveår. Tjenestene brukes i tilnærmet like stor grad av alle grupper i befolkningen og har derfor et godt utgangspunkt for å fange opp risikofaktorer og helseproblemer tidlig.

Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten arbeider helsefremmende og forebyggende, både med psykisk og fysisk helse og sosiale forhold. Alle grunn- og videregående skoler som omfattes av opplæringsloven eller er godkjent etter privatskoleloven skal ha tilbud om skolehelsetjeneste. Tjenesten har et «friskfokus» og ser like mye etter sterke sider hos elevene som etter risikofaktorer, problemer og sykdom. Det er et hovedpoeng at denne tjenesten er gratis og befinner seg der barn og unge er som en lett tilgjengelig tjeneste uten timebestilling på skolen. Skolehelsetjenesten spiller en sentral rolle i kommunens folkehelsearbeid. Arbeidet innebærer veiledning, helseundersøkelser, vaksinerings, oppfølging og henvisning videre ved behov.

Tjenesten skal ha et helhetlig blikk og kompetanse om helse, oppvekst og livskvalitet. Den skal bidra til økt trivsel og mestring for barn og unge og legge til rette for et godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen. Videre skal den være en støtte for barn og unge i en sårbar fase og bidra til å forhindre frafall i videregående opplæring. I ungdomsskoler og videregående skoler blir tjenesten benyttet av om lag halvparten av elevene. Dette gjør det mulig å avdekke problemer tidlig

og å nå fram til alle barn og unge uavhengig av sosial bakgrunn.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er pålagt å ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester, herunder barnehagen, med skolen, fylkeskommunen inkludert tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det gir skolehelsetjenesten et godt utgangspunkt for samarbeid med andre yrkesgrupper. Gjennom tilknytningen til skolen, har tjenesten i tillegg en spesiell mulighet til å samarbeide med skolen om tiltak som kan hjelpe elevene til å mestre skolehverdagen og fullføre skolegangen.

I de fleste kommuner (92 prosent) deltar skolehelsetjenesten i skolens prevensjons- og samlivsundervisning på ungdomstrinnet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennomfører undervisningsbesøk i åttende, niende og tiende klasse. Tjenesten har tilbud om prevensjonskonsultasjon og resept på hormonell prevensjon hos helsesøster eller jordmor.

Fra 2009 har tallet på kvinner i aldersgruppen 16 til 19 år som benytter seg av dette økt fra 60 000 til om lag 65 000 årlig. Det utgjør nå noe over 60 prosent av alle unge kvinner i aldersgruppen. Gratis kondomer er en satsing i handlingsplanen for forebygging av svangerskap og abort for perioden 2010 til 2015 og i den nasjonale hiv-strategien.

Helsestasjon for ungdom

I 2011 hadde 72 prosent av kommunene etablert helsestasjon for ungdom. Dette er et tilbud uten timebestilling hvor ungdom kan komme med små eller store helseutfordringer. Aktuelle tema er seksuell helse og prevensjon, seksuell legning og seksuelle overgrep, fysisk og psykisk helse, trivsel, kropp, fysisk aktivitet, ernæring, spiseforstyrrelser, vold, forebygging av kjønnslemlestelse og tvangsekteskap, mobbing, rus, røyk og andre temaer som berører ungdoms helse. Ungdomshelsestasjonene har intensivert arbeidet og gjennomført «større klamydiaraid» med tilbud om test og behandling til ulike grupper i ungdomsbefolkningen.

Det er imidlertid en utfordring å legge tilbudet bedre til rette for gutter. En undersøkelse gjort av Helsetilsynet i Hordaland viser at bare ti prosent av dem som benytter helsestasjonstilbudet er gutter. Flere kommuner har opprettet tilbud med egne åpningstider for gutter. For å få et slikt tilbud til å fungere, må i tillegg helsepersonellet bestå av både menn og kvinner og det må legges vekt på å gjøre tilbudet kjent for gutter. For eksempel bør

nettsidene til tjenestene utformes med tanke på at også gutter er blant brukerne.

I en del kommuner er tilbudet utvidet til å omfatte ungdom opp til 25 år, fordi det er behov for et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i overgangsfasen mellom ungdom og voksen. Ungdomshelsestasjon bør lokaliseres på steder det er naturlig og enkelt for unge å oppsøke. På samme måte bør åpningstidene tilpasses ungdommenes behov og sees i sammenheng med hvor tjenesten er lokalisert.

I Oslo er det etablert enkelte tilbud som retter seg mot spesielt sårbare grupper. Det gjelder helsestasjon for lesbisk, homofil, bifil og transkjønnet ungdom og helsestasjon for hørselshemmet ungdom.

Helseinformasjon på nett

Helsenorge.no er en veiviser til helsetjenesten og informasjon om helse, sykdom, behandling og rettigheter. Innholdet leveres av ulike organisasjoner i helsesektoren, som har ansvar for at innholdet er oppdatert og holder faglig kvalitet. Helsedirektoratet er ansvarlig redaktør.

For ungdom har Helsenorge.no egne sider på ung.no som handler om psykisk og fysisk helse, seksuell helse og rusmidler. Eksempler på artikler er vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse, psykisk helse og ungdom og foreldres rusproblemer. Samisk ungdom får ofte spørsmål fra folk som vet lite om samer. Ung.no har en god og informativ side der de har samlet fakta om samer i svartjenesten for ungdom.

Ung.no er en offentlig kvalitetssikret informasjonstjeneste for ungdom. Tjenesten drives av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Ung.no har en svartjeneste for ungdom som også viser videre til andre nyttige tjenester på nett. Ung.no har samlet et knippe gode hjelpetjenester for ungdom som opplever problemer eller som har spørsmål om alt fra problemer hjemme, alkohol, kropp og helse, til verneplikt og førerkort.

Se nærmere omtale av tiltak for å videreutvikle og styrke det forebyggende arbeidet i helse- og omsorgstjenesten i kapittel 5 Mer forebygging i helse- omsorgstjenesten.

4.1.4 Styrke foreldrerollen og følge opp risikofamilier

Barnets behov for tilknytning til foreldre og andre omsorgspersoner er et sentralt element i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Foreldre som trenger hjelp til å håndtere foreldrerollen bør

få oppfølging. Målet er å fange opp signal om sårbarhet og risiko før problemene oppstår.

God tilknytning fra fødselen av beskytter barn mot belastninger. I Norge har vi utformet en foreldrepermisjonsordning som gir mulighet for at alle barn skal kunne få omsorg fra foreldrene hele døgnet det første leveåret. Permisjonsordningen skal bidra til at mor og far skal kunne knytte nære bånd til barnet og legge til rette for en god og sunn utvikling resten av oppveksten. Når foreldrene nå i stadig større utstrekning deler foreldrepermisjonen mellom seg, har regjeringen funnet grunn til å fremme et lovforslag som skal sikre alle mødre rett til ammefri med lønn når de går tilbake til arbeidet. Lovendringen skal legge til rette for amming fordi det er viktig for barnets helse.

En helhetlig svangerskapsomsorg og et familievennlig barseltilbud er ordninger som styrker foreldrerollen. Liggetiden på sykehus ved fødsler er kort og de første kontaktene med helsestasjonen gjennom hjemmebesøk og spedbarnskontroller er derfor av stor betydning. Helsepersonellet

Boks 4.6 Ammekyndige helsestasjoner

Ammekyndige helsestasjoner baserer virksomheten på faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjoner som er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for amming i samarbeid med Landsgruppe for helsesøstre.

Retningslinjene er tilpasset forholdene i helsestasjonstjenesten og tar utgangspunkt i Mor-barn-vennlige initiativ og Verdens helseorganisasjons og Unicefs ti trinn for vellykket amming. Retningslinjene består av seks punkter som samlet utgjør en kvalitetsstandard for ammeveiledning. Helsestasjoner som arbeider i samsvar med denne kvalitetsstandarden vil bli sertifisert som Ammekyndig helsestasjon.

Helsestasjonene må utarbeide en skriftlig prosedyre som konkret beskriver hvordan faglige retningslinjer for ammeveiledning skal iverksettes. Ansatte skal ha oppdatert kunnskap om ammeveiledning. Evalueringen av helsestasjonene legger vekt på at de faglige retningslinjene følges og at det praktiseres kunnskapsbasert ammeveiledning.

I april 2013 er 51 kommuner eller bydeler godkjente som Ammekyndig helsestasjon. I tillegg er 95 kommuner i prosess for å få godkjenning.

bør ha kompetanse på å fange opp foreldre som er usikre i foreldrerollen og i relasjonen til spedbarnet, og som ikke har familie og nettverk som kan støtte dem. Mange helsestasjoner driver samlivskurs, svangerskapskurs, barselgrupper og samarbeider med andre aktører som tilbyr ulike typer foreldrekurs og åpen barnehage. Dette er tiltak som bør videreføres og styrkes.

Mange av tilbudene til nybakte foreldre når i større grad fram til ressurssterke familier enn til familier som har mest behov. Helsestasjonene har en viktig oppgave med å holde oversikt over hvilke familier som benytter tilbudene og vurdere tiltak for å sikre at de når fram til alle som har behov for dem.

I tillegg til tjenestetilbud som er rettet mot alle småbarnsforeldre, er det behov for spesielle tilbud til barn og familier som er i en vanskelig livssituasjon. Barnehager og helsestasjoner kan fange opp utsatte barn og familier på et tidlig tidspunkt og tilby foreldreveiledning og andre støtte tiltak som kan bidra til at foreldrene i større grad mestrer foreldrerollen.

Foreldreveiledning og andre støttetiltak

Manglende støtte og omsorg fra foreldre gir økt risiko for utvikling av psykiske problemer og atferdsproblemer hos barn og unge. Det er vist best effekt av programmer der foreldrene lærer bedre foreldreferdigheter og mer effektive oppdragelsesteknikker. Programmene bidrar til at barnas symptomer reduseres og setter foreldrene bedre i stand til å støtte barnas utvikling og sette grenser. Barnas sosiale ferdigheter bedres gjennom at foreldrene får en bedre livssituasjon og opplever mestring, selvtillit og trivsel.

Tilbudet om foreldreveiledning skal først og fremst styrkes gjennom eksisterende ordninger eller tjenester. Effekten av foreldreveiledningsprogrammene er helt avhengig av hvordan de innrettes. Helsestasjonene må spille en avgjørende rolle i dette arbeidet. Tjenesten har et ansvar for hele befolkningen i et område og har derfor nødvendig oversikt for å rette inn tiltakene der de trengs mest. Kvaliteten på og effekten av programmene er avhengig av en slik tilknytning for å sikre at det er de som har behov for oppfølging, som får tilbudet.

Program for foreldreveiledning brukes av helsestasjoner, familiesentre, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barneverntjenesten og barnehagene. International Child Development Programme er den mest brukte veiledningsmetoden. Det er utarbeidet både basisprogram rettet mot

alle foreldre og program rettet mot spesielle målgrupper, for eksempel foreldre med innvandrerbakgrunn, foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne, foreldre i fengsel og fosterforeldre. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har ansvar for oppfølging av programmet. I dag er det 155 kommuner som har fått eller er i ferd med å få foreldreveiledningskompetanse. Det er utdannet 85 trenere innenfor Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og rundt 2 622 sertifiserte veiledere. Det er et mål å gjøre tiltaket landsdekkende.

Barnevernet tilbyr foreldretrening og andre familie- og nærmiljøbaserte tiltak og metoder, både rettet mot yngre barn og mot ungdom. Tiltakene legger vekt på å ta i bruk ressurser i familie og nærmiljø. Målet med tilnærmingene er å gi støtte til atferdsendring for å unngå at det blir nødvendig å plassere barn utenfor hjemmet. I tillegg finnes et tiltak som er en kombinasjon av institusjonsbehandling og nærmiljøbaserte tiltak for unge med svært alvorlige atferdsproblemer.

Home-start familiekontakten Norge er en frivillig organisasjon som tilbyr gratis hjelp i hverdagen til familier med barn under skolealder. Organisasjonens innsats bidrar til å forebygge utvikling av stress, belastninger og kriser hos utsatte småbarnsforeldre på et tidlig stadium og er et godt supplement til det offentlige hjelpetilbudet. Tilbudet består av frivillige familiekontakter som gir regelmessig støtte og praktisk hjelp i hverdagen. Innsatsen er særlig rettet mot familier med kronisk syke og barn med nedsatt funksjonsevne, foreldre som er alene om omsorgen for barn og/eller er minoritetsspråklige. Virksomheten består av et nasjonalt kontor i Oslo, 44 lokale koordinatore og omlag 600 familiekontakter i fylkene.

Barnevern

Regjeringen har de siste fire årene styrket barnevernet. Barnevernsløftet har gjort det mulig for det kommunale barnevernet å rekruttere 850 nye fagfolk i perioden. Målet med satsingen er å styrke barneverntjenesten i de mest utsatte kommunene, bedre kompetansen og styrke tilsynet.

I løpet av 2011 mottok over 52 000 barn tiltak fra barnevernet. De fleste får hjelp mens de bor hjemme. I mange tilfeller har barna både problemer med svak skoletilknytning og psykiske og fysiske helseproblemer. Familiene har ofte lav inntekt og svak tilknytning til arbeidslivet og det kan være problemer med konflikter i familiene. Tidligere barnevernsbarn har større problemer med å gjennomføre utdanning, de har lavere inntekt, er oftere arbeidsledige og er i større grad avhengig

Boks 4.7 Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016)

Regjeringen har lagt fram en ny handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet som gjelder for perioden 2013–2016. Handlingsplanen er en oppfølging av Meld. St. 6 (2012–2013) En helhetlig integreringspolitikk. Mangfold og fellesskap. I denne meldingen slår regjeringen fast at vern av barns rettigheter er høyt prioritert og at barn og unge med innvandrerbakgrunn ikke skal møte flere barrierer enn andre barn og unge. Tiltakene må ses i sammenheng med arbeidet mot vold i nære relasjoner og innsatsen mot vold og seksuelle overgrep mot barn.

Handlingsplanen legger vekt på forebyggende tiltak, arbeid for å styrke kompetansen i hjelpeapparatet og bedre samordning av offentlige tjenestetilbud. Et hovedmål er å sikre at arbeidet mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet er en

integrert del av alle berørte offentlige tjenester ved utgangen av 2016. Gjennom arbeidet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse er det utviklet metoder og tiltak som skal videreføres i det ordinære tjenestetilbudet, herunder det langsiktige arbeidet mot kjønnslemlestelse innenfor helsesektoren.

Tvangsekteskap og kjønnslemlestelse henger ofte sammen med andre problemer. I mange tilfeller kan den unge over tid ha vært utsatt for trusler, ekstrem kontroll og vold. Det er nødvendig med tidlig innsats og metoder som støtter mulighetene til å ta selvstendige valg. Det er også ønskelig å involvere de unge selv i sterkere grad. Frivillige organisasjoner er viktige støttepillere som kan utfylle den offentlige innsatsen og danne en plattform for medvirkning og dialog for barn, unge og foreldre.

av offentlig inntektsstøtte enn andre grupper i befolkningen.

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg. Omsorg for og oppdragelse av barn er i første rekke foreldrenes ansvar. Foreldre kan likevel ha behov for hjelp i kortere eller lengre perioder. I slike tilfeller kan barnevernet bistå barn og familier for å sikre barnas levekår og utviklingsmuligheter.

I tillegg lever noen barn under forhold med alvorlig omsorgssvikt. Barn som lever med vold og overgrep, kan få alvorlige og varige psykiske og fysiske skader. I slike tilfeller skal det offentlige gripe inn og overta omsorgen for barnet dersom det er til barnets beste. En barnevernssak starter som oftest med at barnevernet mottar en bekymringsmelding om et barn. Meldingene vurderes av barneverntjenesten, og dersom barnevernet finner grunn til det, blir saken undersøkt nærmere. Barnevernet er avhengig av at andre offentlige instanser oppdager og melder fra om barn som har behov for hjelp. Virksomheter som møter barn og familier i det daglige må ha kunnskap og rutiner for å oppdage og melde fra om barn som er utsatt for omsorgssvikt, vold eller overgrep.

Alle som arbeider i en offentlig tjeneste har en lovfestet plikt til å gi opplysninger til barneverntje-

nesten ved alvorlig bekymring for barn. Opplysningsplikten går foran taushetsplikten. Opplysningsplikten innebærer plikt til å melde fra til den kommunale barneverntjenesten på eget initiativ og er et selvstendig og personlig ansvar. Plikten til å gi opplysninger gjelder for ansatte ved helsestasjoner, sykehus, legekontorer, politiet, barnehager, skoler, sosialkontor og familievernkontor. I tillegg gjelder den for en rekke privatpraktiserende yrkesutøvere, for eksempel fastleger.

Barnevernsmyndighetene er avhengige av å ha tilstrekkelig tillit i befolkningen. Tilliten er nødvendig for at barnevernet skal motta bekymringsmeldinger, og for at foreldre skal ta kontakt for å be om råd og hjelp. I møtet med berørte barn og deres foreldre må ansatte i barnevernet være oppmerksomme på betydningen av egen og andres kulturbakgrunn. Med en slik tilnærming vil det være enklere å etablere et samarbeid som er til barnets beste og å kunne tilby likeverdige tjenester. Det er viktig at samiske barns rett til et språklig og kulturelt tilbud ivaretas. Kunnskap om samisk språk og kultur er en viktig forutsetning for at barneverntjenesten skal kunne gi samiske barn og familier det tilbudet de har krav på.

Barnevernet må oppleves som en tilgjengelig tjeneste for barn og foreldre og for ansatte i andre tjenester. Alle barn og familier skal oppleve at barnevernet møter dem med respekt. De fleste for-

eldre har ikke egen erfaring med barnevernets arbeid, og mange innvandrere har heller ikke kjennskap til barnevernet som offentlig institusjon. Ved å komme tidlig inn i familien med veiledning, råd og støtte til foreldre, kan barnevernet skape tillit og samtidig iverksette riktig tiltak til rett tid. Regjeringen har nylig lagt fram for Stortinget Prop. 106 L (2012–2013) Endringer i barnevernloven. I lovforslaget er det foreslått å ta inn en ny overordnet bestemmelse som tydeliggjør barnevernets plikt til å gi barn og unge informasjon og mulighet for medvirkning under hele forløpet i barnevernet. Det er foreslått en ordning med tilfjelpsperson som vil gjelde i tilfeller der barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barnet.

Regjeringens satsing på barnevernet skal bidra til å gi barn og unge omsorg og hjelp helt fram til de kan stå på egne bein. Ungdommene som mottar hjelp fra barnevernet skal oppleve overgangen til en selvstendig voksentilværelse som trygg og forutsigbar. Barnevernet kan gi tilbud opp til 23 års alder for de som har fått tilbud før de fylte 18 år. Barneverntjenesten har en lovfestet plikt til å begrunne hvorfor en ungdom eventuelt ikke trenger oppfølging og hjelp. Barneverntjenesten må utvise fleksibilitet og kreativitet slik at forholdene legges best mulig til rette for en gradvis overgang til et godt voksenliv. I tillegg er det nødvendig med godt samarbeid mellom flere tjenester. Se også omtalen av overgangen mellom utdanning og arbeidsliv.

Vold i nære relasjoner

Arbeidet for å forebygge vold i nære relasjoner er viktig for å sikre barn og unge en trygg oppvekst. Målet er at alle hjem skal være trygge og frie for vold. Regjeringen har, med Meld. St. 15 (2012–2013) Det handler om å leve, lagt fram den første stortingsmeldingen om vold i nære relasjoner. Vold i nære relasjoner har et betydelig omfang og er et stort samfunns- og helseproblem. Stortingsmeldingen gir en beskrivelse av tiltak som er gjennomført, identifiserer utfordringer og skisserer linjene for det videre arbeidet.

Utfordringen er å videreutvikle kvaliteten på og få til en bedre samordning av tjenestetilbudet. Det er særlig behov for å styrke det forebyggende arbeidet. Meldingen varsler at Statens barnehus skal styrkes og at det skal utprøves en liknende modell for voksne der politi og tjenesteapparat skal gi bistand til voldsutsatte i samme lokaler. Det skal opprettes et eget forskningsprogram om vold i nære relasjoner og det skal etableres en til-

Boks 4.8 Statens barnehus

Statens barnehus er etablert for å sikre barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, mishandling og vold et bedre tilbud. Barnehusene skal bidra til å minske belastningen for barna og til at de yngste fornærmede, vitner og omsorgspersoner skal møte høy barnefaglig kompetanse i trygge omgivelser. Barnehusene er utstyrt for dommeravhør, for medisinske undersøkelser og har rom for samtaler og terapi. Barnet skal få alle de tjenestene de har behov for på ett sted. Det er etablert barnehus åtte steder i landet og siden starten i 2007 har de tatt i mot anslagsvis 5 000 barn.

Statens barnehus skal bidra til å heve kompetansen til de som arbeider med barn og til å bedre samarbeidet mellom ulike etater i overgrepssaker. De ansatte skal gi råd og veiledning til foreldre, andre pårørende og lokale tjenester. Barnehusene skal bygge opp kunnskap og kompetanse på om overgrep mot barn på alle fagområder. Kompetansen skal utvikles i samarbeid med de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Statens barnehus er resultat av et tverrdepartementalt samarbeid mellom Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Den administrative oppfølgingen er lagt til Politidirektoratet.

Det skal etableres to nye barnehus i løpet av 2013, se Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner.

skuddsordning for å styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner. Tilbudet til voldsutøvere skal styrkes og det skal i samarbeid med relevante aktører utvikles en nasjonal tiltakspakke for å forebygge vold i nære relasjoner.

4.1.5 Barn som pårørende

Regjeringen legger stor vekt på å ivareta barn som pårørende. Barn av psykisk syke, rusavhengige og alvorlig syke og skadde foreldre er alle utsatte og sårbare grupper. Mange pasienter har mindreårige barn som berøres av foreldrenes sykdom. Barns opplevelse av trygghet, tilfredshet og tilstrekkelig omsorg er sterkt knyttet til familiens livssituasjon. Innsatsen for å følge opp barn med psykisk syke og rusavhengige foreldre er

forankret i regjeringserklæringen og deretter utvidet til å gjelde alle barn med syke foreldre.

Fra 2010 fikk barn som pårørende en sterkere rettsstilling gjennom endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Lovreguleringen skal bidra til et mer likeverdig tilbud for barna uavhengig av bosted. Formålet er å gi bedre oppfølging når foreldrene mottar helsehjelp. Alt helsepersonell har plikt til å bidra til å ivareta barnas behov. Helsepersonellet skal ikke overta ansvaret fra foreldrene, men avklare om pasienten har barn, om noen tar vare på det, vurdere om barna har behov for oppfølging, tilby pasienten informasjon og veiledning og bistå med å gi barnet informasjon eller annen oppfølging dersom foreldrene ønsker det. Sykehus og andre deler av spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell med ansvar for å koordinere og fremme arbeidet med pasientenes barn.

Det forebyggende arbeidet rettet mot barn med syke foreldre gir positive ringvirkninger for foreldre som mottar behandling. Alle offentlige sykehus og andre helseinstitusjoner med avtale med sykehus har barneansvarlige. Arbeidet med å opprette barneansvarlige ved private rehabiliteringsinstitusjoner er i gang. Helsepersonell har erfaring med å hjelpe og er i en posisjon som gjør det mulig å fange opp barna tidlig. Det er utviklet en lang rekke hjelpemidler gjennom kompetansenettverk, kurs og seminarer, rundskriv, e-læringsprogrammer, informasjonsmateriell til barn, nettsider, behandlingslinjer og faglitteratur. Samhandlingsreformen omfatter også barn som pårørende. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og sykehus omtaler rutiner for å ivareta mindreårige barn ved innleggelse, opphold og utskriving.

Det er et mål å fange opp barn med rusavhengige og psykisk syke foreldre tidlig og sette inn tiltak for å hindre at barna selv utvikler problemer. Barn som har vært utsatt for vold, overgrep, omsorgssvikt eller har rusavhengige foreldre, har høy sannsynlighet for selv å utvikle rusproblemer. I 2007 opprettet Helse- og omsorgsdepartementet to forsøk ved sykehus i Helse Nord-Trøndelag og Vestre Viken med lavterskeltiltak for å følge opp gravide og mødre med rusavhengighet og psykiske problemer. Barna følges opp fra fødsel til skolealder. Det er nært samarbeid med andre tjenester. Evalueringer viser at tiltakene er brobyggere mellom ulike tjenestetilbud og fungerer som støtte for familiene. Brukerne er fornøyde. Tiltakene ble permanente fra 2013. To tilsvarende tiltak blir etablert i Helse Vest og Helse Nord i løpet av året.

Barn som pårørende er fra 2011 et eget strategisk forskningsområde i Norges forskningsråd. Fire store forskningsprosjekter skal gi kunnskap. En landsomfattende levekårsundersøkelse om barn og unge med rusavhengige foreldre skal gi kunnskap om barn og unges erfaringer og egenopplevelser. Tre organisasjoner, BAR – barn av rusmisbrukere, Voksne for barn og Landsforeningen for barnevernsbarn, gir innspill til og følger undersøkelsen.

Stortingsmeldingen om god kvalitet og trygge tjenester staker ut kursen for en ny brukerrolle. Denne rollen må også omfatte barn. Barn med syke foreldre skal føle seg ivaretatt, sett og hørt. De er eksperter på egne liv. Derfor må helse- og omsorgstjenesten i større grad lytte til deres erfaringer i en form som er tilpasset barna. Helse- og omsorgsdepartement vil invitere barn med syke foreldre til møter i ulike deler av landet hvor de forteller om sine erfaringer.

4.1.6 Sikre bedre samhandling mellom tjenestene

Regjeringens mål er at tjenestetilbudet til barn og unge skal legge til rette for en best mulig start i livet. Det handler om å tilby barn og unge tjenester og tilbud på deres egne arenaer. Så langt det er mulig bør det legges opp til løsninger som gjør at det ikke er nødvendig å ta barn og unge ut av barnehage og skole for å gi tilbud om behandling eller annen oppfølging.

Forebyggende arbeid, tidlig innsats og bedre samhandling mellom tjenestene kan redusere forekomsten av fysiske og psykiske lidelser blant barn og unge, og styrke mulighetene for å gjennomføre utdanningsløpet. En inkluderende felleskole forutsetter at skolen og helsetjenesten i samarbeid legger til rette for at elever med funksjonsnedsettelse og/eller helseproblemer sikres en god skolehverdag.

Det er utviklet en rekke gode tilbud rettet mot barn og unge som trenger ekstra oppfølging. Imidlertid er det en utfordring å sikre nødvendig koordinering og samordning av innsatsen. Flere forhold skaper slike utfordringer. For eksempel elementer av regelverket om taushetsplikt. Videre er lovverket og noen rammer for styringen av tjenestetilbudet for sektorisert. Dersom den enkelte sektor driver for detaljert mål- og resultatstyring av tjenestene, kan det bidra til å begrense fleksibiliteten og utgjøre en barriere for samhandling på tvers av tjenester.

Tidlig intervensjonsarbeid på rusområdet må ses i sammenheng med arbeid for å forebygge

Boks 4.9 Strategidokument om vold og seksuelle overgrep mot barn

Barne-, likestillings- og inkluderingsministeren vil legge fram et strategidokument om vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom. Strategien skal synliggjøre politikken for å forebygge, beskytte og hjelpe barn og ungdom under 18 år som utsettes for vold og seksuelle overgrep i og utenfor hjemmet. Arbeidet er en oppfølging av regjeringens strategi mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn, og er en videreføring av tidligere handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. Det vil bli lagt særlig vekt på innsats for å forebygge vold og seksuelle overgrep.

Det finnes god dokumentasjon på at oppvekst i en familie med gjentakende vold og omsorgssvikt er svært skadelig for barn. Det gjelder både for barn som selv utsettes for volden, og barn som er vitne til at vold utøves mot andre familiemedlemmer. Barn som opplever vold mellom foreldre, har en høyere risiko for selv å bli utsatt for fysisk vold og seksuelle overgrep. Det er en klar sammenheng mellom det å være utsatt for vold i barndommen og senere selv å utøve og/eller bli utsatt for vold.

Ungdom utsettes for vold og seksuelle overgrep fra voksne, men også fra annen ungdom. Strategien vil gi en helhetlig omtale av barns situasjon som dekker alle former for vold og overgrep som barn og ungdom utsettes for. Strategien vil rette spesiell oppmerksomhet mot overgrep mot sårbare grupper og overgrep via nye medier.

Strategien utarbeides i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet og er en del av regjeringens politikk for å sikre alle barn og unge gode oppvekst- og levekår. Tiltakene skal ses i sammenheng med tiltak i handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016) og tiltak og perspektiver i den nye handlingsplanen mot vold i nære relasjoner. Se også Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve.

utvikling av for eksempel psykiske lidelser, atferdsvansker og kriminalitet. Det er behov for å samordne innsatsen mellom involverte tjenester og etater, direktorater og departement. Veilederen om tidlig intervensjon på rusområdet, Fra bekymring til handling, er et godt hjelpemiddel. Den er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Politidirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Veilederen er rettet mot ansatte og ledere i det offentlige tjenesteapparatet og andre virksomheter som er i posisjon til å oppdage barn, ungdom, voksne og eldre som selv har et begynnende rusproblem, eller blir påvirket negativt av andres rusproblemer. Ledelsen har ansvar for at veilederen blir tatt i bruk og for at ansatte har nødvendig kompetanse innen tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak ble introdusert i Norge tidlig på 1990-tallet. Målet var å styrke samordningen mellom ulike offentlige etater, profesjoner og frivillige organisasjoner. I underkant av halvparten av landets kommuner har i dag organisert det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet i henhold til denne modellen. Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gir

tilskudd til etablering og videreføring av samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak i kommunene. Kriminalitetsforebyggende råd og Helsedirektoratet står ansvarlig for forvaltningen av tilskuddet.

Utdanningsdirektoratet skal i samarbeid med Helsedirektoratet planlegge og iverksette en toårig prøveordning som gir pedagogisk-psykologisk tjeneste i en region eller utvalgte fylker, henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og habiliteringstjenesten for barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Målet er mer sammenhengende tjenester for barn og unges psykiske helse.

Det vil bli vurderet å harmonisere deler av regelverket som regulerer tjenestetilbudet til barn og unge, for eksempel samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten. Det kan også være aktuelt å vurdere å identifisere og utvikle felles nasjonale mål på tvers av sektorer og tjenestetilbud. Det kan videre være aktuelt å sette i gang forsøksprosjekter for å prøve ut ulike løsninger.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har i samarbeid med flere andre departementer satt i gang et arbeid for å revidere rundskrivet om forebyggende innsats for barn og

unge. Rundskrivet gir en beskrivelse av forebyggende arbeid, ulike tjenesters ansvar og forankring i regelverket. Revidering av rundskrivet skal bidra til å konkretisere det forebyggende arbeidet. Det vil også bli lagt større vekt på familien og på å styrke foreldreskap og samspill mellom barn og foreldre.

4.2 Et helsevennlig arbeidsliv

Arbeidslivet er helsefremmende for de fleste. Gode arbeidsmiljø gir viktige bidrag til folkehelsearbeidet. Arbeidsplassen gir både utfordringer og skaper muligheter for personlig utvikling og vennskap. For mange mennesker er jobben den viktigste kilden til tilbakemelding om atferd og for utvikling av personlig identitet. Arbeidsmiljøet og arbeidsinnholdet har betydning for følelser, selvtilit og identitet, og bidrar til fellesskap, tilhørighet og mening.

Grupper som står utenfor arbeidslivet har gjennomgående dårligere helse enn den yrkesaktive delen av befolkningen. Det gjelder ikke bare for mottakere av helserelaterte stønader, men også for langtidsledige og mottakere av sosialhjelp. Arbeid gir økonomisk trygghet og bidrar til å utjevne sosiale forskjeller. Like sentralt er betydningen for deltakelse i samfunnet, livskvalitet, mestring og arbeidsglede. Et mer inkluderende

arbeidsliv kan bidra til bedre helse og mindre helseforskjeller i befolkningen.

Den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen fra 2010 viser at norske arbeidstakere i større grad enn yrkesaktive i de andre europeiske landene opplever at helsen påvirkes positivt av arbeidet. Samtidig viser undersøkelsen at det er sosiale forskjeller i rapportering om negative effekter av arbeid. En høyere andel rapporterer at helsen påvirkes negativt av arbeid i yrker med mindre krav til utdanning, sammenliknet med yrker som krever lang utdanning. Det er også godt dokumentert at visse arbeidsforhold kan bidra til helseproblemer som er utbredt i befolkningen, som hjerte-karsykdom, kreft, muskel- og skjelettlidelser og psykiske helseproblemer. Både forhold ved selve arbeidet og arbeidsmiljøet vil kunne medføre helsemessige belastninger, knyttet til både fysiske, kjemiske, biologiske, mekaniske, organisatoriske og psykososiale påvirkninger på arbeidsplassen.

Arbeidsplassen er en arena som er godt egnet for helseopplysning, livsstilsendring og annet folkehelsearbeid. Arbeidslivet kan for eksempel være en arena for å tilrettelegge for sunne kostvaner, fysisk aktivitet og tobakksavvenning. Arbeidstiden er stort sett en rusmiddelfri sone, men alkoholbruk i sosiale sammenhenger kan være en utfordring. Det kan være godt folkehelsearbeid å begrense bruk av alkohol i sammenheng med sosiale arrangementer.

Selv om arbeidslivet er en sentral del av livet, er det en rekke andre arenaer som har stor betydning for helse og trivsel. Familie, nærmiljø, deltakelse i frivillig sektor og kulturliv er eksempler på områder, som er nærmere omtalt i Kapittel 3 Et mer helsevennlig samfunn og i andre deler av stortingsmeldingen.

4.2.1 Overgang fra utdanning til arbeidsliv

Det er spesielt viktig å forebygge at de unge faller utenfor arbeidslivet. Ungdom som verken er i videregående opplæring eller arbeid er spesielt utsatt. Overgangen fra utdanning til arbeidsliv er en sårbar fase.

Oppfølgingsprosjektet Ny giv

Kunnskapsdepartementet og Arbeidsdepartementet samarbeider gjennom partnerskapet Ny giv og Oppfølgingsprosjektet. Samarbeidet er rettet mot ungdom som har falt fra eller står i fare for å falle fra i videregående opplæring. Oppfølgingsprosjektet skal styrke samarbeidet mellom den fylkes-

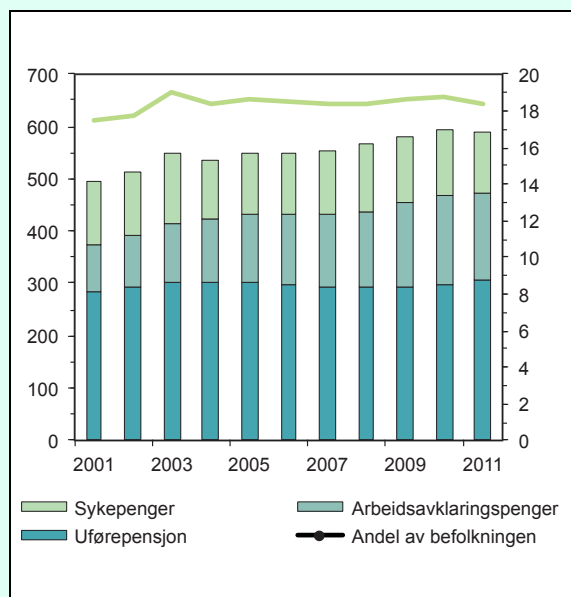
Boks 4.10 Boks om Aktiv bedrift

Det er stor interesse i arbeidslivet for å kunne tilby fysisk aktivitet. Norges bedriftsidrettsforbund har derfor utviklet verktøyet Aktiv bedrift til støtte for virksomheter som ønsker å sette de ansattes helse og trivsel i fokus. Målet er 30 minutter daglig fysisk aktivitet, et sosialt og trivelig arbeidsmiljø og friskere ansatte. Verktøyet består av flere faser. Første fase er en innledende kartlegging av de ansattes fysiske form, ønsker om aktiviteter, barrierer med videre. Basert på kartleggingen utarbeides en handlingsplan for bedriften. Det legges vekt på å stimulere til lavterskelaktiviteter og hverdagsaktiviteter, som for eksempel å gå til jobben. Et av tiltakene er en nettbasert registreringsløsning for aktivitet. Alle deltakere får en personlig profil hvor de registrerer aktivitet. Registrert aktivitet gir poeng og grunnlag for konkurranser individuelt og mellom avdelinger.

Boks 4.11 Yrkesdeltakelse, sykefravær og uførhet

Norge er i internasjonal sammenheng et av landene med høyest andel sysselsatte av befolkningen i yrkesaktiv alder. Særlig er yrkesdeltakelsen høy blant kvinner. Ved utgangen av 2011 var sysselsettingsandelen 74 prosent for befolkningen i yrkesaktiv alder, hvorav 76 prosent blant menn og 71,8 prosent blant kvinner.

Samtidig er Norge blant de landene hvor størst andel av befolkningen mottar en eller annen form for livsoppholdsyttelse fra offentlige myndigheter som følge av at arbeidsevnen er nedsatt av helsemessige årsaker. Dette gjelder sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon. Figur 4.3 viser utviklingen over tid i antall mottakere av ytelser (venstre akse) og mottakere av disse ytelsene som andel av befolkningen mellom 18 og 66 år (høyre akse).¹



Figur 4.3 Mottakere av sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

¹ Det er justert for dobbelttelling. Det som tidligere het attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad er i figuren slått sammen til arbeidsavklaringspenger. Tallene er oppgitt som antall per tusen innbygger og andel i prosent. Det er tatt utgangspunkt i tall ved utgangen av året og tallene for 2011 er foreløpige.

kommunale oppfølgingstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen, og med relevante sosiale- og helsefaglige tjenester i kommunene, for å følge opp ungdom som har sluttet eller ikke begynt i videregående opplæring.

Målet med Ny giv er å øke gjennomføringen i videregående opplæring. Ungdommer utenfor opplæring og arbeid skal følges opp, kvalifiseres og motiveres til videregående opplæring eller ordinært arbeid. Kunnskapsdepartementet og Arbeidsdepartementet har gitt fylkeskommunene og fylkesleddet i Arbeids- og velferdsetaten mandat til å styrke og systematisere samarbeidet med den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten, videregående opplæring og øvrige sosial-, helse- og velferdstjenester. Målgruppen for prosjektet er alle mellom 15 og 21 år som har avsluttet grunnskolen, og som ikke er i videregående opplæring eller ordinært arbeid. Det tilsvarer målgruppen for den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten som årlig registrerer 20 000 ungdommer. Etter prosjektets oppstart er antallet ungdommer som er ukjente for oppfølgingstjenesten redusert fra om lag 10 000 til om lag 2 500 per juni 2012. Denne utviklingen fortsetter i 2013. Samtidig fanges langt flere ungdommer opp og deltar i arbeidstrening og/eller praksisnær opplæring. Alle fylkeskommuner og alle Nav-kontorer på fylkesnivå og lokalt deltar i prosjektet. I tillegg er det gitt sektorvise embetsoppdrag for 2013 til alle landets fylkesmenn om å bidra i arbeidet med Ny giv fra Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Prosjektet ledes av Kunnskapsdepartementet, Arbeidsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Losprosjektet og ungdomsgarantien

Innsatsen gjennom oppfølgingsprosjektet kan også ses i sammenheng med gjennomføringen av Losprosjektet i regi av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Losprosjektet skal styrke oppfølgingen av unge i en utsatt livssituasjon. Prosjektet gir de unge en kontaktperson som hjelper dem med å ta i bruk tilbud som blir gitt i skolen eller av andre instanser. Målet er å bedre tilknytningen til skole og arbeid blant særlig risikoutsatte unge i alderen 14 til 23 år. 15 kommuner deltar i prosjektet. Koordinatorene for samordning av lokale kriminalitets- og rusforebyggende tiltak er sentrale samarbeidspartnere for prosjektet i kommunene.

På oppdrag fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har Barne-, ungdoms- og familierektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet, Kriminalitetsforebyggende råd og Husbanken utarbeidet et oppslagsverk som viser hvilke forpliktelser de ulike offentlige tjenestene har overfor unge som står i fare for marginalisering og utestenging fra utdanning, arbeidsliv og boligmarked. Målet er tettere oppfølging og mer koordinert innsats overfor utsatte ungdomsgrupper.

Ungdomsgarantien for unge under 20 år skal sikre tilbud om arbeidsrettede tiltak til ungdom som står uten arbeid eller skoleplass. Det er en gruppe som ofte ikke har fullført videregående opplæring, og som følges opp i samarbeid med den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten. Videre skal ungdom i alderen 20 til 24 år som har behov for bistand til å komme i arbeid, få en godkjent aktivitetsplan innen én måned. For ungdom 20 til 24 år som har nedsatt arbeidsevne, skal 90 prosent til enhver tid ha en godkjent aktivitetsplan.

Høyere utdanning og læringsmiljø

Et godt læringsmiljø vil kunne bidra til gjennomføring av høyere utdanning og til enklere overgang fra utdanning til arbeidsliv. Gjennom universitets- og høyskoleloven har utdanningsinstitusjonene et ansvar for studentenes læringsmiljø. Så langt det er mulig og rimelig skal læringsmiljøet utformes etter prinsippet om universell utforming.

Alle institusjoner som omfattes av universitets- og høyskoleloven skal være tilknyttet en student-samskipnad. Studentsamskipnadene har ansvaret for den operative studentvelferden til studentene. Studentsamskipnadene mottar offentlig støtte gjennom «fri stasjon», semesteravgift og direkte tilskudd fra staten. Midlene fra staten skal bidra til at studentsamskipnaden kan tilby velferdstjenester til studentene på utdanningsinstitusjonene. De aller fleste studentsamskipnader tilbyr kantine, idrettstilbud, helsetjeneste og rådgivning, barnehage og studentboliger. Velferdsarbeidet til studentsamskipnadene skal være et supplement til det generelle velferdstilbudet i samfunnet og være en integrert del av det helhetlige læringsmiljøet ved utdanningsinstitusjonene. Det er viktig å vie oppmerksomhet til alkoholkulturen blant elever og studenter.

4.2.2 Inkluderende arbeidsliv

Det er et mål å skape et mer inkluderende arbeidsliv basert på enkeltmenneskets ressurser og forutsetninger. Det innebærer både å skape et

arbeidsliv som forebygger helseskader og utstøting, og å legge forholdene til rette slik at personer med nedsatt funksjons- eller arbeidsevne kan være i arbeid. Den samlede arbeids- og velferds-politikken skal støtte opp under deltakelse i arbeidslivet for alle som har mulighet til det.

Forebygge sykefravær og utstøting fra arbeidslivet

Det er bred enighet om verdien av et inkluderende arbeidsliv som forebygger sykefravær, hindrer utstøting og frafall fra arbeidslivet. Dette er også det overordnede målet for intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Avtalen forplikter regjeringen og partene i arbeidslivet til å samarbeide om å redusere sykefraværet, og arbeide for å øke sysselsettingen blant personer med redusert funksjonsevne og yrkesaktiviteten blant personer over 50 år. Tiltak for å bedre arbeidsmiljøet er viktig for å nå dette målet. Samarbeidet om et inkluderende arbeidsliv er et virkemiddel for å oppnå overordnede mål i sysselsettings-, arbeidsmiljø- og inkluderingspolitikken.

Resultatene skapes på den enkelte arbeidsplass. For å lykkes, er det nødvendig med et sterkt engasjement fra ledelsen og et systematisk samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Samarbeidet om et mer inkluderende arbeidsliv har pågått siden år 2000 og er inne i den tredje avtaleperioden, som varer ut 2013. Avtalen har tre konkrete mål: 1) Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent sammenliknet med nivået i andre kvartal 2001, det vil si at sykefraværet ikke skal overstige 5,6 prosent. 2) Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne. 3) Gjennomsnittlig yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder.

Raskere tilbake er en tilskuddsordning til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte. Målgruppen er sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som alternativt ville ha blitt sykmeldt. Det er et krav at de personene som omfattes kommer raskere tilbake i arbeid som direkte følge av behandlingen.

Voksne uten fullført videregående opplæring

Det skal fortsatt legges til rette for muligheter til å fullføre videregående opplæring for voksne. Voksne uten fullført videregående opplæring utgjør om lag 600 000 til 700 000 personer. Mange har forhøyet risiko for arbeidsledighet, varig utstøting av arbeidslivet og helseproblemer. Dette er også en gruppe som i liten grad benytter seg av de ordningene som finnes for etter- og videreutdanning.

Boks 4.12 Årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet

Det er mange og sammensatte årsaker til sykefravær og til at personer i yrkesaktiv alder blir stående utenfor arbeidslivet midlertidig eller varig. NOU 2010: 13 Arbeid for helse inneholder en omtale av de viktigste årsaksforholdene. Forhold som trekkes fram er:

- Den enkeltes helse: Det er samsvar mellom utbredelse av muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, og legemeldt sykefravær med slike diagnoser. Det er sammenheng mellom overgang til trygd og en lang rekke subjektive og objektive mål på helse. Sosiale forskjeller i helse er reflektert i sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.
- Oppfatninger om sykdom og arbeid: Psykologiske faktorer og oppfatning og forståelse av sammenhengen mellom sykdom og arbeid kan ha betydning.
- Forhold på arbeidsplassen: Eksponering for skadelige stoffer, mekaniske belastninger, og psykologiske og sosiale forhold påvirker både helsen og om helseproblemer faktisk fører til fravær. Kvelds- og nattarbeid ser ut til å gi økt risiko for sykefravær.

- Økonomiske insentiver: Sykelønns- og trygdeordninger spiller sannsynligvis en rolle både for utførepensjonering og sykefravær, men må ses i sammenheng med trygdesystemet som helhet.
- Holdninger og normer: Det kan se ut som sykefravær i noen grad påvirkes av sosial interaksjon, men det er vanskelig å avgjøre hva som skyldes normer og hva som skyldes andre forhold.
- Kjønnsforskjeller: Kan delvis forklares av sykefravær relatert til graviditet og andre helseproblemer som er spesielle for kvinner. Mye av årsakene til kjønnsforskjellene er ukjent. «Dobbelt byrde» og forskjeller i belastning ser ut til å ha liten betydning.

Det er usikkert i hvilken grad konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet har betydning for sykefraværet, men det å miste jobben på grunn av nedbemanning ser ut til å gi økt risiko for utførepensjonering.

Kunnskapsdepartementet samarbeider med Arbeids- og velferdsetaten, partene i arbeidslivet og frivillig sektor for at flere voksne skal kunne fullføre videregående opplæring.

Kombinere arbeid og uførepensjon

Det er et mål for arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv at flere med nedsatt arbeidsevne skal kombinere arbeid og uførepensjon eller eventuelle andre graderte ytelser som sykepenger, arbeidsavklaringspenger, med mer. Det handler om å styrke innsatsen for at folk skal bli værende i jobb, kombinere arbeid og trygd, og vurdere om arbeid i større grad kan ses på som en del av behandlingen. Det kan være aktuelt å vurdere om det ordinære arbeidslivet i større grad kan brukes til arbeidstrening.

Arbeids- og velferdsetaten støtter seg i stor grad på helsetjenesten og medisinsk kompetanse når det gjelder arbeidsevnevurderinger, søknader om inntektssikring og innretning og opplegg for arbeidsinkludering. Arbeidet med avtalen om inkluderende arbeidsliv og nye regler for sykefraværsoppfølging har bidratt til å bedre samhandlin-

gen mellom helsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen.

Utvalget for arbeidsrettede tiltak ble nedsatt for å kunne gi et enda bedre tilbud til alle med nedsatt arbeidsevne som har behov for bistand til å komme i arbeid. I NOU 2012: 6 Arbeidsrettede tiltak anbefalte utvalget å:

- øke bruken av ordinære arbeidsplasser i gjennomføringen av arbeidsrettede tiltak og i mindre grad enn i dag bruke skjermede arbeidsmiljøer
- forenkle tiltaksstrukturen for å øke fleksibiliteten i gjennomføringen av den arbeidsrettede bistanden
- forsterket kvalitetskontroll og tettere oppfølging av resultatene av tiltakene.

Som en oppfølging av utredningen vurderer Arbeidsdepartementet nå endringer i virkemidlene. Dette gjelder spesielt virkemidler rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne.

Helsetjenesten vil som ansvarlig for sykmeldinger ha en viktig rolle når det gjelder gradering og bedre oppfølging i samarbeid med arbeidsgivere og Nav-kontor. Det samme gjelder Nav-kon-

Boks 4.13 Samarbeid om arbeid og psykisk helse

Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet skal utarbeide en felles oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse som skal legges fram våren 2013. Sentrale momenter i planen skal være vektlegging av arbeid tidlig i utrednings- og behandlingsforløpet, og behandlingstilbud som en integrert del av oppfølgingen til ordinært arbeid. Forsøkene med individuell jobbstøtte er eksempler på denne typen samarbeid. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har i samarbeid etablert seks piloter fra 2013.

Ordningen med Veilednings- og oppfølgingslosene ble etablert som et av tiltakene i strategiplanen for arbeid og psykisk helse. Losene bidrar til en kontinuerlig oppfølging også i faser der personen er syk, er i institusjonsopphold, venter på tiltak eller skole, søker jobb eller trenger støtte for å klare å beholde jobben. Losene samarbeider med helse- og omsorgstjenesten slik at tilbudet til den enkelte blir individuelt tilpasset og helhetlig. Det var ved utgangen av 2012 ansatt i underkant av 60 oppfølgings- og veiledningsloser i Arbeids- og velferdsetaten.

Målgruppen for innsatsen i oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse skal være personer som har eller står i fare for å få psykiske lidelser eller rusproblemer og som har behov for samordnet

bistand fra arbeids- og velferdssektoren og helse- og omsorgssektoren. Samtidig er gjennomført og bestått videregående utdanning viktig for målgruppen i oppfølgingsplanen fordi dette øker den enkeltes muligheter på arbeidsmarkedet eller videre utdanning. Det legges derfor opp til at utdanningssektorens innsats knyttet til fullføring av videregående opplæring tas inn i den planlagte oppfølgingsplanen.

Det er behov for mer kunnskap i arbeidslivet om psykiske lidelser. Partene i arbeidslivet har derfor tatt initiativ til å opprette ni midlertidige stillinger som arbeidsgiverloser. Formålet er å bidra til økt kompetanse på arbeid og psykisk helse i arbeidslivet. Forsøket med ble landsomfattende fra 2013.

Kurspakken Sees i morgen er utviklet for å styrke kompetansen på arbeidsplassen og bidra til å forebygge sykefravær. Kurspakken skal gi arbeidslivet støtte, kunnskap og trygghet i arbeidet med å hindre at medarbeidere som sliter psykisk faller ut av arbeidslivet. Representanter fra partene har deltatt aktivt i utviklingen og markedsføringen av kurspakken og sommeren 2012 hadde rundt 29 000 personer fra arbeidslivet deltatt på 841 slike kurs.

torenes arbeid med utvikling og forbedring av arbeidsevnevurderinger, oppfølging av sykmeldte og tiltak for å finne gode kombinasjonsløsninger. I lys av folkehelseloven kan det på lokalt nivå være aktuelt å vurdere nærmere samarbeid mellom Nav-kontorene og kommunen. I arbeidet med oppfølgingen av avtalen om inkluderende arbeidsliv ble det foreslått flere tiltak for å sikre at den som sykmelder i større grad bidrar til å redusere antallet som mottar helserelaterte ytelser. Tiltakene skal bidra til økt bruk av gradert sykmelding ved psykiske lidelser for å opprettholde tilknytningen til arbeidslivet. Forslagene vil også medføre tettere oppfølging av sykmeldte. Helsedirektoratet har bidratt til å iverksette flere tiltak for å redusere bruken av 100 prosent sykmelding, herunder veiledningsmateriell i sykmeldingsarbeid, beslutningsstøtteverktøy, tydeliggjøring av sykmelders deltakelse i dialogmøter og obligatoriske e-læringskurs for sykmeldere.

Strategien er videreført som en del Arbeids- og velferdsetatens ordinære arbeid og hvor helse- og omsorgstjenesten har en sentral rolle. Det gjel-

der både personellressursene og fagutviklingsprogrammene senter for jobbmestring, individuell jobbstøtte, arbeidsgiverlos og kompetansepakken knyttet til arbeidslivet. I den videre satsingen på arbeid og psykisk helse vil det bli lagt vekt på at arbeid i større grad skal integreres i behandlingen av psykiske lidelser. Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse skal også omfatte personer med rusproblemer.

Et av tiltakene er Individuell jobbstøtte, hvor det legges vekt på hjelp til å skaffe ordinært arbeid i lokalsamfunnet og å gi støtte slik at den enkelte skal kunne fungere godt på arbeidsplassen. Jobbmestrende oppfølging, individuell jobbstøtte og lavterskel arbeidsrettede tiltak er eksempler på tiltak for å hjelpe psykisk syke til å komme i arbeid. Tiltakene har også vist positiv effekt på helsesituasjonen til deltakerne. Individuell jobbstøtte forutsetter at det legges vekt på arbeid tidlig i utrednings- og behandlingsforløpet og at behandlingsapparatet blir integrert i oppfølgingen. Et av suksesskriteriene i individuell jobbstøtte er et forpliktende samarbeid mellom kom-

munen, spesialisthelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. Et annet tiltak er Fontenehusene, som skal bidra til å skape en meningsfull hverdag og legge til rette for arbeidsrettede aktiviteter og ordinært arbeid.

Arbeidsrettede tiltak og tiltak rettet mot langtidsledige
Arbeidsmarkedspolitikken inkluderer informasjonstiltak, veiledning og oppfølging av den enkelte arbeidssøker for å formidle ledig arbeidskraft til ledige jobber. Arbeidsrettede tiltak skal styrke mulighetene til å få og beholde arbeid. Tiltakene skal bedre arbeidsmulighetene gjennom kompetanse som kan brukes direkte i et arbeid, eller kompetanse til å komme seg videre i det ordinære utdanningssystemet. Tiltakene skal også, sammen med oppfølgingen for øvrig, motivere til å søke arbeid og gjøre arbeidssøkingen mer effektiv.

De aller fleste som blir arbeidsledige, kommer relativt raskt tilbake i arbeid. Utfordringen oppstår med ledighet over lang tid. Langtidsledige har lavere sannsynlighet for å komme tilbake i jobb, og dermed også større sannsynlighet for varig lavinntekt. Derfor er det lagt vekt på kvalifiserende og formidlingsrettede tiltak for denne gruppen. Langtidsledighetsgarantien skal gi tilbud om tiltak til personer som har en arbeidssøkerperiode på to år eller mer, og har vært sammenhengende ledige i seks måneder eller mer. Garantiordningen følges nøye for å legge til rette for at flere i målgruppen kan motta hensiktsmessig bistand fra Arbeids- og velferdsetaten.

Kulturformidling på arbeidsplassen

Kultur kan være et godt virkemiddel for å skape godt arbeidsmiljø og et mer inkluderende arbeidsliv. På bakgrunn av erfaringer fra prosjektet Arbeidslivets leseløft og tilskuddsordningen Kultur i inkluderende arbeidsliv, har Kulturdepartementet etablert Den kulturelle nistepakka som en ny ordning for kulturformidling på arbeidsplassen. Målet med ordningen er å legge til rette for at flere får et profesjonelt kunst- og kulturtilbud og stimulere til at kunst og kultur i større grad blir innlemmet i å realisere målene for et inkluderende arbeidsliv. Nasjonalbiblioteket og Rikskonsertene har fått i oppgave å forvalte ordningen på vegne av Kulturdepartementet. For nærmere omtale av kultur i arbeidslivet, se Meld. St. 10 (2011–2012) Kultur, inkludering og deltaking.

Tiltak for å fremme tilknytning til arbeidslivet er også omtalt i kapittel 3 Et mer helsefremmende samfunn.

4.2.3 Trygge arbeidsforhold og godt arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøarbeidet har som mål å legge til rette for gode arbeidsforhold i bred forstand og en god balanse mellom arbeid og familie. Det omfatter alt fra arbeidstidsordninger, personalpolitikk, ledelse, medbestemmelse og kontroll over egen arbeidssituasjon, til mer tradisjonelle forhold som har med sikkerhet å gjøre.

I Meld. St. 29 (2010–2011) Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv – arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerheit, er det pekt på noen bransjer der det gjenstår betydelige utfordringer med å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø. Disse bransjene preges av useriøse virksomheter og sosial dumping og det er en fare for at forholdene skal spre seg til resten av arbeidslivet og svekke den norske arbeidslivsmodellen.

Generelt er arbeidsmiljøet i Norge godt. Den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen fra 2010 viser at Norge er blant de fire landene der arbeidstakerne er minst utsatt for mekanisk eksponering. Vi ligger under gjennomsnittet når det gjelder biologiske og kjemiske risikofaktorer, og tilnærmet på samme nivå som de andre landene når det gjelder fysiske miljøfaktorer. Norske arbeidstakere oppgir i større grad enn yrkesaktive i de andre europeiske landene at helsen påvirkes positivt av arbeidet. Samtidig viser undersøkelsen at en av ti yrkesaktive i Norge opplever at de har manglende informasjon om helse- og sikkerhetsrisiko. Det gjelder spesielt midlertidig ansatte. Undersøkelsen viser at det er sosiale forskjeller i rapportering om negative effekter av arbeid. En høyere andel rapporterer at helsen påvirkes negativt av arbeidet i yrker med små krav til utdanning, sammenlignet med yrker som krever høyere utdanning.

Forbedre og videreføre arbeidsmiljøpolitikken

Den norske arbeidsmiljøpolitikken skal videreføres og forbedres. Et systematisk arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeid utgjør grunnlaget for arbeidsplasser som fremmer god helse. Selv om arbeidsmiljøsituasjonen generelt er god, er enkelte bransjer preget av alvorlige utfordringer med useriøse virksomheter og alvorlig arbeidsmiljøkriminalitet.

Regjeringen har gjennomført to handlingsplaner med tiltak for å bekjempe sosial dumping, og er i gang med en tredje handlingsplan. Regjering-

gen har etablert et treparts bransjesamarbeid med partene i arbeidslivet, jf. nærmere beskrivelse i Meld. St. 29 (2010–2011) om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet. Første bransje ut har vært renholdsbransjen. Det er innført en rekke tiltak for å sikre seriøsitet og ordnede arbeidsforhold i bransjen. Tilsvarende samarbeid er nå i gang med transportnæringen og utelivs- og serveringsbransjen. Som varslet i stortingsmeldingen om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet, foretar Arbeidsdepartementet en bred gjennomgang av håndhevingen av alvorlige brudd på arbeidsmiljøregelverket. Som en følge av denne gjennomgangen, har departementet foreslått enkelte endringer i arbeidsmiljøloven og allmenngjøringsloven i Prop. 83 L (2012–2013) (søksmålsrett for fagforeninger, overtredelsesgebyr mv.). Lovforslaget er til behandling i Stortinget. Arbeidsdepartementet vurderer også om andre regelverksendringer bør foreslås som ledd i denne gjennomgangen. Arbeidstilsynet retter mye av tilsynsvirksomheten mot særlig risikoutsatte bransjer, sektorer og yrkesgrupper. I tillegg vil regjeringen styrke Arbeidstilsynet, ta i bruk mer effektive virkemidler for håndheving av arbeidsmiljøloven og effektivisere allmenngjøringsloven.

Bransjeforskriften om bedriftshelsetjeneste er utvidet til åtte nye bransjer: helse- og sosialsektoren, undervisningsbransjen, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinning, vaktjenesten, frisorbransjen, kraft- og vannforsyning og tekstil-, konfeksjons- og skotøyindustrien. Dette er risikoutsatte bransjer med store arbeidsmiljøutfordringer og belastninger, og som i stor grad preges av tidlig utstøting gjennom sykefravær og uførepensjonering. Bedriftshelsetjenesten skal bidra til bedre arbeidsmiljø og å forebygge tidlig utstøting fra arbeidslivet. For å sikre god faglig kvalitet og tilstrekkelig kompetanse i bedriftshelsetjenesteordningene, er det innført en obligatorisk godkjenningsordning basert på minimumskrav til kompetanse, volum og kvalitetssikring. Godkjenningsordningen gjør det enklere for Arbeidstilsynet å samarbeide med virksomhetene om forbedringer.

Et velordnet arbeidsliv med høy organisasjonsgrad, fravær av sosial dumping, godt arbeidsmiljø og trygge arbeidsforhold i alle bransjer er et prioritert politisk mål for regjeringen. Dette er også viktige virkemidler i integreringspolitikken fordi det bidrar til å sikre innvandrere like muligheter, rettigheter og plikter. Det kan også bidra til å hindre at arbeidsinnvandring oppfattes som en trussel i arbeidslivet og til å styrke fellesskapet i samfunnet.

Boks 4.14 Helsefremmende arbeidsplasser

Et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid utgjør grunnlaget for helsefremmende arbeidsplasser. Det handler om å redusere risiko for sykdom og ulykker, og å legge vekt på de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet.

Helsefremmende arbeidsplasser skapes gjennom å bedre organiseringen av arbeidet, bedre arbeidsmiljøet, fremme aktiv medvirkning og motivere til personlig utvikling. Mestring er avgjørende. Det innebærer at arbeidet organiseres og tilpasses den enkeltes arbeids-evne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger. Kjennetegn ved en helsefremmende arbeidsplass:

- Et fungerende helse-, miljø- og sikkerhetssystem
- Et helsefremmende perspektiv forankret i ledelsen
- Rutiner og praksis for å vurdere helsekonsekvenser av ulike endringer i organisasjonen
- Aktivt arbeid for å fremme inkludering og forebygge utstøting (IA)
- Etablert verneorganisasjon og partssamarbeid
- Oppmerksomhet på prosesser og langsiktighet
- Vekt på å utvikle organisasjonen og medarbeiderne
- Reelle muligheter for medvirkning for alle
- Ledere som har relasjonelle ferdigheter, er tydelige og anerkjenner medarbeiderne
- Arbeid og oppgaver som oppleves som meningsfylte, håndterbare og forståelige

Se Arbeidstilsynet for nærmere omtale:
<http://www.hefa.no/>

Folkehelsearbeid på arbeidsplassen

I tillegg til det langvarige og vellykkede partssamarbeidet om utvikling av gode arbeidsmiljøer, vil regjeringen utfordre organisasjonene i arbeidslivet til å ta et større ansvar for folkehelsearbeid i arbeidslivet.

En målrettet politikk for sunt kosthold og fysisk aktivitet forankret i bedriftens planer, personalpolitikk og helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid kan bidra til bedre arbeidsmiljø og gi helsegevin-

ster for de ansatte. Det samme gjelder en bevisst rusmiddel- og tobakkspolitikk. Tilrettelegging for gode matvalg på arbeidsplassen vil fremme sunne matvaner blant arbeidstakerne. Tilrettelegging for fysisk aktivitet kan bidra til å skape fellesskap og samhold og kan motvirke ekskluderingsmekanismer i arbeidsmiljøet. Slike tiltak kan både settes i verk i arbeidstiden og utenfor ordinær arbeidstid.

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. For å bistå i arbeidet har helsemyndighetene laget normgivende anbefalinger for mattilbudet på arbeidsplassen og andre serveringssteder. Helsedirektoratet vurderer tiltak for å fremme sunnere mattilbud i offentlige virksomheter. Mange som har mobile arbeidsplasser kjøper mat i løpet av arbeidsdagen i kiosker, på bensinstasjoner eller serveringssteder langs veien. Det er behov for samarbeid med næringen om kompetanseheving og økt bruk av og tilgang på nøkkelhullsmerkede produkter i dette markedet.

Det er ønskelig at det legges til rette for fysisk aktivitet på arbeidsplassen. Dette kan være tilbud om fysisk trening tilpasset den enkelte eller i grupper, for eksempel som ledd i forebygging eller behandling av muskelsmerter og ryggplager. Det kan også være mer generell tilrettelegging for fysisk aktivitet på eller i tilknytning til arbeidsplassen i regi av bedriftsidrettslaget eller andre velferdstiltak. Tilrettelegging med sykkelparkering, garderobe- og dusjmuligheter vil gjøre det lettere å sykle eller gå til jobb eller å benytte seg av treningsmuligheter i arbeidstiden.

Arbeidslivet er en sentral arena for rusmiddelforebyggende arbeid. Det gjelder både bevisstgjørende arbeid som skal nå alle medarbeidere over tid og forebyggende tiltak i form av tidlig intervensjon. Arbeidslivet er helsefremmende for de aller fleste. Ryker jobben, er det mye i livet som kan rakne. Derfor er det viktig å hindre at rusmiddelproblemer fører til utstøting fra arbeidslivet. Målet er at flest mulig ansatte i privat sektor, alle ansatte i offentlig sektor og alle studenter og elever skal være omfattet av en generell og bevisstgjørende rusmiddelpolitikk som er tydelig forankret i virksomhetens ledelse, jf. Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.

Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan) er et samarbeid mellom LO, NHO og staten. Akan har som formål å forebygge rus- og avhengighetsproblemer i norsk arbeidsliv, og Akan-samarbeidet har

Boks 4.15 Satsing på friskhet

Aker Solutions er blant flere store næringslivsaktører som vektlegger forebyggende arbeid, fysisk aktivitet og sunn livsstil som ledd i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet og i arbeidet med et inkluderende arbeidsliv. Målet er både å tilby noe i sammenheng med rekruttering, beholde ansatte og skape et arbeidsmiljø som gjør at de ansatte holder seg motiverte, friske og i jobb.

Som en del av Akerkonsernet har Aker Solutions fått fordeler av sponsoravtale mellom Aker ASA og Norges skiforbund og langrennslandslagene. Avtalen følges opp gjennom konseptet Aker Active som er utviklet i samarbeid med de ansatte med intensjon om å motivere til økt fysisk aktivitet og en sunn livsstil. Et konkret mål for Aker ASA har vært å øke friskhetsgraden med 0,5 prosent i selskap som Aker ASA investerer i. Friskhetsgraden økte til 95,5 prosent fram til sommeren 2012. Dette er anslått til en årlig økonomisk besparelse for selskapene på om lag 50 mill. kroner.

Friskhetsambassadører blant de ansatte er pådrivere, og mange av tiltakene driftes på frivillig basis. Konseptet inkluderer alle og erfaringer så langt viser at det fenger også de minst aktive. Skarverennet og Aker Rallarritt er årlige arrangementer som de ansatte får tilbud om gjennom Aker Active. I overkant av 40 prosent av de ansatte bruker intranettsiden Aker Active, som ble lansert globalt i 2012, til å utveksle informasjon og erfaringer om idrett, kosthold og andre temaer knyttet til en aktiv livstil.

Som et neste skritt vil Aker Solutions tilby sine ansatte bedriftshelsetjenester og helsetilbud gjennom Aker Care, som er under utvikling. Målet er å fremme god helse og fysisk aktivitet hos alle medarbeidere, avdekke og redusere helserisiko hos den enkelte medarbeider og i arbeidsmiljøet, samt gi råd, oppfølging og sikre rask behandling til ansatte som får helseplager.

gjennom 50 år vært det viktigste rusmiddelforebyggende verktøyet i arbeidslivet. Kompetansesenteret gir råd, veiledning og opplæring i hvordan norske virksomheter kan arbeide med problemstillinger knyttet til arbeidsrelatert rusmiddelbruk og pengespill. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom økonomisk støtte og

deltakelse i Akan-samarbeidet bidra til god faglig og politisk dialog om mål og virkemidler og til erfaringsutveksling om bruken av kunnskapsbaserte forebyggingsmetoder i arbeidslivet. Gjennom samarbeid med næringslivet og forskningsmiljøer skal rusmiddelkulturens betydning for inkludering, helse og lønnsomhet synliggjøres. Kunnskapsbaserte forebyggingsmetoder skal videreutvikles og tilbys i arbeidslivet. Målet er en aktiv og forsterket innsats for god ruskultur på norske arbeidsplasser.

Akan er representert i mange større bedrifter, og de fleste store arbeidsplasser har en alkoholpolitikk. Det er viktig å sikre at dette arbeidet prioriteres like høyt i små og mellomstore bedrifter. Videre må det arbeides for å sikre at bedriftenes alkoholpolitikk inkluderer både forebyggende tiltak og tiltak for å følge opp ansatte som har rusproblemer.

En rekke kommuner, sykehus og private arbeidsplasser har innført røykeforbud for ansatte i arbeidstiden. Røykeforbudet er som regel begrunnet med hensynet til tjenestemottakere som kommer i kontakt med den ansatte eller den ansattes funksjon som rollemodell. Men det kan også være begrunnet i virksomhetens mål om å være en helsefremmende arbeidsplass og hensynet til redusert sykefravær og økt produktivitet. Andre arbeidsgivere har begrenset reguleringen til å gjelde røykeforbud på utendørs områder og i transportmidler som eies eller leies av arbeidsgiver. Noen arbeidsgivere har også innført forbud mot snusbruk. Selv om bruk av snus ikke skader andre, kan det av hensyn til den ansattes funksjon som rollemodell eller representant for virksomheten, være ønskelig med en helt tobakksfri arbeidsplass.

Samtidig som stadig flere arbeidsgivere innfører røykfri eller tobakksfri arbeidstid, har det vært debatt om hvor langt arbeidsgivers styringsrett går på dette området. Flere kommuner har tatt til orde for at de er usikre på hvordan de bør utforme denne type restriksjoner. Retten til å innføre røykeforbud er hjemlet i arbeidsgivers styringsrett i arbeidstiden og eierrådighet over egne lokaler og eiendommer. Regjeringen støtter en utvikling hvor stadig flere arbeidsplasser gjøres tobakksfrie, spesielt for ansatte som jobber med barn og unge eller med pasienter, fordi disse har et særskilt ansvar som rollemodeller. For å understøtte utviklingen vil Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med flere andre departementer, utarbeide en veileder for innføring av tobakksfri arbeidstid.

Boks 4.16 Sykle til jobben-aksjonen

Sykle til jobben-aksjonen arrangeres hver vår av Norges Bedriftsidrettsforbund. I 2013 arrangeres aksjonen for 40. gang. Målgruppen er arbeidslivet og yrkesaktive. Aksjonen inspirerer og utfordrer til aktiv transport til og fra jobb.

Hovedbudskapet er «30 minutter om dagen». I en vennskapelig lagkonkurranse mellom bedrifter registrerer deltakerne aktiviteten på sykkel eller til fots på aksjonens hjemmeside www.sykletiljobben.no.

Kartlegginger fra Sykle til jobben-aksjonen viser at kampanjen motiverer til å bruke reiseveien aktivt. Bransjene industri, landbruk, bygg og anlegg er best representert i aksjonen. Andelen kvinner har økt i de siste årene – fra 40,8 prosent i 2005 til 54 prosent i 2012.

Tilbud utenfor det ordinære arbeidslivet

I Meld. St. 26 (2011–2012) Den norske idrettsmodellen legges det opp til et samarbeid mellom idretten og myndighetene spesielt knyttet til gjeninnføring av personer som har falt ut av arbeidslivet. Det er et mål om å gi et aktivitetstilbud til mennesker som av ulike grunner befinner seg utenfor det ordinære arbeidslivet. Aktiv på dagtid er tilrettelagt fysisk aktivitet på dagtid for alle som mottar en eller annen form for trygd eller sosial stønad og er mellom 18 og 65 år. Det er stor variasjon i hvordan tilbudet er organisert rundt om i landet, hvem som finansierer tilbudet og hvem som står for aktiviteten. En fellesnevner er at det som regel dreier seg om samarbeidsløsninger mellom det offentlige og idretten. Et godt aktivitetstilbud til denne målgruppen vil kunne ha positiv effekt for den enkeltes helse og sosiale liv, og bidra til en bedret livssituasjon. Dette vil kunne bedre mulighetene for igjen å delta i arbeidslivet.

4.3 Aktiv og trygg aldring

Regjeringen har som mål å utvikle et samfunn som bidrar til å fremme en aktiv og trygg aldring. Det skal legges til rette for at folk kan stå lenger i arbeidslivet, aldersdiskriminering skal bekjempes og det skal legges til rette for å fremme eldres deltakelse i samfunnet. Eldre utgjør en

økende andel av befolkningen, og har mer ressurser enn før til å møte alderdommen og til å bidra aktivt i lokalsamfunnet. Vi må skape et samfunn som drar nytte av den store ressursen som seniorer og eldre mennesker representerer, og fremme solidaritetsfølelsen mellom generasjonene. Bedre tilgjengelighet til transport, i bomiljø og til møteplasser, og tilrettelegging for kulturelle og frivillige aktiviteter, skal bidra til selvstendighet og deltakelse. Helse- og omsorgstjenestene skal legge mer vekt på forebygging og egenmestring.

Den norske politikken er i samsvar med EUs satsing «Active ageing and solidarity between generations». EUs politikk for aktiv og sunn aldring skal fremme innflytelse, aktivitet, deltakelse og selvhjelpenhet hos eldre. Aktiv aldring omfatter eldre menneskers deltakelse både som medborgere i sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle sammenhenger, og i arbeidslivet. Aldersvennlige samfunn er en forutsetning for dette. Respekt for kulturell ulikhet og muligheter for deltakelse i samfunnet gir mening og trivsel både for den enkelte, familien, lokalsamfunnet og storsamfunnet.

I Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg legges det vekt på at en rekke seniorpolitiske utfordringer må løses ved at tiltak innen flere sektorer og forvaltningsnivåer og frivillig sektor ses i sammenheng. Sosiale forhold og levekår og utviklingen på arbeidsmarked og boligmarked vil ha betydning for størrelsen på omsorgsutfordringer framover og for hvordan de kan løses.

4.3.1 Et lengre arbeidsliv

Det skal legges til rette for aktivitet og deltakelse i overgangen mellom arbeid og pensjonisttilværelse. En aktiv aldring fremmes dels gjennom inntektsgivende arbeid, dels gjennom annen aktivitet ved siden av inntektsgivende arbeid og dels gjennom annen aktivitet etter avsluttet yrkesliv. Tiltak som fremmer aktiv aldring ved overgangen mellom arbeid og pensjonisttilværelse vil bidra til at flere står lenger i arbeid og gi muligheter for fleksibel og gradvis tilbaketrekking fra arbeidslivet etter egne behov og ønsker.

Fleksible overganger mellom arbeidslivet og pensjonistlivet

Pensjonspolitikken legger opp til at flere skal kunne arbeide lenger og det er innført fleksible muligheter for å kombinere uttak av pensjon og å være i arbeid. For mange vil det å stå lenger i arbeidslivet bidra til en mer aktiv tilværelse, kon-

takt med andre mennesker og gi bedre trivsel og helse. Deltakelse i arbeidslivet er stimulerende for den enkelte og gir virksomhetene mulighet til å dra veksler på erfaringer og kunnskap som medarbeiderne har opparbeidet gjennom et langt yrkesliv.

Sammenliknet med andre land har Norge en høy pensjonsalder. Det er likevel en utfordring at mange pensjonerer seg lenge før ordinær pensjonsalder. Virkemidlene i pensjonsreformen har påvirket de økonomiske rammebetingelsene ved pensjonering. I tillegg må holdningsendringer vektlegges. Normer, forventninger og holdninger til eldre i yrkeslivet påvirker oppfattelsen av hva som er normalt tidspunkt for å tre ut av arbeidslivet. Å få flere til å stå lenger i arbeid har vært et av tre delmål i avtalen mellom partene i arbeidslivet og staten om et inkluderende arbeidsliv. Informasjons- og holdningsarbeid har hatt positive effekter og yrkesdeltakelse for grupper som nærmer seg pensjonsalder har økt de senere årene. Dette er et tema som fortsatt vil kreve oppmerksomhet.

Et spørsmål i den pensjonspolitiske debatten er om aldersgrensen på 70 år bør bestå. Økt levealder, bedre helse og økende behov for arbeidskraft er forhold som kan tale for en heving av grensen. Samtidig må det utvises forsiktighet med å innføre tiltak som kan påvirke arbeidsgiveres etterspørsel etter eldre arbeidstakere negativt. Regjeringen vil utrede arbeidsmiljølovens aldersgrenser, herunder mulige overslagseffekter til aldersgrenseloven i staten. Partene i arbeidslivet, Statens seniorråd og Senter for seniorpolitikk inviteres til å delta.

I arbeidet med pensjonsreformen foreslo regjeringen at både offentlig tjenestepensjon og avtalefestet pensjon (AFP) i offentlig sektor skulle legges om i tråd med pensjonsreformens målsetninger. Det ble imidlertid ikke enighet om dette i lønnsoppgjøret i 2009. Ordningene ble i hovedsak videreført, men tilpasset fleksibel alderspensjon i folketrygden. Insentivene til å stå lenger i jobb er derfor svakere i offentlig sektor enn i privat sektor, og det er mindre fleksible regler for en gradvis tilbaketrekking fra arbeidslivet.

For å bidra til at eldre arbeidstakere kan stå lenger i arbeid, må arbeidsplassen oppleves som attraktiv, med gode arbeidstidsordninger, godt arbeidsmiljø og interessante arbeidsoppgaver. Det er allerede innført seniorpolitiske virkemidler, som rett til redusert arbeidstid og seks ekstra feriedager. Muligheter for nedtrapping kan gjøre det mulig for arbeidstakere å ha tilknytning til arbeidslivet lenger.

Boks 4.17 Senter for seniorpolitikk

Senter for seniorpolitikk er et kompetansesenter som arbeider med stimulering og utvikling av god seniorpolitikk i arbeidslivet. Senteret koordinerer og bidrar til samarbeid om seniorspørsmål med myndigheter, virksomheter, arbeidslivets parter og personalfaglige organisasjoner. Videre initierer og støtter senteret forskning innen fagområdet. Senteret finansieres gjennom tilskudd fra Arbeidsdepartementet.

Senter for seniorpolitikk skal:

- Synliggjøre eldres ressurser og utviklingsmuligheter i arbeidslivet.
- Bidra til å utvikle et inkluderende og godt arbeidsmiljø for alle arbeidstakere i virksomhetene.
- Arbeide for et utvidet samarbeid om seniorpolitikk mellom arbeidslivets organisasjoner og mellom organisasjonene og myndighetene.

Bekjempe aldersdiskriminering

Det skal arbeides videre for å forebygge aldersdiskriminering. Arbeidsmiljøloven har vern mot aldersdiskriminering i arbeidslivet. Eldre har et vern mot diskriminering utenfor arbeidslivet gjennom diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og kravene til saklighet i offentlig sektor. Oppfatningen av menneskeverd skal ikke påvirkes av alder eller funksjonsnivå.

Fysisk tilgjengelighet og teknologisk kompetanse er i seg selv ikke tilstrekkelig for å oppnå økt deltakelse. Tilgjengelighet har også en psykologisk komponent. Eldre kan ha formell adgang og rett til deltakelse på en rekke arenaer, men kan likevel erfare at andres eller egne holdninger reduserer mulighet og vilje til å delta. Alderisme er et begrep som omfatter både fordommer og diskriminerende praksis overfor eldre. Alderisme kan også innebære at eldre mennesker selv målbarer at de er for gamle til å delta og at yngre krefter bør slippe til.

Statens seniorråd har uttalt at arbeidslivets øvre aldersgrense på 70 år kan bidra til å påvirke samfunnets holdninger til deltakelse på andre samfunnsområder, for eksempel deltakelse i politikken. Til tross for at mer enn hver femte nordmann er over 60 år, er personer over 65 år nesten helt fraværende i folkevalgte organer. Samtidig

har denne aldersgruppen høyest valgdeltakelse. Rådet har påpekt at partienes nominasjoner av personer over 60 år ikke samsvarer med aldersgruppens politiske interesse og størrelse.

4.3.2 Aktiv deltakelse i samfunnet

Pensjonsalderen innebærer endringer på mange plan. Overgangen fra yrkesliv til pensjonisttilværelse gir anledning til å være aktiv og bruke ferdigheter på andre måter. Å bli eldre kan innebære opplevelse av tap, men også gevinster. Statistisk sentralbyrås undersøkelse av livsløp, generasjon og kjønn viser at aktivitetsnivå, opplevelser og sosial omgang reduseres, samtidig som mange eldre gir uttrykk for tilfredshet med livet.¹ Studien peker på sammensatte forklaringer. Forventningene til livet endres med alderen og helse og trivsel vurderes i lys av dette. Dagens generasjon av eldre har opplevd en velferdsvekst som påvirker vurderingen av livssituasjonen.

Samtidig som mange trives, er det hyppigere forekomst av depressive symptomer og ensomhet blant eldre over 75 år enn for aldergruppen 24 til 74 år. Blant hjemmeboende eldre er det særlig enslige og personer med dårlig ernæringsstatus, svekket helse og reduserte bevegelsesmuligheter som har det vanskelig.

Samfunnsplanleggingen må ha oppmerksomhet om betingelsene for aktiv og trygg aldring, og tilrettelegge for deltakelse og meningsfulle aktiviteter. Planleggingen må ta utgangspunkt i at det er mange eldre som bor alene og føler seg ensomme. Endringer i samværsformer påvirker kontaktmønstrene i samfunnet og fører til mindre besøk og mindre nabokontakt. Tilgang på gode møteplasser utenfor boligen blir viktigere for å bidra til trivsel og livskvalitet.

Medvirkning styrker innflytelse

Samfunnsplanlegging og politikkutvikling stiller krav til medvirkningsprosesser. Eldrebefolkningen omfattes også av dette. Statens seniorråd er et rådgivende organ for offentlige myndigheter og institusjoner på nasjonalt nivå. Seniorrådet tar opp forhold som angår seniorers aktivitet og deltakelse i samfunnslivet.

Rådet skal med et kritisk og uavhengig utgangspunkt sette fokus på eldres behov og krav på medbestemmelse og deltakelse, uavhengighet,

¹ Statistisk sentralbyrås studie av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) er en undersøkelse av hvordan livet arter seg i ulike faser.

selvutfoldelse, omsorg og verdighet. Rådet skal være spesielt oppmerksom på sider ved eldreomsorgen og eldrepolitikken som angår eldre med særlige behov for tiltak. Rådet skal gis anledning til å drøfte spørsmål av betydning for eldre med representanter for aktuelle sentrale instanser og institusjoner. Rådet har opprettet nettsiden www.seniorporten.no.

Alle kommuner og fylkeskommuner har lovkrav om å ha eldreråd. Flertallet av medlemmene skal være pensjonister. Eldrerådet skal være rådgivende organ overfor kommunen og fylkeskommunen, og skal behandle alle saker som gjelder eldres levekår i forkant av at de skal behandles av kommunestyret og fylkestinget.

Betydningen av medvirkning er nærmere omtalt i kapittel 3.

Deltakelse i frivillighet

Det skal legges til rette for deltakelse i frivillige aktiviteter som del av aktiv aldring. Moderat organisasjonsaktivitet er helsefremmende for eldre mennesker, viser forskning fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Det er høy organisasjonsaktivitet blant eldre. Om lag 45 prosent av eldrebefolkningen fra 67 til 79 år deltar i frivillig arbeid. De eldste deltar mest i helse-, hobby- og fritidsorganisasjoner, men mindre i idrettsforeninger. Enslige eldre har lavere deltakelse enn de som lever i parforhold. Frivilligsentraler i kommunene når mange eldre og har bidratt til å fremme eldres deltakelse i frivillig arbeid og til å etablere gode møteplasser hvor det også kan drives helsefremmende og forebyggende arbeid. Mange av oppgavene gjelder oppgaver hvor yngre eldre driver aktiviteter overfor andre eldre, gjennom å arrangere tilstelninger, drive oppsøkende arbeid og matombringning.

Ikke alle organisasjoner er flinke til å dra nytte av de ressursene som seniorenene kan representere. Organisasjonene er preget av alderssegregering. Frivillig arbeid er viktig for grupper som står utenfor arbeidslivet, og både organisasjonene og lokale frivilligsentraler kan gjøre en innsats for å inkludere flere. Det ligger også mange muligheter i å koble frivillig arbeid blant eldre med frivillig arbeid overfor barn og unge. I kapittel 7 Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken er det en fyldigere omtale av frivillighetspolitikken som en folkehelseressurs.

Boks 4.18 «Lyst på livet»

Lyst på livet har blitt til i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for folkehelsen, Sandefjord kommune og Pensjonistforbundet. Prosjektet er inspirert av den svenske folkebevegelsen Pasjon för livet.

Lyst på livet er pensjonistenes eget prosjekt, hvor deltakerne sammen med andre møtes på brukerdrevne Livscaféer for å fremme egen helse og livskvalitet gjennom å påvirke levevaner og -mønstre i hverdagen. Utgangspunktet er at alle ønsker å være selvstendige, å ha god helse og gode levevaner, men mange kan trenge å bygge bro mellom det man vet er gode vaner og det man virkelig gjør. Fire viktige livsområder er valgt ut; sikkerhet og trygghet, sosialt nettverk, mat og drikke, samt fysisk aktivitet. Deltakerne inspirerer hverandre ved å dele tips og erfaringer. Ved å rette fokus mot ressurser og egne muligheter i hyggelig fellesskap, styrkes livsglede og helse. Pensjonister fungerer som sirkelledere og lokale koordinatorene fra kommunen legger til rette og gir støtte. For ytterligere opplysninger, se www.lystpalivet.no

Kontakt og solidaritet mellom generasjonene

Solidaritet mellom generasjonene er fremmet som en strategi av EU for aktiv og sunn aldring. Den norske velferdsstaten er et uttrykk for solidaritet mellom generasjonene, og forskningen fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring viser at de yngre generasjonene slutter opp om solidaritet mellom generasjonene i velferdsstaten. Den eldre generasjonen har levd med framveksten av velferdsstaten og betydelige samfunnsendringer sosialt, økonomisk, teknologisk og kulturelt. Det er viktig for samfunnet at disse erfaringene formidles til yngre generasjoner. Eldre kan bidra med en forståelse av livskvalitet og trivsel som vi må ta med oss i framtiden.

En positiv faktor for mange eldre vil være kontakten med barn og barnebarn. Familiebåndene på tvers av generasjonene er svært gode. Det er ikke lenger uvanlig at foreldre og barn får seksti år sammen, og at besteforeldre og barnebarn deler mer enn tretti år av sine liv.

Majoriteten av besteforeldrene har god kontakt med barnebarn. Mange utfører barnepass og er støttespillere for sine barn og barnebarn. De

Boks 4.19 Skolebesteforeldre

Prosjektet Skolebesteforeldre ble prøvd ut i perioden 2003–2006 ved ti utvalgte grunnskoler i ulike deler av landet. Hovedmålet for prosjektet har vært å etablere gode modeller i skolen for utvikling av samvær og samhandling mellom generasjoner. Målgrupper har vært elever i grunnskolen og pensjonister og seniorer av begge kjønn. Skolebesteforeldre betyr at deltakerne fungerer som skolens besteforeldre. Skolene som deltok valgte ulike former for aktiviteter, fra lesestunder, leksehjelp, formingstimer og gågrupper til læring om gamle tradisjoner. Utdanningsdirektoratet i samarbeid med KS og Pensjonistforbundet har stått som ansvarlig for prosjektet. Mange skoler videreførte prosjektet etter prøveperioden. For prosjektrapport, se Utdanningsdirektoratets nettsider, www.udir.no.

fleste foreldre gir uttrykk for å ha god kontakt med sine voksne barn. Skilsmisse i foreldregenerasjonen kan imidlertid endre karakteren på forholdet mellom generasjonene. Blant skilte fedre får flere mindre kontakt med sine barn etter samlivsbrudd. Eldre aleneboende, særlig kvinner, oppgir å ha bedre kontakt med sine barn enn tidligere undersøkelser har vist.

Kontakt mellom unge og eldre bidrar til sosial støtte, til å opprettholde fellesskap og til kunnskapsoverføring mellom generasjonene. I vårt moderne samfunn som er preget av sosiale, kulturelle og teknologiske endringer, kan eldre oppleve at de ikke henger med i utviklingen. Her vil god kontakt med unge bidra til at de får økt forståelse og kunnskap om nye trender og bruk av teknologi som dataverktøy. Tilsvarende kan eldre formidle og lære bort erfaringer, kunnskap og ferdigheter til de unge. Det understreker den samfunnsmessige nytten av å legge til rette for møteplasser på tvers av generasjonene.

Besteforeldreskap var et av programområdene i det europeiske året i 2012 for aktiv aldring og solidaritet mellom generasjonene. Det omhandler både å vektlegge betydningen av familiemessige bånd, men også generelt å styrke kontakten mellom yngre og eldre for å utveksle erfaringer og læring. Det er en økende anerkjennelse for besteforeldrerollen som en livskvalitetsfaktor for barn og foreldre.

4.3.3 Tilgjengelighet og møteplasser*Eldresentre*

Mange kommuner har etablert eldresentre for å gi et tilbud om aktivitet, samvær og måltider, samtidig som tilbudet kan bidra til å fange opp personer med hjelpe- og bistandsbehov. Eldresentre er ikke en lovpålagt organisasjonsform, men en måte kommunen kan yte andre lovpålagte oppgaver på. Mange av sentrene drives av eller i samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner, som Nasjonalforeningen for folkehelsen. Eldresentrene fremmer psykisk helse og forebygger ensomhet, fysisk inaktivitet og depresjon. Mange sentre har tilbud om fysisk aktivitet, med treningsgrupper tilpasset sine brukere, ofte i samarbeid med fysioterapeuter i kommunen eller frivillige organisasjoner. På eldresentre er det også tilrettelagte kulturtilbud, som bibliotek tjenester, musikkinnslag og arrangementer i regi av kultursatsingen Den kulturelle spaserstokken. Eldresentre tilbyr også måltider som er et sosialt og helsefremmende tiltak, siden mange eldre har utfordringer med å få i seg nok og næringsrik mat. Eldresentrene kan bidra med informasjon om aktuelle tiltak i kommunen drevet av frivilligsentraler, frivillige foreninger og private aktører.

Sentrene vil kunne fange opp personer som har behov for forebyggende helse- og omsorgstjenester på grunn av risiko for sykdom, som er syke eller som trenger annen helsemessig oppfølging. Sentrene kan henvise til tiltak ved frisklivstilbud hvor man kan få tilbud om ulike former for trening, hjelp til kostholdsending og tilbud om hjelp til røykeslutt.

Tilgjengelighet og gode bomiljø

Offentlige tjenester, infrastruktur, kulturliv og næringsliv må understøtte en aktiv og trygg aldring ved å legge til rette for deltakelse og inkludering. Tilgjengelighet er en forutsetning for deltakelse. Tilgjengelighet omfatter alt fra fysisk tilgang til bygninger, sosiale møteplasser og arrangementer, tilrettelegging av transport og gangveier, til kognitive forutsetninger for å ta i bruk dataverktøy og automatiserte løsninger. Universelt utformede arealer og teknologiske løsninger er virkemidler for å øke eldres deltakelse i samfunnet.

Transporttjenesten for funksjonshemmede, TT-ordningen, er rettet mot de som på grunn av varig fysisk eller psykisk funksjonshemming ikke

**Boks 4.20 Eldretreff på Várdobáiki
samisk senter i Skånland
kommune**

Sametinget har i noen år støttet prosjekter i samiske områder som har hatt som mål å bedre livskvaliteten for eldre same. Eldretreffene som gjennomføres ved Várdobáiki samisk senter i Evenes kommune er et godt eksempel.

Organiseringen er spennende og innovativ, og aktiviserer lokalsamfunnet på en positiv måte. Senterets ansatte forstår samisk språk og kultur, og tilbyr veiledning til den kommunale omsorgstjenesten. Innføring av kultur og kulturforståelse i den kommunale omsorgstjenesten blir en viktig bærebjelke for god omsorg og tilbudet ser ut til å bedre livskvaliteten for brukere.

kan bruke vanlige kollektive transportmidler. Ordningen er et fylkeskommunalt ansvar. Det er store fylkesvise forskjeller i dette tilbudet, både i omfang og kriterier for tildeling. Eldres behov for å delta i samfunnet bør vektlegges i transportordningen. I tillegg til tilbud om kollektivtransport, er også gode gangveier og fortau viktig for mange eldre slik at de kan gå til ulike gjøremål ved at det er lagt til rette for naturlig bevegelse i dagliglivet. Om vinteren vil isfrie eller godt strødde fortau og gangveier bidra til at eldre kommer seg ut uten fare for å falle.

Flere eldre i samfunnet og flere som lever med funksjonsnedsettelse og kroniske lidelser fører til at kommunene må planlegge for boliger og omgivelser som er gode å leve i og bli gamle i. Plan- og bygningsloven av 2010 sikrer en minstestandard for universell utforming og tilgjengelighet i nye bygg og boliger. Nye publikumsbygg og arbeidsbygg skal være universelt utformet, og det er skjerpede krav til brukbarhet og tilgjengelighet for nye boliger. Loven vil medvirke til å heve kvaliteten i nybyggingen framover. Tilgjengelige boliger bidrar til at eldre og personer med nedsatt funksjonsevne har gode levekår og livskvalitet på linje med resten av befolkningen. Økt bruk av velferdsteknologi kan sammen med tilrettelegging av boliger gjøre det lettere for flere å bo hjemme, selv med nedsatt funksjonsevne og sviktende helse.

Tilgjengeligheten i eksisterende boligmasse er for lav. Med et økende antall eldre skal det leg-

ges til rette for at de som ønsker det kan bo lengst mulig i egen bolig. Manglende tilrettelegging av bygg hindrer selvstendig livsutfoldelse for mange eldre. For at flest mulig skal kunne benytte boliger og bygninger uavhengig av funksjonsevne, må tilgjengeligheten i den fysiske bygningsmassen bedres. I bygningsmeldingen Meld. St. 28 (2011–2012) Gode bygg for eit betre samfunn, er det varslet flere tiltak for å øke tilgjengeligheten i eksisterende boliger, blant annet å styrke informasjonen til boligeiere om hvordan tilgjengeligheten i eksisterende boliger kan bedres. Regjeringen vil vurdere å styrke tilskuddene for tilpasning av bolig og medvirke til å få bygget flere heiser i eksisterende boligblokker.

I Meld. St. 17 (2012–2013) Byggje – bu – leve, er det varslet tiltak for å øke tilgjengeligheten i eksisterende boliger og bomiljø. Det skal vurderes en omlegging av finansieringen av hjelpemidler for tilrettelegging av fellesareal i flerbolighus fra folketrygden til Husbankens tilskuddsordninger. Det skal utarbeides en eksempelsamling på hvordan rådgiving om tilpasning av boliger kan organiseres i kommunene.

Med en større andel eldre som bor i egne hjem eller i omsorgsboliger, er det nødvendig å ta hensyn til at eldre har større risiko for hjemmeulykker i planlegging av botilbud. Eldre er særlig utsatt for fallulykker og er mer utsatt for å omkomme i brann enn yngre mennesker. I planlegging av botilbud som skal benyttes til pleie- og omsorgsformål, bør det i tillegg legges vekt på hensyn til kulturell bakgrunn, nærhet til familie osv.

Planlegging av sammensatte bomiljøer med ulike aldersgrupper og familietyper i stedet for bomiljøer som skiller ordinære boliger og boliger for eldre og omsorgsboliger, vil gjøre det enklere å styrke pårørendes bidrag i omsorgsarbeidet. Mange vil også trives bedre i slike sammensatte bomiljøer. Å etablere boliger beregnet for eldre i nærheten av funksjoner som offentlige tjenester, butikker og bibliotek, vil lette tilgangen til sentrumsfunksjoner og legge bedre til rette for sosialt samvær.

Trygghet er en forutsetning for mange for å kunne delta og være aktive. Relativt mange eldre er urolige for å bli utsatt for vold, og kvinner er mer engstelige enn menn. Selv om mange gir uttrykk for frykt, er likevel eldre mindre utsatt enn andre aldersgrupper for tilfeldig gatevold, tyveri og skadeverk. Følelsen av utrygghet kan likevel føre til at mange eldre vil avstå fra aktiviteter som krever at de må gå eller bruke offentlige transportmidler.

Boks 4.21 Vern for eldre – nasjonal kontakttelefon for eldre som er utsatt for vold

Kontakttelefonen gir generell veiledning og konkrete råd i bestemte situasjoner. Tjenesten skal også bidra til å synliggjøre problemet i samfunnet generelt. Telefonen dekker hele landet.

Alle kan henvende seg til kontakttelefonen; eldre selv, ansatte i kommunene, pårørende og andre som har mistanke om eller visshet om at det foregår overgrep mot en eldre person. Telefonen betjenes av fagfolk med kunnskaper både om vold og overgrepssproblematikk og om det kommunale tjenesteapparatet i Norge. Overgrep mot eldre skjer både i private hjem og på institusjoner. Overgrepene kan ha mange former, men som regel er de av psykisk, fysisk, økonomisk eller seksuell karakter.

Telefonnr: 800 30 196, åpningstider mandag–fredag kl 09:00–15:00, nettside: www.vernforeldre.no

Vold i nære relasjoner rammer også eldre. I tillegg til partnervold kan eldre oppleve vold fra egne barn og barnebarn. Vold mot eldre omtales i Meld. St. 15 (2012–2013) om forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. I handlingsplan mot vold i nære relasjoner fra 2012 er det fremmet tiltak som spesifikt retter seg mot den eldre delen av befolkningen. Kunnskapen om hvor mange eldre som utsettes for vold og overgrep skal styrkes. Den eldste delen av befolkningen er enten ikke omfattet av de ulike befolkningsundersøkelsene som er gjennomført, eller de er sterkt underrepresentert og lite tilbøyelige til å svare. Med utgangspunkt i utenlandske undersøkelser og kliniske erfaringer fra Norge, kan vi likevel anslå at fire til seks prosent av den eldre befolkningen i Norge har vært utsatt for vold og overgrep årlig etter at de fylte 65 år. Helse- og sosialdepartementet har gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress i oppdrag å gjennomføre en studie av overgrepsutsatte eldre. Hensikten er å få fram kunnskap for å utforme en eventuell større undersøkelse om overgrep mot eldre.

4.3.4 En framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste

Parallelt med denne stortingsmeldingen legger regjeringen fram en melding som skal legge grunnlaget for morgendagens helse- og omsorgstjeneste. Meld. St. 29 Morgendagens omsorg. Fellesskapsløsningene skal forsterkes gjennom å styrke samarbeidet mellom kommunale tjenester og sivilsamfunn, og gi frivillige ressurser i familie og lokalsamfunn bedre rammebetingelser. I tråd med samhandlingsreformen er det lagt vekt på aktiv omsorg, forebygging og rehabilitering i omsorgstjenesten. Se også kapittel 5 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten.

Livsstilsutfordringer og eldre

Grunnlaget for bedre helse gjennom alderdommen skal få større oppmerksomhet i folkehelsearbeidet. Det skal legges vekt på den gjensidige påvirkningen mellom tiltrettelegging av bolig og nærmiljø, gode levevaner, sosial integrering, psykisk og somatisk helse og god allmenntilstand. Tre faktorer påvirker hverandre gjensidig: sosial isolasjon, kognitiv svikt og somatisk helse. Redusert allmenntilstand på ett område får gjerne konsekvenser for de andre områdene.

Regelmessig fysisk aktivitet er viktig for å opprettholde god funksjonsevne og selvhjelpenhet i eldre år. God funksjonsevne gjør det lettere å leve et aktivt og sosialt liv. Fysisk aktivitet styrker muskulaturen og gir bedre balanse og koordinasjon. Mennesker er trenbare gjennom hele livet og det er aldri for sent å begynne. En inaktiv person på 70 år kan vinne tre leveår med god helse ved å være fysisk aktiv. En ellers frisk eldre person med begynnende redusert balanse, kan gjenvinne funksjon og styrke gjennom tilrettelagt egentrening i form av fallforebyggende øvelser. Eldre er særlig utsatt for fallulykker.

Statens institutt for rusmiddelforskning har på bakgrunn av data om alkoholkonsumet påpekt at det er flere eldre som drikker i dag enn for 15 år siden, og at eldre drikker oftere enn før. Økningen er størst i aldersgruppen 66 til 79 år. Mange eldre bruker også legemidler som ikke bør brukes sammen med alkohol. At de eldre blir stadig flere og samtidig drikker mer alkohol, antas å føre til flere alkoholrelaterte dødsfall, skader og ulykker i denne gruppen. Instituttet vil framover undersøke hva som kan forklare økningen i alkoholbruk hos eldre, for eksempel hvordan overgangen fra arbeidslivet til pensjonstilværelsen og endring i sivilstand påvirker eldres drikkemønster. Andre

aktuelle problemstillinger kan være mulige negative konsekvenser av økt bruk av alkohol og legemidler.

Mat og måltider bidrar til trivsel i hverdagen, og en god ernæringstilstand fører normalt til at eldre bevarer funksjonsdyktigheten lengre. Mange mister imidlertid matlysten med alderen eller reduserer matinntaket av andre årsaker. Når energiinntaket synker, øker kravet til et godt sammensatt kosthold for å dekke behovet for næringsstoffer. Fysisk aktivitet, god tannhelse og næringsrike og fristende måltider i hyggelige omgivelser er derfor av stor betydning for god appetitt og tilstrekkelig næringsinntak hos eldre. Dette krever ekstra innsats overfor hjemmeboende eldre og eldre i institusjon. Eldresentre er et forebyggende og helsefremmende tiltak som betyr mye for trivsel, mat- og mosjonsvaner for hjemmeboende eldre. Kommunen har en viktig oppgave i å tilrettelegge for god ernæring for brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Hjemmeboende eldre må spesielt hensyntas. Helsedirektoratet har utgitt nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. I 2012 kom også Kosthåndboken, et nytt hjelpemiddel for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. Gjennom Kompetanseløftet 2015 gis det tilskudd til kommuner som ønsker å heve kompetansen innen ernæring, og hvor e-læringskurs benyttes mye.

Eldre personer har ofte mange sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Det øker sjansen for unødvendig bruk, uheldige kombinasjoner og andre legemiddelrelaterte problemer. For å redusere omfanget av slike problemer er det nødvendig med grundig medisinsk utredning, legemiddelgjennomgang, oppdaterte legemiddellister og god oppfølging. I en legemiddelgjennomgang blir det vurdert om legemidlene som gis pasienten er hensiktsmessige og at den totale legemiddelforskrivningen er best mulig. Riktig legemiddelbruk i sykehjem og i hjemmetjenesten er blant innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen. Erfaringene fra kampanjen så langt er at tiltakene gir lovende resultater.

Ulykker og fall blant eldre er en vesentlig kilde til sykdom og dødelighet. Fallulykker forårsaker årlig hoftelødsbrudd hos om lag 10 000 personer over 65 år. Av disse er åtte av ti kvinner. Et hoftebrudd gir den enkelte mye lidelse og forringelse av livskvalitet, og konsekvensene er ofte så alvorlige at de kan forårsake langvarig funksjonsnedsettelse, komplikasjoner, følgesykdommer og død. Primærhelsetjenesten står i en unik posisjon for å gjøre en systematisk og grundig evaluering

av Eldres risiko for fall. Omsorgspersonell må samarbeide med annet helsepersonell som øyeleger, optikere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, fotterapeuter, sosialarbeidere og sykepleiere for å vurdere risikofaktorer og koordinere og tilpasset intervensjoner for eldre pasienter og beboere. Ny omsorgsteknologi kan bidra til fallforebygging. Det vises til nærmere omtale i stortingsmeldingen om morgendagens omsorg.

Det er mange gode initiativ og tiltak til skade-forebygging i kommuner og helse- og omsorgstjenesten, men innsatsen må bli mer systematisk. Forebygging av fall i helseinstitusjoner er valgt som ett av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen, og det skal utarbeides en veileder i ulykkesforebygging for kommunene i 2013. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere resultater fra pilotene i pasientsikkerhetskampanjen. Tiltak og målinger på reduksjon av fall i helseinstitusjoner ble testet ut i pilotprosjekter i sykehjem og sykehus i 2012. Helse- og omsorgsdepartementet skal fastsette mål for reduksjon av fall og tiltak for å følge opp og forankre fallforebygging i kommunene i samarbeid med KS. Det skal legges vekt på forankring i de ordinære styringslinjene og kommunal planlegging for å etablere et systematisk og forsvarlig fallforebyggende arbeid av god kvalitet.

Selvstendighet og aktivitet

For å stimulere kommunene til forebyggende hjemmebesøk, er det opprettet en tilskuddsordning for å prøve ut ulike metoder, dokumentere resultater og spre erfaringer. Hensikten med forebyggende hjemmebesøk til eldre er å bidra til å styrke den Eldres mulighet for egenmestring og bevare funksjonsnivået lengst mulig, blant annet ved å fremme selvhjelpenhet, fysisk aktivitet og forebygge fall. Gjennom å oppsøke eldre systematisk vil kommunene kunne få gitt generell informasjon om tjenestetilbudet, rådgivning og veiledning, samt kunne fange opp og vurdere behov hos personen for tjenester, hjelpemidler og helsehjelp, og fange opp eldre med risiko for skader og ulykker.

Mange kommuner har etablert helsestasjon for eldre som et sted å henvende seg når behov for råd og veiledning oppstår. Det er et supplement til øvrig helsetjeneste og utfører ikke oppgaver som skal ivaretas av den enkeltes fastlege. Tilbudet kan være sykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Det gis også tilbud om helsesamtaler, samtale

legrupper som gir helseopplysning og kurs i depresjonsmestring.

For å forebygge helseproblemer og redusere behov for helse- og omsorgstjenester, går den faglige utviklingen mer i retning av å gi bistand som fremmer selvstendighet, aktivitet og egenmestring i stedet for å gi kompensierende tjenester når skaden har skjedd. Innsatsen skal i større grad rettes mot å bremse et funksjonsfall eller øke funksjonsnivået. Ved å arbeide målrettet for å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpent, kan behovet for varig og omfattende pleie i mange tilfeller reduseres, og behovet for institusjonsplass utsettes. Såkalt hverdagsrehabilitering er eksempel på en slik tilnærming.

Aktive tiltak i hjemmet kan være alt fra hjelp til selvhjelp fra pleiepersonalet til intensiv rehabilitering ved tverrfaglige team. For å sikre at rett tilbud gis den enkelte bruker, må igangsetting av tiltak baseres på en tverrfaglig utredning av personens ernæringsstatus, funksjon, mål og ressurser. Kommunene må kunne tilby tjenester med ulik tyngde og intensitet. For eksempel kan en frisk eldre person med begynnende redusert balanse gjenvinne funksjonen gjennom tilrettelagt egen trening i form av fallforebyggende øvelser, mens en som nettopp er overført fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag kan trenge intensiv rehabilitering i hjemmet ved hjelp av et tverrfaglig team for å gjenvinne funksjon og evne til å klare seg i eget hjem.

I likhet med befolkningen som helhet er det et økende språklig og kulturelt mangfold i eldrebefolkningen. Kommunene må ta hensyn til at det i møtet med en mer mangfoldig befolkning er behov for å tilrettelegge tjenester, ved at tjenesteytere tilføres ny kompetanse og ved å benytte tolketjenester. For å kunne gi forsvarlig forebyg-

gende hjelp, er god kommunikasjon og gjensidig forståelse mellom bruker/pasient og helsepersonell grunnleggende.

Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår at pasienter og brukere har rett til medvirkning og informasjon. For å kunne gi tilpasset informasjon og veiledning kan det være behov for tolk. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Innenfor forvaltningsområdet for samisk språk gir sameloven den som ønsker å bruke samisk, rett til å bli betjent på samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner. Samiske tjenestemottakere har også rettigheter regulert i internasjonale konvensjoner. Det er en utfordring at personell har for lite kunnskap om samisk språk og kultur. Personer som får demens, og som har en samisk språklig og kulturell identitet, kan i løpet av sykdomsperioden etter hvert tape sitt andre språk, norsk. Hvis det ikke finnes personell som har kompetanse på samisk språk og kultur, kan det lede til manglende forståelse, udekkede behov og isolasjon.

Familie og andre pårørende spiller en viktig rolle i omsorgen. Det gjelder særlig samvær, enklere praktiske oppgaver og tilsyn. Pårørende må sikres tilstrekkelig avlastning og veiledning slik at belastningene ikke blir for store. I mange samiske familier er det tradisjon for å ta ansvar for eldre og pårørende med alvorlig sykdom. Den samiske familien strekker seg langt for selv å ta dette ansvaret. Samtidig skjer det endringer i samisk kultur som kan tilsi at forholdet mellom familiebasert og offentlig omsorg vil bli likere det som gjelder for norske familier.

Boks 4.22 Helse gjennom hele livsløpet*Regjeringen vil:*

- Videreutvikle kvaliteten på barnehagetilbudet gjennom oppfølging av Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens barnehage
- Legge grunnlaget for bedre læring gjennom hele opplæringen, med hovedvekt på å forebygge frafall fra videregående opplæring, gjennom oppfølging av Meld. St. 20 (2012–2013) På rett vei. Kvalitet og mangfold i fellesskolen
- Sikre høy kvalitet i barnevernet gjennom endringer i barnevernloven, kunnskaps- og kompetanseutvikling og god samhandling mellom forvaltningsnivåene og med andre tjenester
- Bygge ut kapasiteten og bedre kvaliteten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Vurdere muligheten for å harmonisere deler av regelverket som regulerer tjenester til barn og unge
- Vurdere om det er mulig å utvikle felles nasjonale mål på tvers av sektorer og tjenestetilbud til barn og unge
- Utfordre partene i arbeidslivet til å ta et større ansvar for folkehelsearbeid på arbeidsplassen
- Understreke betydningen av gode arbeidsforhold og et godt helse-, miljø og sikkerhetsarbeid som et viktig bidrag til befolkningens helse
- Videreutvikle arbeidet for å forebygge at ungdom faller utenfor utdanning og arbeidsliv
- Føre en politikk som legger til rette for at eldre arbeidstakere kan stå lengre i arbeid, aktiv deltakelse på alle områder i samfunnet, og et tjenestetilbud som fremmer medvirkning og deltakelse.

Kapittel



Figur 5.1

5 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen vil videreutvikle en helse- og omsorgstjeneste i tråd med målene i samhandlingsreformen og nye utfordringer knyttet til livsstilssykdommer, en økende andel eldre, flere som lever med kroniske lidelser og utfordringer knyttet til psykisk helse og rusproblemer. Det innebærer at forebyggende tjenester vil få en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes. Det er nødvendig å styrke hele helse- og omsorgstjenestens arbeid med livsstilsendring, læring og mestring, styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, vurdere bruken av screening og styrke helse- og omsorgstjenestens veilederrolle overfor andre sektorer for å støtte det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgstjenestens rolle i det forebyggende arbeid står sentralt i samhandlingsreformen. Målet er at innsatsen skal settes inn tidligere, enten i form av forebyggende tiltak eller tidlig behandling. Helse- og omsorgstjenestens ansvar for forebyggende arbeid er understreket i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og folkehelseloven. Tjenesten har i hovedsak tre roller i det forebyggende arbeidet:

- forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstilbudet
- helsekontroller, helseopplysning og livsstilsendring, opplysning, råd og veiledning for å forebygge sosiale problemer
- støtte til det tverrsektorielle arbeidet gjennom oversikt og kunnskap om helseutfordringer, årsakssammenhenger og tiltak

Spesialisthelsetjenesten har i tillegg et ansvar for kunnskaps- og kompetanseutvikling i samarbeid med kommuner og andre samarbeidspartnere.

5.1 En tverrfaglig og integrert kommunal helse- og omsorgstjeneste

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen er avgjørende for å lykkes med å styrke det forebyggende arbeidet, sikre at innsats blir satt inn tidlig i syk-

domsforløpet og bedre det helhetlige tilbudet til pasienter med kroniske lidelser. Det er en internasjonal trend at tjenesten utvikles i retning av mer integrerte og tverrfaglige tjenester både for å styrke det forebyggende arbeidet, sikre bedre oppfølging av pasienter med kroniske lidelser og for å utnytte personell og kompetanse på en mer effektiv måte. Gjennom samhandlingsreformen er det lagt et grunnlag for en slik utvikling også i Norge. Regjeringen vil videreføre denne utviklingen.

Skal vi løse utfordringene med flere eldre i befolkningen og nye helseutfordringer, er det behov for å se folkehelsearbeidet og de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sammenheng. Målet er at det skal settes inn tiltak før sykdom inntreffer eller så tidlig som mulig i forløpet gjennom tidlig innsats og forebyggende arbeid.

Samhandlingsreformen har bidratt til at kommunene har fått et tydeligere ansvar for helse- og omsorgstjenesten. En mer tverrfaglig og bedre integrert kommunal helse- og omsorgstjeneste vil bidra til bedre tilbud til befolkningen og en mer bærekraftig helsetjeneste.

Det er med bakgrunn i reformen gjennomført viktige endringer i organisering og finansiering av tjenestetilbudet. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester skal bidra til at kommunene organiserer tjenestetilbudet på en måte som gir mindre behov for behandling på sykehus, for eksempel gjennom forebyggende tiltak og bedre oppfølging av pasienter med kroniske lidelser. Arbeidet med å følge opp samhandlingsreformen er langt fra fullført. Reformen peker ut en retning som vil bli fulgt opp og videreført.

Deler av den kommunale helsetjenesten er basert på kjøp av tjenester gjennom avtaleordninger med enkeltpersoner som driver egen virksomhet, for eksempel fastleger eller fysioterapeuter, og der en vesentlig del av finansieringen kommer fra folketrygden gjennom et aktivitetsbasert takstsystem som er rettet mot behandling. Arbeidet som utføres av fastlegene og fysioterapeuter med driftsavtaler, er ikke alltid tilstrekkelig samordnet med kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester. For å ivareta behovene for økt forebyggende

Boks 5.1 Nasjonal strategi for innvandrerhelse

Regjeringen vil våren 2013 legge fram en nasjonal strategi for innvandreres helse. Formålet er å fremme likeverdige helsetjenester gjennom å synliggjøre utfordringene i innvandreres helse og synliggjøre barrierer og presentere tiltak for å møte utfordringene.

I dag er om lag 665 000 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge av to innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse gruppene 13,2 prosent av befolkningen. Innvandrere er en heterogen gruppe, og det er store forskjeller i deres fysiske og psykiske helse både mellom innvandrere fra forskjellige land og innenfor det samme landet.

Det er høyere forekomst av diabetes type 2 i enkelte innvandrergrupper enn i den øvrige befolkningen, særlig blant kvinner. Tilnærmet 90 prosent av pakistanske kvinner i Oslo har forhøyet risiko for å utvikle diabetes. Ikke alle helse- og omsorgstjenester er like tilgjengelige for innvandrerbefolkningen. Språk, mangel på bruk av kvalifisert tolk og økonomi er eksempler på barrierer som innvandrere kan møte.

innsats og sikre bedre oppfølging av pasienter med kronisk sykdom er det behov for tettere samarbeid mellom helsepersonellgrupper og å styrke den helsefaglige kompetansen inn mot omsorgssektoren. Se også Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd.

I en rapport fra Statens helsetilsyn blir det pekt på at et sentralt utviklingstrekk ser ut til å være at kurative og medisinske tjenester prioriteres framfor forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester. Samtidig er forebygging, habilitering, rehabilitering og tidlig intervensjon sentrale mål både for samhandlingsreformen og Omsorgsplan 2015.

5.1.1 Fastlegenes rolle

Fastlegene har en nøkkelrolle i arbeidet med å styrke det individrettede forebyggende arbeidet som en integrert del av helsetjenestetilbudet. Forebyggende arbeid rettet mot enkeltpasienter har vært en integrert del av fastlegens tjenester siden innføringen av fastlegereformen tidlig på 2000-tallet. De fleste som står på fastlegens liste vil på et tidspunkt være i direkte kontakt med

legen. Gjennom møtet med pasientene har legene en enestående mulighet til å drive individrettet forebyggende arbeid. Siden fastlegeordningen omfatter så og si hele befolkningen, vil fastlegene nå fram til grupper som det kan være vanskelig å nå gjennom andre kanaler, som kampanjer og annen helseinformasjon. Fastlegene har derfor en viktig rolle i arbeidet med livsstilsendring.

Fastlegen har etter fastlegeforskriften ansvar for å tilby forebyggende tiltak til personer med betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller for funksjonssvikt. Forebygging og tidlig innsats er god praksis og forutsetning for forsvarlig behandling, når dette er mest effektivt for å oppnå ønsket effekt på helsen. Fastlegens ansvar for forebyggende tjenester er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010–2011) om helse- og omsorgstjenesteloven.

Forebyggende tiltak må ikke nødvendigvis iverksettes av fastlegen selv. Tilbudet kan enten gis hos fastlegen eller ved henvisning til andre tjenesteytere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Legen kan for eksempler henviser til en frisklivssentral eller til et røykeavvenningstilbud. I situasjoner der det er risiko for forverring av sykdom eller funksjonssvikt, kan det i tillegg være aktuelt å tilby pasienten lærings- og mestringstiltak eller annen oppfølging eller behandling. På legemiddelområdet gis det refusjon for legemidler – også for risikofaktorer som med høy sannsynlighet vil medføre eller forverre alvorlig sykdom.

5.1.2 Bedre bruk av personellens kompetanse

Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene, og har ansvaret for at helsetjenesten organiseres på en slik måte at personellet blir i stand til å overholde de lovpålagte pliktene. Kommunen skal sørge for at ulike personellgruppers kompetanse benyttes mest mulig effektivt. Behovet for fastleger vil være avhengig av arbeidsdelingen mellom legene og andre yrkesgrupper.

Sykepleiere kan ivareta opplæring i egenbehandling og andre oppgaver i behandling av for eksempel diabetespasienter og kols-pasienter. På samme måte kan fysioterapeuter, manuellterapeuter og kiropraktorer ivareta mye av behandlingen av pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Manuellterapeuter og kiropraktorer fikk i 2006 status som primærkontakt for pasienter med muskel- og skjelettlidelser, med henvisningsrett til

spesialister, fysioterapi og radiologiske undersøkelser, og fikk da også rett til å sykmelde og refusjon fra Helfo. Formålet var å avlaste fastlegene gjennom å gi pasientene mulighet til å oppsøke behandler direkte uten henvisning. Dette bidrar til rask og effektiv behandling og god ressursutnyttelse, men ordningen er ikke tilstrekkelig godt kjent og kan unyttes bedre. Sosionomer og vernepleiere kan bidra til å forebygge og løse psykososiale problemer. Kliniske ernæringsfysiologer kan bistå med ernæringsveiledning og være en ressurs for annet helsepersonell. Farmasøyter kan gi veiledning i legemiddelbruk og delta i tverrfaglige legemiddelgjennomganger. I sammenheng med pandemien i 2009 ble farmasøyter i apotek gitt midlertidig rekvireringsrett for antiviralia. Dette bidro til å avlaste fastlegene for forskrivning av antivirale legemidler. Økt tilgjengelighet ble oppnådd i tråd med myndighetenes intensjoner. Apotekforeningen formidlet informasjon mellom apotekene og myndighetene, og bidro til at ordningen ble raskt innført. Helse- og omsorgsdepartementet vil også framover se på mulighetene for økt bruk av farmasøytisk kompetanse.

Det har lenge vært en prioritert oppgave for regjeringen å styrke kommunenes rekruttering av psykologer. Kommunepsykologenes arbeidsoppgaver dekker forebygging, behandling og tidlig innsats ved psykiske plager og lidelser. Psykologer i tjenester som familiens hus, skolehelsetjeneste, helsestasjon og kommunale tjenester for psykisk helsearbeid, kan bidra til bedre samhandling mellom de kommunale tjenestene og mellom helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. De kan også være en viktig samarbeidspartner for fastlegene og være sentrale bidragsytere i utvikling av nye tjenester. Pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp, hvor 12 kommuner har opprettet et lavterskel behandlingstilbud for lette og moderate angst- og depresjonslidelser, er et eksempel på en slik tjeneste. Gjennom regjeringens forslag om å gi psykologer som er offentlig ansatt adgang til å henvise til deler av spesialisthelsetjenesten, vil brukere av psykologtjenester som har behov for mer spesialisert behandling kunne henvises videre av ansvarlig psykolog. Det vil kunne gi mer sammenhengende behandlingsforløp, hvor pasienten raskere kommer til riktig behandlingsnivå. Se også omtalen av regjeringens satsing på å rekruttere psykologer til kommunene under avsnitt 5.4.

5.2 Videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Regjeringen vil bidra til å videreutvikle og styrke de forebyggende helsetjenestene til barn og unge. I dag står ressursene som kommunene bruker på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ikke i forhold til behovene. Spesielt ønsker regjeringen at tilbudet i skolehelsetjenesten skal bli bedre.

Helsestasjonstilbudet når fram til nesten alle barn de første leveårene, uavhengig av foreldrenes sosiale posisjon. Tjenesten er viktig for å støtte foreldre gjennom god svangerskaps- og barselsoppfølging. Tjenesten skal fange opp tidlige signaler på mistrivsel, utviklingsavvik og atferdsproblemer og bidra til tidlig iverksetting av tiltak. Ved behov skal tjenesten henvise til utredning og behandling og samarbeide med andre instanser om å tilrettelegge tilbud. Barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern og politi er viktige samarbeidspartnere.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er lavterskeltilbud i barn og unges eget miljø. For ungdom er det viktig å ha et sted å henvende seg uten å bestille time eller involvere foresatte. Tilknytningen til skolen gjør også at skolehelsetjenesten har en helt spesiell mulighet til å være tilstede og drive forebyggende arbeid på barn og unges egen arena. Skolehelsetjenestens kontaktflate mot alle barn er spesielt verdifull i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. I tillegg til å gi elevene et tilbud i skolehelsetjenesten, kan tjenesten henvise til spesialisthelsetjeneste eller ta kontakt for forsterket støtte fra andre tjenester i kommunen. Dette betyr at en velfungerende skolehelsetjeneste også er viktig for at det øvrige kommunale hjelpeapparatet skal kunne fungere tilfredsstillende. Tjenesten samarbeider i tillegg med hjem, barnehage og andre samarbeidsparter om miljø-, gruppe- og individrettede tiltak for førskolebarn.

Kommunene har et lovfestet ansvar for å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til hele aldersgruppen 0 til 20 år.¹ Det betyr at ansvaret omfatter tilbud om skolehelsetjeneste i videregående skole. En styrking og videreutvikling av tjenesten er et viktig tiltak for å styrke det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge. En videre

¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd, nr. 1. I Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 15.5.2.3 er krav til tjenesten nærmere omtalt.

Boks 5.2 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Rælingen kommune

Rælingen er en kommune i vekst med mange barnefamilier og en stor andel innvandrere (17 prosent). Kommunen legger stor vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot barn og unge.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økt oppmerksomheten på tidlig intervensjon og psykisk helse, og satser tverrfaglig og helhetlig på forebyggende tiltak. Helsestasjonen har gruppetilbud for barn av psykisk syke foreldre og for barn med skilte foreldre. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten samarbeider med Frisklivssentralen i kommunen om oppfølging av overvektige barn og unge.

Ved kommunens videregående skole er skolehelsetjenesten til stede fire ganger i uken, og den skal særlig følge opp elever med psykiske problemer og elever som faller ut av skolen. Satsingen i Rælingen kommune er en del av en større satsing på skolehelsetjenesten ved alle de videregående skolene i Akershus. Psykolog er tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten og samarbeider med barne- og ungdomspsykiatrien.

Kommunen legger vekt på bredt folkehelsearbeid i tjenestene og god kvalitet og dokumentasjon i arbeidet.

utbygging av tjenestetilbudet er nødvendig for at tjenesten i større grad skal kunne ivareta oppgaver på arenaer som er viktige for barn og unge. En bedre utbygd skolehelsetjeneste kan blant annet bidra til at de som trenger det mest enten får hjelp i kommunehelsetjenesten, av andre kommunale tjenestetilbud eller henvises til spesialisthelsetjenesten. Slik vil tjenesten bidra til å redusere sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste kan bidra til å forebygge psykiske problemer, fange opp barn og unge som er utsatt for vold og overgrep og familier som har alkohol- eller andre rusproblemer. Tjenesten vil også kunne fange opp barn og unge som er i risiko for å utvikle overvekt og fedme eller som er undervektige. I samarbeid med skolens personell, elever og foreldre skal skolehelsetjenesten bidra til å fremme godt opplæringsmiljø, trivsel og sikkerhet.

Videreutvikling av tjenesten skal bidra til større tverrfaglighet, utvikling av mer effektive

metoder og bedre systemer for kartlegging og registrering som kan tas i bruk på nasjonalt nivå. Det er også behov for tettere samarbeid med andre tjenester og aktører, rekruttering av personell med psykososial kompetanse og oppdatering av kompetansen til eksisterende personell. Målet er en tjeneste som fanger opp barn og unge med problemer så tidlig som mulig, gir dem det tilbudet de trenger i tjenesten og henviser videre de som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. Det må etableres nærmere samarbeid med skolens ansatte, øvrige kommunale tjenester og barne- og ungdomspsykiatrien. Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid med å revidere forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

5.3 Styrke arbeidet med livsstilsendring

Det er et potensial for å utvikle helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten sitt arbeid med livsstilsendring. Tjenesten har gjennom den ordinære virksomheten mulighet til å fange opp og veilede personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom på grunn av livsstil. Helsepersonell er også den gruppen fagfolk som befolkningen har størst tillit til når det gjelder råd om livsstil.

Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den offentlige tannhelsetjenesten skal spre opplysning om hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Tjenesten skal organisere forebyggende tiltak og gi regelmessig og oppsøkende tilbud til definerte grupper i befolkningen. Forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Det regelmessige og oppsøkende tilbudet i tannhelsetjenesten har et forebyggende formål. Ved den regelmessige tannhelseundersøkelsen i klinikken kan sykdomsutvikling avdekkes i tidlig fase og pasientene kan få råd og veiledning om forebyggende innsats som kan utføres av den enkelte.

Det forebyggende arbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ivaretas som en integrert del av tilbudet, og særskilt gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten som i all hovedsak er en forebyggende tjeneste. Forebyggende tiltak har i større grad fått en prioritert rolle i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene med konkret mål og styringskrav. For eksempel er det nedfelt konkrete mål og styringskrav til tobakksavvenning og ernæring. I foretaksproto-

Boks 5.3 Folkehelsekommunen Hamarøy

I 2005 satte Hamarøy kommune seg som mål å være den friskeste kommunen i landet. I 2009 fikk kommunen prisen som årets folkehelsekommune av fylkestinget i Nordland fylkeskommune for det helhetlige og systematiske arbeidet med folkehelse i kommunen. Hamarøy er en typisk distriktskommune med om lag 1790 innbyggere. Vel 350 av innbyggerne deltar ukentlig i kommunens trenings- og aktivitetstilbud.

Kommunen har etablert Frisklivssenteret i Hamarøyhallen hvor innbyggerne får oppfølging og veiledning i å endre levevaner. Her er det også en frisklivssentral med tilbud om tilrettelagt fysisk aktivitet og veiledning til personer som har økt risiko for sykdom eller svekket livskvalitet. Senteret er navet i kommunens folkehelsesatsing og bidrar til å fremme god helseatferd gjennom fysisk aktivitet, idrett, naturopplevelser og friluftsliv. Senteret veileder også treningssentrene på Innhavet og i Skutvik slik at kommunen har et aktivitetstilbud der folk bor. I

Hamarøyhallen er det treningssenter med tilbud til alle innbyggerne til en rimelig pris. Barne- og ungdomslag innen idrett får bruke hallen vederlagsfritt.

Årlig arrangeres en folkehelseuke i samarbeid med Nordland fylkeskommune med en rekke arrangementer for å inspirere innbyggerne og informere om de ulike tilbudene. Folkehelseuken markeres i alle kommunens virksomheter, som i Nav og i skolen, og med flere kulturarrangement.

Kommunens satsing har tatt utgangspunkt i helsetjenestens arbeid med frisklivsresept hvor fastleger og annet helsepersonell aktivt tar i bruk fysisk aktivitet som del av forebyggings-, behandlings- og rehabiliteringstilbudet til brukere og pasienter. De som har fått trening på resept kan trene i arbeidstiden. Kommunen har en folkehelsekoordinator, og arbeidet er godt forankret i kommunens administrative og politiske ledelse.

kollen er det stilt krav om rapportering til Norsk pasientregister om ulykkesskader. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for opplæring av pasienter og pårørende, og dette skjer blant annet gjennom lærings- og mestringssentre. Lærings- og mestringssentrene arbeider for at pasienter og deres familier skal få utvidet innsikt om egen situasjon for bedre å kunne mestre hverdagen.

Tobakk, alkohol og andre rusmidler

Innen tobakksavvenning pågår det for eksempel et arbeid for å styrke helse- og omsorgstjenestens arbeid med livsstilsendring. I sammenheng med Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader 2013–2016 har Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartement laget en nasjonal plan for tobakksavvenning i helsetjenesten. Målet med planen er å gjøre det tobakksforebyggende arbeidet til en integrert del av helse- og omsorgstilbudet. Helsedirektoratet skal gjennomføre tiltak for å styrke kvaliteten på tobakksavvenningstilbudene, vurdere tiltak for å øke bruken av legemidler ved tobakksavvenning og videreutvikle røyke-telefonen og nettstedet slutta.no som røykeslutttilbud. Spesialisthelsetjenesten er gjennom opp-

dragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2012 pålagt å tilby pasienter og ansatte hjelp til tobakksavvenning. Tilbudet bør utformes i tråd med Helsedirektoratets faglige retningslinjer.

Det er fortsatt en utfordring å få tjenesten til systematisk å spørre om bruk av rusmidler ved konsultasjoner, oppfølgingssamtaler og innleggelser. For i større grad å avdekke rusproblemer har de regionale helseforetakene fra 2013 fått i oppdrag å etablere systemer for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og henvise dem til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette er starten på et mer systematisk arbeid i sykehusene for å fange opp personer med høyt rusmiddelbruk. Stortinget har ved behandling av stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken bedt om at det både skal vurderes å innføre en refusjonstakst og å utarbeide en veileder for fastlegene om behandling av alkoholproblemer.

Kosthold og ernæring

Ernæring er et viktig fagområde for å styrke kvaliteten på tjenestene både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har utgitt flere nasjonale faglige

Boks 5.4 Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Figur 5.2 Kosthåndboken

Kosthåndboken ble utgitt av Helsedirektoratet i 2012. Håndboken skal gjennom praktiske råd bidra til å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten.

Målgruppen for kosthåndboken er ledere, helsepersonell og kjøkkenpersonell. Kosthåndboken gir anbefalinger for hvordan personellet kan sikre nok mat, riktig mat, god mat og matglede for de som mottar helse- og omsorgstjenester. Ledelsesforankring og tverrfaglig samarbeid er forutsetninger for at ernæringsarbeidet skal være godt koordinert og faglig forsvarlig. Det er lagt vekt på at alle pasienter skal få en vurdering av ernæringsstatus når de møter helse- og omsorgstjenesten.

Kosthåndboken inneholder anbefalinger for ulike spesialkost og råd om kosthensyn ved ulike sykdomstilstander. I enkelte tilfeller er god ernæringsbehandling det eneste som skal til for at pasienten blir frisk. Kartlegging av den enkeltes behov ut fra livsfase, spisefunksjon, religion og kultur og vaner er en del av anbefalingene. God mat og trivelige måltider kan gi matglede og bedre livskvalitet.

Anbefalingene bygger på Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, andre relevante nasjonale faglige retningslinjer som for eksempel overvekt, diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer, samt de gjeldende nasjonale og nordiske kostråd og næringsstoffanbefalinger.

Kosthåndboken kan bestilles i trykket versjon fra trykksak@helsedir.no eller lastes ned elektronisk på Helsedirektoratets hjemmesider <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/kosthandboken/Sider/default.aspx>

retningslinjer der ernæring inngår som en del av forebygging og behandling. Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten – er et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. Kosthåndboken vil blant annet styrke ernæringskompetansen i tjenesten og være et verktøy for å implementere relevante nasjonale faglige retningslinjer.

Helsedirektoratet har utviklet kurskonseptet Bra mat. Kurset er velegnet til bruk i frisklivssentraler. De regionale helseforetakene har gjennom oppdragsdokumentene fått i oppdrag å legge vekt på ernæring som del av behandlingen og sikre at dokumentasjon om ernæringsstatus følger pasienten. I 2013 er målet at helseforetakene skal ha etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med

anbefalinger i faglige retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet. Utdanningskapasiteten for kliniske ernæringsfysiologer ved Universitetet i Oslo og Bergen ble styrket over statsbudsjettet i 2011. Behovet for tiltak for å sikre tilstrekkelig tilgang på kliniske ernæringsfysiologer over hele landet er nærmere omtalt i Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Kompetansen er viktig både i pasientbehandling og som støtte til og ressurs for annet personell i helse- og omsorgstjenesten. I meldingen synliggjøres også behovet for å styrke kunnskapen om ernæring innenfor alle de helse- og sosialfaglige utdanningene. Det skal vurderes om det er behov for å utarbeide en egen strategi for riktig ernæringskompetanse i kommunene.

Boks 5.5 Frisklivssentraler i kommunene

Den første frisklivssentralen ble etablert i Modum kommune i 1996. I 2004 inngikk Helsedirektoratet, som en videreutvikling av ordningen med grønn resept, et samarbeid med fem fylker om utvikling av kommunale oppfølgings-tilbud for personer med helsemessig behov for å endre levevaner. I dag er det etablert mer enn 150 frisklivssentraler i kommunene. Det er stor variasjon mellom fylkene, for eksempel har 73

prosent av kommunene i Oppland et slikt tilbud, men bare 3 prosent av kommunene i Hordaland.

Frisklivssentral er ikke en lovpålagt tjeneste for kommunene, men kan være et viktig virkemiddel for å ivareta lovpålagte oppgaver knyttet til forebyggende arbeid. I mange kommuner legges det til rette for samarbeid mellom frisklivssentralen, Nav, spesialisthelsetjenesten, frivillige organisasjoner og andre lokale aktører.

Fysisk aktivitet

Helsedirektoratets aktivitetshåndbok om fysisk aktivitet i forebygging og behandling fra 2009 gir god veiledning for helsepersonell. Håndboken gir råd og anbefalinger om fysisk aktivitet som ledd i forebygging og behandling av en rekke ulike sykdomstilstander og diagnoser. Trening på resept har vært i bruk de siste ti årene og er i dag et av tilbudene ved de fleste frisklivssentraler. Tilbudet retter seg mot personer med etablert sykdom etter henvisning fra lege, men også mot grupper som har behov for hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet. Type fysisk aktivitet og oppfølging defineres for den enkelte i en innledende helse-samtale. Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler vektlegger å følge nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og helse, effektive treningsprinsipper og individuell tilpasning av oppfølgingen. Målet er å gjøre deltakerne i stand til å opprettholde aktivitetsnivået ved egenaktivitet eller deltakelse i lokale tilbud. Frisklivssentralene bør derfor ha oversikt over tilbud som finnes lokalt og samarbeide med frivillige organisasjoner.

En kunnskapsoversikt utarbeidet av Senter for helsefremmende forskning konkluderer med at trening på resept har effekt på kort og mellomlang sikt, men at vi foreløpig vet lite om langtidseffekten. I følge denne rapporten er en sentral og viktig utfordring hvordan aktivitetsnivået kan økes i hverdagen. En annen utfordring er å få folk til å fortsette med egenaktivitet etter at de er ferdig med reseptperioden.

Noen kommuner har inngått samarbeid med lokale idrettslag eller private treningssentre om tilrettelagt fysisk aktivitet på dagtid. Tiltaket finansieres av kommunen i samarbeid med Norges

idrettsforbund, og deltakere betaler en lav egenandel. Tiltaket er rettet inn mot deltakere som får inntekten fra trygd eller sosial stønad og er mellom 18 og 67 år gamle.

Frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud

Det er et mål at flere kommuner skal etablere frisklivssentraler og lærings- og mestringstilbud. I mange tilfeller vil behovet for kompetanse være det samme, og tilbudene bør derfor samordnes. Det bør legges til rette for likemannsarbeid og samarbeid med brukerorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner. Målgruppen for frisklivstilbudene er personer med etablert sykdom eller forhøyet risiko for å utvikle sykdom relatert til levevaner. Det skal legges vekt på å nå ut til ulike minoritetsgrupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller. I dag har de fleste frisklivssentralene fysioterapeuter som hovedaktører, og det legges stor vekt på fysisk aktivitet. Bare en tredjedel har kostholdstilbud, og svært få har tilgang på ernæringskompetanse. Det er ønskelig at frisklivssentralene skal utvikle et bredere tilbud og rekruttere mer tverrfaglig personell og samarbeide mer med frivillige organisasjoner. Det er fortsatt behov for kunnskapsbaserte tiltak som er rettet både mot personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd.

Frisklivstilbudene vil være et viktig element i utviklingen av framtidens helsetjeneste i tråd med samhandlingsmål om forebygging og tidlig innsats. Erfaringene fra frisklivstilbudene vil gi grunnlag for videre utvikling av tilbudet. Så langt har Helsedirektoratet, fylkeskommunene og fylkesmennene gjennomført kurs for frisklivssentralene i samarbeid med høyskoler. Flere høyskoler har studietilbud som er relevante.

Boks 5.6 Ny kreftstrategi

Regjeringen vil våren 2013 legge fram en ny kreftstrategi. Det er fortsatt store utfordringer på kreftområdet. Flere overlever kreftsykdom, men antall tilfeller vil fortsette å øke på grunn av befolkningsvekst og en aldrende befolkning. Samtidig har overlevelsen økt. I dag lever to tredjedeler av alle kreftpasienter fem år etter at de har fått diagnosen. Tidlig diagnose og bedre behandlingsmuligheter har bidratt til økt overlevelse og bedre livskvalitet.

Forebygging av kreftsykdom er et viktig målområde i strategien. Kreft kan ramme alle, og en sunn livsstil er ingen garanti for å unngå sykdommen. Det er imidlertid en kjent sammenheng mellom helseatferd og enkelte kreftformer. Målet med forebyggende arbeid er å hindre at sykdom oppstår og bidra til flere leveår med god helse. Det forebyggende arbeidet tar

utgangspunkt i kunnskap om risikofaktorer som påvirker helsen generelt, og som bidrar til flere ulike helseproblemer og sykdommer.

Forhold som gir økt risiko for kreft er tobakksbruk, bruk av alkohol, usunt kosthold, overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, overdreven soling og skadelige miljøfaktorer. Nærmere nitti prosent av lungekrefttilfellene skyldes røyking.

De nasjonale screeningprogrammene kan bidra til å forebygge utviklingen av kreft og til at kreft oppdages og diagnostiseres tidlig. I tillegg er det viktig at befolkningen kjenner til symptomer og faresignaler som kan være et tegn på kreft, og oppsøker helsetjenesten i tide.

Det er anslått at et av tre krefttilfeller kan forebygges. Det er et mål at Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging.

Strategier på utvalgte områder

Innsatsen for å forebygge og behandle store folkesykdommer som kols, diabetes, hjerte- og karsykdommer, psykisk helse og rusproblemer, skal videreføres gjennom et velfungerende folkehelsearbeid og oppfølging av samhandlingsreformen.

For å løse framtidens helseutfordringer, må ressursene i større grad gå til forebyggende arbeid og til de store gruppene med kroniske pasienter. Det er dette samhandlingsreformen handler om. Forebygging, effektiv rehabilitering og et sammenhengende behandlingstilbud til kronikergrupper er sentralt. Samhandlingsreformen skal gi pasienter med kroniske lidelser en bedre hverdag. Utviklingen innen medisin og teknologi gjør at flere pasienter kan få et tryggere tilbud i hjemkommunen.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er nøkkelen til tidligere og bedre oppfølging. Den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunenes ansvar for å tilby innbyggerne gode og tilgjengelige helse- og omsorgstjenester. Kommunene har fått økonomiske insentiver til å bygge opp alternative tilbud. Kommunene får også midler til å bygge opp døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Det betyr at pasienter med kjent kronisk sykdom kan få akutt hjelp i nærheten av der de bor. Det er samtidig viktig å slå fast at alle

som trenger veiledning og oppfølging i sykehus fremdeles skal få det.

Framover er det nødvendig å utnytte det store potensialet for å forebygge livsstilssykdommer. Gjennom samhandlingsreformen er det satt i verk viktige tiltak som frisklivssentraler, med tilbud om fysisk aktivitet og om veiledning i alt fra kosthold til røykeslutt. Over 150 kommuner har nå dette tilbudet, og flere er på vei. Regjeringen la i februar 2013 fram Nasjonal strategi mot tobakksskader 2013–2016. Strategien legger opp til en ny satsing på massemediekampanjer og etablering av et nasjonalt røyke- og snusavvenningstilbud. En rekke strategier og tiltak for å legge til rette for mer fysisk aktivitet og sunnere kosthold er omtalt i denne stortingsmeldingen. Det gjelder også tiltak for å forebygge tobakksskader og rusmiddelmisbruk.

5.4 Forebygge rusproblemer og psykiske lidelser

Psykiske lidelser og rusproblemer er betydelige folkehelseproblemer som kan føre til tap av livskvalitet, redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeid og tap av livskvalitet. Psykiske plager og rusproblemer er viktige årsaker til sykdom, uførhet, lav sosial integrering og redusert levealder. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rus-

levekår. Rusproblemer og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet fra tjenesteapparatet. Derfor er det viktig å i større grad å se utviklingen på rusfeltet sammenheng med psykisk helse-feltet.

5.4.1 Rusproblemer

Regjeringens overordnede mål for rusmiddelpolitikken er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredje part og for samfunnet og bidra til flere friske leveår for befolkningen. I tillegg til virkemidler som regulerer tilgjengelighet, må vi ha et tjenesteapparat som er i stand til å fange opp og gi hjelp til personer med rusproblemer. Framtidens utfordringer må møtes gjennom tverrsektorielt samarbeid, satsing på tidlig innsats og forebyggende tiltak.

I stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken er forebygging og tidlig innsats ett av fem innsatsområder. Det er behov for å utvikle og styrke innsatsen på rusfeltet, både i det forebyggende arbeidet og i tjenestene i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Hovedansvaret for oppfølging av den enkelte ligger i kommunen. I tråd med samhandlingsreformen skal personer med rusproblemer sikres helhetlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Kommunene er gitt et økt insentiv til å styrke det forebyggende arbeidet og til å utvikle helhetlige og fleksible tjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

De ordinære helse- og omsorgstjenestene i kommunen må være rustet til å ivareta pasienter med rusproblemer på lik linje med pasienter med fysiske eller psykiske plager. Det lokale rusarbeidet retter seg mot hele befolkningen, mot risikoutsatte grupper og mot dem som allerede har et rusproblem og deres omgivelser. Arbeidet omfatter alle typer rusproblemer. Tjenestetilbudet kan omfatte råd og veiledning, hjelp til å få en ordnet økonomi, bolig tjenester, hjemmetjenester, helse tjenester, personlig assistanse, arbeidsrettede tiltak og fritidstiltak.

Nær hele befolkningen har en fastlege, og fastlegen er i en gunstig posisjon til å kunne avdekke rusproblemer og til å gi oppfølging og behandling, eventuelt i samarbeid med andre eller gjennom å henvise videre.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har høy oppslutning i befolkningen og et stort potensial for å forebygge rusproblemer gjennom å identifisere risikofaktorer tidlig. Også kommunale psykologer bidrar i rusarbeidet i kommunen gjennom

Boks 5.7 Regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål (Korus)

Det er syv regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål som skal bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten med kompetanseutvikling og fagutvikling. De bidrar med kunnskapsstøtte til tjenestene, og i samarbeid med fylkesmannen iverksetter de ulike kompetanseutviklingstiltak og bidrar til at kommunene tar i bruk kunnskap som er basert på forskning og god praksis. En stor del av aktiviteten deres retter seg inn mot forebygging.

utredning og behandling av personer med rusproblemer.

5.4.2 Psykiske lidelser

Regjeringens mål er at mennesker med psykiske helseproblemer skal kunne leve et verdig og mest mulig vanlig liv. Målet er å skape en mest mulig sammenhengende og helhetlig tjeneste tilpasset den enkeltes behov. For å oppnå dette må tjenesten være tilgjengelig, den må fremme uavhengighet og selvstendighet for den enkelte og legge til rette for størst mulig grad av mestring av eget liv.

Psykiske problemer og lidelser representerer et betydelig folkehelseproblem og kan føre til tap av livskvalitet og redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeidsliv. Gode velferdsordninger, trygt oppvekstmiljø, et inkluderende arbeidsliv og helsefremmende arbeidsmiljø er viktige forutsetninger for å forebygge psykiske problemer. Nasjonalt folkehelseinstitutt ga i 2011 ut rapporten *Bedre føre var...* Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapporten legger vekt på at de viktigste tiltakene for å forebygge psykiske problemer og lidelser finnes utenfor helsetjenesten.

Økt kunnskap om psykisk helse fører til at flere søker hjelp. I tillegg har helsetjenesten en viktig rolle i å følge opp risikogrupper og fange opp problemer tidlig. Lett tilgjengelige lavterskeltilbud for milde og moderate psykiske lidelser kan bidra til å unngå forverring og mer alvorlige problemer. Et godt kommunalt psykisk helsearbeid inkluderer forebyggende tiltak og bygger på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning. Kommunale tjenester til personer med psykiske problemer utføres i flere sektorer og faggrupper i kommunen. Arbeidet på feltet krever samarbeid innad

Boks 5.8 Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading

I løpet av våren 2013 vil den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading bli lagt fram. Planen er utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter for fag- og forskningsmiljøer, brukerorganisasjoner og Helsedirektoratet. Hovedmålet med handlingsplanen er å redusere selvmordsratene og forekomsten av selvskading gjennom å satse på tidlig intervensjon og forebygging. Planen retter seg mot et bredt spekter av samfunnsarenaer.

Arbeidsgruppen foreslår å prioritere styrking av de kommunale tjenestenes rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet, innføring av et kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og å styrke arbeidet med å redusere stigma, fremme mestring og senke terskelen for å søke hjelp. Forslag til tiltak er å utarbeide veiledere og retningslinjer, kunnskapsoppsummeringer og utvikling av nye tjenester og tiltak som reduserer stigma, særlig hos menn, knyttet til å søke hjelp.

i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og med frivillig sektor. Det er et stort potensial for å styrke det forebyggende psykiske helsearbeidet i kommunene.

Pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp er et eksempel på hvordan tidlig intervensjon kan organiseres. Her har 12 kommuner ved hjelp av statlige tilskudd etablert et lavterskelprogram som tilbyr behandling til lette og moderate angst- og depresjonsslidelser. Målsetningen er at de som trenger det skal få hjelp raskt, uten behov for henvisning og i kommunen hvor de bor. Programmet er basert på det britiske Improved Access to Psychological Therapies (IAPT)-programmet, som har overbevisende resultater.

Frisklivssentraler er en forebyggende helsetjeneste i kommunen som gir tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner. Utviklingsområder er tidlig intervensjon ved risikofylt alkoholbruk og forebygging og tidlig intervensjon ved depresjon. Tilbud for mestring av depresjon er under utprøving ved et utvalg av frisklivssentralene. Det planlegges også å øke ansattes kompetanse om søvn og søvnvaner.

Boks 5.9 Sámi našuvnnalaš gealboguovddáš – psykalaš dearvvasvuodasuddjen (Sánag)

Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (Sanks) har et nasjonalt ansvar for å bidra til utviklingen av et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern for den samiske befolkningen. Visjonen er å utvikle et godt psykisk helsevern for den samiske befolkningen i Norge. Samer fra hele landet kan henvises til senteret, dersom de ønsker det.

Senteret har distriktpsikiatriske funksjoner for alle i Midt-Finnmark og nasjonale funksjoner innen psykisk helsevern for hele den samiske befolkningen i Norge. Senteret skal videreutvikle kliniske tjenester, fremme og drive forskning og utviklingsarbeid, tilby undervisning og veiledning og tilby spesialistutdanninger, praksisplasser og hospitering. Det består av:

- Avdeling psykisk helsevern for voksne
- Avdeling psykisk helsevern for barn og unge
- Avdeling for forskning og utvikling

Sanks er etablert som en del av Helse Finnmark HF og er en integrert del av spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og rusbehandling. Helse Nord RHF får øremerkede midler over statsbudsjettet til driften.

Regjeringens satsing på å rekruttere psykologer til kommunene har pågått gjennom et modellforsøk siden 2009. Gode resultater fra forsøket er bakgrunnen for at det fra 2013 er opprettet et rekrutteringstilskudd. Rekrutteringstilskuddet skal bidra til å rekruttere fagpersoner som bidrar bredt i det forebyggende arbeidet og ikke utelukkende driver pasientbehandling.

Helsedirektoratet skal i løpet av 2013 utarbeide en veileder for rus- og psykisk helsearbeid i kommunen med anbefalinger om hvordan tjenester og ressurser bedre kan samordnes.

Selvsmord og selvskading er en helseutfordring som også påvirker familie, venner, klassekamerater og andre nærstående. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading. Hovedmålene skal være å redusere selvmordsrater og forekomst av selvskading i Norge. Handlingsplanen ferdigstilles våren 2013 og skal supplere de

nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og veilederen for å ivareta etterlatte ved selvmord. Se også kapittel 2.

Riktig kompetanse er nødvendig for å sikre god kvalitet i tjenestene. For å understøtte og videreføre de gode resultatene fra opptrappingsplanen for psykisk helse videreførte regjeringen de statlige stimuleringsmidlene til kompetanse- og utviklingstiltak. Midlene brukes til å støtte den kommunale innsatsen. Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid og den tverrfaglige videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge er eksempler på sentrale kompetansetiltak. Det samme gjelder opprettelsen av det nasjonale kompetansesenteret for psykisk helsearbeid og oppbyggingen av de regionale kompetansesentrene for barn og unges psykiske helse, som skal bidra til å samle inn og spre kunnskap om virksomme tiltak.

Helsedirektoratet samarbeider med andre berørte direktorater om en tverretattlig, forpliktende strategi for barn og unges psykiske helse. Strategien skal ha som mål å fremme god psykisk helse og forebygge psykiske vansker hos barn, unge og deres familier.

5.4.3 Vold og overgrep

Vold og overgrep kan gi omfattende og alvorlige helsemessige konsekvenser. I tillegg til de umiddelbare konsekvensene øker risikoen for en rekke framtidige helseproblemer. Seksuelle overgrep, fysisk mishandling og omsorgssvikt har større betydning for psykisk helse enn andre belastende hendelser. Det er av stor helsemessig betydning å avdekke vold og forebygge nye hendelser.

Regjeringen ønsker at helse- og omsorgstjenesten skal innta en mer aktiv rolle i å avdekke vold og overgrep. Gjennom samtale og fysiske undersøkelser har helsepersonell gode muligheter til dette. Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenestens og fastlegenenes arbeid med voldsproblematikk og kompetanseheving og økt veiledning overfor helse- og omsorgstjenestene er blant tiltakene i Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner.

Det vil bli utarbeidet en ny veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner, og veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer vil bli revidert slik at den bedre ivaretar utfordringene på voldsfeltet. Rutinemessige spørsmål om vold i nære relasjoner vil bli innført gjennom kommende reviderte retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

5.5 Helse- og omsorgstjenestens støtte til forebyggende arbeid i andre sektorer

Helse- og omsorgstjenesten har et ansvar for å støtte det forebyggende arbeidet i andre sektorer.

5.5.1 Helse- og omsorgstjenesten i kommunen

Tjenesten har et spesielt ansvar for å bidra til kommunens oversikt over helsetilstand, sykdomsbredelse og faktorer som påvirker helsen. Tjenesten har kompetanse på epidemiologi og statistiske metoder. Videre gir møtet med pasienter og brukere verdifull kunnskap om utfordringer og forbedringsbehov når det gjelder forebyggende og helsefremmende tiltak. Denne innsikten gjør at

Boks 5.10 Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner

Regjeringen legger vekt på å hindre diskriminering av homofile, lesbiske, bifile og transpersoner. Innsatsen på området er økt i de senere årene. Det har vært lagt vekt på å styrke de frivillige organisasjonene på feltet og å bedre forholdene blant unge med innvandrerbakgrunn. I tillegg er det gjennomført tiltak overfor organisert lagidrett og det er gjennomført tiltak for å styrke kompetansen blant annet i skoleverket, helsevesenet og i politisektoren. Personer i denne gruppen har høyere risiko for å oppleve vold og trakassering, rusproblemer og enkelte psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig.

I 2008 la regjeringen fram handlingsplanen Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009–2012. Handlingsplanen skulle bidra til å utvikle et samfunn som er preget av åpenhet, toleranse og inkludering også når det gjelder seksuell orientering og ulike kjønnsuttrykk. Handlingsplanens overordnede mål er å få slutt på diskrimineringen som lesbiske, homofile, bifile og transpersoner opplever i ulike livsfaser, sosiale sammenhenger og i arbeidslivet, og bidra til bedre levekår og livskvalitet for gruppene. Handlingsplanen og resultatene av denne skal gjennomgås i 2013, som grunnlag for å oppdatere politikken på feltet.

helse- og omsorgspersonell bør være med å legge premissene for utvikling av folkehelsearbeidet i kommunen. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan for eksempel bistå kommunene med opplysninger om tannhelsetilstanden i kommunen.

I tillegg kan tjenesten bidra med helsefaglig kompetanse, kunnskap om sammenhenger mellom påvirkningsfaktorer og helseutfall og kunnskap om sektorovergripende verktøy. For eksempel vil mye av arbeidet med å forebygge psykiske problemer skje i andre samfunnssektorer, men helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å bidra med kunnskap og veiledning.

Tjenesten spiller også en viktig rolle som pådriver og faglig rådgiver for andre sektorer. Når skolen oppdager at elever har mye fravær eller faller fra i videregående skole, kan samarbeid med helse- og omsorgstjenesten bidra til en bedre oppfølging. I tilfeller der helsemessige og andre vansker hos eleven eller problemer i familien forklarer mye av fraværet, kan et slikt samarbeid hjelpe eleven tilbake på skolen. Et annet eksempel kan være rusmiddelbruk. Det er ikke alltid enkelt for politi, skole eller arbeidsliv å forstå sammenhengene eller ha kunnskap om hvordan problemet skal løses. Her vil kommunens tjeneste for rus og psykisk helse kunne være en viktig rådgiver overfor andre sektorer og fange opp bistands- og hjelpebehov.

Siden mange kommuner er små, kan interkommunalt samarbeid og andre samarbeidsformer være en strategi for å styrke kompetansen og legge til rette for forebyggende arbeid.

5.5.2 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har et spesielt ansvar overfor kommunene når det gjelder veiledning, kunnskaps- og kompetanseutvikling. En del av veiledningen og samarbeidet med kommunene knyttet til behandling og forebyggende arbeid er rettet mot enkeltpasienter, se avsnitt 5.3.

I tillegg kan spesialisthelsetjenesten gi veiledning, råd og informasjon til helse- og omsorgstjenesten i kommunene om sykdomsutvikling innenfor ulike diagnoser eller sykdomsgrupper. Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren er en del av dette arbeidet.

Spesialister kan være nyttige rådgivere i saker om kommunens miljørettede helsevernarbeid, når det gjelder støy, inneliv og ulykker. Helsefor-etakene har også egne miljøer, som for eksempel arbeids- og miljømedisinske avdelinger, som kan være faglige rådgivere overfor miljørettet folkehelsearbeid i kommunene.

Medisinske kvalitetsregistre og Norsk pasientregister er sentrale datakilder for overvåkning av sykdom og skader og ulykker. Registerne kan gi viktig kunnskap om sykdomsutvikling og gi grunnlag for tiltak i folkehelsearbeidet i kommunene.

5.5.3 Tannhelsetjenesten

Det regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbudet ved den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har et forebyggende formål. Gjennom den regelmessige tannhelseundersøkelsen kan sykdomsutvikling avdekkes i en tidlig fase. Dette gir gode muligheter til innsats som stopper sykdomsutviklingen og til veiledning i kosthold, ernæring, eventuell røykeavvenning og personlig munnstell. I tillegg driver tannhelsepersonell i fylkeskommunene grupperettet forebyggende virksomhet i skoler, barnehager og helsestasjon. Tannhelsepersonell lærer også opp personell ansatt i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Opplæringen bidrar til at personellet kan sørge for et variert og helsefremmende kosthold, god munnhygiene og nødvendig tannbehandling. I mange fylker har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inngått et samarbeid med kommunale tjenester, med idrettsorganisasjoner og andre angående helsefremmende kosthold og ernæring ved ulike aktiviteter og arrangementer.

I den private tannhelsetjenesten har regelmessige tannhelseundersøkelser også et forebyggende formål. De fleste tannpleiere og tannleger i privat sektor er opplært til å gi råd og veiledning om kosthold og ernæring, uheldige sider ved tobakksbruk og munnstell i sammenheng med tannhelseundersøkelser.

I arbeidet med ny tannhelsetjenestelov blir samarbeidet mellom kommunale tjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester vurdert særskilt. Når det gjelder samarbeidet mellom fylkeskommunale og private tannhelsetjenester og spesialisthelsetjenesten, har departementet til vurdering et forslag om mer direkte henvisningsrutiner fra tannlege til legespesialist. Dette vil departementet komme tilbake til på egnet måte.

5.5.4 Et større ansvar for å følge utviklingen i befolkningens helse

Samhandlingsreformen innebærer at helheten i pasientforløpet i større grad skal legges til grunn ved prioritering i helsetjenesten. Dette innebærer at tiltak skal iverksettes så tidlig som mulig i pasientforløpet, helst i form av forebyggende tiltak før pasienten har utviklet sykdom. Helsetjenesten har

Boks 5.11 Riktig legemiddelbruk – oppstartsveiledning i apotek

Veiledning om riktig legemiddelbruk kan bidra til at pasientene får bedre forståelse av behandlingen og blir mer motivert til å bruke legemidlene riktig.

En rapport fra Verdens helseorganisasjon fra 2003 viser at om lag halvparten av pasientene med kroniske lidelser enten ikke bruker legemidlene riktig eller lar være å ta dem. Et eksempel på dette kan være pasienter med kols eller astma som har feil teknikk ved bruk av inhalasjonspreparater. Et annet eksempel er pasienter som er usikre på behandlingen og redde for bivirkningene, og som derfor ikke tar legemidlene. Noen pasienter reduserer legemiddelbruken i gode perioder for å redusere bivirkninger, mens andre pasienter rett og slett glemmer å ta medisinen.

Britiske apotek har siden 2011 tilbudt en tjeneste kalt New Medicines Service. Pasienter

som har astma, kols, diabetes type 2, høyt blodtrykk eller får blodfortynnende legemidler, får tilbud om to oppfølgingssamtaler med farmasøyt når de starter med et nytt legemiddel. Tilbudet kommer i tillegg til vanlig informasjon og ekspedering av resepter. Oppfølgingssamtalene kan foregå på apoteket eller per telefon.

Den norske apotekforeningen har, i samarbeid med Statens legemiddelverk, startet en informasjonskampanje om en ny gruppe blodfortynnende legemidler. Ved alle ekspederinger av de nye blodfortynnende legemidlene i apotek blir brukerne tilbudt en informasjonstjeneste fra farmasøyt om riktig bruk av disse nye legemidlene. Apotekforeningen ønsker å gjennomføre et forsøk med en veiledningstjeneste etter samme mal som den engelske tjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge dette arbeidet.

som ledd i dette fått et større ansvar for å følge med på utviklingen i befolkningens helse. Det innebærer at tjenesten må ta utgangspunkt helseutfordringene i befolkningen og bruke denne kunnskapen som grunnlag for å tilpasse tilbudet, inkludert forebyggende tiltak, som kan bidra til å redusere framtidig behov for helsehjelp. Fylkeskommunen skal ha oversikt over tannhelsetilstanden og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal være en støtte-spiller i det generelle folkehelse tilbudet.

Det er behov for å videreutvikle eksisterende og gjennomføre tiltak for å støtte helsetjenesten i dette arbeidet, inkludert tiltak for å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det skal vurderes hvordan spesialisthelsetjenestens ansvar på dette området i større grad kan settes på dagsorden i styringsdialogen med de regionale helsefor-etakene. Nasjonalt folkehelseinstitutt utarbeider kommune helse profiler og bidrar med opplæring av kommuner og fylkeskommuner i bruk av profilene. Det skal i samarbeid med KS og kommune-sektoren vurderes hvordan det kan legges til rette for en mer systematisk deling av gode erfaringer mellom kommunene. Se nærmere omtale i kapittel 6 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

5.6 Kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen la i desember 2012 fram Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvali-

tet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. I stortingsmeldingen legges det vekt på å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste med økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Det handler blant annet om å forebygge infeksjoner og behandlingsresistens, feil bruk av legemidler, fall og underernæring.

Der skal etableres et femårig program i helse- og omsorgstjenesten fra 2014. Programmet skal utvikles i samarbeid med ansatte og brukere og bygge på tiltak og erfaringer fra pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender, som ble startet av regjeringen i 2011. Programmet skal bidra til å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen.

Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet slår fast at pasienter og brukere skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt. Et viktig kjennetegn ved en brukerorientert tjeneste er at pasienter og brukere oppmuntres til å delta aktivt i beslutninger om eget behandlings- eller omsorgstilbud. Det handler om å trekke pasienter, brukere og pårørende mer aktivt inn i beslutninger om eget omsorgstilbud eller behandlingsopplegg.

En ny og styrket pasient- og brukerrolle innebærer at befolkningen settes i stand til å ta større ansvar for egen helse, behandling og omsorg. Forutsetningen er at den enkelte har kunnskap om de viktigste årsaker til sykdom og funksjonssvikt og om faktorer som påvirker egen helse, kan

Boks 5.12 Forebygging av fallulykker

Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender har utviklet en tiltakspakke for å forebygge fall i helseinstitusjoner. Fall er den vanligste årsaken til at eldre skades både i og utenfor helseinstitusjoner, og konsekvensene er ofte alvorlige.

Tiltakspakken er rettet mot pasienter over 65 år ved sykehus og sykehjem. Høsten 2012 ble tiltakspakkene prøvd ut ved sykehuset i Telemark og ved Lekneshagen bofellesskap i Vestvågøy kommune. På bakgrunn av erfaringer fra utprøvingen ble tiltakspakkene justert. I slutten av oktober 2012 startet den første av tre samlinger i læringsnettverk for å spre tiltakspakken til flere sykehus og sykehjem. Planen er at de som deltar i læringsnettverkene, skal bidra til å spre tiltakspakken i eget foretak og sykehjem.

Tiltakene innebærer systematisk vurdering av pasienter med forhøyet fallrisiko, tverrfaglige

fallforebyggende tiltak som del av behandlingsplanen, systematisk opplæring av helse- og omsorgspersonell, kartlegging og identifisering av risikoreduserende tiltak på individ- og systemnivå og vurdering av fallrisiko og tiltak som skal følge epikrise når pasienter overføres til hjemmetjeneste, sykehjem, sykehus eller annen helseinstitusjon.

Resultatene fra sykehuset Telemark viser en betydelig forbedring. Da forsøket startet ble det daglig registrert fall ved den aktuelle avdelingen. Fra tiltakspakken ble tatt i bruk og fram til mars 2013, har det i gjennomsnitt gått 6 dager mellom hvert fall.

Se www.pasientsikkerhetskampanjen.no og Sykehuset Telemark.

behandle enkle tilstander selv, vet når det er riktig å be om råd eller oppsøke profesjonell hjelp og har kunnskap om hvilket helsetilbud som er relevant. Det er også avgjørende at pasienter og brukere oppfordres til å sette egne mål for helse og helseatferd, og ikke bare er passive mottakere av andres råd og anbefalinger. For at mennesker med kroniske lidelser skal kunne ta en mer aktiv rolle i egen behandling og omsorg, må det satses på pasient- og brukeropplæring. Det skal som en oppfølging av stortingsmeldingen utvikles verktøy som er tilpasset ulike pasient- og brukergrupper.

En forutsetning for kvalitet og sikkerhet for pasienten er at pasient og behandler forstår hverandre. Det gir grunnlag for informasjonsutveksling som er nødvendig for å kunne gi den beste og rette behandlingen. Risiko for feilbehandling og dårlig kvalitet på behandlingen øker når kommunikasjonen mellom pasient og behandler er dårlig. I arbeidet for best mulig kvalitet på tjenestene skal det legges vekt på kommunikasjon og språk. En forutsetning for kvalitet og sikkerhet for samiske pasienter er en helse- og omsorgstjeneste som har kunnskap om språk og kulturforståelse.

5.7 Nasjonale screeningprogrammer

Screening er tiltak for å identifisere hvilke personer i en tilsynelatende frisk befolkning som har et ikke erkjent helseproblem. Dette kan være økt

risiko for sykdom eller sykdom i en tidlig fase. Personene som identifiseres ved screening kan bli tilbudt informasjon og videre undersøkelser og/eller behandling for å redusere risiko eller komplikasjoner av sin sykdom. Målet med screeningprogrammer er å redusere sykkelighet og dødelighet i befolkningen.

I Norge er det etablert to nasjonale screeningprogrammer for å oppdage kreft – mammografi-programmet og masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft ble etablert i 1995. Programmet anbefaler at alle kvinner mellom 25 og 69 år tar en celleprøve fra livmorhalsen hvert tredje år. Andelen kvinner som følger anbefalingen om prøve hvert tredje år er 66 prosent. De som ikke møter blir fulgt opp, og etter fem år er andelen økt til 80 prosent. Etter at programmet ble etablert, har det vært en reduksjon i forekomst av nye tilfelle av livmorhalskreft på 30 prosent.

Mammografiprogrammet har vært landsdekkende siden 2004. Alle kvinner mellom 50 og 69 år inviteres til screening hvert annet år. Oppmøtet er omlag 75 prosent på landsbasis. Resultatene fra to helt nye analyser av effekten av mammografiscreening viser henholdsvis 20 og 30 prosent reduksjon i dødelighet av brystkreft hos kvinner som er invitert til screening. I de senere årene er det blitt mer oppmerksomhet på at mammografiprogrammet gir risiko for overdiagnostisering av

brystkreft, det vil si at det oppdages kreftsvulster som ikke ville ha utviklet seg til alvorlig sykdom selv om de ikke ble oppdaget. Kritikere av mammografiprogrammet har hevdet at effekten på dødelighet ikke oppveier ulempene med overdiagnostisering. Programmet er nå gjenstand for en forskningsbasert evaluering.

Kreft i tykk- og endetarm er et stort folkehelseproblem med stor sykelighet og dødelighet. I Norge er forekomsten høy og økende. I 2012 startet et pilotprosjekt med screening for tykk- og endetarmskreft ved sykehuset i Moss og på Bærum sykehus, som skal gå over fire år og inkludere 140 000 menn og kvinner i alderen 50 til 74 år.

Det har vært vurdert å innføre screening for prostatakreft. Den aktuelle testen, PSA-test (prostata spesifikt antigen), er imidlertid ikke følsom og presis nok som screeningtest. Derfor anbefales ikke screening for prostatakreft i den generelle befolkningen.

Det gjennomføres også screening for andre tilstander enn kreft. Alle nyfødte screenes med blodprøve for 23 arvelige sykdommer. Felles for sykdommene er at det finnes effektiv behandling, som kan forhindre død eller begrense funksjonshemming, dersom behandlingen starter før symptomene oppstår. Videre tilbys alle nyfødte hørselscreening.

Alle gravide tilbys blodprøve for undersøkelser av antistoffer mot hiv, røde hunder og syfilis. Dette er sykdommer som kan gi sykdom eller skade hos barnet. Gravide tilbys også ultralydundersøkelse i uke 17 til 19. Formålet med denne ultralydundersøkelsen er blant annet å vurdere svangerskapets lengde, bestemme antall fostre og fosterets utvikling, slik at det kan gis en god og tilpasset svangerskapsomsorg.

Krav til nasjonale screeningprogrammer

Siden screening er undersøkelse av friske personer, må det stilles strenge krav til nasjonale screeningprogrammer. Kriterier utarbeidet av Verdens helseorganisasjon slår fast at tilstanden det screenes for, må være vanlig og utgjøre et viktig helseproblem, og det må finnes effektiv behandling og tilstrekkelig kapasitet i helsetjenesten til å følge opp. Videre skal testen som brukes, være sensitiv og presis, slik at den skiller godt mellom syke og friske, den skal være enkel å utføre, ha lav risiko for bivirkninger og være kostnadseffektiv.

Det bør være en løpende evaluering av alle screeningprogrammer. Både teknologiske fremskritt og endringer i screeningprogrammer og

målgrupper gjør at resultatene fra eldre studier ikke nødvendigvis er direkte overførbare til dagens virkelighet. For å kunne vurdere den totale nytten av et screeningprogram, bør effekten på sykelighet og dødelighet vurderes opp mot sannsynligheten for overbehandling, belastningen ved å delta i undersøkelsen og risikoen for «falsk alarm». I dag er det ikke organisert noen løpende evaluering av screeningundersøkelser utenfor de nasjonale kreftscreeningprogrammene.

En utfordring med å evaluere effekten av et screeningprogram er forekomsten av screening utenfor det organiserte programmet (vill-screening). Dette er spesielt relevant for kreftscreeningprogrammene. Omfanget av screening utenfor organiserte programmer er usikkert. Det bør vurderes om det bør innføres rapportering av mammografiundersøkelser som gjennomføres utenfor mammografiprogrammet. Begrepet vill-screening brukes også om testing for sykdommer der det ikke er etablert nasjonale screeningprogrammer, for eksempel PSA-testing for prostatakreft

Innføring av nye screeningprogrammer

Pilotprosjektet med screening for tykktarmskreft er en god modell for innføring av nye screeningprogrammer. Prosjektet er bygd opp som et forskningsprosjekt, der en sammenlikner to screeningtester som begge har vist effekt. Modellen gir viktig informasjon om effekten av selve screeningprogrammet, men også om hvilken test innenfor programmet som har best effekt. Det bør vurderes om denne modellen bør ligge til grunn for innføring av nye screeningprogrammer.

I tråd med systemet for innføring av ny teknologi og nye behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten skal beslutning om innføring av nye screeningprogrammer baseres på en fullstendig metodevurdering på nasjonalt nivå. Vurderingen skal omfatte en systematisk oppsummering av helseeffekter og analyser av økonomiske, organisatoriske, sosiale og/eller juridiske konsekvenser. Forslag om nye nasjonale screeningprogrammer skal legges fram for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Se nærmere omtale i Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester.

Brukerperspektivet i screening

Der er frivillig å delta i screeningprogrammer. Det er viktig med god og balansert informasjon slik at de som inviteres kan foreta et informert valg når det gjelder om de ønsker å delta eller ikke. Den

enkeltes preferanser vil være viktige. For noen betyr det mest at testen fanger opp alle som er syke eller har risiko for sykdom. For andre kan det være viktigst at testen er presis og bare fanger opp de som faktisk er syke. I de tilfeller hvor det finnes flere aktuelle screeningtester, bør det derfor vurderes om det er mulig å legge til rette for større valgfrihet i valg av testmetode.

Beslutningsstøtteverktøy kan hjelpe den enkelte til å delta aktivt i valg om egen helse og treffe valg som er i tråd med egne verdier og preferanser. Slikt verktøy kan gi informasjon om fordeler og ulemper ved å delta i et screeningprogram og effekt og risiko knyttet til ulike screeningtester. De som inviteres må også få informasjon om komplikasjoner ved behandling og risiko for overbehandling.

Boks 5.13 Økt satsing på forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren

Regjeringen vil:

- Videreutvikle helse- og omsorgstjenesten i kommunene til en mer tverrfaglig og integrert tjeneste i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen
- Videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Fortsette å satse på frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud i kommunene
- Opprette flere lavterskeltiltak for gravide, mødre og foreldre som sliter med rusavhengighet og psykiske lidelser
- Vurdere tydeligere krav til kvalitetssikring og evaluering av nasjonale screeningprogrammer
- Sørge for at helseforetakene har oppmerksomhet på det forebyggende arbeidet i spesialisthelsetjenesten
- Samarbeide med KS og kommunesektoren om hvordan det forebyggende arbeidet kan styrkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Utarbeide en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.

Kapittel

6

Figur 6.1

6 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Et bærekraftig folkehelsearbeid må bygge på et vitenskapelig fundament. Regjeringen har som mål å gjøre folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert. En sterkere faglig forankring av folkehelsearbeidet skal bidra til bedre resultater og mer effektiv ressursbruk.

Det er et mål å få bedre oversikt over helse og påvirkningsfaktorer. Kunnskapen om effektive folkehelse tiltak skal blant annet styrkes gjennom forskningsbaserte evalueringer. Videre vil regjeringen styrke folkehelseperspektivet i aktuelle utdanninger, bidra til å bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner om folkehelse og utvikle bedre verktøy for å ivareta folkehelse på tvers av sektorer.

Etableringene av folkeheleprofilene til kommuner og fylkeskommuner fra 2012 er et stort skritt for å styrke kunnskapsgrunnlaget for det kommunale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet. Disse skal utvikles videre. Det er fortsatt et stort potensial for å utnytte eksisterende data gjennom bedre samordning og formidling.

6.1 Bedre oversikt over helse og påvirkningsfaktorer

God oversikt over helse og påvirkningsfaktorer er en forutsetning for å beskrive utfordringer og nødvendig for å planlegge og gjennomføre tiltak. I tillegg er gode data viktig som grunnlag for forskning og utvikling og forskningsbaserte evalueringer av tiltak.

Boks 6.1 Kunnskapsbasert folkehelse

- God kunnskap om befolkningens helsetilstand
- God kunnskap om årsakssammenhenger
- God kunnskap om effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak

6.1.1 Bedre datagrunnlaget

Norge har alle forutsetninger for å få et godt datagrunnlag som grunnlag for å beskrive folkehelseutfordringene og iverksette effektive tiltak.

Sentrale helseregistre

En rekke sentrale helseregistre gir et godt grunnlag for å beskrive forekomst og fordeling av dødsårsaker og sykdommer som behandles av spesialhelsetjenesten. Gode og helhetlige registre er en vesentlig styrke for forskning og folkehelseanalyser. Det kan søkes om å kople slike registre med andre registre, slik at det er mulig å studere hvordan sykdom og død utvikler seg og henger sammen med utdanning, inntekt, bosted, familjestørrelse, innvandrerbakgrunn osv.

Registrene er også en viktig kilde for folkehelseforskning. I Norge har vi en helhetlig oversikt over forekomst av kreft og ulike kreftsykdommer gjennom Kreftregisteret. Det er også etablert et nasjonalt hjertekarregister. På samme måte er det viktig å kontinuerlig vurdere behov for etablering av nasjonale helse- eller sykdomsregistre, eller såkalte fellesregistre innenfor de andre store folkesykdommene. Formålet er å få en best mulig oversikt over sykdomsutvikling i befolkningen og forskning på disse sykdommene. Gjennom nasjonalt helseregisterprosjekt er det lagt et grunnlag for en helhetlig utvikling av de nasjonale helseregistrene, også når det gjelder tekniske fellesløsninger. Sverige og Danmark er ledende i Norden når det gjelder utvikling av nasjonale helse- og kvalitetsregistre. Gjennom et nordisk samarbeid om helseregistre er det lagt til rette for å styrke arbeidet med helseregistre og forskning knyttet til disse i Norden.

Vi har mangelfull informasjon om omfanget av store sykdomsgrupper som depresjon, angst, kols og diabetes type 2 som diagnostiseres og behandles i kommunehelsetjenesten, og om forekomst av risikofaktorer fordelt på kommunenivå. I stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som ble lagt fram i desember 2012, varsler regjeringen at den vil utrede etablering av et register

for den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter mønster fra Norsk pasientregister. I meldingen ble det også redegjort for et arbeid med kodeverk på tannhelsefeltet, som kan danne grunnlag for systematisk innhenting av data om tannhelse-tilstand og tannbehandling som utføres i den voksne befolkningen.

Befolkningsundersøkelser

Det mangler gode data om en del sentrale levevaner i befolkningen som kosthold, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk og røyking, og risikofaktorer som overvekt og underernæring. Dette gjelder gode nasjonale data, men også data som kan brytes ned til regionale og kommunale oversikter. Det er også nødvendig med bedre kunnskap om sosiale helseforskjeller og forhold som påvirker slike forskjeller, og kunnskap forhold som fremmer og styrker helsen i befolkningen. Bedre data gir bedre forutsetninger for kommunene, fylkeskommunene og staten til å iverksette målrettede tiltak og til å følge effekten av tiltak.

Statistisk sentralbyrå gjennomfører helse- og levkårsundersøkelsene hvert tredje år. Disse gir et bredt bilde av helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer. Undersøkelsene kan kobles til opplysninger og bakgrunnsinformasjon fra andre datakilder. Men undersøkelsene er ofte små, som regel med godt under 10 000 respondenter, og kan i liten grad tilfredsstille behovet for data om grupper i befolkningen, for eksempel etter sosial eller etnisk bakgrunn og geografi.

I arbeidet med å styrke og systematisere kunnskap om helsen i befolkningen er det relevant å inkludere forskning som kan utfylle data om helsetilstanden frem i helseregistrene. Folkehelse har også livskvalitet og trivsel som dimensjon. Blant annet Statistisk sentralbyrå og forskningstiftelsen Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring driver forskning som kan belyse forhold om levkår og livskvalitet. Livsløpsstudien Livsløp, generasjon og kjønn¹ gir mye aktuell informasjon, blant annet om forhold knyttet til samlivsetablering, fruktbarhet, utflytting fra oppveksthjemmet og pensjoneringsatferd. Med aldringen av befolkningen og folkehelsepolitikkenes vektlegging av aktiv aldring vil undersøkelsen kunne belyse faktorer som fremmer god livskvalitet i eldre år.

Boks 6.2 Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag Hunt

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning. Data er framskaffet gjennom tre befolkningsundersøkelser, Hunt 1 (1984–1986), Hunt 2 (1995–1997) og Hunt 3 (2006–2008), samt Ung-Hunt 1995–1997, 1999–2000 og 2005–2008. Til sammen har 120 000 personer samtykket til at anonymiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter, og 80 000 har avgitt blodprøver. Dette gjør Hunt til en betydningsfull samling av helsedata og biologisk materiale, også i internasjonal sammenheng.

Befolkningsundersøkelsene i Nord-Trøndelag gjennomføres av Hunt forskningssenter som også driver medisinsk og helsefaglig forskning, forvalter forskningsdata og oppbevarer biologisk materiale (biobank) og utleverer prøver til godkjente forskningsprosjekter. Hunt forskningssenter er lokalisert i Levanger og er en del av Institutt for samfunnsmedisin ved Det medisinske fakultet ved NTNU.

Kombinasjonen av data fra befolkningsundersøkelser og biologisk materiale gir mulighet til å studere samspillet mellom genetisk variasjon, livsstil og miljøpåvirkning. Dette kan gi ny kunnskap om sykdom og helse. Data fra en totalbefolkning og et geografisk område gir helt spesielle muligheter til å studere helse- og sosiale forhold i en befolkning, i forskjellige regioner, kommuner, bostedskretser og i forskjellige grupper i befolkningen, i alle aldre fra 13 år og oppover. I leting etter nye svar på dagens og framtidens helseproblemer vil studier av samspillet mellom genetisk disposisjon, livsstil og miljøpåvirkning bli et svært betydningsfullt verktøy.

I tillegg til generelle befolkningsundersøkelser blir det gjennomført en rekke samtykkebaserte helseundersøkelser som kan gi informasjon om selvrapportert helse, kliniske tester og målinger. Det er befolkningsbaserte helseundersøkelser i Tromsø, Hordaland, Nord-Trøndelag (Hunt), Oppland, Hedmark, Finnmark og Oslo, Den norske mor og barnundersøkelsen. Befolkningsundersøkelser og biobanker er viktige for forskning på folkehelse. Det er under planlegging en ny befolkningsundersøkelse i Nord-Trøndelag, Hunt 4 (se boks 6.2). Helse- og omsorgsdepartementet

¹ LOGG er et samarbeid mellom statistisk sentralbyrå og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

ser positivt på dette og vil vurdere å støtte arbeidet. Innenfor flere sykdomsområder mangler fremdeles kunnskap om årsaker og utvikling. Det er ønskelig med større, sammenliknende studier på europeisk eller internasjonalt nivå.

For en del forskningsbaserte undersøkelser er det en utfordring at datainnsamlingen ikke skjer regelmessig og dermed reduserer muligheten for å følge utviklingen i befolkningens helse over tid.

Helsedirektoratet og Statens institutt for rusmiddelforskning gjennomfører tverrsnittsundersøkelser om kosthold, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk og røyking. Disse gjennomføres til dels svært sjelden. For eksempel ble forrige landsomfattende kostholdsundersøkelse blant ungdom-Ungkost gjennomført i 2000. Studiene er vanligvis anonyme tverrsnittsundersøkelser som ikke kan koples til andre data. Det betyr at de ikke kan brukes til å undersøke hvordan det går med en person over tid eller analysere årsakssammenhenger og effekter av tiltak. Samlet sett betyr begrensningene i datagrunnlaget at informasjonen om faktorer som kosthold, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk, røyking og kroppsmasseindeks (høyde og vekt)

er mangelfull. Målsettingen er bedre koordinering av datainnsamlingen, mer regelmessig innsamling av data, mer gjennomarbeidet metodikk og mer standardiserte spørsmål. Statens institutt for rusmiddelforskning samarbeider med Statistisk sentralbyrå om innsamling av data. Dette er med på å sikre kvaliteten og heve svarprosenten på undersøkelsen.

Kunnskapen fra den første datainnsamlingen skal benyttes som beslutningsgrunnlag for politikere, og til iverksetting av tiltak i ulike settinger. Tiltakene skal evalueres og ny kunnskap implementeres. Kartleggingsverktøyet er under utvikling og skal kunne benyttes i folkehelsearbeidet i alle kommuner.

Ungdata

Fra sommeren 2012 ble ungdomsundersøkelser gjennom Ungdata et gratistilbud til norske kommuner. Dette har medført økt etterspørsel, og våren 2013 vil det bli gjennomført undersøkelser i omlag 88 kommuner. To fylkeskommuner gjennomfører også undersøkelser våren 2013. Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom. Det er Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (Korus) som gjennomfører undersøkelsene. Et viktig mål med Ungdata er å øke verdien av de lokale undersøkelsene, både for kommuner og for nasjonale forskningsformål. Framfor alt gir en mer samordnet innsamling av lokale data kommunene bedre mulighet til å sammenlikne resultater med andre kommuner.

Ungdata gir bred informasjon om ungdoms liv. Undersøkelsene har en komponent knyttet til ungdoms bruk av rusmidler og tobakk og til ulike former for kriminell- og antisosial atferd som vold og mobbing. I tillegg har undersøkelsene i varierende grad dekket ulike sider ved de unges livsstil og livssituasjon. Det handler om forholdet til mor og far, familiens økonomi, levekår, nærmiljø, trivsel og mistrivsel og skole og utdanning. Andre temaer er bruk av fritiden, som fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv, organisasjonsdeltakelse, ny informasjonsteknologi, jevnaldergruppen, vennskap, sosialt nettverk og psykisk helse, intimitet og seksualitet. I noen grad er også temaer som

Boks 6.3 Lev vel i Malvik kommune

I folkehelsesatsingen Lev vel i Malvik kommune inngår befolkningsundersøkelsen Helse og livskvalitet. Prosjektet er et samarbeid mellom Malvik kommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Senter for helsefremmende forskning (jf. Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid). Forsknings- og utviklingsprosjektet Lev vel ble initiert på bakgrunn av ny folkehelselov.

I prosjektet kartlegges faktorer som fremmer helse og livskvalitet blant befolkningen i Malvik kommune. I tråd med ny folkehelselov settes det fokus på trivsel så vel som på gode sosiale, økonomiske og miljømessige levekår.

Resultatet fra dette arbeidet skal sammenstilles med andre helsedata (fra Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet) og danne grunnlag for spesifikke folkehelse tiltak. Prosjektet er en del av en større satsing i Trøndelagsfylkene for å identifisere en minste felles kunnskapsbase for folkehelsearbeid. Data fra undersøkelsen gjøres tilgjengelig gjennom et helseregister for forskning.

kulturelle verdier, religiøse holdninger og politikk og samfunn.

Helsedirektoratet, Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet har støttet utviklingskostnadene økonomisk og finansierer Ungdata i prosjektperioden 2012–2013. Erfaringene med bruk av Ungdata skal evalueres med sikte på å en løsning tilpasset et helhetlig system for folkehelseanalyser.

Synliggjøre vold i nære relasjoner

God statistikk fra hjelpeapparatet er viktig for å synliggjøre vold i nære relasjoner som et samfunnsproblem. Manglende statistikk og omfangstall kan bidra til å usynliggjøre volden. Det kan være aktuelt å be om kjønnstatistikk over henvendelser som gjelder vold i nære relasjoner, fra flere instanser ut over de som i dag fører en slik oversikt, for eksempel familievern, barnevern og helse- og omsorgstjenesten.

De fleste lokale tjenestene melder at de ikke har god statistikk over vold i nære relasjoner, og at det antakelig er stor underrapportering på området. Det vil være nødvendig å spisse og spesifiserer statistikken innenfor flere tjenester i årene framover for å skaffe til veie lokale data, som grunnlag for oversikt over vold i nære relasjoner som en utfordring for kommunene. En synliggjøring av dette på lokalt nivå er et grunnlag for vurdering av tiltak, for eksempel oppbygging av kompetanse i barnehager, skole, helsestasjon, barnevern, skolehelsetjeneste, legevakt, til vurdering av rapporterings- og meldingssystemer, innretning og dimensjonering av ulike tjenester og tilbud og informasjon og veiledning.

Bedre samordning og samarbeid

Regjeringen ønsker å arbeide for et mer helhetlig og langsiktig system for folkehelseanalyser med en større grad av standardisering, synkronisering og samling av overvåkingsoppgaver. Folkehelseinstituttet skal styrkes som kompetansemiljø og koordinerende organ for helseundersøkelser. Det er aktuelt å flytte helseovervåkingsoppgaver innen ernæring og fysisk aktivitet fra Helsedirektoratet til Nasjonalt folkehelseinstitutt for å styrke og samle kompetanse på innsamling, analyser og tilrettelegging av data. Ved å knytte ny datainnsamling til eksisterende undersøkelser får man bedre datakvalitet, og det blir mulig å få hentet mer informasjon ut av dataene. Universitetene og høyskolene vil ha et viktig samfunnsoppdrag i å

bidra med forskningsbasert kunnskap innen forebygging og helsefremming i årene framover, gjennom analyser av et mer helhetlig datagrunnlag. Dette krever styrket kompetanse på folkehelseforskning.

Det skal utvikles et system for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser, som kan gi kunnskap på områder der det i dag er mangelfulle data, for eksempel om levekår, sosial ulikhet i helse, rusmiddelbruk, fysisk aktivitet, ernæring og selvpoplevd helse. Folkehelseinstituttet skal etter folkehelseloven legge til rette for standardisering av fylkeshelseundersøkelsene. Det er lagt opp til at fylkeskommuner skal gjennomføre regelmessige befolkningsundersøkelser, slik at fylkeshelseundersøkelsene inngår i et helhetlig nasjonalt system. Dette vil bidra til bedre nasjonale data og til at datagrunnlaget blir mer anvendelig for fylker og kommuner.

Det skal etableres et bedre system for meldinger om miljøhendelser og mistanke om eksponering av utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. Det skal vurderes å utrede et system for rask datainnsamling i forbindelse med helsehendelser og beredskapssituasjoner som pandemier, utbrudd av smittsomme sykdommer, miljøhendelser, kuldeperioder med videre. Det er i denne sammenheng aktuelt å vurdere hvordan eksisterende registre, helseundersøkelser og biobanker kan utnyttes bedre.

6.1.2 Mer systematisk formidling av data

Kunnskapsbasert arbeid forutsetter gode data som kan brukes i det praktiske folkehelsearbeidet. Dette innebærer en god og forståelig formidling av data til kommuner, andre sektorer og kompetansemiljøer.

Statistikkbank og folkehelseprofiler

Nasjonalt folkehelseinstitutt har som samfunnsoppdrag å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og formidle denne til kommuner, fylker, staten og andre. Folkehelseinstituttet skal etter folkehelseloven § 25 gjøre helsestatistikk tilgjengelig for kommunenes folkehelsearbeid. Dataene gjøres tilgjengelig blant annet i form av folkehelseprofiler og KommuneHelse statistikkbank. I videreutviklingen av dette arbeidet skal det blant annet arbeides med indikatorer i tråd med folkehelseforskriftens § 3, befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Med hel-

serelatert atferd menes for eksempel fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmidler. Instituttet planlegger også å gjøre beregninger av sykdomsbyrde knyttet til ulike tilstander og ulike risikofaktors betydning for sykdomsbyrden. Slik helsestatistikk krever tilgang på data fra nasjonale datakilder, herunder sentrale helseregistre, data fra Statistisk sentralbyrå med flere. Det er også behov for å kunne gjøre koplinger mellom data fra de ulike kildene. I statistikkbanken kan ny helsedata legges inn etter hvert som data utvikles. Dette kan for eksempel omfatte data om hørsel og hørselhemming.

Folkehelseinstituttet skal styrke samarbeidet med forskningsmiljøer som kan levere relevante indikatorer for sosiale påvirkningsfaktorer. Det bygges nå opp folkehelsekompetanse på de fleste universiteter og på mange høyskoler. Sentrale miljøer innen folkehelseforskning er Hemil-senteret i Bergen og Senter for helsefremmende forskning i Trondheim.

Folkehelseprofilene ble første gang publisert i 2012 og er under utvikling. De inneholder opplysninger om helsetilstand og om forhold som påvirker helsen, for eksempel om levekår og miljø, og skal gi kommuner og fylkeskommuner informasjon som kan inngå i oversikter over folkehelsen. Oversiktene er utgangspunktet for kommunens og fylkeskommunens lovpålagte oppgaver i folkehelsearbeidet og viktige for å legge til rette for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Folkehelseinstituttet har ikke særskilt hjemmel for tilgang til eller koplinger av data som ligger i Statistisk sentralbyrå og i andre sektorer. Tolkningen av statistikkloven gjør at data utleveres fra Statistisk sentralbyrå til formålet offentlig planlegging og ikke til forskning.

Helseovervåking faller i tillegg utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Folkehelseinstituttet får derfor kun tilgang til anonyme data for å utføre disse oppgavene. Ved utarbeiding av folkehelseprofiler og data til publisering i Kommune-helsa statistikkbank bearbeides måltallene basert på mer detaljert informasjon enn det som til slutt publiseres. Dette gjelder særlig ved aldersstandardisering som gir mer sammenliknbare og «riktige» måltall, og der flere årganger slås sammen for å gi mer pålitelige tall. I tillegg vil dette gi bedre dekning for de mindre kommunene, som i utgangspunktet er for små til å få tall for enkeltår. Anonymisering av data i leveranser fra Statistisk sentralbyrå og andre dataleverandører betyr derfor at Folkehelseinstituttet ikke får tilgang til data som er nødvendige for å gjøre disse beregningene.

Regjeringen mener det bør legges til rette for at store og mellomstore kommuner får helsestatistikk på bydelsnivå for å kunne målrette det lokale folkehelsearbeidet, og at det kan utarbeides indikatorer om geografisk ulikhet innad i kommunene. Dette er viktig informasjon for lokalt folkehelsearbeid. Folkeregisteret angir ikke direkte hvilken bydel en person er bosatt i. Men registrering av bostedsadresse gir grunnlag for å avlede bydel ved å bedre utnytte foreliggende informasjon fra Matrikkelen.

Regjeringen mener det er viktig å legge til rette for at Folkehelseinstituttets ansvar med å utforme folkehelseprofiler kan gjennomføres på en god måte. Det er nødvendig å gjennomgå regelverket for tilgang til opplysninger fra registre med befolkningsstatistikk, med sikte på å sikre at Nasjonalt folkehelseinstitutt kan oppfylle ansvaret for å gjøre helsestatistikk tilgjengelig for kommunenes (herunder bydeler) og fylkeskommunenes folkehelsearbeid.

I tillegg til folkehelseprofiler skal det legges til rette for formidling av data gjennom å videreutvikle statistikkbanken og utvikle effektive formidlingsformer, for eksempel dynamiske web-løsninger.

Barnebarometeret

Som en oppfølging av Barnas framtid – Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007–2016 har Statistisk sentralbyrå i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Utdanningsdirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet utviklet Barnebarometeret. Barnebarometeret er et system for overvåking av barn og unges oppvekstvilkår og skal legge til rette for analyse av deres miljø og helseforhold og vise utviklingen over tid. Indikatorene er knyttet til blant annet fysisk aktivitet, luftkvalitet, passiv røyking, røyking i svangerskap, sosiale og økonomiske levekår, sosiale miljøfaktorer innen barnehage, skole og fritidstilbud. Totalt benyttes det 35 forskjellige indikatorer. Dette er et arbeid som må sees i sammenheng med utviklingen av mål og indikatorer i folkehelsearbeidet, se kapittel 8. Det tas sikte på at Barnebarometeret skal publiseres hvert andre eller tredje år.

6.1.3 Kapasitet og kompetanse på analyse

Norge skal delta i det internasjonale arbeidet med å utvikle sykdomsbyrdeanalyser. Sykdomsbyrdeanalysene skal bidra til bedre kunnskap om ulike sykdomsgruppers bidrag til dødelighet og syke-

lighet i befolkningen, for eksempel hjerte- og karlidelser, kreft, psykisk lidelser, demens og skader. I tillegg bidrar analysene til å tallfeste betydningen av viktige risikofaktorer som tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, alkohol, høyt blodtrykk, overvekt/fedme og kolesterol.

Sykdomsbyrdeanalysene vil gi bedre oversikt over helsetilstanden og risikofaktorenes betydning. Resultatene vil være nyttige verktøy for prioritering og vil være til hjelp i utforming av forebyggende tiltak. Sterkere norsk fagmiljø og nasjonale sykdomsbyrdeanalyser vil også kunne støtte pågående norske prosjekter som benytter sykdomsbyrdemetodologi i lavinntektsland. På bakgrunn av dette vil Folkehelseinstituttet få i oppdrag å utvikle nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt.

Uvikling av nasjonal statistikk er en viktig del av internasjonalt samarbeid og forpliktelser. I lys av sykdomsbyrdeprosjektet vil Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå få i oppdrag å vurdere forholdet mellom internasjonale forventninger og mål, blant annet om reduksjon av livsstilssykdommer, og nasjonale behov. I tillegg til å gjøre en vurdering av hvilke data som er nødvendige for å følge opp Verdens helseorganisasjons rammeverk for ikke-smittsomme sykdommer, skal også andre avtaler bl.a. innen sosiale helsedeterminanter, psykisk helse, Helse 2020, samt behov knyttet til det europeiske forskningssamarbeidet ERA, vurderes.

I tillegg til sykdomsbyrdevurderinger som tar utgangspunkt i risiko for utvikling av sykdom, er det viktig å utvikle bedre systemer for å følge endringer i forhold som bidrar til å styrke og fremme helsen. Det er en forskjell på hva som bringer helse og hva som bringer sykdom. For eksempel vil mange med kroniske lidelser si at de har god helse og være velfungerende. Kunnskap om helsefremmende faktorer bør bringes sterkere inn i folkehelseanalyser for å gi en bredere forståelse av folkehelseutfordringer og muligheter. Forskrift om oversikt over folkehelsen regulerer innholdet i oversiktene for kommuner og fylkeskommuner. Staten skal i større grad bistå kommuner og fylkeskommuner med å få oversikt over folkehelsen. Helsedirektoratet skal styrke veiledningen om hvordan kommunene kan skaffe gode oversikter. Folkehelseinstituttet skal bidra til systematisk opplæring av kommuner og fylkeskommuner i bruk av folkehelseprofiler.

Forskriften pålegger kommuner der det er relevant, å vurdere om det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen. Det kan være aktuelt å innhente erfaringer og kunnskap fra den samiske

befolkningen selv både som grunnlag for å vurdere om det er grunn til å anta at det er slike utfordringer i kommunen og for å vurdere folkehelseutfordringene. Videre kan det være aktuelt å innhente erfaringer og kunnskap fra forskningsmiljøer som har kunnskap om helsen i den samiske befolkningen.

6.2 Forskning og innovasjon

6.2.1 Kunnskapn om effektive tiltak og evaluering

Det er ønskelig med mer kunnskap om effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak og legge til rette for at tiltaksevalueringer gjøres tilstrekkelig systematisk og forskningsbasert gjennom for eksempel systematiske kunnskapsoversikter og metodevurderinger.

Gjennom samhandlingsreformen, herunder ny folkehelselov, er det økt vekt på kunnskapsbaserte tiltak i folkehelsearbeidet. Dette innebærer økt krav til at tiltak skal ha dokumentert effekt og ikke vesentlige uønskede effekter, og at forholdet mellom kostnader og nytte skal vurderes når dette er mulig. Når det er vitenskaplig usikkerhet, vises det til prinsippet om føre-var. Det er behov for å evaluere tiltak som kan bidra til bedre folkehelse og utjevne ulikheter i helse i befolkningen.

Helsedirektoratet utvikler en overordnet strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Hensikten med strategien er et mer effektivt folkehelsearbeid, herunder forebyggende helsetjenester, en sterkere og mer relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet, en hensiktsmessig og effektiv arbeidsfordeling mellom aktørene og en bedre tilrettelegging av kunnskap sentralt, regionalt og lokalt. Videre skal direktoratet legge til rette for at det gjennomføres systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak.

Fremme folkehelseforskning

Mange av programmene i regi av Norges forskningsråd omfatter forskning som er relevant for folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid er i stort grad tverrsektorielt. Alle programmene åpner for tverrsektorielle forskningsprosjekter, men det er et stort potensial for å øke antallet. Dette kan gjøres ved å legge føringer for at søknader basert på tverrsektorielt samarbeid vil prioriteres forutsatt at krav til kvalitet er ivaretatt. Forskningen om faktorer som påvirker helsen i befolkningen, krever ofte langvarige studier med komplisert studie-

Boks 6.4 Senter for samisk helseforskning og Saminor

Senter for samisk helseforskning ble etablert som en enhet ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø i 2001. Senterets hovedoppgave er å fremskaffe ny kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen i Norge.

Forskningssenteret legger vekt på tverrfaglig forskning, befolkningsbaserte studier og bruk av kvantitative metoder. Spesielt viktig er senterets egen helse- og levekårsundersøkelse Saminor. Undersøkelsen ble gjennomført i 2003–2004 i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt. Datamaterialet fra den første Saminorundersøkelsen har muliggjort studier av forekomst av og risiko for sykdom i den samiske befolkningen sammenlignet med den øvrige befolkningen i det samme geografiske området. Undersøkelsen viser at den samiske befolkningen står overfor noen spesifikke helseutfordringer og utfordringer med hensyn til bruken og nytten av helsetjenester som det er aktuelt å forske videre på.

I 2012 og 2013 gjennomføres den andre helse- og levekårsundersøkelsen Saminor 2. Undersøkelsen har som mål å få mer kunnskap om helse og levekår i områder med samisk og norsk bosetning i Norge, inkludert forekomst av risikofaktorer, sykdommer og mulige årsaksforhold. Følgende fem hovedtemaer er dekket i undersøkelsen: 1) metabolsk syndrom og risiko for type 2 diabetes, 2) psykisk helse, 3) trygdemedisin, 4) tannhelse og 5) helsetjenesteforskning. I tillegg er følgende temaer inkludert: mattrygghet, jernstatus og samiske verdier, religion og livssyn.

Forskningssenteret driver også rådgivning og undervisning og arrangerer konferanser og seminarer.

design og dermed langsiktige forskningsprogrammer. Det kan derfor være aktuelt å vurdere hvordan eksisterende og eventuelle nye forskningssatser kan ivareta disse behovene på en bedre måte.

Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennomgå aktuelle forskningsprogram, slik at vi får sterkere vitenskapelig oppmerksomhet på forhold som bidrar til å fremme, vedlikeholde og gjenopprette god helse og på rettferdig fordeling av helse.

Det er en utfordring at innvandrergreper ofte faller utenfor den generelle forskningen på livsstilssykdommer, andre somatiske lidelser og psykiske lidelser. Forskningsverktøy og modeller er utviklet og tilpasset forskning på majoritetsbefolkningen. Det er også en utfordring at landbakgrunn ikke registreres, slik at data som kunne gitt betydelig kunnskap på feltet ikke utnyttes fullt ut. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi) er et tverrfaglig kompetansesenter som gjennom kunnskapsformidling, forskning, utviklingsarbeid og informasjonsutveksling arbeider for å fremme kunnskap om helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn (innvandrere og andre etniske minoriteter).

I nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) går det også fram at det skal vurderes en bedre koordinert forskningsinnsats på området mat, ernæring og helse. I den nylig framlagte forskningsmeldingen, Meld. St. 18 (2012–2013), legges det opp til at behovet for en forskningsstrategi på matområdet skal vurderes, og at matdepartementene skal vurdere samarbeid om en videre satsing.

Det er behov for å styrke forskningssamarbeidet på dette området i Norden, herunder forskning innen folkehelseøkonomi og utvikling av gode folkehelsedata som grunnlag for plan og tiltak nasjonalt, regionalt og lokalt.

Kulturopplevelser i vid forstand inngår i forståelsen av folkehelsearbeidets rolle i samfunnsutviklingen. Det skal derfor legges vekt på å styrke kunnskapen om sammenhengen mellom kultur, trivsel og helse og hvilken rolle kulturaktiviteter og opplevelser kan ha.

Forskningsbaserte evalueringer

Regjeringen vil legge til rette for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom å oppmuntre til at tiltak som innføres, enten har en dokumentert effekt eller blir evaluert ved innføring.

Ofta er det slik at forskjellige studier viser noe forskjellige resultater, da er det viktig å se på alle de relevante studiene samlet. Systematisk oppsummering av alle studiene gir bedre oversikt over hva som kan forventes ved innføring av tiltaket. Ikke minst er det viktig å sammenlikne forskjellige tiltak mot hverandre. De fleste utfordringer eller problemer har flere mulige løsninger, og det er sjelden slik at de forskjellige tiltakene som vurderes, er like effektive. Oppsummert forskning er et godt hjelpemiddel i prosessen med å velge ut hvilke tiltak som skal innføres. Samtidig er det innen folkehelsearbeid metodiske utfor-

dringer med å gjøre studier på samfunnsnivå, som gjør at det ikke uten videre er mulig å overføre metoder fra kliniske studier til samfunnsrettede tiltak. Ofte vil det være sammensatte tiltak som har størst effekt, noe som er mer krevende å dokumentere.

For å understøtte ønsket om at alle tiltak bør evalueres vil Folkehelseinstituttet få i oppdrag å utvikle et kompetansemiljø for å evaluere tiltaksforskning med utgangspunkt i helseregistre og andre folkehelseanalyser. Kompetansemiljøet skal være en ressurs og støtte til andre forsknings- og utviklingsmiljøer som driver tiltaksforskning. Det er viktig å knytte god kontakt til de forskningsmiljøene som sitter på fagkunnskap om evalueringsmetoder. Nye utfordringer i folkehelsearbeidet krever kontinuerlig metodeutvikling. Det er derfor viktig å få til et godt samarbeid med ulike vitenskapelige folkehelsemiljøer som kan ha ulike perspektiver på dette arbeidet.

Med St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller er Norge et av de landene som har kommet lengst med å utvikle en forpliktende tverrsektoriell politikk for å redusere sosiale forskjeller i helse. I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2010–2015 varslet regjeringen derfor et nytt initiativ til å gjennomgå faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse på tvers av sektorer.

Regjeringen har bedt Helsedirektoratet nedsette et forskerpanel som på faglig grunnlag skal gjennomgå faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse, og komme med forslag til tiltak som kan redusere slike forskjeller. Rapporten vil danne grunnlag for en ytterligere konkretisering av tverrsektoriell innsats for å redusere sosiale forskjeller.

Kunnskapsoppsummeringer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens hovedoppgave er å systematisk oppsummere forskning om effekten av tiltak. Dette inkluderer effekten av tiltak innen folkehelsearbeid. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid tilrettelegges ved å dele informasjon om effekten av folkehelse tiltak og sammenlikninger mellom tiltak. Det finnes en del oppsummert forskning om effekten av folkehelse tiltak. Disse oppsummeringene og enkeltstudier kan søkes opp via Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no). Det er viktig at nye systematiske oppsummeringer gjøres tilgjengelige for andre, for eksempel via publisering. For å bidra til en mer kunnskapsbasert folkehelsepolitikk skal det legges til rette for at folkehelse får en større

plass i arbeidet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

6.2.2 Innovasjon

Både nasjonalt og internasjonalt blir kunnskapsutvikling i økende grad sett i sammenheng med innovasjon. I EU er det flere innovasjonsinitiativ som har som mål å styrke folkehelsearbeidet.

Det er behov for å styrke regionalt samarbeid mellom fylkeskommuner, kommuner og universiteter og høyskoler for å drive utvikling av metoder og verktøy for lokalt folkehelsearbeid. Det må gjøres en vurdering av hvordan kommuner kan bygge opp kompetanse og samarbeide med forskningsinstitusjonene for å bidra til forskning og utvikling på området. Som en del av gjennomgangen av kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, skal det vurderes hvordan disse kan styrke kommunenes folkehelsekompetanse. Samarbeidet for å bidra til forskning og utvikling skal styrkes. Det kan være aktuelt i større grad å knytte tilskudd til lokalt og regionalt folkehelsearbeid opp mot aktivitet innen forskning og utvikling, slik at det legges til rette for erfaringsoverføring av utprøvningsprosjekter og gjenbruk av data fra slike prosjekter.

I spesialisthelsetjenesten er det etablert nasjonale kompetansetjenester som har ansvar for oppbygging og spredning av kompetanse og forskningsnettverk på ulike områder. Flere nasjonale kompetansetjenester er relevant for forebyggende arbeid, herunder sekundærforebygging av sykdom. Helsedirektoratet skal foreta en helhetlig vurdering av behovet for nasjonale kompetansetjenester innenfor forebyggingsområdet i spesialisthelsetjenesten. Kompetansetjenester innenfor forebygging og folkehelse kan styrke kunnskap

Boks 6.5 Skolebaserte tiltak for å fremme et sunt kosthold

På oppdrag fra Unio har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten oppsummert tilgjengelige oversikter over forskning om effekter av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og seksuell helse hos barn og unge. Det ble blant annet funnet at skolebaserte tiltak for å fremme et sunt kosthold fører til at barn og unge spiser mer frukt og grønnsaker.
(se www.kunnskapssenteret.no)

**Boks 6.6 Folkehelselovens
styringssirkel i den kommunale
hverdagen**

Prosjektet er et tre-årig samarbeidsprosjekt mellom kommunene Steinkjer, Vikna og Malvik, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag, Kommunenes sentralforbund Nord-Trøndelag, Hunt forskningssenter NTNU og Senter for helsefremmende forskning. Prosjektet bygger på erfaringer fra forprosjektet Kunnskapsbasert folkehelsearbeid (Lillefjell, Knudtsen & Wist; Kunnskapsbasert folkehelsearbeid, 2011).

Formålet med prosjektet er å bedre kvaliteten på implementering av folkehelsearbeidet i kommunene gjennom å utvikle og teste modeller og metoder for å omsette kunnskap til praksis og praksis til kunnskap. Det aktuelle prosjektet søker å utvikle konkrete eksempler på effektive styringssirkler i folkehelsearbeidet som kan standardiseres. Metodene og modellene som viser seg å fungere best, vil gjøres tilgjengelig. Prosjektet tar utgangspunkt de erfaringene som kommunene har opparbeidet seg på folkehelsefeltet, samt internasjonal og nasjonal forskning på området.

og kunnskapsbasert praksis i kommunene og dermed fremme folkehelsearbeidet.

I regjeringens innovasjonsmelding er helse- og omsorgstjenesten og offentlig sektor løftet fram som prioriterte satsingsområder. Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet har satt i gang en langsiktig satsing på innovasjon i helsetjenesten fra 2007 til 2017. Mange innovasjonsprosjekter er rettet mot forebygging.

Gjennom de europeiske forskningsprogrammene (Joint programming initiatives) ønsker EU en felles innsats for å møte de store samfunnsutfordringene. I alt ti felles forskningsprogrammer er lansert. Disse er basert på samordning og samarbeid mellom medlemslandene. Om lag 85 prosent av forskningsressursene i EU og assosierte land forvaltes nasjonalt og det er et stort potensial for bedre utnyttelse av disse ressursene. Flere initiativ retter seg mot de store folkehelseutfordringene. Dette gjelder blant fellesprogrammer innenfor helse som tar opp demografiutfordringene og

kosthold. European Innovation Initiative on healthy ageing har som mål å øke antall gode levekår med to år i Europa innen 2020.

**6.3 Styrke folkehelseperspektivet i
utdanningstilbudet**

Behovet for mer koordinerte tjenester, samarbeid og samhandling om effektivt forebyggende arbeid og tidlig innsats for brukergrupper med sammensatte behov er kanskje den største utfordringen for organiseringen av arbeidet i helse- og velferdstjenestene. Det å identifisere sentrale faktorer av betydning for folkehelse og velferd gir et godt utgangspunkt for å vurdere hvordan utdanningssektoren best kan bidra til at de overordnede politiske målene på området blir nådd. Det er en nær sammenheng mellom folkehelsefaktorene og helse- og velferdstjenestenes kompetansebehov, og dette må få konsekvenser for innholdet i og organiseringen av utdanningene.

I Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd beskrives hvordan folkehelseperspektivet er tenkt styrket i helse- og sosialfagutdanningene. For å sikre brede grunnutdanninger som gir kandidatene en solid velferdsfaglig kunnskapsplattform og forbereder dem på den tverrprofesjonelle yrkesutøvelsen i tjenestene, vil Kunnskapsdepartementet innføre et nytt felles innhold i alle helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Formålet er å sikre at kandidatene har nødvendige kunnskaper om helheten i helse- og velferdstjenestene, lov- og regelverk og viktige samfunnsutfordringer, samt generell kompetanse som gode kommunikasjons- og samarbeidsevner, evne til å ta i bruk velferdsteknologi og evne til kritisk og etisk refleksjon. Studentene skal forberedes på å arbeide brukerrettet og lære prosesser som legger til rette for å styrke mestring, egenomsorg og funksjonsevne hos dem de senere vil møte i arbeidet. Ikke minst skal det felles innholdet i utdanningene bidra til å nå målet om en «dobbel identitet», der kandidatene ser på seg selv ikke bare som utøvere av egen profesjon, men som del av et større velferdssystem der ulike profesjoner til sammen har nødvendig kompetanse.

Det nye felles innholdet vil delvis være identisk for alle og delvis bestå av felles temaer der innfallsvinkelen vil være ulik avhengig av hvilken utdanning det gjelder. For eksempel må folkehelseutdanninger gi kandidatene innsikt i andre gruppers kompetanse og bidrag i tillegg til egen rolle. De felles innholdselementene skal med andre ord ikke ses separat fra den profesjonsspe-

sifikke læringen, men integreres med den i en helhetlig utdanning. Fellesdelen skal kunne organiseres på ulike måter innenfor de ulike utdannings- og studiestedene.

Konkretisering av hva som skal inngå i det felles innholdet, og hvordan det skal integreres med det fag- og profesjonsspesifikke, blir et viktig utviklingsarbeid i oppfølgingen av stortingsmeldingen om utdanning for velferd. Utviklingsarbeidet må skje i samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og velferdstjenestene.

Kunnskap om samiske samfunnsforhold, samisk språk og kultur er nødvendig for å påvirke helsen til den samiske befolkning i positiv retning. Både i et folkehelseperspektiv og for å gi det samiske folk en likeverdig helse- og sosialtjeneste, må høyskolene og universitetene implementere undervisning i folkerettslige rettigheter og forpliktelser (som ILO konvensjon 169 og Barnekonvensjonen) i kunnskapsgrunnlaget til framtidige helse- og sosialarbeidere.

I rammeplan for de nye grunnskolelærerutdanningene heter det blant annet at kandidatene skal ha kunnskap om barns og unges læring, utvikling og utdanning i ulike sosiale, flerkulturelle og flerspråklige kontekster. Videre skal kandidatene ha kunnskap om klasseledelse og klassemiljø og om utvikling av gode relasjoner til og mellom elever. Kandidatene skal ha kunnskap om barns og unges oppvekstmiljø, likestilling og identitetsarbeid, om barn i vanskelige situasjoner og barns rettigheter. Kandidatene skal også i samarbeid med foresatte og faglige instanser kunne identifisere behov hos elevene og iverksette nødvendige tiltak.

Det er i de senere årene bygget opp ulike studietilbud innen folkehelsevitenskap ved flere universitet- og høyskoler og etablert et nettverk mellom dem. En styrking av forskning og utvikling innen folkehelsevitenskap vil også bidra til utvikling av folkehelse som en akademisk disiplin og heve kvaliteten på studietilbudene.

Folkehelse skal innarbeides som en sentral del av planutdanningen i Norge. Det er i sammenheng med samhandlingsreformen bevilget midler til et femårig nasjonalt utviklingsprosjekt, Helse og Omsorg i Plan, som skal bidra til å øke kompetansen innen plan og planprosesser på kommunalt og statlig nivå. Folkehelse er her et sentralt element.

Det foregår en gjennomgang av Nordic School of Public Health (NHV) i Göteborg. Skolen har siden 1953 vært en ressurs i folkehelsearbeidet i Norden, men vurderes nå om skolen møter vår tids behov for kompetanse og nordisk samarbeid

om folkehelse. Innovasjoner også omtalt i kapittel 7, om et helsevennlig næringsliv.

6.4 Bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner

En viktig statlig oppgave overfor kommunesektoren er å bidra til å styrke kompetanse og kunnskap om folkehelsearbeidet. I høringen til folkehelseloven var det en entydig tilbakemelding at dersom loven skal virke etter forutsetningene, er det nødvendig å bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner. Det er behov for kunnskap om å foreta analyser, kunnskap om helsefremmende faktorer og risikofaktorerens betydning for helse, tverrsektorielt samarbeid og plankompetanse.

Som følge av samhandlingsreformen er det iverksatt en rekke tiltak for å styrke kompetansen innen folkehelsearbeidet og helse i planarbeid. Det er etablert flere studietilbud innen folkehelsearbeid og folkehelsevitenskap. Helsedirektoratet arbeider blant annet i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner om å kartlegge kompetansebehovet knyttet til folkehelseloven. På bakgrunn av dette er det dialog med aktuelle høyskoler og universiteter om oppbygging og videreutvikling av studietilbud.

Fordi folkehelsearbeidet skal skje på tvers av ulike sektorer og involvere mange, er det anbefalt i proposisjonen til folkehelseloven at kommuner etablerer en koordinatorfunksjon for å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Viktige virkemidler er ivaretagelse av helsehensyn i kommunale planer og forankring av folkehelseansvaret i ulike deler av kommunen og lokalsamfunnet. Folkehelsekoordinatorene bør arbeide på et strategisk nivå og opp mot det politiske nivået. For mindre kommuner er det aktuelt å inngå interkommunalt samarbeid for å sikre tilgang til kompetanse. En kartlegging fra 2011 viser at kommuner med folkehelsekoordinator integrerer folkehelsehensyn i planer i større grad enn kommuner uten folkehelsekoordinator. Disse er også i større grad i stand til å knytte kontakt med miljøer ved universitets- og høyskoler, som kan bidra til at de får nyttiggjort seg informasjon og hente inn kunnskap som er spesifikk for den enkelte kommune.

Folkehelseloven stiller krav om en eller flere kommuneleger for å ivareta oppgaver innen samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4-7. Kommunelegen er en viktig ressurs i folkehelsearbeidet.

Det finnes også andre ikke lovpålagte rådgiverfunksjoner på kommunalt nivå som har oppgaver som berører folkehelse og forebygging, som SLT-koordinatorer (samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet), kulturrådgivere og psykisk helse- og rusrådgivere. Noen få kommuner har også ansatt kliniske ernæringsfysiologer. Kommunene kan få bedre effekt av innsatsen ved å se disse oppgavene mer i sammenheng.

KS har en viktig rolle i å tilrettelegge for kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid, blant annet gjennom nettverk mellom kommuner. Helse- og omsorgsdepartementet vil samarbeide med KS om kompetanseheving i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet skal utvikle et veiledningssystem overfor kommunene om egnede tiltak i tråd med kommunalt fastsatte mål, jf. folkehelseloven § 6. Det kan være aktuelt at det utvikles kurs-tilbud til de enkelte veilederne.

I tillegg til studietilbud arbeides det med ulike typer kurs. Blant annet vil Helsedirektoratet, i samarbeid med høgskole- og universitetsmiljøet, utvikle en pilot for et to til tre dagers kurstilbud om folkehelseloven. Kommuner, fylkeskommuner og fylkesmannsembeter vil involveres i utviklingsarbeidet. Kurspiloten vil danne grunnlag og utgangspunkt for fylkesvis og regionale kompetansekurs. Der er etablert et nytt opplæringsprogram knyttet til de eksisterende Samplankursene. Opplæringsprogrammets formål er å bidra til en god implementering av samhandlingsreformen, herunder folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Opplæringsprogrammet tar sikte på å styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse på helhetlig planlegging og få integrert samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i planarbeidet. Ansvar for utvikling og drift av programmet vil ligge til Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging.

6.5 Utvikle verktøy for å ivareta helsehensyn på tvers av sektorer

Skal helse ivaretas i alle sektorer, må dette kunne gjøres på en enkel og systematisk måte. Det er fortsatt behov for bedre verktøy, slik som sjekklister, prosessveileder og analyse- og formidlings-

verktøy for å få fram helsemessige konsekvenser av tiltak og hvordan helsehensyn bedre kan ivaretas. I tillegg til planlegging med folkehelse som formål er det viktig at planer og tiltak med andre mål enn helse, ikke forsterker utfordringen, men snarere bidrar til å nå folkehelsemålene.

I samfunns- og arealplanleggingen lokalt og regionalt bør helse komme tidligere inn som en premiss for planprosessene. Det er viktig at visjoner og mål i kommuneplanens samfunnsdel følges opp gjennom kommuneplanens arealdel, delplaner, i økonomiplanen, budsjett og konkrete aktiviteter. Helsedirektoratet skal utarbeide veiledere for hvordan kommunen og fylkeskommunen kan ivareta folkehelse i plan- og beslutningsprosesser.

Statlige myndigheter skal etter folkehelseloven § 22 vurdere konsekvenser for befolkningens helse i egen virksomhet. Det arbeides derfor med en veileder om vurdering av helsekonsekvenser, som skal bidra til at statlige etater på en god måte kan utrede de helsemessige konsekvensene av sine forslag. Slike vurderinger eller utredninger er nødvendige for å sikre at helsehensyn blir ivarettet i politikkutforming i andre sektorer. Veilederen kan også bidra til samarbeid mellom sektorer og øke bevisstheten om at beslutninger kan ha konsekvenser for befolkningens helse. Det skal også arbeides for å utvikle metoder og rutiner for å sikre effektive og målrettede vurderinger. Konsekvensene av politikk og tiltak skal vurderes opp mot de nasjonale folkehelsemålene. Dette er også omtalt i kapittel 8.

Regjeringen ønsker å utvikle metoder, verktøy og gode rutiner for mer systematisk og konsistent bruk av folkehelseøkonomiske vurderinger av tiltak i alle sektorer. Folkehelseøkonomi er et felt som er i utvikling internasjonalt, og Norge bør delta i den internasjonale utviklingen innen dette fagområdet. I tråd med målet om mest mulig helse for pengene er det viktig at det foreligger godt beslutningsgrunnlag. Dette gjelder på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Folkehelseøkonomiske vurderinger skal i større grad inngå i utredninger av tiltak etter utredningsinstruksen. Som en del av arbeidet med å utvikle folkehelseøkonomiske vurderinger skal Helsedirektoratet lage en veileder i folkehelseøkonomi for kommunene. Den skal brukes til å vise sammenhengen mellom kostnader og gevinster ved å satse på helsefremmende og forebyggende innsats.

Boks 6.7 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*Regjeringen vil:*

- Videreutvikle helseregistrene i tråd med Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre
- Vurdere støtte til en ny befolkningsundersøkelse i Nord-Trøndelag, Hunt 4
- Utvikle nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt ved Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Overføre enkelte helseovervåkingsoppgaver innen ernæring og fysisk aktivitet fra Helsedirektoratet til Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Gjennomgå regelverket for tilgang til opplysninger for å sikre at Nasjonalt folkehelseinstitutt kan utforme anonyme kvalitetssikrede folkehelseprofiler for eksempel på bydelsnivå
- Utvikle et kompetansemiljø ved Nasjonalt folkehelseinstitutt for å evaluere tiltaksforskning med utgangspunkt i helseregistrene og andre folkehelseanalyser
- Legge til rette at folkehelse skal få en større plass i arbeidet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- I samarbeid med kommunesektoren vurdere tiltak for å bygge opp kompetanse på folkehelse i kommunene
- Gi Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle verktøy og veiledning til folkehelsevurderinger
- Vurdere hvordan det kan legges til rette for samfunnsøkonomiske evalueringer av folkehelse tiltak
- Bistå kommunene med veiledning i å utvikle lokale data.

Kapittel



Figur 7.1

7 Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken

Gjennom et bedre juridisk rammeverk med folkehelseloven og bedre bruk av de økonomiske virkemidlene, vil vi bidra til et mer målrettet, systematisk og langsiktig arbeid med å fremme befolkningens helse. De nye folkehelseutfordringene tilsier at vi mobiliserer et bredere sett av samfunnets ressurser. Vi skal bygge videre på mulighetene som ligger i de ulike sektorene, som skolen og arbeidslivet, for å fremme folkehelse. Regjeringen vil involvere sivilsamfunnet med frivillige organisasjoner og samfunnsaktører som arbeids- og næringsliv. I dette kapitlet presenteres virkemidler som vil bidra til at hensynet til befolkningens helse blir bedre ivaretatt og får mer gjennomslag i samfunnet.

Regjeringen vil invitere frivillig sektor, arbeidslivets organisasjoner, næringslivet og andre deler av det sivile samfunnet til å engasjere seg og ta større ansvar.

Det er ikke bare nasjonale forhold som påvirker helsen i den norske befolkningen. Vi lever i en stadig mer globalisert verden som i større grad påvirker utviklingen i det norske samfunnet. Regjeringen vil derfor legge større vekt på det internasjonale samarbeidet som virkemiddel i folkehelsepolitikken, blant annet gjennom arbeid i FN-systemet, Verdens helseorganisasjon og internasjonal kunnskap og forskningssamarbeid.

7.1 Gjennomføring av lov om folkehelsearbeid

Folkehelseloven skal tas i bruk på alle forvaltningsnivåer. Effektiv implementering i kommuner og fylkeskommuner vil kreve at folkehelsearbeidet styrkes. Regjeringen vil arbeide for å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Folkehelseloven bygger på plan- og bygningsloven, og det følger av denne at hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i planleggingen. Det skal legges til rette for å styrke kommunene og fylkeskommunes rolle som samfunnsutviklere gjennom blant annet utvikling av veiledningsmetoder og verktøy.

Nasjonale myndigheter skal bistå kommunesektoren med data om helse og påvirkningsfakto-

rer, faglig støtte og rådgivning. Meld. St. nr. 47 (2008–2009) og Meld. St. nr. 16 (2010–2011) slår fast at forebygging skal styrkes og at en større del av veksten i helsebudsjettet skal komme i kommunene. Det forutsettes at en del av denne veksten skal brukes på det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, der dette gir mest helse for pengene. En samlet helse- og omsorgskomiteé påpeker også dette.

7.1.1 Folkehelselovens formål og virkeområde

Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) trådte i kraft 1. januar 2012. Folkehelseloven innbærer at vi har fått en helhetlig regulering av samordning og systematikk i folkehelsearbeidet. Nå er det en felles oppgave å ta i bruk mulighetene som ligger i loven og sikre en god gjennomføring på tvers av forvaltningsnivåer. Regjeringen varslet i stortingsmeldingen om nasjonal helse- og omsorgsplan at loven skal følges opp gjennom en egen gjennomføringsplan. Planen skal omfatte økonomiske virkemidler, utvikling av et bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet og kompetanseoppbygging på alle nivåer og i flere sektorer. Planen skal også inneholde standarder og metoder til hjelp i arbeidet. I denne stortingsmeldingen er det lagt noen rammer for å styrke kunnskapsgrunnlaget og etablering av et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken skal bidra til bedre samordning av nasjonale forventninger og tiltak. Regjeringen skal samarbeide med KS og med kommunesektoren for å styrke det lokale folkehelsearbeidet.

Folkehelseloven har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og trivsel¹ og utjevner sosiale helseforskjeller. Loven retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter, og skal legges til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Deler av

¹ Trivsel har en parallell til det engelske "wellbeing". Det betyr at livskvalitet, velvære, mestring, livsglede og overskudd er ulike sider ved trivselsbegrepet, og dermed også et grunnleggende mål med samfunnsutviklingen som favner videre enn helse.

loven regulerer også virksomheter med betydning for befolkningens helse, bl.a. miljøet i barnehager og skoler. Loven bygger på fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet: utjevne sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør», bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning.² Se nærmere omtale av prinsippene i kapittel 1.

I tillegg til folkehelseloven er det en rekke lover og forskrifter både på helseområdet og i andre sektorer som har som formål å fremme helse. På folkehelseområdet gjelder dette tobakks-, smittevern-, mattrygghet og alkohollovgivningen. Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven regulerer forebyggende innsats i helse- og omsorgstjenesten. Når det gjelder regelverk i andre sektorer, står plan- og bygningsloven i en særstilling. Denne loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner. Andre sentrale lover i folkehelsearbeidet er vegtrafikkloven, opplæringsloven, friluftsløven, forurensningsloven, barnehageloven og arbeidsmiljøloven. Utvikling av regelverk på andre områder bør sees i sammenheng med folkehelseloven og innrettes slik at det fremmer helse.

7.1.2 Kommunens og fylkeskommunens oppgaver

Med folkehelseloven og samhandlingsreformen har kommunene fått et mer helhetlig ansvar for helse som gir mulighet og ansvar til å se helse i sammenheng med kommunens brede sett av virkemidler. Folkehelseloven er innrettet slik at den støtter opp under de kommunalpolitiske prinsipper. Den gir kommunen både stort ansvar og stort handlingsrom til å se folkehelsearbeidet i sammenheng med kommunenes lokale utviklingsarbeid og innovasjon basert på de ulike kommunenes behov og forutsetninger.

Folkehelseloven legger til rette for politisk forankring av folkehelsearbeidet på alle forvaltningsnivåer. Kapittel 2 og 3 har bestemmelser om kommunene og kapittel 4 om fylkeskommunene. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene har gjennom loven fått en tydeligere rolle i å bistå kommunene. Regelverket legger til rette for bedre samordning på tvers av forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer.

Mens forgjengeren kommunehelsetjenesteloven la oppgavene direkte til helsetjenesten i kommunen, er nå ansvaret løftet til kommunen som sådan. Prinsippet om å fremme folkehelse i alle

sektorer («helse i alt vi gjør») understreker det helhetlige og tverrsektorielle perspektivet i loven. §§ 4 og 20 gir kommuner og fylkeskommuner ansvar for å fremme folkehelse. Mange kommuner viser god evne til å gjennomføre dette bredere perspektivet der sektoransvarlige på ulike områder tar helseansvar. Slike erfaringer bør i større grad deles slik at de kan være til inspirasjon for andre.

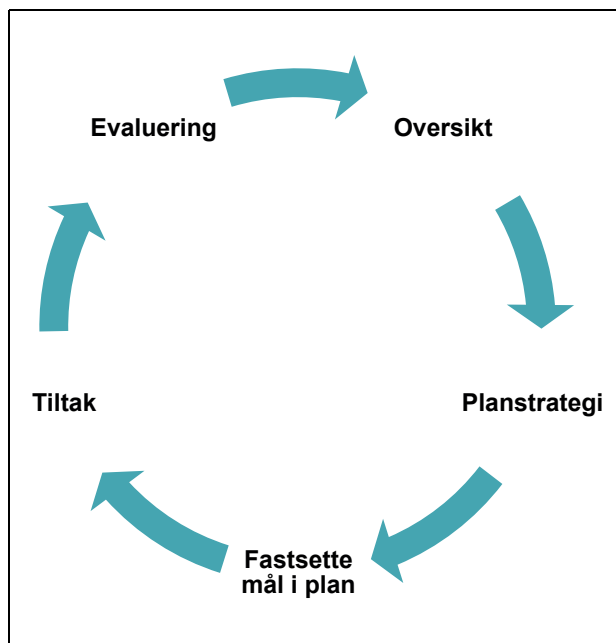
Kommunesektoren har ansvar for å fremme folkehelse innenfor de oppgavene og med de virkemidlene sektoren er tillagt. Dette innebærer blant annet at lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting skal synliggjøre eventuelle positive og negative helsekonsekvenser av tiltak. Helsehensyn skal vektlegges i vurderinger og balanseres opp mot andre samfunnsmessige hensyn. Det vil for eksempel være behov for veier og samferdsel selv om noen vil bli utsatt for støy. Samtidig vil klargjøring av helsekonsekvenser bidra til at en finner best mulige løsninger og avbøtende tiltak der det er nødvendig.

Folkehelseloven er utformet slik at kommunene har et stort handlingsrom for å fremme helse med utgangspunkt i lokale behov og forutsetninger. Loven angir en arbeidsform tilpasset plan- og bygningslovens fireårige plansyklus. Gjennom å få oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal kommunene identifisere sine ressurser og sine folkehelseutfordringer. Disse skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven og som grunnlag for tiltak. Gjennom arbeidet med oversikt og i planprosessen får kommunene et helhetlig bilde av utfordringene. Den lokale folkehelsepolitikken skal forankres i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven, og Prop. 90 L (2010–2011) viser til kommuneplanens samfunnsdel og handlingsdel som aktuelt sted. Det systematiske folkehelsearbeidet er illustrert gjennom figur 7.2. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal bidra til å identifisere ressurser og folkehelseutfordringer som kan brukes som grunnlag for å planlegge og utforme tiltak.

Loven skal også bidra til å sikre kunnskapsbasert folkehelsearbeid lokalt. Folkehelseprofiler for kommuner og fylkeskommuner utarbeides årlig av Nasjonalt folkehelseinstitutt basert blant annet på data fra nasjonale registre. I tillegg ligger det flere data i Kommunehelsestatistikkbank. Både folkehelseprofilene og statistikkbanken er i kontinuerlig utvikling.

Kommuner og fylkeskommuner skal etter plan- og bygningsloven utarbeide planstrategier

² Prop. 90 L (2010–2011).



Figur 7.2 Fasene i folkehelsearbeidet

hvert fjerde år. Planstrategiene skal omfatte strategiske valg knyttet til utvikling i kommunen og fylket, og de bør omfatte en beskrivelse av de viktigste utviklingstrekkene som grunnlag for en vurdering av planbehov. Kunnskapen om folkehelseutfordringer og muligheter skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier. En drøfting av utfordringene bør også inngå i strategien.

Med utgangspunkt i identifiserte ressurser og folkehelseutfordringer skal kommunen fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet.

Kommunene har plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene. Noen tiltak forutsetter langsiktig planlegging og må forankres i planarbeidet, mens andre tiltak er mer umiddelbare eller av et omfang som gjør at de kan iverksettes direkte. Loven viser til et bredt sett med påvirkningsfaktorer og nevner som eksempel tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, levevaner som fysisk aktivitet, ernæring, tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk samt ulykker og skader. Tiltak og gjennomføring kan legges til ulike sektorer, til frivillige organisasjoner eller næringsliv. Samlet har kommunen mange muligheter til å ivareta folkehelsehensyn i utviklingen av gode nærmiljøer og lokalsamfunn. Kommunene kan for eksempel ha oppmerksomhet knyttet til omfang og lokalisering av utsalgssteder for hurtigmat, så lenge disse virksomhetene i all vesentlighet tilbyr usunn mat. Kommunen kan, som eier av virksom-

heter og eiendommer, legge til rette for sunne valg i kantiner, på offentlige eiendommer, på fritidstilbud og på egne arbeidsplasser. Samtidig bør de oppfordre både private og frivillige aktører til å gjøre det samme. For eksempel kan det være et mål at befolkningen alltid har tilgang til kaldt drikkevann på offentlige steder, og at sunne alternativer alltid er tilgjengelige på fritidsarenaen. Subsidiert av sunn mat i kantiner er et annet eksempel. Fylkeskommuner kan, med hjemmel i sin eierrådighet, erstatte brusautomater med vanndispensere i videregående skoler. Erfaring fra fylker som har forbudt salg av brus og innført tilbud om kaldt drikkevann på alle videregående skoler bør deles og videreføres til andre.

Miljørettet helsevern er en sentral del av kommunens folkehelsearbeid og tar utgangspunkt i miljøet mennesker lever i, både positive og negative faktorer. Kapittel 3 i loven gir kommunene ansvar og virkemidler blant annet for å føre tilsyn med virksomheter og eiendom som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, nærmere bestemt biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Kommunen kan blant annet kreve retting og stansing av forhold ved virksomheter som innebærer en helserisiko. Det er gitt flere forskrifter om miljørettet helsevern som presiserer krav til helsemessig tilfredsstillende drift for ulike typer virksomhet og eiendom.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, samordne og understøtte folkehelsearbeidet i fylket. Fylkeskommunens rolle må ses i sammenheng med fylkeskommunen som regional utviklingsaktør. Folkehelseloven viderefører partnerskap som en aktuell arbeidsform for fylkeskommunen gjennom samarbeid med for eksempel kommuner, universiteter og høyskoler, KS i fylket, aktuelle stiftelser, frivillige organisasjoner og næringsliv. Fylkeskommunen skal støtte kommunene blant annet ved å gjøre tilgjengelig tallmateriale og annen informasjon fra fylket som er relevant for kommunenes oversiktsarbeid, og bistå i analysearbeidet. Videre skal fylkeskommunen bidra til at helse blir ivaretatt i kommunenes planer med utgangspunkt i regional plan.

7.1.3 Statlige myndigheters oppgaver

Folkehelseloven gir statlige myndigheter to typer oppgaver i folkehelsearbeidet. For det første skal statlige myndigheter arbeide etter «helse i alt vi gjør»-prinsippet på samme måte som kommuner og fylkeskommuner. Dette innebærer at staten skal bruke virkemidler, blant annet som myndighet, eier, arbeidsgiver og samfunnsutvikler, i alle

sektorer, for å beskytte og fremme helse. Folkehelseloven § 22 gir statlige myndigheter, som departementer og direktorater, ansvar for å vurdere konsekvenser av sine tiltak for befolkningens helse. Dette skal inngå i virkemidler som budsjettproposisjoner, lovforslag og i oppfølging av lover, tildelingsbrev, instruksjer, handlingsplaner, organisasjonsendringer med mer. Departementenes virksomhet reguleres videre av utredningsinstruksen hvor det framgår at konsekvenser for befolkningens helse skal utredes der det er relevant. Statlige myndigheter skal arbeide langsiktig og systematisk for å fremme befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Stortingsmeldingen inneholder en overordnet beskrivelse av hvordan regjeringen vil løse disse oppgavene framover, se også kapittel 8.3.

For det andre skal statlige helsemyndigheter bistå kommunesektoren og legge til rette for et kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Bistå kommunesektoren

Folkehelseloven gir statlige helsemyndigheter konkrete oppgaver i å bistå og støtte folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner. I loven er fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt gitt konkrete oppgaver.

Fylkesmannen skal gjennom råd og veiledning være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, herunder formidle normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Fylkesmannen formidler statlige forventninger til folkehelsearbeidet slik det er uttrykt i stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner. Fylkesmannen skal bidra til at statlige forventninger, herunder folkehelseområdet, blir ivaretatt i kommunale og fylkeskommunale planer. Fylkesmannen er tilsynsmyndighet etter folkehelseloven overfor kommuner og fylkeskommuner, og klageinstans etter bestemmelsene om miljørettet helsevern.

Helsedirektoratet er nasjonalt fagorgan på folkehelseområdet. Direktoratet skal være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid og iverksetter av nasjonal politikk. Etter folkehelseloven § 24 har direktoratet i oppgave å utvikle faglige normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid krever systematisk datainnsamling og styringsinformasjon som er tilgjengelig for alle forvaltningsnivåer. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, og drive forskning på folkehelseområ-

det. Folkehelseinstituttet har derfor fått i oppgave å gjøre tilgjengelig opplysninger fra nasjonale kilder for kommunene og fylkeskommunene som grunnlag for deres oversiktsarbeid. Fra 2012 publiseres årlig i løpet av første kvartal folkehelseprofiler til alle kommuner og fylkeskommuner. Profilene inneholder opplysninger på kommunenivå fra nasjonale registre om helsetilstand og forhold som har betydning for befolkningens helse. Disse profilene er en sentral kilde til informasjon om helsetilstanden i kommunene og er utformet på en brukervennlig måte slik at kommunene kan sammenlikne seg med andre kommuner i fylket og med likeartete kommuner på landsbasis. Det gir anledning til bevisstgjøring om utfordringer og til å lære av andre. I tillegg til profilene drifter Folkehelseinstituttet også Norgeshelsa statistikkbank, som gir muligheter for å hente ut utfyllende data. Folkehelseprofilene er under utvikling. I tillegg til helsedata er det også tatt inn data om levekår og sosiale forhold. Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunene om data i profilene og statistikkbanken.

Folkehelseinstituttet har også i oppgave å utforme maler for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser som kan gi kunnskap utover de data som finnes i eksisterende registre og fra lokale kilder. Dette er nærmere omtalt i kapittel 6 Et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Statens helsetilsyn er overordnet tilsynsmyndighet på folkehelseområdet. Dette omfatter å overvåke i hvilken grad folkehelsearbeidet blir ivaretatt etter loven, samt styre og legge til rette for fylkesmennenes tilsyn.

Fylkesmennene skal følge med på hvordan kommunene følger opp folkehelseloven, herunder fastsetting av mål og strategier for folkehelsearbeid som del av kommune- og fylkesplanene og annet planverk. Gjennom råd, veiledning og tilsyn skal fylkesmennene bidra til at alle kommuner og fylkeskommuner får på plass oversikter over folkehelsen etter loven, i tråd med kommunens plansyklus. Oversiktene skal gi grunnlag for kommunenes og fylkeskommunens planstrategier som skal foreligge i 2016. Helsedirektoratet og Helseilsynet skal i samarbeid forbrede og følge opp dette arbeidet på en hensiktsmessig måte.

Beredskap

Folkehelseloven har også beredskapselementer som dels videreføres fra den tidligere kommunehelsetjenesteloven, og som dels er nye. Folkehelseloven gjør det klart at kommuner, fylkeskom-

muner og statlige helsemyndigheter har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for å iverksette tiltak i beredskapssituasjoner. Lov om helsemessig og sosial beredskap er endret, slik at det gjøres klart at den også omfatter beredskap for relevante oppgaver på folkehelseområdet. Behovet for beredskapsplanlegging vil særlig være aktuelt for større miljøhendelser med helsemessige konsekvenser. Selv om det er et generelt krav om beredskap i folkehelseloven, er plankravet avgrenset til å gjelde kapittel 3 om miljørettet helsevern.

Nasjonalt folkehelseinstitutt er i folkehelseloven § 25 gitt i oppgave å bistå blant annet kommuner når det gjelder eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. Folkehelseinstituttet har fagekspertiser som dekker alle områder innen miljøeksponering og helse, og har personell som raskt vil kunne mobiliseres i beredskapssituasjoner til å bistå kommuner i vurdering av helserisiko. Avhengig av hendelsens type og omfang kan det være aktuelt å rykke ut for å bistå i håndtering av hendelsen. Folkehelseinstituttets rolle kan her sammenliknes med den rollen det har på smittevernområdet.

Tilsyn

Tilsyn med folkehelseloven skal ta høyde for behovet for langsiktighet i forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, og bidra til å støtte kommunesektorens egne aktiviteter for å ivareta folkehelse gjennom kommunens/fylkeskommunens plan- og styringssystem.

Fylkesmannen skal føre tilsyn med kommunens og fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av folkehelseloven §§ 4 til 9, 20, 21 og 27 til 30. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet. Overordnet tilsynsansvar innebærer blant annet overvåking av i hvilken grad folkehelsearbeidet blir ivaretatt og styring av fylkesmannens tilsyn, herunder regelmessig å forberede og gjennomføre landsomfattende tilsyn.

Dagens prioriteringskriterier for Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene følger blant annet av forarbeider til lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. Det følger av Ot.prp. nr. 105 (2001–2002) kapittel 3.2:

«Statens helsetilsyn beslutter, etter innspill fra departementet og fylkeslegene, hva som skal være tema for årlig felles tilsyn med helsetjenesten. Vanligvis velges ett område innenfor

kommunehelsetjenesten og ett område innenfor spesialisthelsetjenesten. (...)»

Helsetilsynet og fylkeslegene treffer beslutning om det årlige tilsynet basert på en samlet vurdering av ulike faktorer:

- områder med stor risiko for svikt,
- områder der det er mange klager,
- områder der det er mange lovpålagte meldinger om feil eller uhell,
- områder der annen informasjon kan innebære at virksomheter drives i strid med helselovgivningen,
- områder som har høy politisk oppmerksomhet og
- tjenester for særlig utsatte eller sårbare grupper.»

Som omtalt i Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid vil disse kriteriene for prioritering av tilsyn bety at tilsyn med forebygging og folkehelsearbeid ikke blir prioritert. Tilsynet i dag bidrar derfor ikke til å støtte hovedintensjonen bak samhandlingsreformen. Helsetjenester og folkehelsearbeid er størrelser som ikke umiddelbart er sammenlignbare, og det skal derfor fastsettes egne kriterier slik at folkehelsearbeid og forebygging blir systematisk ivaretatt også når det gjelder tilsyn. Under stortingsbehandlingen av folkehelseloven ba Helse- og omsorgskomiteen (Innst. 423 L 2010–2011) om at tilsynet også må ta hensyn til de langsiktige konsekvensene av manglende forebygging og folkehelsearbeid:

«for å styrke samhandlingsreformens mål om en dreining til mer forebygging og folkehelsearbeid må kriteriene for tilsyn endres slik at man får en større vektlegging av de langsiktige og samfunnsmessige konsekvenser ved manglende forebygging og folkehelsearbeid. Flertallet mener at utgangspunktet for prioritering må være best mulig helse i befolkningen over tid. Flertallet er derfor fornøyd med at regjeringen i proposisjonen legger opp til å utarbeide tilleggskriterier som sikrer at det også blir ført jevnlig tilsyn på folkehelseområdet.»

For å få en helhetlig oversikt over kvaliteten på folkehelsearbeidet, skal Statens helsetilsyn gjennomføre områdeovervåking. Oppgaven innebærer å innhente, systematisere og tolke kunnskap om krav til forebygging og folkehelsearbeid som følger av Statens helsetilsyns ansvar etter folkehelseloven, og benytte dette som grunnlag for målrettet tilsynsaktivitet.

Det skal være regelmessig tilsynsaktivitet innen folkehelseområdet, herunder landsomfattende tilsyn. Regjeringen mener tilsyn med folkehelseloven skal ta høyde for behovet for langsiktighet i forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, og bidra til å støtte kommunesektorens egne aktiviteter for å ivareta folkehelse gjennom kommunens/fylkeskommunens plan- og styringssystem. Tilsynet bør innrettes mot kommunens fireårige plansykluser:

- Statens helsetilsyn legger til rette for at embetene gjennomfører felles tilsyn med kommunens/fylkeskommunens folkehelsearbeid minst en gang i løpet av hver planperiode.

Valg av tilsynsobjekter og hvilke deler av arbeidsprosessen som tilsynet skal undersøke, skal skje i samarbeid med fylkesmannsembetene ut fra en vurdering av hva som gir best mulig helse i befolkningen over tid. Den kunnskap Helsedirektoratet har som følge av sitt ansvar etter folkehelseloven § 24, vil også være viktig ved valg av innretting på tilsynet.

Det er flere typer mekanismer for å sikre at lovpålagte krav følges opp. For eksempel krav til rapportering fra kommune til stat (Kostra) og innsigelse etter plan- og bygningsloven.

7.1.4 Helse i kommunal og regional planlegging

Regjeringen mener det er viktig at helsehensyn blir ivaretatt i planlegging etter plan- og bygningsloven. Plan- og bygningsloven av 2008 framhever at hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i planleggingen. Regjeringen vil legge til rette for folkehelsearbeidet gjennom kunnskapsutvikling, råd og veiledning og gjennom nasjonale forventninger til kommunal- og regional planlegging.

Det nye lovverket legger grunnlaget for et bredere samfunnsrettet folkehelsearbeid. Plan- og bygningsloven, særlig etter revisjonen gjeldende fra 2009, er blitt et sentralt verktøy for å ivareta den tverrsektorielle bredden i folkehelsearbeidet etter folkehelseloven. Arbeidet med kommuneplanen får fram den nødvendige avveiningen mellom ulike interesser og lokale behov. Planarbeidet sikrer at kommunen kan ivareta behovet for mer langsiktighet i folkehelsearbeidet, ivareta behovet for å styrke den politiske forankringen og det sikrer medvirkning i planprosessen.

God samfunnsplanlegging skal bidra til å styrke folkehelse ved å beskytte mot risikofaktorer og fremme faktorer som virker positivt på helse og livskvalitet.

I formålsbestemmelsene til revidert plandel av plan- og bygningsloven, som gjelder fra 1. juli 2009, § 1-1 inngår folkehelse som indikator på bærekraftig utvikling og forstås som befolkningens helse og helsens fordeling i en befolkning. Dette er ytterligere utdypet i § 3-1, bokstav f, om at loven skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

At kommunen skal ha oversikt over folkehelsen og har kunnskap om ressurser og folkehelseutfordringer etter folkehelseloven § 5, vil være en forutsetning for målrettet bruk av virkemidlene i plan- og bygningsloven i folkehelsearbeidet.

7.2 Økonomiske virkemidler

Folkehelsen er viktig for økonomien. Investering i helse gir drivkraft i økonomien på samme måte som investering i utdanning og infrastruktur. Det er et mål å sikre en prioritering av innsats innenfor helse som gir mest mulig helse for de ressursene som brukes. Videre er hvordan vi innretter ulike typer økonomiske virkemidler og ordninger av betydning for folkehelsen. Det kan derfor være behov for å vurdere virkemidler som bidrar til best mulig prioritering og et samfunn som fremmer helsen.

7.2.1 Helse som ressurs og forutsetning for økonomisk utvikling

En befolkning med god psykisk og fysisk helse er en av de viktigste ressursene vi har i samfunnet. Evne til å lære, til kreativitet, utvikling og fleksibilitet og overskudd til å bidra i samfunnet er i større grad sosialt enn genetisk betinget.³ Det er sosiale og miljømessige forhold som bidrar til å styrke eller svekke helse og trivsel. I en globalisert konkurranseøkonomi er gode samfunnsmessige og miljømessige forhold som styrker helse, trivsel og overskudd et fortrinn, i tillegg til at dette er et gode i seg selv. Helse og kunnskap henger tett sammen ved at helse gir gode forutsetninger for læring, og utdanning gir helse. Helse og kunnskap inngår som sentrale deler av det som vi definerer som humankapital. Statistisk sentralbyrås beregninger viser at humankapitalen ved utgangen av 2008 utgjorde om lag 73 prosent av nasjonalformuen. Investering i helse og kunnskap gir både en direkte effekt ved økt velferd, og indi-

³ Beddington, J. et. al, The Mental Wealth of Nation, NATURE, Vol 455, 23 October 2008, s. 1057.

rette effekt ved økt potensial for fremtidig verdiskaping.

Det viktigste argumentet for å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet er at det sparer enkeltmennesker for unødig lidelse og for tidlig død. I tillegg til at dette er en investering for framtidig verdiskaping, kan forebyggende arbeid bidra til å begrense kostnadsveksten i helsetjenesten, redusere sykefraværet i arbeidslivet og redusere behovet for andre tjenestetilbud. Folkehelsearbeid innebærer at vi opprettholder helsen og funksjonsevnene lengst mulig. En økt andel eldre og økning i kroniske sykdommer gjør det nødvendig med forsterket innsats for å styrke folkehelsen. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen bygger på forutsetningen om at vi skal klare å styrke det forebyggende arbeidet. Det er et sentralt formål med samhandlingsreformen å bidra til en mer effektiv samlet ressursbruk gjennom å vri ressursbruk fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og at en større del av framtidig vekst skal komme i kommunene. Dette ble også understreket av Stortinget ved behandlingen av meldingen, jf. Innst. 212 S (2009–2010):

«Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for en samhandlingsreform som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren».

Mange tiltak kan forebygge alvorlige sykdommer og unngå tap av leveår med god helse. Slike tiltak er dermed potensielt samfunnsøkonomisk lønnsomme. I Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport *Skapes helse, skapes velferd* (2008) påpekes at i samfunnsøkonomiske vurderinger av tiltak på ulike politikkområder og i ulike samfunnssektorer, er leveår med god helse og livskvalitet (gode leveår) en viktig målestokk for folks opplevelse av velferd. Beregninger over et livsløp viser at en fysisk aktiv person i gjennomsnitt forventes å få 8,3 kvalitetsjusterte leveår mer enn en fysisk inaktiv person. Tilsvarende vil en som blir fysisk aktiv som 50-åring vinne seks gode leveår og en 70-åring vinne 3,5. Helsedirektoratet har lagt til grunn en velferdsvurdsetting på 500 000 kroner per leveår med god helse i de samfunnsøkonomiske analysene av folkehelseiltak.

Boks 7.1 Leveår med god helse

Dalys (disability adjusted life years) kan noe forenklet forklares som antall leveår med full helserelatert livskvalitet som går tapt på grunn av sykdom eller ulykker. I indikatoren Daly er leveår med redusert helserelatert livskvalitet (målt på en skala fra 0 til 100 prosent) inkludert med en vekt som tilsvarende denne livskvaliteten. Det tilsvarende helsemålet Qalys (quality adjusted life years) kan ses på som antall leveår med full helserelatert livskvalitet som kan oppnås gjennom livet og som kan vinnes ved ulike typer tiltak som forbedrer folks helse. Over et livsløp på for eksempel 80 år med noen skader og sykdomsforløp underveis, og avtagende helse og helserelatert livskvalitet mot slutten av livet, har disse årene kanskje bestått av 70 år med tilnærmet full livskvalitet og 10 år med ulik grad av redusert livskvalitet. Til sammen kan dette eksempelvis utgjøre 77 Qalys og 3 Dalys.

I en rapport fra 2010 anslår Helsedirektoratet at de samfunnsøkonomiske kostnadene ved røyking i Norge utgjør mellom åtte og 80 mrd. kroner per år. Dette er et vidt anslag der det i det laveste beløpet bare inngår kostnader for helsevesenet og produksjonstap på grunn av økt sykkelighet og tidlig død, mens det i det høyeste beløpet også inngår en økonomisk verdsetting av 150 til 180 000 tapte leveår. Hvilken beregningsmetode som velges og verdien som settes på velferdstap relatert til leveår og livskvalitet er derfor av stor betydning for kostnadenes størrelsesorden.

Svært overvektige kvinner (kroppsmasseindeks høyere enn 30) kan forvente ti færre gode leveår enn normalvektige kvinner, mens svært overvektige menn taper fem gode leveår sammenlignet med normalvektige. Menn med høyt alkoholforbruk taper fire til fem gode leveår, mens kvinner med høyt alkoholforbruk taper ett til 2,5 gode leveår.

En rekke nyere beregninger har vist at selv en gradvis reduksjon i saltinntaket på ti til 30 prosent kan gi betydelige helsegevinster og være meget kostnadseffektivt. Analyser ut fra amerikanske og britiske forhold anslår at en reduksjon av saltinntaket med tre gram per dag vil kunne minske antallet nye tilfeller av hjerte- og karsykdommer med omkring ti prosent. Kostveiledning til behandling av forhøyet serum kolesterol har vist seg effektiv, billig, bivirkningsfri og godt aksep-

tert av både leger og pasienter. I tillegg er behandlingen sannsynligvis kostnadseffektiv. Videre har to store studier fra Finland og USA, vist at påvirkning av kost og livsstil kan forebygge utviklingen av diabetes type 2 med 60 prosent hos risikopersoner.⁴ I begge studiene er det autorisert ernæringsfaglig personell som har utført det ernæringsfaglige arbeidet.

Halvparten av alle eldre over 80 år faller minst én gang i året. De som har falt én gang, har to til tre ganger så høy risiko for å falle igjen. Mange pådrar seg beinbrudd. Redusert livskvalitet og stort behov for hjelp er ofte resultatet, og mange gjenvinner ikke tidligere gangfunksjon. Forskning viser at fall kan forebygges med målrettet og individuelt tilpasset fysisk aktivitet og trening. En beregning foretatt ved høyskolen i Harstad viser at et lårhalsbrudd koster samfunnet 167 000 kroner i gjennomsnitt, inkludert sykehuskostnader og produksjonstap. Årlig er det mellom 7000 og 9000 lårhalsbrudd i Norge.

Lav kroppsvekt utgjør en risikofaktor for osteoporose og brudd. Underernæring har store helsemessige og økonomiske konsekvenser, men tilstanden er underdiagnostisert og underbehandlet. Studier fra Nederland, Danmark og USA viser at man kan oppnå 20 prosent reduksjon i liggetid dersom underernærte blir fanget opp og behandlet. Systematisk dokumentasjon av ernæringsstatus og målrettede ernæringstiltak for å forebygge og behandle underernæring på sykehus, er sannsynligvis kostnadseffektivt. En kost-nytte analyse med bakgrunn i tall fra Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, viste at målrettet forebygging og behandling av underernæring i sykehus kan bidra til en besparelse i spesialisthelsetjenesten på rundt 800 millioner kroner i året. Disse beregningene er foretatt med utgangspunkt i pasienter på sykehus. Målrettede tiltak i primærhelsetjenesten vil kunne gi større gevinster.⁵ Det finnes forskningsbasert kunnskap om at behandling av underernæring gir en rekke positive helseeffekter som økt grad av pasienttilfredshet, økt funksjonsnivå, redusert infeksjonsrate, mindre bruk av antibiotika, raske restitusjon, sjeldnere sykehusinnleggelser, færre reinnleggelser, bedre livskvalitet og bedre overlevelse. Disse helsemessige gevinstene er ikke tatt med i regnestykket over.

I tillegg til disse langsiktige gevinstene relatert til redusert dødelighet og alvorlig sykdom, kommer de kortsiktige helseeffektene, som redusert forekomst av mindre alvorlig sykdom og økt mobilitet og velvære.

Det er et mål å iverksette tiltak og prioritere mellom tiltak slik at flest mulig får tatt ut sitt helsepotensial og får et meningsfullt, sosialt og økonomisk produktivt liv. Både i folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven legges en forsvarlighetsvurdering til grunn om at virksomheter og kommuner må organisere tjenester og aktiviteter slik at en unngår tap av liv med god helse gitt de ressursene en har.

Det eksisterer ingen objektiv norm for hvor mye av samfunnets ressurser som skal gå til helse – verken behandling eller forebygging. Men det er en norm at ressursene skal brukes på en slik måte at man får mest mulig helse igjen for pengene, og at det bidrar til sosial utjevning. Dette skaper en prioriteringsutfordring siden det ikke er mulig å flytte penger fra behandling til forebygging uten at det får konsekvenser for enkeltindivider.

Generelt er det slik at tiltak på befolkningsnivå gir mer helse innenfor gitte ressurser enn individrettede tiltak. Individrettede forebyggende tiltak kan gi mer helse enn kurativ behandling, og tidlig innsats er mer effektivt enn sen innsats. Dette fordi et stort antall mennesker med middels til lav risiko ofte gir opphav til flere sykdomstilfeller enn et lite antall mennesker med høy risiko.

7.2.2 Prioriteringsutfordringer

Folkehelse og forebygging må inn i diskusjonen om hva som er riktig prioritering på lang sikt for å sikre en bærekraftig velferdsstat. Eksemplene over viser noen av gevinstene ved å prioritere folkehelse, forebygging og tidlig innsats høyere.

Større forventninger og krav til tjenestetilbud framfor forebygging kan føre til en prioritering som ikke gir oss mest mulig helse igjen for pengene. Dette kan sies å være sløsing med fellesskapets ressurser og er over tid ikke bærekraftig. Mer forebygging gir bedre forutsetninger for gode helsetjenester for de som trenger det. Likevel blir det i praktisk politikk og prioritering raskt et konkurranseforhold, fordi presserende problemer innen behandling og omsorg alltid vil gjøre det krevende å flytte penger fra behandling til forebygging. Derfor er det viktig å finne mekanismer som sikrer at den framtidige veksten til helse, inkludert folkehelse, er innrettet slik at det gir en bedre prioritering over tid. Dette gir bedre folke-

⁴ Henholdsvis Finnish diabetes prevention study og Diabetes prevention programme.

⁵ Helsedirektoratet, *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten* (IS-2032), 2012, side 26.

helse og velferd, og det gir bedre helse- og omsorgstjenester.

Samhandlingsreformen gir et godt grunnlag for å endre retning. Innføringen av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter skal bidra til at mer av pasientbehandlingen skjer i kommunene og at kommunene får insentiver til å satse på forebygging og tidlig intervensjon. Folkehelseloven gir kommunene et tydeligere ansvar for folkehelsearbeidet. Ny folkehelselov ble godt mottatt av kommunene og andre høringsinstanser, men det ble etterlyst behov for å bygge opp kompetanse på å analysere helseutfordringene og bruke kunnskapen som grunnlag for å utforme tiltak. Regjeringen arbeider for å styrke utvikling av slik kompetanse. Kommunene har som oppfølging av samhandlingsreformen, fått tilført midler gjennom rammetilskuddet for å bygge opp nødvendig kompetanse. Det er i tillegg etablert en tilskuddsordning for etablering av frisklivstilbud.

Det er lang tradisjon for å bruke avgiftsvirkemidler i folkehelsearbeidet, spesielt for alkohol og tobakk. I tillegg er dette virkemidlet i de senere årene tatt i bruk for å stimulere til et sunnere kosthold gjennom endringer i særavgiften for alkoholfrie drikkevarer. Det har flere ganger vært vurdert endring i avgiftene for å bidra til endret atferd og bedre folkehelse. Regjeringen vil videreføre dette arbeidet.

7.2.3 Særavgifter

I dagens avgiftssystem er det flere særavgifter som i større eller mindre grad begrunnes ut fra et helseperspektiv: avgift på alkohol, avgift på tobakksvarer, avgift på sjokolade- og sukkervarer, avgift på alkoholfrie drikkevarer og avgift på sukker. Disse avgiftene har også en fiskal begrunnelse.

Det er allment akseptert at pris påvirker folks atferd. Typiske eksempler er særavgiftene på alkohol og tobakksvarer. Avgiftene bidrar til å øke prisen og redusere forbruket av slike varer. Avgiftene på alkohol og tobakksvarer anses å være gode og treffsikre særavgifter.

Det er grunn til å tro at avgifter på usunne matvarer kan ha tilsvarende virkning. Sammenliknet med alkohol og tobakk er det imidlertid flere forhold som bidrar til at det er mer krevende å utforme treffsikre avgifter for usunn mat. Det skyldes blant annet at det kan være problematisk å avgrense hvilke varer som anses som usunne. Videre kan det være blandingsprodukter som har både sunne og usunne ingredienser. En viktig pre-

miss er at avgiften bør bidra til å redusere det totale forbruket av usunne varer. En må derfor ha i tankene at avgift på én vare kan bidra til å vri forbruket over på andre varer som ikke nødvendigvis er sunne. For eksempel kan økt avgift på sjokolade medføre økt forbruk av avgiftsfrie snacksprodukter.

Ved fastsettelse av avgiftsnivået er det flere forhold som må tas i betraktning. I NOU 2007: 8 En vurdering av særavgiftene pekte utvalget (særavgiftsutvalget) på at helsebegrunnede avgifter ideelt sett bør settes slik at de på marginen dekker kostnadene for omgivelsene og/eller fellesskapet. Dette vil i stor grad være kostnader knyttet til behandling av sykdommer i den offentlig finansierte helsetjenesten. I tillegg pekte utvalget på at forbrukerne kan undervurdere virkningene av helseskadelig forbruk. Dette kan skyldes at forbrukerne ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til langsiktige virkninger eller at de velger å se bort fra en del uheldige effekter. Det vil i praksis være svært vanskelig å tallfeste disse størrelsene. Det kompliseres ytterligere av at en del av helsekostnadene kommer som følge av bruk av varer som ikke er avgiftsbelagt, det vil si varer fra grensehandel, tax free eller smugling. Sistnevnte problemstilling gjelder spesielt alkohol og tobakk.

En må også være oppmerksom på at et høyt avgiftsnivå på enkelte produkter kan gi andre utilsiktede virkninger som for eksempel økt grensehandel. Avgiftene på mulig grensehandelsutsatte varer som tobakk, alkohol, brus eller sjokolade skal bidra til å redusere forbruket av helseskadelige varer og gi staten inntekter. Samtidig må ikke avgiftsnivået bli så høyt at handelslekkasjen blir for stor.

Avgift på alkohol

Mye tyder på at pris, sammen med tilgjengelighet, har stor betydning for alkoholforbruket. Samtidig vil høye avgifter på alkohol kunne føre til økt grensehandel, tax free-handel, hjemmebrenning og smugling. Dette svekker kontrollen med forbruket og innebærer tap av avgiftsinntekter.

Avgiften på alkoholholdige drikkevarer er inndelt i tre grupper. Den første omfatter brennevinsbaserte drikkevarer over 0,7 volumprosent alkohol, og den andre annen alkoholholdig drikk over 4,7 til og med 22 volumprosent alkohol. Den tredje omfatter annen alkoholholdig drikk til og med 4,7 volumprosent alkohol. Avgiftsgruppene omtales stort sett som henholdsvis brennevin, vin og øl. Tabell 7.1 viser avgiftsatsene for alkoholholdige drikkevarer i 2013.

Tabell 7.1 Avgift på alkoholholdige drikkevarer i 2013

Alkoholholdig drikk	Volumprosent alkohol	Kroner
	t.o.m 0,7	avgiftslegges etter reglene for alkoholfrie drikkevarer
Brennevinbasert	over 0,7	6,85 per volumprosent og liter
Annen	over 0,7 t.o.m. 2,7	3,06 per liter
	over 2,7 t.o.m. 3,7	11,52 per liter
	over 3,7 t.o.m. 4,7	19,96 per liter
	over 4,7 t.o.m. 22	4,46 per volumprosent og liter
Etanol til teknisk bruk	over 0,7	sats som for alkoholholdig drikk

Tabell 7.2 Avgift på tobakksvarer i 2013

Produkt	Kroner	
Sigarer	2,35	per gram av pakningens nettovekt
Sigaretter	2,35	per stk.
Røyketobakk, karvet skråtobakk, råtobakk i forbrukerpakning	2,35	per gram av pakningens nettovekt
Skråtobakk	0,95	per gram av pakningens nettovekt
Snus	0,95	per gram av pakningens nettovekt
Sigarettpapir og sigarethylser	0,0358	per stk.

Som det framgår av tabellen, avhenger avgiftene på vin og brennevin lineært av alkoholinholdet. Vin og øl over 4,7 volumprosent (sterkøl) avgiftslegges likt når de har samme alkoholstyrke, mens brennevin avgiftslegges høyere per volumprosent og liter enn de øvrige alkoholholdige drikkevarer. Den høyere avgiften på brennevin kan begrunnes med at brennevin lettere gir høy promille og dermed økt sannsynlighet for akutte skader eller mer aggressiv atferd. Slike faktorer er med på å øke de eksterne kostnadene ved bruk av brennevin og taler for en relativt høy avgift. Brennevinbasert rusbrus avgiftslegges høyere enn annen rusbrus. Rusbrus kan være inngangsporten til alkohol for en del personer (særlig unge mennesker) som ellers ville hatt et lavt alkoholkonsum.

Avgift på tobakksvarer

Høye avgifter kombinert med begrensninger på tilgjengelighet skal bidra til å begrense forbruket av tobakk. Høye avgifter på tobakk kan imidlertid

føre til økt uregistrert forbruk (grensehandel, tax free og smugling). Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning indikerer at det uregistrerte forbruket av sigaretter og røyketobakk utgjør omlag 35 prosent av totalforbruket.

Avgiften er en kvantumsavgift som er delt inn i seks avgiftsgrupper: sigarer, sigaretter, røyketobakk, snus, skrå og sigaretpapir og -hylser. Tabell 7.2 viser avgiftssatsene for tobakksvarer i 2013.

Avgift på sjokolade og sukkervarer

Avgiftsplikten omfatter sukkervarer, herunder hvit sjokolade, tyggegummi, karameller, pastiller, sukkertøy og drops. Avgiftsplikten omfatter også sjokolade og andre næringsmidler som inneholder kakao. Ulike typer kjeks som søte kjeks, småkaker, vafler og vaffelkjeks er avgiftspliktige når de enten er helt overtrukket (eventuelt unntatt bunnen) med sjokolade-, kakao- og/eller sukkerholdig masse, eller er delvis overtrukket og/eller har mellomlag av sjokolade-, kakao- eller sukkermasse, og hvor vekten av massen utgjør mer enn

50 prosent av kjeksens samlede vekt. Avgiftsplikten omfatter også drops, tyggegummi og andre godterier uten innhold av sukker. Avgiftsplikten oppstår som hovedregel ved uttak fra godkjent lager eller ved innførsel. Det gis fritak for avgiften for varer som brukes som råstoff ved framstilling av varer. Avgiftssatsen i 2013 er 18,56 kroner per kg av varens avgiftspliktige vekt.

Toll- og avgiftsdirektoratet vil vurdere enkelte justeringer i avgrensingen av sjokolade- og sukkervareavgiften, og sende eventuelle forslag om endringer i særavgiftsforskriften på alminnelig høring innen høsten 2013.

Avgift på alkoholfrie drikkevarer

Avgiften på alkoholfrie drikkevarer omfatter drikkevarer som er tilsatt sukker eller søtstoff. Det innebærer at brus, lettbrus, nektar, saft og melkeprodukter avgiftslegges dersom drikkevarene er tilsatt sukker eller søtstoff. Drikkevarer som naturlig inneholder sukker, for eksempel presset fruktjuice, avgiftslegges ikke. Sirup som er tilsatt sukker eller søtstoff til ervervsmessig framstilling av alkoholfrie drikkevarer i dispensere, omfattes også av avgiften. Melkeprodukter som kun er tilsatt en mindre mengde sukker (til og med 15 gram sukker per liter) og varer i pulverform er fritatt for avgiften.

Avgiftsplikten omfatter også alkoholholdige drikkevarer med alkoholstyrke til og med 0,7 volumprosent alkohol, dersom disse er tilsatt sukker eller kunstig søtstoff. I all hovedsak produseres alkoholfritt øl uten at sukker eller søtstoff tilsettes. Varene avgiftslegges i 2013 med en avgiftssats på 3,06 kroner per liter for ferdigvare og 18,68 kroner per liter for konsentrat.

Avgift på sukker

Avgiften på sukker omfatter sukker (roe- og rørsukker), sirup og sukkeroppløsninger. Avgiftsplikten oppstår som hovedregel ved uttak fra godkjent lager eller ved innførsel til Norge. Det gis fritak for avgiften blant annet for sukker som nyttes til ervervsmessig framstilling av varer. Dagens avgift omfatter derfor i hovedsak sukker til husholdningsformål. I 2013 er avgiften på sukker 7,18 kroner per kg.

Særavgift basert på mengde tilsatt sukker

Særavgiftsutvalget anbefalte at avgiftene på sjokolade og sukkervarer, alkoholfrie drikkevarer og sukker ble erstattet av en generell avgift på su-

ker i mat- og drikkevarer, jf. NOU 2007: 8 En vurdering av særavgiftene. Hensikten var å utforme et mer treffsikkert virkemiddel for å begrense helseskadelig forbruk av sukker. Et viktig hinder mot å innføre en mer treffsikker avgift på sukker, er at det ikke har vært felleseuropeiske regler om hvordan næringsinnholdet i matvarer skal merkes.

Høsten 2011 vedtok EU en ny forordning om matvareinformasjon. I denne forordningen stilles det krav om merking av samlet mengde sukker i varene, men ikke krav om å merke varens innhold av tilsatt sukker. Det er i første rekke næringsmidler med tilsatt sukker det er ønskelig å redusere forbruket av. Begrunnelsen for dette er at mange matvarer som inngår i et sunt og variert kosthold i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger, inneholder naturlige sukkerarter. I tillegg krever ikke forordningen næringsdeklarasjon for produkter i små innpakninger. Forordningen er derfor lite egnet som grunnlag for å avgiftslegge tilsatt sukker i matvarer.

Toll- og avgiftsdirektoratet vurderte i 2011/2012 en ny særavgift på mat- og drikkevarer tilsatt sukker eller kunstig søtstoff. En ny særavgift forutsetter at avgiftspliktige virksomheter deklarerer mengde tilsatt sukker i varen til Toll- og avgiftsetaten. Tilsatt kunstig søtstoff vil framgå ved merking av varen, men mengden av tilsatt søtstoff vil det ikke være mulig å avgiftslegge med differensierte satser. Ifølge Toll- og avgiftsdirektoratet vil en ny særavgift medføre betydelige administrative og kontrollmessige problemer. En avgiftsomlegging forutsetter blant annet at et betydelig antall nye virksomheter blir avgiftspliktige etter særavgiftsregelverket. I dag finnes det heller ikke analysemetoder for å fastslå mengden tilsatt sukker med nødvendig grad av nøyaktighet. Toll- og avgiftsdirektoratet frarår på denne bakgrunn en ny særavgift som avgiftslegger tilsatt sukker eller kunstig søtstoff i mat- og drikkevarer.

7.3 Styrke frivillighet og deltakelse i folkehelsearbeidet

Regjeringen vil utvikle samarbeidet med frivillig sektor om å sette deltakelse, medvirkning og sosial inkludering på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet. På nasjonalt nivå skal det etableres et nasjonalt kontaktforum om folkehelsearbeid mellom frivillige organisasjoner og Helse- og omsorgsdepartementet og andre berørte departementer. Kommunene skal stimuleres til tettere samarbeid med frivillig sektor lokalt. Kunnskap

og forskning om deltakelse i frivillig arbeid som en folkehelseressurs skal styrkes.

En helhetlig frivillighetspolitikk

Et rikt og mangfoldig organisasjonsliv er av stor betydning for demokrati, fellesskap og velferd. Frivilligheten er et fremtredende trekk i det norske samfunnet. Det er høy deltakelse i både organiserte og uorganiserte aktiviteter.

Regjeringens visjoner om frivillighet kommer blant annet fram i Regjeringserklæringen 2009–2013: «Frivilligheten gir folk muligheten til deltakelse samtidig som den er viktig for å få løst mange viktige samfunnsoppgaver, og bidrar blant annet til bedre folkehelse og integrering.»

Ordet dugnad ble av NRK i 2004 kåret til Norges nasjonalord. Kåringen er et uttrykk for at frivillighet er en viktig del av selvforståelsen i det norske samfunnet. Frivillighet skal ikke forstås som en erstatning for velferdssamfunnet, men som et verdifullt supplement. Det er en sterk norsk tradisjon for å stille opp for den som trenger det, og som bidrar til at vi har et samfunn hvor vi har tillit til hverandre. Dette engasjementet kom til uttrykk under den nasjonale prøvelsen 22. juli 2011. Det viser seg også når det for eksempel gjennomføres lokale leteaksjoner etter savnede hvor frivillige deltar.

I tråd med mål i Soria Moria-erklæringene og St.meld. nr. 39 (2006–2007) Frivillighet for alle, støtter regjeringen aktivt opp om frivillig sektor, et levende sivilsamfunn og tiltak for å bidra til økt deltakelse. De frivillighetspolitiske målene er; å bedre rammevilkårene til frivilligheten, ha økt oppmerksomhet på ressurser til lokal aktivitet og «lavterskelaktivitet», inkludering og mangfold og å styrke kunnskap og forskning om sivilsamfunn og frivillig sektor. Kulturdepartementet har et samordningsansvar for frivillighetspolitikken samtidig som det enkelte departement har et sektoransvar på sitt område.

Regjeringen har lagt vekt på en kraftig styrking av rammevilkårene for frivillig sektor. Bevilgningen til momskompensasjonsordningen er økt til nærmere 1 milliard kroner for 2013. Nærmere 15 000 lokale lag, grupper og organisasjoner over hele landet mottar årlig støtte fra Frifond for å skape lokale fritidstilbud for barn og unge. Lokale lag er også styrket gjennom grasrotandelsordningen til Norsk Tipping. Over 80 prosent av lokale lag og foreninger sier at de har en god eller tilfredsstillende økonomi. Det har vært en betydelig

Boks 7.2 Inkluderingsprosjektet i regi av Frivillighet Norge

Mange med minoritetsbakgrunn er aktive i minoritetsorganisasjoner, men de tradisjonelle organisasjonene har få medlemmer med etnisk minoritetsbakgrunn. Formålet med inkluderingsprosjektet er å bidra til et større etnisk mangfold i de frivillige organisasjonene

Frivillighet Norge har etablert en nettbasert inspirasjonsbank «Knekk inkluderingskoden» på nettstedet www.inkluderingskoden.no. På denne nettsiden gis et innblikk i det viktige arbeidet som gjøres i norske frivillige organisasjoner, og det fremkommer konkrete metoder, råd og inspirasjon til organisasjoner som ønsker å sette inkludering på agendaen.

Det arrangeres også en årlig inkluderingskonferanse hvor idemarked og speed date bidrar til å knytte kontakter og samarbeid mellom minoritetsorganisasjoner og tradisjonelle organisasjoner.

økning i frivilligsentraler. Arbeidet med inkludering av innvandrerbefolkningen og erfaringsoverføring mellom innvandrersamfunn og tradisjonelt norske organisasjoner er styrket, blant annet gjennom økte bevilgninger til Frivillighet Norge.

Forenkling i samhandlingen mellom offentlig og frivillig sektor er et satsingsområde i samarbeid med organisasjonene. Hensikten er forenkling og samordning av tilskuddsordninger slik at organisasjonene kan bruke sine ressurser på det som er organisasjonens formål og primære aktiviteter.

Det femårige forskningsprogrammet Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor omfatter forskning på frivillig sektors betydning i samfunnet, særlig knyttet til deltakelse, endringer i frivillig sektor og finansieringsordninger og rammevilkår. Programmet har bidratt til å videreutvikle statlig frivillighetspolitikk og styrket frivillig sektor. Forskningsprosjektet Frivillighet og folkehelse er en del av programmet og vil ferdigstilles sommeren 2013. Kulturdepartementet videreutvikler, i samarbeid med andre departementer, forskningsinnsatsen på sivilsamfunn og frivillig sektor i 2013.

7.3.1 Frivillighet som en folkehelseressurs

Det er en lang tradisjon for samarbeid mellom myndigheter og frivillige organisasjoner innen folkehelsearbeidet i Norge. Dette samarbeidet skal videreutvikles og styrkes fordi de nye folkehelseutfordringene, som ensomhet, psykiske plager, fysisk inaktivitet og sosiale helseforskjeller, krever nye tilnærminger. Det er et mål å inkludere flere i frivillige organisasjoner og i de organiserte aktiviteter i samarbeid med organisasjonene og andre aktører. Frivillige organisasjoner vil kunne bidra med nyskapende løsninger og erfaringsbasert kompetanse. Mangfoldet i aktiviteter og tilbud gjør at frivillig sektor utpeker seg som medspiller innen et bredt spekter av folkehelseoppgaver. Dette gjenspeiles også i folkehelseloven der kommunene har et ansvar for å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Folkehelsearbeidet skal legge større vekt på sammenhengen mellom trivsel, livskvalitet og helse. Gode samfunn er kjennetegnet av trivsel og aktivitet i nærmiljøene, hvor innbyggerne stiller opp for hverandre og fellesskapet, og som engasjerer seg i frivillig virksomhet. Deltakelse i frivillige organisasjoner skaper muligheter for felles opplevelser, vennskap, identitet og tilhørighet. Når folk får mulighet til å påvirke sine egne liv og utviklingen av politikk og samfunn og opplever å være inkluderte, skapes tilhørighet og medansvar. Dette bidrar til trivsel, bedre helse og sosial støtte for den enkelte. Samtidig styrkes sivilsamfunnet og den sosiale kapital i samfunnet. Et kjennetegn ved Norge og Norden er sterke og levende sivilsamfunn, høy grad av tillit til samfunnsinstitusjonene og høy grad av tillit mellom mennesker.

Frivillige organisasjoner er av stor betydning for det norske demokratiet og mulighetene for den enkelte til å delta og øve innflytelse. Frivillige organisasjoner kan fremme interesser på vegne av medlemmer eller andre grupper. Slik gis grupper eller saker en stemme i offentlig debatt og overfor beslutningstakere i samfunnet.

Frivillighet som bidrar til å bedre brukernes rettigheter, involvere og engasjere innbyggerne, fremme mangfold og inkludering, kultur og velferd, idrett og friluftsliv, har positive effekter som strekker seg langt utover organisasjonenes formål. Medvirkning og frivillighet bidrar for eksempel også til sosial inkludering og mestring. Det er derfor grunn til å fremme tiltak som fører til sterkere sivilsamfunn, ansvarliggjøring og medinnflytelse som sentrale virkemidler for å styrke folkehelsen.

Frivillig arbeid og medvirkning er også omtalt i kapittel 3 og er tema i Meld. St. nr 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Styrker livskvalitet

Mennesker som deltar i frivillig arbeid ser ut til å ha bedre tilfredshet med livet og bedre mestringfølelse enn de som ikke deltar. Frivillig arbeid kan forebygge helseproblemer.

Frivillig sektor er en viktig arena for deltakelse, sosialisering og inkludering. Å være med i fritidsaktiviteter styrker andre ferdigheter enn de man får i skole og arbeid. Gjennom slik deltakelse utvikles tillit, sosiale ferdigheter og sosialt nettverk. Derfor er det viktig å være oppmerksom på at enkelte grupper er underrepresentert i frivillighet.

I frivillighetspolitikken er det et spesielt ansvar å legge til rette for barns utvikling og muligheter. Fritidsaktiviteter som er organisert av frivillige organisasjoner innen idrett og friluftsliv, kunst og kultur er blant de viktigste for barn og unge. For barn og unge gir deltakelse i ulike aktiviteter mulighet til å øve seg i ulike sosiale sammenhenger. Dette er viktig i oppveksten. Barn deltar mindre i det frivillige organisasjonsliv hvis foreldrene har kort utdanning og/eller lav inntekt. Som gruppe deltar barn og unge med innvandrerbakgrunn i mindre grad i tradisjonelle fritidsaktiviteter, for eksempel idrettslag. Særlig gjelder dette jenter. Derfor er det viktig at det finnes tilbud som ikke innebærer store kostnader og som er tilrettelagt slik at alle kan delta. Frifondsordningen har blitt styrket for å stimulere til økt innsats i arbeidet med integrering og inkludering. Å stimulere til barn og unges deltakelse i frivillighet ser ut til å bidra til at de også vil være aktive senere i livet.

Kulturdepartementet forvalter i samarbeid med Idrettsforbundet (NIF) en tilskuddsordning til inkludering i lokale idrettslag. Målet med tilskuddsordningen er å inkludere nye grupper i idrettslagenes ordinære aktivitetstilbud, gjennom å motvirke økonomiske og sosiale barrierer som kan være til hinder for å delta i organisert idrettsaktivitet. Det ytes tilskudd til å utvikle lavterskeltilbud til alle uavhengig av medlemskap i et lag og til å videreutvikle det medlemsbaserte tilbudet i lagene.

Mye frivillig virksomhet har forebygging som formål. Frivillige humanitære og sosiale organisasjoner utøver forebyggende virksomhet og bygger opp folkehelsen. Det kan dreie seg om tiltak for å muliggjøre at eldre mennesker kan bo hjemme og fungere sosialt, eller tiltak for å fore-

bygge helgerelatert vold. I folkehelsesammenheng utfører bruker- og pasientorganisasjoner en betydelig innsats. De har lang erfaring i veiledning og selvhjelpsarbeid som hjelper medlemmene til å mestre sin livssituasjon.

Andre deler av frivillig organisasjonsarbeid har forebygging og helsefremming som sideeffekt og ikke som sin primæroppgave. I det frivillige musikklivet dyrker man interessen for musikk, samtidig som aktiviteten gir det enkelte menneske gode opplevelser, tilhørighet og mening, som gir styrke. Det samme gjelder idretts- og friluftslivsorganisasjonene og en rekke andre frivillige virksomheter. Friluftsliv er Norges største fritidsaktivitet, og fotturer i skog og mark er den suverent største aktiviteten som 2/3 av befolkningen driver med.

Friluftslivsorganisasjonene omfatter samlet om lag 700 000 medlemskap og tilbyr enkle, lavintensive aktiviteter som turer i natur og nærmiljø. Slike tilbud inkluderer alle sosiale lag og passer for alle aldersgrupper og ferdighetsnivåer. Den frivillige innsatsen i regi av friluftslivsorganisasjonene betyr mye for aktivitetstiltak og tilrettelegging både i nærmiljøet og i naturen lenger unna, om det er til fjells, skogs eller ved sjøen.

Miljøverndepartementet har flere støtteordninger for friluftslivsorganisasjonene, både driftsstøtte og støtte til konkrete friluftstiltak.

7.3.2 Frivillighet i endring og utvikling i deltakelse

Samarbeidet mellom myndighetene og frivillige organisasjoner må også fange opp endringene som skjer i frivillig arbeid, og hva dette vil innebære for hvordan frivillig sektor kan spille en større rolle i folkehelsearbeidet.

Studier fra forskningsprogrammet «Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor» viser at organisasjonssamfunnet er i endring. Det er om lag 90 000 frivillige lag og foreninger. Andelen av befolkningen som gjør en frivillig innsats er i underkant av 50 pst. Den voksne delen av befolkningen utfører om lag 115 000 frivillige årsverk eller 200 000 millioner timer frivillig arbeid per år. Over halvparten av den frivillige innsatsen skjer på kultur-, idretts og fritidsfeltet. Utbredelsen av lokalt foreningsliv og den høye andelen av befolkningen som deltar i frivillig arbeid, viser at frivillige organisasjoner er en stor og viktig del av sivilsamfunnet i Norge.

Samtidig ser vi en fremvekst av ikke-medlemsbasert frivillighet, økende sosiale forskjeller, mindre interesse for å delta som aktive medlem-

mer og at flere gir pengegaver. Frivillig innsats ses oftere som en måte å få skaffe seg erfaring, kontakter og nettverk på. Til tross for endringer er et stabilt trekk at viljen til å delta i frivillig arbeid fortsatt stor.⁶

Høy inntekt, lang utdanning og deltakelse i arbeidslivet øker sannsynligheten for deltakelse i organisasjonslivet. Når de sosiale forskjellene i organisasjonsdeltakelse øker, betyr det at grupper faller utenfor betydningsfulle samfunnsarenaer for deltakelse. Å rette oppmerksomhet mot de som står utenfor organisasjonsfellesskapet er en frivillighetspolitisk oppgave.

Individualiserte hobby- og fritidsorganisasjoner har fått sterkere oppslutning. Målt i antall aktiviteter er det idrettslagene som har størst oppslutning. Det er over to millioner medlemskap i norsk idrett. Om lag 85 prosent av alle norske barn har i løpet av barneskoletiden vært medlem av et idrettslag. Det gjør idretten til en svært viktig bidragsyter når det gjelder befolkningens fritidsaktivitet, spesielt for barn og ungdom. Fra 12–13 års alder er det et jevnt fall i deltakelse i organisert idrett gjennom tenårene. Overgangen fra barn til ungdomstid påvirker forholdet til den organiserte idretten. I 2009 var 40 prosent av norsk ungdom medlem av et idrettslag, mens om lag 24 prosent av ungdom med bakgrunn fra ikke-vestlige land var medlem. For unge menn som ikke har fullført videregående skole var deltakelsen på 12 prosent. I et folkehelseperspektiv vil det å inkludere flere i idrettsfellesskapet og forhindre for tidlig frafall være viktig.

Om lag 20 prosent av befolkningen er medlem av kunst- og kulturorganisasjoner, som kor, korps og dans. Denne andelen har holdt seg stabil.

Det har de siste tiårene blitt et økt kulturelt og religiøst mangfold i Norge, blant annet på grunn av innvandring. Per 1. januar 2012 var i underkant av 80 prosent av befolkningen medlem i Den norske kirke, mens vel 10 prosent av befolkningen var medlem av tros- og livssynssamfunn utenfor Den norske kirke. Både antall tros- og livssynssamfunn utenfor Den norske kirke og antall personer som tilhører disse samfunnene, er økende.

Nye former for frivillighet

Nyere former for frivillighet kan være å delta på aktiviteter i regi av en frivilligsentral, for eksempel å bidra på et eldresenter. Andre eksempler er å være med på en leksehjelpsordning eller være

⁶ Forskningsrapporten *Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997–2009*, Wollerbæk og Sivesind

Boks 7.3 Folk i Form til Tusen i Sarpsborg

Folkehelseprosjektet Folk i form til tusen skal få sarpingene i god form fram mot Sarpsborgs tusenårsjubileum i 2016.

90 idrettslag, andre frivillige lag og foreninger og kommunen har gått sammen om å bruke byens tusenårsjubileum som en gylden anledning til å fremme innbyggernes helse og trivsel. Dette er en bred satsing for å få flest mulig sarpinger i god tusenårsform gjennom fysisk aktivitet, friluftsliv og allsidig idrett. Det skal legges til rette for lavterskeltilbud, og aktivitetene skal bygge på målet om minst en daglig halvtime for voksne og en time for barn og ungdom. Samarbeidet om Folk i form til tusen skal også brukes for å fremme ulike lokale idrettsarrangement og konkurranser, og det skal arrangeres Barnas allidrettsdag og Friluftslivets uke. Det planleg-

ges mange tiltak i tiden fram til byjubileet, som for eksempel:

- Fresk i Sarp – innbyggerne skal mobiliseres og utfordres til å finne 1000 spesielle stolper som er plassert rundt i kommunen, i sentrum, i parker, gater og i marka, innen utgangen av 2016. Kart, GPS eller mobilapp kan brukes for å finne stolpene. Stolpene har fire forskjellige farger som viser til vanskelighetsgrad eller framkommelighet.
- Skolekonkurranser med registrering av fysisk aktivitet, med årlig hovedpremie.
- Månedens tur skal være ramme om flere aktiviteter.
- Etablering av nye turløyper og rehabilitering av eksisterende løyper, som også omfatter rideløyper og sykkeløyper.
- Etablere enkle nærmiljøanlegg.

flyktingguide. Aktiviteter på internett og sosiale medier utløser også mye frivillig aktivitet, både organisert og uorganisert hvor enkeltpersoner tar initiativ. Eksempelvis er det dannet gågrupper flere steder i landet, som et initiativ til sosialt samvær og fysisk aktivitet. Tjukkasgjengen, en facebook-initiert gåbevegelse som involverer om lag 20 000 voksne i hele landet, er et eksempel på dette. Sosialt entreprenørskap, som er entreprenørskap anvendt på sosiale eller samfunnsmessige utfordringer og problemer, kan også utløse frivillig innsats. Natteravnenes innsats for ro og trygghet der ungdom vanker nattetider, er et slikt eksempel.

7.3.3 Styrke samarbeidet mellom kommuner og frivillig sektor

Regjeringen vil stimulere til økt samarbeid mellom kommunesektoren og frivillige organisasjoner om folkehelsearbeidet, og vil bidra til å utvikle gode modeller for å følge opp folkehelselovens bestemmelser om samarbeid med frivillig sektor. Kommunene er sentrale i å legge til rette for frivillig aktivitet i lokalsamfunnet og kan trekke på mange ressurser for å styrke frivilligheten lokalt. Kommunenes ansvar for å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner er nedfelt i folkehelseloven. I frivillighetsmeldingen St.meld. nr. 39 (2006–2007) understreker regjeringen behovet for samarbeid mellom kommunal og frivillig sektor, og kommunene oppfordres til å utvi-

kle lokal frivillighetspolitikk. Fylkeskommunene har en partnerskapsfunksjon i folkehelsearbeidet som inkluderer samarbeid med frivillige organisasjoner.

Regjeringen vil bygge på samarbeidsplattformen mellom Frivillighet Norge og KS, som fastsetter prinsipper og handlinger for å styrke samarbeidet mellom frivillig og offentlig sektor. Et godt samarbeid mellom kommunal og frivillig sektor gir gevinst for alle parter og skal stimulere til vekst i frivilligheten til beste for hele samfunnet. Samarbeidsplattformen er et viktig grunnlag for en lokal frivillighetspolitikk med retningslinjer for lokalt samarbeid. Om lag 20 prosent av kommunene har utviklet en kommunal frivillighetspolitikk. Halvparten av kommunene har utviklet konkrete samarbeidsavtaler eller partnerskapsavtaler med frivillige organisasjoner.

For å gjøre det enklere å øke oppslutningen om frivillig deltakelse i kommunene, kan frivillige oppgaver knyttes til etablerte møteplasser og aktiviteter, for eksempler eldresentre, skoler, ungdomsklubber og skolefritidsordningen. Det er mange eksempler på kommunal tilrettelegging for frivillighet. Kommunene kan stille tilgjengelige lokaler til disposisjon og bruke frivillighetskoordinatorer som en ressurs for frivillig aktivitet. Det er et stort potensial for å knytte sammen ulike grupper i aktiviteter, som eldre sammen med barn og unge.

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet vil stimulere til aktivitetstilbud og møte-

plasser for familier i nærmiljøet i samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner. Aktuelle eksempler er samlivskurs, svangerskapskurs, bar-selgrupper og ulike foreldrekurs. Andre eksempler er frivillige organisasjoner som brobyggere i arbeid overfor barn og unge i kritiske overgangs-faser mellom familieomsorg, skole og arbeidsliv.

Tilbud og muligheter for fysisk aktivitet i tilknytning til skolen vil bidra til at flere driver med fysisk aktivitet og bevegelse. Kulturdepartemen-tet legger vekt på flerbruksmuligheter ved forde-lingen av spillemidler til anlegg, for eksempel at anlegg og områder for fysisk aktivitet ligger i tilknytning til skoler, og det stimuleres til samarbeid med frivillig sektor. Gjennom Kulturdepartemen-tets tilskudd til Norges idrettsforbund har idretten fått mulighet til å utvikle modeller for samarbeid med skole og skolefritidsordning. Slike modeller forutsetter lokal forankring og finansiering, og at idrettens særegenhet som frivillig organisasjon ivaretas.

Etter endt straffegjennomføring er det sentralt at domfelte og innsatte har et godt sosialt nettverk som kan øke samfunnsdeltakelsen og den enkel-tes livsmestring. For å bidra til at innsatte kan bygge opp et sosialt nettverk, samarbeider krimi-nalomsorgen med en rekke frivillige organisasjo-ner som gir tilbud til innsatte når de er i fengsel eller etter løslatelse. Dette er nærmere omtalt i St.meld. nr. 37 (2007–2008) om kriminalomsor-gen.

Friluftsgesundheten samarbeider ofte nært med kommunene om tilbud om fysisk aktivitet gjennom friluftsliv og om tilrettelegging for fri-luftsliv i nærmiljøet. I mange kommuner er det

samarbeid med frivilligsentraler og frisklivssen-traler om friluftslivsaktiviteter, eller med skoler og barnehager om aktivitetsdager og bruk av nær-miljø og naturen i læringssammenheng. Friluftsrå-denens landsforbund har utviklet «Læring i friluft» til bruk i skolen, og er nå i gang med etablering av databaser «Stedsbasert læring» på kartportalen Kartiskolen.no. Dette gir skolene et redskap til å systematisere mål og konkrete opplegg for dette arbeidet. Mestring av friluftslivsaktiviteter og begeistring for å være ute i naturen kommer ikke av seg selv. Dette må læres og verdiene må bevisstgjøres. I tillegg til foreldre og skolen, bidrar organisasjonene med å lære om friluftssak-tiviteter til nye generasjoner og til personer med innvandrerbakgrunn.

Frivilligsentraler

Frivilligsentraler finnes over hele landet og er en møteplass og samhandlingsarena for frivillighet i lokalmiljøet. Sentralene skal bidra til å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og fri-villige organisasjoner i kommunen utfører. Frivil-ligsentralene har vist seg å være et godt virkemid-del for å utløse frivillig innsats i lokalsamfunn og nærmiljø. Sentralene har gjort det enklere for mange å delta i frivillig arbeid. De har stor bredde i aktiviteter og søker å rekruttere og være bevisst grupper som i mindre grad deltar i frivillig virk-somhet, nye grupper frivillige og nye former for frivillig virksomhet. Mange sentraler fungerer som en møteplass som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet. Frivilligsentralene er åpne på dagtid. Noen trenger hjelp og andre

Boks 7.4 Aktiv i friluft

Prosjektet Aktiv i friluft i regi av Friluftslivets fel-lesorganisasjon er gjennomført i perioden 2010–2012 med sikte på å vinne erfaringer med fri-luftsliv i folkehelsearbeidet. Pilotprosjekter er gjennomført i samarbeid med kommunene Drammen og Haugesund.

Sentrale mål i prosjektet har vært å utvikle kostnadseffektive modeller for samarbeid mel-lom kommune og frivillig sektor, med vekt på til-tak for å rekruttere inaktive personer, å bygge på lokale ressurser samt fremme bruk av lokale friarealer og grøntområder til friluftssak-tiviteter i hverdagen.

Resultatene viser at det er etablert gode til-tak og samarbeidsrelasjoner i begge kommuner.

Det er utløst flere tusen frivillige arbeidstimer og nye frivillige er rekruttert. Kommunene har erfart at frivillighet og friluftsliv er gode virke-midler i folkehelsearbeidet. Friluftslivsorganisa-sjonene har fått bedre samarbeid med hveran-dre og med lokal forvaltning. Prosjektet har gitt organisasjonene større bevissthet om egen kompetanse og rollen de har i samspill med lokal forvaltning. Arbeidet videreføres.

Prosjektet er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet. Det er utarbeidet erfaringsrapport og brosjyre-materiell. I 2013 har Direktoratet for naturfor-valtning bidratt med finansiering av erfaringsut-veksling til andre kommuner. Se www.frifo.no

ønsker å hjelpe. Frivilligsentralene skal ha en universell utforming og være et kontaktsenter for alle som ønsker å delta i frivillig virksomhet uansett alder, kjønn, økonomisk status og etnisk tilhørighet. I 2012 fordelte Kulturdepartementet tilskudd til totalt 383 frivilligsentraler i 317 forskjellige kommuner.

7.3.4 Et bedre samarbeid på nasjonalt nivå

Regjeringen vil etablere et nasjonalt kontaktforum for å styrke dialog og samarbeid mellom myndighetene og frivillige organisasjoner om folkehelseutfordringene. Det er behov for å drøfte hvordan de ulike oppgavene til staten, kommunesektor og frivillig sektor sammen kan mobilisere og bidra til å møte vår tids folkehelseutfordringer. Kulturdepartementet, som har ansvar for å samordne regjeringens frivillighetspolitikk, avholder årlige kontaktmøter med frivillig sektor. Her vil også folkehelsearbeidet være et tema til drøfting.

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge vekt på å innrette tilskudd og andre stimulerings tiltak slik at de bidrar til å fremme folkehelse, medvirkning og inkludering. Det skal vurderes å styrke stimulerings tiltak for å få flere til å delta i frivillighet lokalt, blant annet gjennom kompetansehevinge arbeid i organisasjonene.

7.4 Et mer helsevennlig næringsliv

Regjeringen vil legge til rette for dialog og mer forpliktende samarbeid med næringslivet for å utvikle en felles forståelse av folkehelseutfordringene og legge til rette for et mer helsevennlig næringsliv. Næringslivet er en samfunnsaktør med stor innflytelse på flere områder som berører befolkningens helse og kan derfor spille en viktig rolle i folkehelsepolitikken.

Globale og nasjonale utfordringer og mål på folkehelseområdet vil være utgangspunktet for en dialog om hvordan samarbeidet kan konkretiseres for den enkelte bransje og virksomhet. Dialogen skal bidra til å synliggjøre sammenhengene mellom næringslivets virksomhet og befolkningens helse. Regjeringen vil støtte utviklingen av helsevennlig næringsliv som et innovasjons- og næringspolitisk satsingsområde. Bedre folkehelse vil være positivt både for næringslivet og samfunnet forøvrig. Helsemyndighetene og næringslivets organisasjoner bør sammen se på hvordan bedriftene påvirker samfunnsutviklingen, hvordan virksomheten påvirker folkehelsen, og hvordan ansvaret for befolkningens helse best kan forvaltes.

Samarbeidet bør omfatte norsk politikk for å håndtere internasjonale regler og føringer i skjæringspunktet mellom helsehensyn og handelshensyn. I det internasjonale samarbeidet har næringslivet og myndighetene et felles ansvar for at helsehensyn blir ivare tatt på best mulig måte i internasjonal handel.

Regjeringen vil fremme et helsevennlig næringsliv gjennom tre overordnede strategier: 1) bidra til en bevisstgjøring og utvikling av hva som ligger i næringslivets samfunnsansvar for folkehelseutfordringene 2) vurdere tiltak for å styrke myndighetenes virkemidler for å beskytte mot helseskader og fremme en mer helsefremmende produksjon av produkter og tjenester og 3) ta initiativ til en mer formalisert dialog og gjensidig forpliktende avtaler.

7.4.1 Næringslivets samfunnsansvar

Regjeringen vil bidra til en bevisstgjøring og utvikling av hva som ligger i næringslivets samfunnsansvar for folkehelseutfordringene. Helsevennlig næringspolitikk og et helsevennlig næringsliv kan inkludere alt fra sysselsetting, utjevning og bedring av sosiale levekår, tilrettelegging for fysisk aktivitet, til innovasjon og utvikling av varer og tjenester som fremmer helse.

Lønnsomme bedrifter gir viktige bidrag til samfunnet. De skaper arbeidsplasser og bidrar til å finansiere den allmenne velferden. Målet for regjeringens næringspolitikk er størst mulig verdiskaping i norsk økonomi og et robust næringsliv som gir mulighet for bosetting og utvikling av lokalsamfunn. Et allsidig næringsliv gir økonomisk trygghet for den enkelte og for samfunnet, og kan bidra til å opprettholde et bærekraftig samfunn.

På de fleste områder vil helsemyndighetene og næringslivet ha sammenfallende interesser, og felles innsats kan gi synergieffekter. På andre områder vil det være mål- og interessekonflikter, men likevel være slik at samarbeid kan bidra til gode løsninger. På en del områder vil hensynet til å beskytte innbyggere og forbrukere være så stort at myndighetene må ta ansvar for å innføre reguleringer som begrenser næringslivets handlingsrom.

Helsehensyn som del av næringslivets samfunnsansvar

Samfunnsansvar omhandler hvilket ansvar bedrifter har for mennesker, samfunn og miljø som påvirkes av virksomheten. I tillegg til bidrag gjennom arbeidsplasser, skatter og økonomiske ring-

Boks 7.5 Næringslivets brosjyre om samfunnsansvar

I storbynettverket Framtidens byer har næringslivsorganisasjonene Næringslivets hovedorganisasjon (NHO), Virke og Finans Norge utarbeidet en brosjyre for sine medlemsbedrifter som blant annet omtaler bedriftenes samfunnsansvar:

Å ta samfunnsansvar innebærer at bedriften svarer på samfunnets utfordringer gjennom sin egen kjernevirksomhet. Miljøledelse og miljøsertifisering er aktuelt for de fleste. Alle bedrifter og virksomheter kan foreta en miljøanalyse. En slik kartlegging av eget «fotavtrykk» gir mulighet for forbedringer og gevinst i form av effektivisering, reduserte driftsutgifter, bedre arbeidsmiljø og bevisstgjøring av de ansatte.

Det dreier seg om å gjøre det som er enklest allerede nå – å høste lavhengende frukter. Sykling til jobben er for eksempel bra for lokal luftkvalitet, det globale klimaet, de ansattes helse og gir trolig lavere fravær.

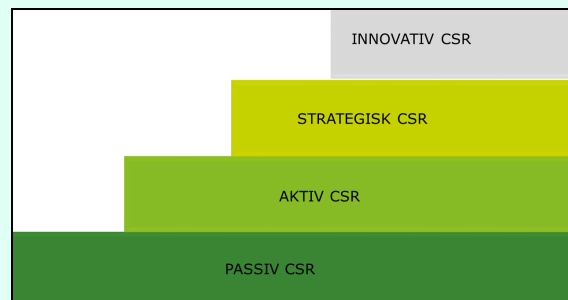
virkninger, kan bedriften utvikle produkter, tjenester, produksjonsmåter og forretningspraksis som fremmer utvikling organisatorisk og teknologisk, men også økonomisk og sosialt. Samfunnsansvar dekker mange områder, som menneskerettigheter, arbeidsliv, miljø og anti-korrupsjon, samt å bidra positivt til det omkringliggende samfunn. I samarbeidet med næringslivet skal folkehelsehensyn understrekes som del av samfunnsansvaret. Lokalisering av bedrifter ved handelssentra og kollektivknutepunkt i byer og tettsteder bidrar til å redusere miljøbelastninger når flere kan sykle og gå eller bruke kollektivtransport i tilknytning til arbeidsreiser, kundebesøk eller varetransport. Tilbud om sykkelparkering under tak og dusjmøligheter gjør det også enklere med miljø- og helsevennlige arbeidsreiser og det stimulerer til trening i tilknytning til arbeidsdagen.

Næringslivets samfunnsansvar omfatter mer enn å følge opp lover og regler. Samfunnsansvaret innebærer aktivt å fremme helse gjennom egne strategier og innovasjon. Det er eksempler på at næringslivet bruker samfunnsansvar som tema i markedsføringen overfor norske forbrukere. Det kan være å profilere sukkerfrie områder ved butikkasser eller bruke merkeordninger som grønne nøkkelhull. Fra mediebransjen er det kjent at Stavanger Aftenblad, i respekt for alkoholo-

Boks 7.6 Samfunnsansvar på fire nivåer

Innovativt nivå: Organisasjonen utvikler og kommersialiserer forretningsidéer eller forretningsmodeller som bidrar til å løse utfordringer i samfunnet.

Strategisk nivå: Organisasjonen integrerer samfunnsansvaret i strategiske posisjoner og rapporterer på egen innsats og resultater.



Figur 7.3

Aktivt nivå: Organisasjonen har etiske regler, skaper positive samfunns- og miljøverdier og gjennomfører tydelige tiltak som er kjent internt og eksternt.

Passivt nivå: Organisasjonen overholder lover og forskrifter, har kunnskap om samfunnsansvar, oversikt over interessenter, og innvirkning på økonomi, samfunn og miljø.

Se Innovasjon Norge: <http://www.sli-deshare.net/innovasjonnorge/samfunnsansvar-i-nringslivet>

lens mange direkte og indirekte ofre, har interne retningslinjer om at alkohol aldri skal brukes til å illustrere noe positivt. Dette innebærer at avisen ikke har vinspalter eller juleøltester, og at den heller ikke viser bilder av for eksempel champagne-jubel i idrett.

Det er et stort potensial for å utnytte en helsevennlig profil som et konkurransefortrinn, både for å få flere kunder, få bedre pris for produktene og ved rekruttering av personell. Andre eksempler på hvordan økt bevissthet om helse-, miljø-, og samfunnsutfordringer kan brukes positivt i innovasjon og kommersielt, er bilprodusentene som utvikler biler som forurensner mindre. Et annet er kapitalforvaltningsselskapene som har opprettet såkalte etiske investeringsfond.

Det kan også nevnes at bransjeenheten Virke Trening, som omfatter 310 treningssentre med mer enn 550 000 medlemmer, har vist samfunns-

ansvar gjennom sitt samarbeid med Antidoping Norge om et nytt antidopingprogram for trenings-sentrene – Rent senter. Antidopingprogrammet innebærer at alle må akseptere senterets antidopingpolicy for å være medlem. Ansatte ved trenings-sentrene gis kunnskap omkring doping, slik at de lettere skal kunne avdekke mistanke om doping.

Begrepet samfunnsansvar vil være i utvikling etter hvert som ny kunnskap erverves. I oppfølgingen av folkehelsemeldingen vil også spørsmålet om hvordan helsehensyn skal ivaretas som en del av samfunnsansvaret være et utviklingstema.

Samfunnsansvar gjelder ikke bare å ta ansvar for utviklingen i Norge. Norske bedrifter må også ta ansvar internasjonalt ved å arbeide for at utenlandske bedrifter de samarbeider med, for eksempel underleverandører, også er bevisst sitt samfunnsansvar.

Arbeidsgiverens ansvar for folkehelse

Arbeid er en viktig helsefremmende faktor. For den enkelte arbeidstaker er arbeidsplassen et sosialt felleskap, viktig for å kunne forsørge seg selv og gir muligheter for å kunne bruke og utvikle kompetanse og ressurser. Arbeidsmiljøloven av 1. januar 2006 slår fast at arbeidsmiljøet også skal være helsefremmende. Et av formålene er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Arbeidsgiverrollen er en sentral del av næringslivets samfunnsrolle. Arbeidsgiver kan gjennom å legge til rette for godt arbeidsmiljø, gjennomføre gode omstillingsprosesser og skape en inkluderende arbeidsplass, både bygge opp virksomhetens humane kapital og skape positive virkninger for samfunnet.

Medarbeidernes engasjement og involvering har stor betydning for bedriftens og institusjonens resultater. Norge har en kreativ, produktiv og tilpassningsdyktig arbeidsstyrke. Men omstillinger kan være krevende for medarbeiderne. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv innebærer at arbeidsgiver får større ansvar for å ivareta medarbeidere med ulike behov og arbeidskapasitet. Det bør også tas hensyn til ulike livsfaser og omsorgsoppgaver. Det norske samfunnets behov for arbeidskraft tilsier at det legges til rette for at medarbeidere kan stå lengst mulig i arbeid og få en tilpasset overgang til pensjonslivet.

Virksomheter som har jobbet med medarbeiderdrevet innovasjon over tid, fremhever at dette er lønnsomt på flere måter. Gevinstene vises i form av forbedrede arbeidsprosesser og nye pro-

dukter, men også gjennom redusert sykefravær og økt medarbeidertilfredshet.

De aller fleste arbeidstakere i Norge arbeider under gode og forsvarlige forhold. Alle arbeidsgivere har et ansvar for å beskytte helsen og fremme gode arbeidsforhold for arbeidstakerne. Næringslivet må følge opp regler for helse, miljø og sikkerhet og i samarbeid med staten bidra til å utvikle et regelverk og arbeidsformer som er tilpasset vår tids helse- og miljøutfordringer. Arbeidsgiver er etter arbeidsmiljølovens § 3.4 som ledd i det systematiske helse, miljø og sikkerhetsarbeidet, pålagt å vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne. Dette kan gjøres ved å åpne for trening i tilknytning til arbeid og å tilrettelegge for å sykle og å gå til jobben.

Sosialt entreprenørskap

Næringslivet kan også bidra positivt til samfunnsutviklingen gjennom sosialt entreprenørskap. I St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge ble sosialt entreprenørskap definert som evnen til å koble mål om inntjening med positive sosiale, etiske og miljømessige ringvirkninger.

Sosialt entreprenørskap kan bidra positivt gjennom å gi personer arbeidstrening eller meningsfylte aktiviteter, eller for eksempel fremme fullføring av skolegang. Nordisk ministerråd definerer sosiale entreprenører slik: «Sosiale entreprenører arbeider for sosiale endringer i de sprekene og hullene som eksisterer mellom staten, markedet og det frivillige samfunn. En sosial entreprenør anerkjenner et sosialt problem og bruker virkemidler fra forretningsverdenen for å bidra til å løse dette problemet. Suksess i sosialt entreprenørskap blir ikke målt i profitt, men i hvor stor positiv innvirkning virksomheten har på samfunnet».⁷

Sosialt entreprenørskap er et felt som er i støpeskjeen i Norge. Ofte handler det om å dekke behov hos sosialt marginaliserte og utsatte grupper i samfunnet. Nav har siden 2011 forvaltet midler til sosialt entreprenørskap på fattigdomsfeltet. Det er for eksempel behov for en sterkere bevisstgjøring om innvandrerbefolkningen som ressurs. Sosialt entreprenørskap kan være et relevant verktøy for å inkludere enkelte innvandrergrupper i arbeidslivet.

⁷ Kreativitet, innovasjon og entreprenørskap i utdannings-systemene i Norden, 2011.

Boks 7.7 Inn på tunet

Inn på tunet er tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk rettet mot et bredt spekter av tjenestoområder som barne- og familievern, almann- og spesialpedagogiske tilbud, voksenopplæring, arbeidstrening, integreringstiltak, tilrettelagte tilbud innen psykisk helse, rusomsorg, psykiatri og tilbud til eldre og demente.

Det er i dag om lag 1100 gårder med slike tilbud, og det er innført en godkjenningssordning for gårder fra 2012. Inn på tunet er et flerårig satsingsområde i regi av Landbruks- og matdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. I samarbeid med flere andre departementer er det utarbeidet en nasjonal strategi for satsingsområdet. Strategien har som mål å utvikle kvalitetssikrede og samfunnsnyttige velferdstjenester med gården som arena. Strategien skal følges opp med en handlingsplan som ferdigstilles i 2013.

Næringslivets rolle i utvikling av lokalsamfunn og arbeidsplasser

Regionalt er fylkeskommunen tillagt oppgaven som utviklingsaktør og skal være pådriver i regional utvikling innen blant annet næringsutvikling, gjennom samarbeid med andre offentlige virksomheter, frivillige organisasjoner og næringslivet. Regional utvikling som legger til rette for utdanning, innovasjon, kommunikasjon og et mangfoldig næringsliv kan bidra positivt til folkehelsen og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Betydningen av et godt samarbeid om regional innovasjon og næringsutvikling kommer til syne i hvordan regioner har klart omstillingen fra å være preget av tradisjonell industri til å utvikle nye næringer. Det er store regionale og lokale forskjeller i vekst og omstillingsevne og forskjellene gjenspeiles i befolkningens helse.

Et robust næringsliv gir mulighet for arbeidsplasser og derigjennom bosetting og utvikling av gode, levedyktige lokalsamfunn. En rekke politikkområder har betydning, for eksempel distriktpolitikk, samferdselspolitikk, landbrukspolitikk og fiskeri- og kystpolitikk. Næringslivet bidrar gjennom å skape arbeidsplasser, servicetilbud, infrastruktur, lærlingplasser, kompetanseoppbygging og støtte til frivillige organisasjoner.

Fiskeri- og sjømatnæringen er et eksempel på en næring i vekst som har stor betydning for verdiskaping, sysselsetting og bosetting langs kysten.

Både næringsliv og landbruk kan tilrettelegge for friluftsliv og helsebringende aktiviteter gjennom å tilrettelegge arealer for friluftsliv i samarbeid med idretts- og friluftslivsorganisasjoner. Arbeidsplasser som ligger inntil skog og utmarksarealer kan utvikles til gode mosjons- eller rekreasjonsområder i samarbeid med landbruket. Tilgjengeligheten til slike områder kan bedres ved å tilrettelegge for veier eller passasjer gjennom annen bebyggelse eller bedre parkeringsforhold. Det kan lages avtaler mellom bedrifter og grunneiere om bruk eller tilretteleggingstiltak i landbruksområder. Næringslivet kan foreslå tiltak og bidra økonomisk til at landbrukets virkemidler blir bedre tilpasset felles formål i tråd med folkehelseloven. Et eksempel som kan gi helseeffekter er når næringslivet bidrar til at skogsveier bygges med en større bredde eller med et toppdekke spesielt egnet for ski eller sykling, samtidig som landbrukets behov for veien ivaretas.

7.4.2 Myndighetenes rammevilkår for næringslivet

Regjeringen vil vurdere tiltak for å styrke myndighetenes virkemidler for å beskytte mot helseskader og legge til rette for en mer helsefremmende produksjon av produkter og tjenester. Myndighetene påvirker næringslivet gjennom reguleringer, prispolitikk og avgifter for å beskytte forbrukerne eller for å styre næringsaktivitet i en bestemt retning.

Mye av rammeverket som styrer næringslivet er basert på internasjonale avtaler. Norge implementerer regelverk fra EU som følge av EØS-avtalen. I det internasjonale samarbeidet vektlegger Norge at internasjonale avtaler om handel med varer og tjenester skal ivareta hensynet til befolkningens helse, samtidig som det skal tas hensyn til at norsk næringsliv skal være i stand til å konkurrere i et globalisert marked.

Offentlige reguleringer

Offentlig regulering av næringslivet er ofte knyttet til produksjonsprosesser og til miljømessige konsekvenser og forurensning. Næringsvirksomhet og energiproduksjon har miljømessige konsekvenser i form av avfall og utslipp til luft, vann og jord og derigjennom betydning for folkehelsearbeidet. En god nærings- og miljøpolitikk skal mini-

Boks 7.8 Reduksjon i bruk av transfett

Transfettsyrer finnes i industrielt produserte matvarer hvor man bruker delvis herdede oljer som ingrediens, og forekommer naturlig i melk og kjøtt fra drøvtyggere som storfe og sau. Transfettsyrer er umettede fettsyrer som har egenskaper som likner mettede fettsyrer. De har ugunstige effekter på blodlipider som kolesterol, og kan øke risikoen for hjerteinfarkt. Det er usikkert om det er forskjeller i helseeffekten av transfettsyrer fra drøvtyggere eller fra delvis herdet fett.

Det anbefales å begrense inntaket av transfettsyrer mest mulig. Myndighetene har oppfordret bransjen til å redusere mengden transfett i produktene. Matvarebransjen har tatt utfordringen og i løpet av de siste ti årene er innholdet av transfettsyrer redusert til et lavt nivå både i margarin og en rekke andre matvarer som tidligere inneholdt betydelige mengder transfett. I dag utgjør transfett mindre enn en prosent av energiinnholdet i norsk kosthold.

I deler av verden bruker man fortsatt betydelige mengder delvis herdet fett i matvareproduksjonen og har et alt for høyt inntak av transfett. Vi kan ikke utelukke at noen av de varene som importeres til Norge inneholder betydelige mengder transfett. I Norge kan det derfor være grupper i befolkningen, for eksempel grupper av innvandrere, som bruker mye importert mat og derfor kan ha et høyt inntak av transfett.

Danmark har de senere år hatt et forbud mot høyere innhold enn 2 % av industrifremstilt transfett i fett og olje.

mere slike konsekvenser og samtidig ivareta hensynet til langsiktig verdiskaping.

Reguleringer for å ivareta folkehelsehensyn er en konsekvens av at næringsaktivitet kan ha direkte effekt på helsen. En rekke produkter og tjenester i det norske markedet har betydning for folkehelsen positivt og negativt. Det kan være matvarer, alkohol- og tobakksvarer eller forbrukerprodukter som leketøy, vaskemidler og kosmetikk. Hvordan varene markedsføres eller tjenestene utføres, kan også ha helseeffekt. Myndighetene kan, for å sikre viktige formål som helsemessig trygghet og forbrukerhensyn, bruke regule-

ring for å redusere tilgjengelighet eller begrense markedsføring av visse varer. Vinmonopolordningen, salgs- og skjenkebestemmelser og forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer er eksempler på reguleringer som har som formål å redusere tilgjengelighet og dermed redusere omsetningen av, og dermed skadene knyttet til, produktene.

Krav til framstilling, innhold og merking av matvarer er et eksempel på reguleringer for å stimulere til utvikling av bedre og sunnere matvarer. Dette berører både matproduksjon og matindustri, og er særlig viktig for matvaregrupper som det omsettes mye av (bulkvarer). Økt forbruk av industriframstilte og bearbeidede matvarer forsterker behovet for regler og retningslinjer. Et eksempel er transfett (se boks 7.8) som kan være en utfordring i enkelte produktgrupper og grupper i befolkningen. I deler av verden bruker man fortsatt betydelige mengder delvis herdet fett i matvareproduksjonen og har et alt for høyt inntak av transfett. Derfor støtter man fra norsk side initiativ som har som mål å begrense bruken av delvis herdet fett i matvareproduksjonen globalt, slik Verdens helseorganisasjon anbefaler. I EU drøftes nå hva som bør være videre arbeid for å redusere inntaket av transfett. Tiltak i Norge kan også bidra til å påvirke utviklingen i EU. Regjeringen vil derfor fremme forslag om å forby industrifremstilt transfett etter mønster fra Danmark.

Hensynet til befolkningens helse gjør at det er ønskelig at sunne produkter er rimelige og usunne produkter dyre. Avgifter på alkohol og tobakk begrunnes ut fra helsehensyn i tillegg som grunnlag til å skaffe inntekter til staten. Andre konkrete eksempler på økonomiske virkemidler er bruk av subsidier og tollsystemet i jordbrukssektoren. Bevilgninger, moms- og avgiftsstruktur kan også benyttes for å påvirke produksjon og forbruk. Gjennom jordbruksoppgjøret forhandles det om prisbestemmelser og målpriser, nivå og fordeling av budsjettstøtten på ulike ordninger, og markedsordninger og markedsregulerende bestemmelser.

I Meld. St. 9 (2011–2012) Landbruks- og matpolitikken varslet regjeringen at Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker skal styrkes. Dette arbeidet er allerede igangsatt. Sammen med øvrige formål er det viktig at opplysningskontorene tar hensyn til myndighetenes offisielle kostholdsråd i sine aktiviteter, for også å bidra til gode holdninger og bedre kunnskap om et riktig kosthold.

For å øke innenlands fiskeforbruk er det satset på markedsarbeidet i regi av Norges sjømatråd.

Det arbeides med å avdekke forbrukeres behov for å fjerne barrierer som begrenser forbruket av sjømat.

Regjeringen har nylig lagt fram Meld. St. 22 (2012–2013) Verdens fremste sjømatnasjon, der arbeidet for å øke forbruket av sjømat innenlands er nærmere omtalt.

Innovasjon og forskning

Næringslivet spiller en sentral rolle ved å utvikle produkter, tjenester og organisasjonsformer som bidrar til bedre helse i befolkningen. Regjeringen har et bredt spekter av virkemidler for å fremme forskning og innovasjon i næringslivet. En femårig satsing på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling ble lansert i 2007. I 2013 vil innovasjonssatsingens andre fase innledes og utvides til å inkludere hele helse- og omsorgssektoren og flere innovasjonstyper (forskningsdrevet innovasjon og innovasjon i offentlige anskaffelser). KS er invitert som ny part i samarbeidet og signerte sammen med de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Innovasjon Norge, InnoMed og Norges forskningsråd en revidert nasjonal samarbeidsavtale i februar 2013. Samarbeid mellom det offentlige og næringslivet kan bidra til innovasjon også innen forebyggene tjenester og folkehelsearbeid. Et eksempel er Bergen kommune som samarbeidet med Tine om å utvikle nye og kaloritette matprodukter rettet mot eldre sykehjemspasienter som har problemer med å få i seg nok næring.

Næringslivet har gjennom innovasjon og økonomisk vekst vært en viktig driver for velstandsutvikling i Norge. Innovasjon Norge vil bidra til at denne tradisjonen fortsetter gjennom å stille krav til samfunnsansvar i prosjekter som får tilskudd. Utvikling av teknologiske løsninger kan ha stor betydning for folkehelsen. Et eksempel på dette er nye løsninger i byggsektoren som påvirker inneluft, støy og universell utforming. Et annet eksempel er utvikling av ergonomisk løsninger for møbler på skole og arbeidsplasser som kan redusere belastninger og muskel- og skjelettplager. Et tredje eksempel er at den økte interessen for å drive med fysisk aktivitet har ført til utvikling av treningssentre og andre treningstilbud.

Norge er et høyteknologisk samfunn der biler, heiser og rulletrapper gjør samfunnet mer effektivt, samtidig som det blir mer tilgjengelig for grupper med nedsatt funksjonsevne. Selv om utviklingen fører til redusert hverdagsaktivitet for befolkningen som helhet, styrker den samtidig tilgjengelighet og deltakelse for noen grupper, med

Boks 7.9 InnoMed

Gjennom InnoMed gjennomføres det mange innovasjonsprosjekter med relevans for orebygging. Eksempler er utvikling av brannalarm for hørselshemmede, WebChoice – støttesystem for pasienter med kroniske sykdommer, utvikling av pasientløfter som skal forebygge belastningsskader hos helsepersonell, arbeidssko for forebygging av slitasjegikt, gulvbelegg for forebygging av fallskader, helsefremmende velferdsteknologi etc.

positiv helseeffekt for dem. Et morsomt innovasjonsprosjekt som er lansert i flere storbyer i utlandet er å designe trapper som pianotangenter. Dette medfører at flere velger å benytte trapper fremfor å bruke rulletrapp. Et vennlig dult (nudge) er et forsøk på å påvirke valg og atferd på en positiv måte, uten å begrense andre valgmuligheter. Eksempler på vennlig dulting kan være å plassere frukt godt synlig i butikken, bruke mindre størrelser på brusflasker eller tallerkener, gjøre det trivelig i trapperom og plassere klatrestativ på pauserommet. Utvikling av god valgarkitektur er et område som er i utvikling, blant annet basert på adferdsøkonomisk forskning. Denne kunnskapen skal større grad skal legges til grunn i framtidig folkehelsearbeid, både i samarbeid med næringslivet og i samfunnsutviklingen generelt.

Helsevennlige offentlige anskaffelser

Myndighetene påvirker næringslivet gjennom offentlige anskaffelser. I 2011 kjøpte det offentlige varer og tjenester for 398 milliarder kroner. Det utgjør 14,5 prosent av bruttonasjonalproduktet. Innenfor helse- og sosialsektoren kjøpte staten varer og tjenester for 102 milliarder kroner i 2009. Ved å gjøre det mer attraktivt og forutsigbart for private bedrifter å investere i nye produkter, tjenester og prosesser der det offentlige er en stor innkjøper, er det mulig å stimulere til økt næringsutvikling og utvikling av produkter og tjenester som kan ha positiv betydning for helsen.

Regjeringen har nylig lagt fram en stortingsmelding om innovasjon i offentlige anskaffelser, der formålet blant annet er å styrke kompetanse og innovasjonspotensialet som er knyttet til offentlige anskaffelser. Regjeringen vil se nærmere på

muligheten for i større grad å ivareta både sektorens hensyn og helsehensyn i anskaffelsesprosesser der det er relevant, for eksempel ved innkjøp av mat til offentlige instanser som forsvaret og helse- og omsorgstjenesten.

7.4.3 Formalisert dialog og avtaler

Regjeringen vil ta initiativ til en mer formalisert dialog med næringslivet og se på muligheter for å inngå samarbeidsavtaler tilpasset de ulike folkehelseutfordringene.

Regjeringen vil i dialogen med næringslivet vurdere hvordan folkehelseutfordringene globalt og nasjonalt kan ivaretas. I St. meld. nr. 10 (2008–2009) Næringslivets samfunnsansvar i en global økonomi, fremgår at staten vil være en aktiv pådriver i arbeidet med samfunnsansvar. Det vises også til St.meld. nr 13 (2010–2011) Aktivt eierskap, hvor det framgår at statlig eide selskaper skal være ledene i arbeidet med samfunnsansvar på områder der det er naturlig for virksomheten.

Det er behov for et samarbeid mellom myndigheter og næringsliv om hvordan stimuleringsordninger kan videreutvikles, og hvordan offentlig og privat samarbeid kan brukes som effektive virkemidler i folkehelsearbeidet. På kostholdsområdet har det i en årrekke vært et godt samarbeid mellom helsemyndigheter og matvarebransjen. Regjeringen vil bygge videre på dette samarbeidet. Et eksempel er at det vurderes et mer forpliktende samarbeid om reduksjon av salt og andre næringsstoffer i matvarer. Et annet aktuelt samarbeid gjelder markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn og unge, hvor det nå pågår et arbeid for å vurdere om det er tilstrekkelig med en bransjestyrt reguleringsordning eller om det er behov for offentlig regulering.

Helse- og omsorgsdepartementet har som en del av oppfølgingen av Ulykker i Norge, nasjonal strategi for forebygging av ulykker inngått en samarbeidsavtale med Finans Norge om drift av Skadeforebyggende forum. Samarbeidsmodellen og avtalens innretting skal gjennomgås. Basert på dette skal det vurderes om avtalen skal fornyes, og om den skal inngå i en bredere avtale med næringslivet om folkehelsearbeid.

På tobakksområdet er norske myndigheter bundet av Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3, som fastsetter at tobakkspolitikken skal utformes uten innblanding eller påvirkning fra tobakksindustrien og tilknyttede næringsinteresser. Det er vedtatt retningslinjer til bestemmelsen som setter grenser for myndighetenes kontakt og samarbeid

Boks 7.10 Markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge

Markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge er omfattende og utbredt over hele verden. Regjeringen foreslo i 2012 et forbud mot markedsføring rettet mot barn og unge av de mest usunne mat- og drikkevarene. Høringsinnspillene viste at det er enighet om at overvekt og fedme er et stort problem. Regjeringens forslag splittet likevel høringsinstansene omtrent på midten. Uenigheten gjelder i hovedsak valg av virkemidler. Mange høringsinstanser som representerer forbruker- og helsesynspunkter støttet forslaget om forbud. Toneangivende deler av norsk industri og matvarebransje ønsker ikke forskriftsregulering, men har gitt uttrykk for at de er åpne for strengere og mer forpliktende bransjestyrt regulering av denne typen markedsføring. Regjeringen mener det er riktig å la bransjen vise at den tar dette på alvor, og har derfor gått i dialog med norsk matvarebransje om en mulig avtale som er forpliktende, som har gode mekanismer for å vurdere effekt, og som løper over en viss tid. Parallelt med denne dialogen, sender regjeringen et justert forskriftsforslag på høring våren 2013. Denne forskriften vil tre i kraft dersom en avtale med bransjen ikke kommer på plass.

med slike næringsinteresser. Tobakksprodukter skiller seg fra andre forbruksvarer ved at det ikke finnes noen trygg måte å bruke dem på.

7.5 Større vekt på internasjonalt samarbeid

Regjeringen vil legge større vekt på det internasjonale samarbeidet i folkehelsepolitikken. Norge er en del av en stadig mer globalisert verden og dette har stor betydning for utviklingen av det norske samfunnet. Varer, tjenester, arbeidskraft og kapital flyter i stadig større omfang over landegrensene. Den økte globaliseringen har også bidratt til å sette helse spørsmål sterkere på dagsordenen. Internasjonale normer og regler blir mer forpliktende og berører i større grad den nasjonale helsepolitikken. I tillegg har mange land de samme helseutfordringene og flere av utfordrin-

gene er grenseoverskridende. Historisk har infeksjonssykdommer vært av størst betydning, men i dag har globale trender knyttet til livsstilsfaktorer som tobakksbruk, skadelig bruk av alkohol, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet fått større betydning. Nasjonale helsesystemer utfordres også av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter. Også globale utfordringer knyttet til klimaendringer og miljøforhold vil på sikt kunne få betydning for helsen i den norske befolkningen.

Utviklingen gjør det nødvendig med målrettet internasjonalt samarbeid i tillegg til en helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk for å forebygge og redusere sykdomsbelastningen i befolkningen. Målet med Norges deltakelse i det internasjonale helsesamarbeid er å fremme helse globalt og å ivareta norske helsepolitiske hensyn i internasjonal sammenheng. I Meld. St. 11 (2011–2012) Global helse i utenriks og utviklingspolitikken ser regjeringen på sammenhengen mellom helse og innenrikspolitikk og utenrikspolitikk, og skisserer strategier for veien videre.

7.5.1 Det nordiske samarbeidet

Det nordiske samarbeidet står sterkt. Ved å bygge videre på Nordisk ministerråds etablerte strukturer og samarbeidsformer kan landene oppnå bedre resultater for det enkelte land og for Norden, både i europeisk og internasjonal sammenheng.

Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet presenterer årlig en melding for Stortinget om nordisk samarbeid. Norge hadde i 2012 formannskapet i Nordisk ministerråd og valgte velferdsstatens utfordringer og bærekraft som tema. Det nordiske statsministtermøtet i juni 2012 besluttet å styrke samarbeidet innen helse.

Det er et godt samarbeid innenfor flere av områdene i folkehelsearbeidet, som mattrygghet og drikkevann, kosthold og fysisk aktivitet. Under formannskapet i 2012 ble oppmerksomheten rettet mot oppfølging av Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet. Planen ble vedtatt i 2006 og har felles visjoner fram mot 2021. Et aktuelt tema vil være tiltak for å redusere saltforbruket. Tiltaket kan knyttes opp mot det etablerte samarbeidet om nøkkelhullsmerking for matvarer. Et nettverk for samarbeid på drikkevannsområdet mellom nordiske og baltiske land ble også initiert i 2012.

7.5.2 Samarbeidet med EU

Siden EØS-avtalen trådte i kraft i 1994, har utviklingen i EU fått stadig større betydning for norsk regelverk på folkehelseområdet. EØS-avtalen har hatt stor innflytelse på lovgivning innen områder som drikkevann, næringsmidler, tobakk, legemidler og kosmetikk. Gjennom avtalen har vi mulighet for faglig medvirkning i politikk- og regelverktviklingen i EU på et tidlig tidspunkt.

Det har vært en økende tendens til å etablere helsesamarbeid på områder som ikke er en del av det indre marked. I tillegg setter EU-/EØS-retten skranker for bruken av folkehelseiltak gjennom sektorovergripende regelverk og gjennom utviklingen av rettspraksis i EU- og EFTA-domstolen. Et nytt helseprogram skal utformes for perioden 2014 til 2020. Den overordnede målsettingen med programmet er samarbeid om å fremme innovasjon i helsesektoren, øke helsesystemenes bærekraft, bedre folkehelsen og beskytte befolkningen mot grenseoverskridende helsetrusler. Eksempler på tiltak som er foreslått i programmet er samarbeid om helsefremmende arbeid og kostnadseffektiv forebygging på områdene tobakk, alkohol, fedme og hiv/aids. Norge deltar i helseprogrammet for å dra nytte av kunnskapsutveksling med EUs medlemsland og for å videreutvikle norsk politikk.

EU har utarbeidet et direktiv om pasientrettigheter i sammenheng med grensekryssende helse tjenester. Direktivets formål er å klargjøre hvordan reglene om fri bevegelse i det indre markedet skal virke i helsesektoren, klargjøre rettighetene med hensyn til refusjon av utgifter for helsetjenester mottatt i annet land og styrke samarbeidet mellom helsesystemene i medlemsstatene. Direktivet er foreløpig ikke innlemmet i EØS-avtalen.

De siste årene har den europeiske helseberedskapen vært satt på prøve flere ganger. Erfaring fra for eksempel pandemien i 2009, skyene med vulkansk aske fra Island i 2010 og e.coli utbruddet i 2011 illustrerer behovet for å stille større krav til samfunnssikkerhet og beredskap, og for nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Et nytt lovforslag om grenseoverskridende helsetrusler er nå under arbeid i EU. Lovforslaget har som formål å gi europeiske borgere bedre beskyttelse mot et bredt spekter av helsetrusler og legge til rette for bedre koordinering i krisesituasjoner. På helseområdet samarbeider Norge med EU gjennom embetsmannskomiteen Health Security Committee, EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) og EUs myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA).

Boks 7.11 Alkohol i EU – fra landbrukspolitikk til folkehelsepolitikk

Alkoholpolitikken i EU har gjerne vært knyttet til EUs vin-politikk. De fleste EU-landene er vinprodusenter. Vindyrking utgjør en viktig del av landbruksproduksjonen. Store overskuddslagre oppstod på noen produkter, som for eksempel smør og vin. Helse spørsmål og helseforebygging var fra starten av ikke en del av samarbeidet. Ved Amsterdam-traktaten i 1997 fikk helse fikk en mer sentral plass i EU-samarbeidet.

EU begynte for alvor å engasjere seg på alkoholpolitikkområdet i 2001 da de sammen med Verdens helseorganisasjon arrangerte en stor ministerkonferanse og ungdom og alkohol i Stockholm. Samme år vedtok Ministerrådet i EU en rådsanbefaling om alkohol og ungdom. I strategien understrekes medlemslandenes kompetanse på området, og at man fra kommisjonens side ikke tar sikte på harmonisering eller felles lovgivning. Samtidig er det etablert orga-

ner under strategien som gir mulighet for tettere samarbeid og erfaringsutveksling mellom medlemslandene, og arenaer for debatt og dialog mellom folkehelseinteresser, næringsinteresser og forskning. Norge og Sveits har deltatt i disse organene.

I løpet av de seks år strategisamarbeidet har pågått, har stadig flere av medlemslandene blitt mer aktive på området. Da arbeidet startet var det fortsatt mange EU-land uten nasjonal strategi. Nå har alle enten en plan/strategi eller arbeider med ferdigstillelse av en plan. Det er bred forståelse for at på alkoholområdet er forebyggende tiltak rettet mot befolkningen det mest kostnadseffektive. Det kan se ut som ulikhetene i forbruksmønster landene i mellom blir mindre, problemforståelsen er blitt likere og politikkforskjellene er redusert.

I oktober 2012 la regjeringen fram en melding til Stortinget om EØS-avtalen og Norges øvrige avtaler med EU. Regjeringen vil søke å påvirke utviklingen av nytt EU/EØS-regelverk og gjennomføre regelverk på en slik måte at det er best mulig tilpasset norske interesser og behov. Det er også viktig å utnytte det nasjonale handlingsrommet EØS-avtalen gir, slik at Norge får et fleksibelt regelverk på linje med de øvrige landene.

Norge deltar i det europeiske forskningssamarbeid både gjennom deltakelse i rammeprogrammet og gjennom deltakelse i såkalte Joint programming initiatives og andre randsoneraktiviteter innenfor det europeiske forskningssamarbeidet (ERA, European Research Area).

Gjennom de europeiske felles forskningsprogrammene (Joint programming initiatives) ønsker EU en felles innsats for å møte de store samfunnsutfordringene. I alt 10 felles forskningsprogrammer er lansert. Disse er basert på samordning og samarbeid mellom medlemslandene, med bakgrunn i at om lag 85 prosent av forskningsressursene i EU og assosierte land forvaltes nasjonalt, og at det er et stort potensial for bedre utnyttelse av disse ressursene. Flere initiativ retter seg mot de store folkehelseutfordringene.

7.5.3 Samarbeidet i Verdens helseorganisasjon

Norge deltar aktivt i samarbeidet i Verdens helseorganisasjon. Organisasjonen er FNs særorganisasjon for helse. Mandatet er å bidra til bedre helse for alle og være det ledende samordningsorganet for internasjonalt helsesamarbeid. Som normativ aktør er Verdens helseorganisasjon i en særstilling når det gjelder å fastsette regelverk og gi helsefaglige råd basert på etiske og vitenskapelig forankrede vurderinger.

Norge har hatt styreplass i Verdens helseorganisasjon fra mai 2010 til mai 2013. Helse- og utenriksforvaltningen har samarbeidet om en norsk strategi for styreperioden. Strategien har hatt som mål å bekjempe fattigdom ved å bidra til å oppnå FNs tusenårsmål, underbygge og fremme retten til helsetjenester og å få organisasjonen til å sette de store sosiale helseforskjellene på dagsorden. I tillegg til gjennomføring av tusenårsmålene, er det særlig innsatsen mot den globale mangelen på kvalifisert helsepersonell og den økende forekomsten av livsstilssykdommer som har stått i sentrum for den norske innsatsen i styreperioden.

Livsstilssykdommer har gått fra å være sykdommer som i hovedsak rammet høyinntektsland til å bli en global utfordring som også rammer lav- og mellominntektsland. I fem av Verdens helseorganisasjons seks regioner utgjør livsstilssykdommer allerede nå den viktigste dødsårsaken. I

Afrika-regionen er livsstilssykdommer beregnet å passere smittsomme sykdommer som den viktigste dødsårsaken i år 2030. Det er bred internasjonal enighet om at dette ikke bare utgjør en utfordring for landenes helsesystemer, men i tillegg er en utfordring for økonomisk utvikling og innsatsen for å nå FNs utviklingsmål (tusenårsmålene).

Denne utviklingen har bidratt til å sette livsstilssykdommer, og de viktigste fire risikofaktorene tobakk, alkohol, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet, høyt på Verdens helseorganisasjons dagsorden. Det ble i september 2011 holdt et høynivåmøte i FNs Generalforsamling som vedtok en politisk deklarasjon for å bekjempe livsstilssykdommer. Verdens helseforsamling har senere fulgt opp med å vedta målsettingen om 25 prosent reduksjon i for tidlig død som følge av livsstilssykdommer innen 2025. Som ledd i gjennomføringen av dette, har medlemslandene forhandlet fram et rammeverk med mål og indikatorer som verktøy for å følge utviklingen.

Norge er siden 2005 part i Tobakkskonvensjonen, den første konvensjonen fremforhandlet i regi av Verdens helseorganisasjon. I mars 2013 hadde konvensjon 176 parter. Tobakkskonvensjonen er en kunnskapsbasert folkerettslig avtale som har som formål å redusere tobakksrelatert sykkelighet og dødelighet, og konvensjonen er på flere områder styrende for den norske tobakkspolitikken.

Europaregionen til Verdens helseorganisasjon har utarbeidet et felles europeisk rammeverk for helse, The new European policy for health – Health 2020, som er godkjent av medlemslandene. Hensikten har vært å utvikle en felles tilnærming for alle de 53 medlemslandene i europa-regionen, tilpasset helseutfordringene fram mot 2020. Dokumentet har blitt til gjennom en konsultasjonsprosess med medlemslandene. Rammeverket tar sikte på å styrke samarbeidet mellom medlemsland og regionskontor og på tvers av sektorer. Samarbeidet skal bidra til å etablere felles mål på tvers av sektorer, og øke kunnskapsspredning, deltakelse og nyskaping.

Gjennom Verdens helseorganisasjons forskningsstrategi er det lagt til rette for en internasjonalt samordnet satsing på helseforskning.

7.5.4 Internasjonale handelsavtaler

Verdens handelsorganisasjon utgjør en sentral arena for å utforme nasjonal og internasjonal handelspolitikk. Bilaterale og regionale frihandelsavtaler er i tillegg med å regulere handel mellom land. Norge har inngått en rekke frihandelsavtaler innen rammen av EFTA-samarbeidet. Et vel fun-

gerende internasjonalt handelssystem er viktig både for Norge og det internasjonale samfunnet. Handelsavtaler fremmer internasjonal handel gjennom å etablere klare rammer og økt handel bidrar til velstandsutvikling og fattigdomsreduksjon i lav- og mellominntektsland.

Det multilaterale handelssystemet er utviklet fra å handle om tollreduksjoner for industrivarer, til å omfatte regler på områder som tekniske handelshindringer, importlisensiering, subsidier, antidumping med mer. Uruguay-runden på 1980- og 1990-tallet var en milepæl i utviklingen av det multilaterale handelssystemet som resulterte i etablering av Verdens handelsorganisasjon i 1995. Gjennom samarbeidet i denne organisasjonen er det utviklet et regelverk for tjenestehandelen basert på de samme prinsipper som for varehandelen. Det er også framforhandlet en egen landbruksavtale. Det ble videre utarbeidet et regelverk for beskyttelse av intellektuelle rettigheter knyttet til handel (TRIPS), og tvisteløsningssystemet ble vesentlig styrket.

Utviklingen av avtaleverket til å omfatte stadig nye områder gjør at betydningen av den økte internasjonale handelen for helseområdet blir større. Mange av de norske tiltakene på folkehelseområdet tar sikte på å begrense omsetning og bruk av varer og tjenester, for eksempel gjennom å regulere skjenking av alkohol. Selv om denne typen regulering ikke handler om å forskjellsbehandle eller begrense tilbydere av varer eller tjenester fra andre land, fører likevel internasjonale forpliktelser til noen begrensninger. Det er viktig å ivareta folkehelsehensyn i den videre utviklingen av de internasjonale avtalene for å ivareta helsehensyn nasjonalt og internasjonalt. Det gjelder områder som alkohol og tobakksvarer, legemidler og medisinsk teknisk utstyr, helsetjenester, næringsmidler og kosmetikk.

Det er samtidig viktig å arbeide for retten til å gjennomføre nasjonale tiltak for å beskytte folkehelsen. En sentral utfordring som avtegner seg i denne sammenheng er landenes rett til å gjennomføre tiltak for å redusere forbruket av tobakksprodukter. Retten til å gjennomføre tiltak er blant annet hjemlet i Tobakkskonvensjonen. Deler av Verdens handelsorganisasjons eget regelverk hjemler at medlemslandene kan legge folkehelsehensyn til grunn for nasjonal politikk forutsatt at tiltakene ikke utformes på en måte som diskriminerer mellom nasjonale og utenlandske produkter eller tjenester.

Den multinasjonale tobakksindustrien søker imidlertid, gjennom rettssaker basert på påstander om brudd på internasjonale handelsavtaler, å hindre

land fra å gjennomføre tiltak for å begrense forbruket av tobakksprodukter. Et eksempel på dette er en pågående sak der Philip Morris Asia har saksøkt Australia med påstand om at påbudet om nøytrale sigarettpakninger er brudd på en bilateral investeringsavtale mellom Australia og Hong Kong.

Det australske påbudet om nøytrale sigarettpakninger er også gjenstand for tvisteløsning i Verdens handelsorganisasjon. Philip Morris International har saksøkt Uruguay for påstått brudd på en bilateral investeringsavtale mellom Sveits og Uruguay. I Norge gikk Philip Morris International i 2010 til sak mot staten med påstand om at forbudet mot synlig oppstilling av tobakksvarer var i strid med EØS-avtalen. Selskapet tapte saken. Dette er et meget positivt resultat for norsk tobakkspolitikk, og et viktig signal til det internasjonale samfunnet om at det er fullt mulig å få rettslig medhold for nasjonale forbruksbegrensende tiltak tross tobakksindustriens motstand.

7.5.5 Andre samarbeidsarenaer

Norge spiller en aktiv rolle i det regionale helse-samarbeidet i nordområdene. Samarbeidet foregår først og fremst gjennom partnerskapet for helse og livskvalitet under Den nordlige dimensjon og helse- og sosialsamarbeidet i Barentsregionen. Den nordlige dimensjon er en del av et større utenrikspolitisk samarbeid mellom Norge, Russland, Island og EU, og et av flere fagspesifikke partnerskap knyttet til dette samarbeidet. Barentssamarbeidet ble etablert ved undertegnelse av Kirkeneserklæringen i 1993 og samarbeidet foregår både på nasjonalt og regionalt nivå blant landene i regionen.

Både under Den nordlige dimensjon og helse-samarbeidet i Barentsregionen er det stor oppmerksomhet på folkehelse. Den nordlige dimensjon har opprettet egne ekspertgrupper for fagfeltene alkohol, narkotika, tobakk, livsstilssykdommer og ikke-smittsomme sykdommer generelt, hiv/aids og primær- og fengselshelsesystemer. Innenfor Barentssamarbeidet er det etablert egne

programmer for hiv/aids, tuberkulose og for utsatte barn og unge. I tråd med landenes prioriteringer er det også blitt større oppmerksomhet om livsstilssykdommer de siste årene.

Norge har i tillegg en bilateral helseavtale med Russland. Avtalen er av generell karakter og samarbeidet spesifiseres i tidsavgrensede helsesamarbeidsprogram. I det nåværende samarbeidsprogrammet legges det særlig vekt på folkehelse og forebygging, helsesystemutvikling, primærhelsetjeneste og infeksjonssykdommer (forebygging og kontroll).

Norge ratifiserte kvinnekonsvensjonen 21. mai 1981. Artikkel 12 i FNs kvinnekonsvensjon fastslår at:

- Konsvensjonspartene skal treffe alle egnede tiltak for å avskaffe diskriminering av kvinner innenfor helsevernet, slik at adgang til helsetjenester, herunder familieplanlegging, blir sikret på grunnlag av likestilling mellom menn og kvinner.
- Uhindret av bestemmelsene i punkt 1 i denne artikkel skal konsvensjonspartene trygge kvinner egnede helsetjenester i samband med graviditet, fødsel og tidene etter fødselen og sørge for gratis pleie der det trengs, så vel som riktig ernæring under graviditet og amming.

Myndighetene har, som følge av ILO-konsvensjon nr. 169 artikkel 25, ansvar for å sikre samer som urfolk tilgjengelige og tilfredsstillende helsetjenester. Tjenestene skal ta hensyn til den samiske befolkningens økonomiske, geografiske, sosiale og kulturelle forhold, og til tradisjonelle forebyggende metoder, behandlingspraksis og medisiner. FNs barnekonsvensjon, artikkel 30 gir utvidede rettigheter til samiske barn.

Norge undertegnet FNs konsvensjon om personer med nedsatt funksjonsevne 30. mars 2007. Regjeringen har fremmet forslag om samtykke til ratifikasjon til Stortinget i Prop. 106 S (2011–2012). Stortinget behandlet saken 19. mars 2013. Konsvensjonen inneholder en rekke bestemmelser som er direkte relevante for arbeidet med folkehelse.

Boks 7.12 Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken*Regjeringen vil:*

- Bidra til at folkehelseloven gjennomføres i kommuner, fylkeskommuner og på nasjonalt nivå
- Gjennom råd, veiledning og statlige forventninger til kommunesektoren sikre at helsehensyn ivaretas i planlegging etter plan- og bygningsloven
- Legge til rette for mer systematisk bruk av folkehelseøkonomiske vurderinger
- Utvikle samarbeidet med frivillige organisasjoner om å sette deltakelse, medvirkning og sosial inkludering på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet
- Videreføre satsingen på friluftaktiviteter og friluftstiltak i regi av organisasjonene
- Samarbeide med kommunesektoren om å styrke frivillige organisasjoner som aktører i det lokale folkehelsearbeidet
- Ta initiativ til dialog og gjensidig forpliktende samarbeid med arbeidslivsorganisasjonene om folkehelsearbeid på arbeidsplassen
- Vurdere muligheten for å ivareta helsehensyn på en bedre måte i anskaffelsesprosesser der dette er relevant.
- I dialog med næringslivet, vurdere hvordan globale og nasjonale folkehelseutfordringer kan ivaretas
- Fremme forslag om å forby industriframstilt transfett etter mønster fra Danmark.
- Styrke det internasjonale samarbeidet på folkehelseområdet og arbeide for retten til å gjennomføre nasjonale tiltak for å styrke folkehelsen innenfor rammene av det internasjonale avtaleverket for handel.

Kapittel

8

Figur 8.1

8 Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken

Skal vi lykkes med folkehelsearbeidet er det nødvendig med et langsiktig perspektiv og vedvarende politisk og administrativ oppmerksomhet. Det kan være krevende å prioritere forebyggende arbeid i konkurranse med andre samfunnsoppgaver. Forventninger og krav til tjenestetilbudet, media og profesjonsinteresser trekker oppmerksomhet og ressurser i retning av spesialisthelsetjenesten. I tillegg skaper den tverrsektorielle karakteren til folkehelsearbeidet ekstra utfordringer når det gjelder samordning av politikken.

Regjeringen legger i denne stortingsmeldingen noen rammer for en langsiktig oppfølging av folkehelsearbeidet som skal bidra økt politisk oppmerksomhet og bedre nasjonal samordning. Et sentralt tiltak er en folkehelsepolitisk melding til Stortinget hvert fjerde år. En slik Stortingsmelding må også redegjøre for utfordringene i den samiske befolkning. I tillegg skal arbeidet med å samle styringssignalene for folkehelsepolitikken på nasjonalt nivå styrkes. Samarbeidet med komunesektoren, universitets- og høyskolesektoren og næringslivet skal styrkes og det skal være kontaktmøter med frivillig sektor og andre berørte.

Folkehelsepolitikken må være i kontinuerlig utvikling. Det krever robuste og forutsigbare styringsprosesser og jevnlig politisk drøfting av utfordringene.

Folkehelseloven er bygget opp slik at den pålegger både statlige og lokale myndigheter å sørge for systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Ved høringen av folkehelseloven var det stor tilslutning til at loven skal gjelde for alle forvaltningsnivåer og sektorer. Mange høringsinstanser påpekte at statlige myndigheters også måtte forpliktes til å fremme folkehelse etter prinsippet om «helse i alt vi gjør» på samme måte som kommuner og fylkeskommuner. Loven omfatter nå også statlige myndigheter generelt. Ved Stortingets behandling av folkehelseloven, jf. Innst. 423 L (2010–2011), uttalte en samlet helse- og omsorgskomite at:

«Komiteen vil videre understreke at den forutsetter at regjeringen velger en tilsvarende

arbeidsform som den som nå blir pålagt kommunene».

Loven stiller krav til et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Stortinget bør av tilsvarende grunner ta stilling til helheten i det nasjonale folkehelsearbeidet og ikke bare ved behandling av enkeltsaker. Det har ikke vært en fast rutine at Stortinget samlet vurderer det nasjonale folkehelsearbeidet. Det er ofte enkeltsaker, innen tobakk, smittevern og ernæring som preger politikken uten at dette har inngått som del av en større helhetlig politikk for å fremme befolkningens helse. Denne regjeringen har grepet fatt i dette. Først ved St.meld. nr. 20 (2006–2007) om sosiale helseforskjeller som i større grad løftet folkehelsepolitikken fram som en tverrsektoriell oppgave. Ved samhandlingsreformen ble dette perspektivet ytterligere styrket. I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 varslet regjeringen at

«Folkehelse skal løftes frem som tema på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Regjeringen vil ha et systematisk og langsiktig arbeid på tvers av sektorer, og vil foreslå bedre forankring av folkehelsearbeidet også på statlig nivå».

I denne stortingsmeldingen er det gjort rede for hvordan statlige myndigheter skal fremme folkehelse gjennom langsiktig og systematisk arbeid for å fremme befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller med de midlene som er tilgjengelig.

8.1 Styringssystem for nasjonalt tverrsektorielt folkehelsearbeid

Folkehelseloven setter krav til et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. For kommuner og fylkeskommuner er prioriteringer og politisk forankring knyttet til prosessene etter plan- og bygningsloven.

Mange samfunnssektorer har ansvar for å følge opp folkehelseloven og folkehelsemeldingen. Det gjelder flere departementer, direktorater, forskningsinstitusjoner, fylkesmannen, fylkeskommunen og kommunene. Frivillig sektor og sivilsamfunnet vil også spille en stor rolle. Det er derfor behov for en bedre samordnet og kunnskapsbasert innsats. Videre må det sikres nødvendig dokumentasjon, både før tiltak iverksettes og i oppfølgingen. Regjeringen vil sørge for å legge fram en stortingsmelding om folkehelsepolitikken hvert fjerde år og styrke samordningen av de statlige styringssignalene i de årlige styringsprosessene, for eksempel gjennom et folkehelsepolitisk styringsdokument. Regjeringen vil også bidra til erfaringsutveksling og kunnskapsoppbygging overfor kommunesektoren og forskningsmiljøer. Det skal blant annet vurderes å etablere en nettside for gode eksempler og regelmessig arrangere folkehelsemønstringer og konferanser.

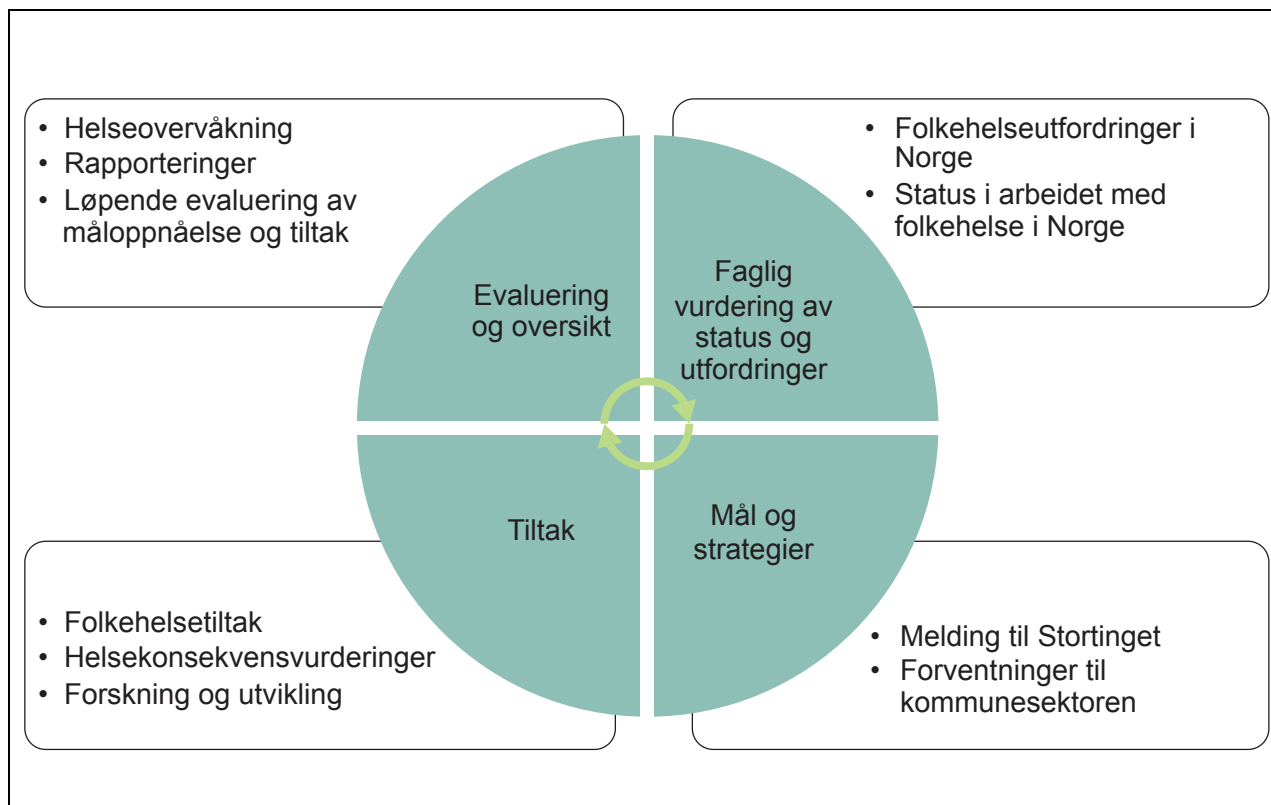
Regjeringen vil bygge opp et nasjonalt system for styringsdata om folkehelse for å sikre systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsepolitikk i tråd med de prinsipper som folkehelseloven legger opp til.

Dette innebærer blant annet:

1. Staten skal ha nødvendig oversikt over folkehelseutfordringene, og ta stilling til hva dette innebærer, blant annet samfunnsmessige, økonomiske og menneskelige konsekvenser og behov for tiltak.
2. Regjeringen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet for å møte nasjonale folkehelseutfordringer.
3. Staten skal bruke virkemidler i alle sektorer for å nå målene og bidra til at kommuner og fylkeskommuner når målene.
4. Staten skal sørge for regelmessig gjennomgang av status i forhold til de fastsatte målene.
5. Staten skal involvere og samarbeide med aktuelle aktører i sivilsamfunnet.

På samme måte som folkehelseloven stiller krav til kommuner og fylkeskommuner, legger regjeringen opp til en tilsvarende fireårssyklus for staten.

Det er nær sammenheng mellom helse og livskvalitet. Arbeidet med bedre mål, indikatorer og styring for å fremme folkehelsen skal sees i sammenheng med bedre mål for utvikling av samfunnet som helhet, herunder vurderingen av utviklingen av livskvalitetsindikatorer, og indikatorer for



Figur 8.2 Syklus for statens folkehelsearbeid

de menneskelige ressursene i samfunnet. Helse-tilstanden er sammen med samfunnets kunnskapsnivå gode indikatorer på humankapitalen i en befolkning. For å sikre en bred forankring av folkehelsearbeidet og gode faglige innspill til statens folkehelsepolitikk vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å etablere et folkehelsepolitisk råd.

8.2 Utvikle mål og indikatorer for å følge utviklingen

En forutsetning for et styringssystem er oversiktlig og relevant styringsinformasjon av god kvalitet. Arbeidet med å utvikle et bedre styringssystem skal baseres på eksisterende systemer men hvor vi skal ha bedre samordning og utnytte bedre eksisterende informasjon. De overordnede målene for regjeringen er omtalt i kapittel 1.

8.2.1 Videreutvikling av resultatmål og indikatorer

De overordnede folkehelsemålene må konkretiseres med resultatmål og indikatorer som gir relevant styringsinformasjon for ansvarlige sektorer. Dette følger av prinsippet om at de som har virkemidler har ansvar, uavhengig av sektor. Egnede mål og indikatorer må hentes fra de ansvarlige sektorenes mål- og rapporteringssystemer, og gi styringsinformasjon som kan brukes i sektorenes lærings- og utviklingsarbeid.

Et eksempel på konkretisering av mål kan være økt fysisk aktivitet, som vil være et viktig folkehelsemål, men som er mindre egnet for å ansvarliggjøre andre sektorer. Formuleringer som på en bedre måte kan konkretisere målet om økt fysisk aktivitet kan være tilgang til grøntområder og lengde med sykkelveier.

I tillegg er det slik at når tiltak rettes mot kjente påvirkningsfaktorer, er det mulig å måle resultatene i form av redusert helserisiko lenge før de vil slå ut på reell sykdom og død i befolkningen. Mål på påvirkningsfaktorer som levekår og sosiale og miljømessige forhold og tilrettelegging for god helse vil ofte være bedre styringsverktøy. Dette betinger god kunnskap om den helsemessige betydningen av påvirkningsfaktoren. Det er ikke alltid en opplagt sammenheng mellom en bakenforliggende faktor og helsen. For eksempel vil sykkelveier kun være en helsefremmende faktor i den grad de faktisk blir brukt. Sykkelveier er en godt egnet, men ikke tilstrekkelig forutsetning for å nå målet om økt fysisk aktivitet. Det er sum-

men av mange tiltak som gir effekt. Et annet eksempel på et bakenforliggende forhold med stor betydning for helsetilstanden i en kommune, i fylket og nasjonalt, er forekomsten av frafall fra videregående skole. Det er derfor tatt inn i folkehelseprofilene til kommuner og fylker.

Betydningen av å rette innsats mot levekår og sosiale og miljømessige forhold, gjenspeiles i innsatsområdene i denne meldingen. Eksempler på dette er miljø, barn og unges oppvekstforhold og arbeid og næringsliv. Dette samsvarer med perspektivet som ligger i St. meld. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller. Det er etablert et rapporteringssystem for å følge med på utviklingen i politikken for å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette vil danne utgangspunkt for utvikling av indikatorsystemet som skal bidra til at framtidig politikk samsvarer med nasjonale folkehelsemål. Resultatmål og indikatorer skal utvikles på flere av innsatsområdene i det tverrsektorielle arbeidet, for eksempel innen områder som miljø og helse, samferdsel, utdanning og arbeidsliv. Det skal tas utgangspunkt i de ansvarlige sektorenes mål- og rapporteringssystemer, og mål og indikatorer skal tilpasses sektorens egne behov for utvikling og styring.

I den nasjonale strategien Ulykker i Norge er det fastslått at fram mot 2014 vil regjeringen arbeide for å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av ulykker som medfører personskader, totalt og for aktuelle sektorer. Målene skal inngå i den folkehelsepolitiske meldingen til Stortinget.

I tillegg til å måle resultatene av folkehelsearbeidet i ettertid, skal målene og indikatorene også brukes aktivt for å utvikle den framtidige politikken, blant annet i helsekonsekvensvurderinger. Framtidig politikk skal vurderes ut i fra i hvilke grad de bidrar til å nå målene eller om de bidrar til å ta oss lengre fra målene. Mål- og konsekvensvurderinger skal synliggjøres i beslutningsprosessene. Helsekonsekvensvurderinger kan belyse hvor beslutningene kan innebære økt sykdom og tidligere død og at helsehensynet veies opp mot andre hensyn. Resultatmål og indikatorer skal videre brukes som grunnlag for å utarbeide folkehelsepolitiske redegjørelser til Stortinget.

Helsedirektoratet skal koordinere arbeidet med å utvikle flere mål og indikatorer. Arbeidet skal bygge videre på eksisterende mål og indikatorer.

I tillegg skal arbeidet bygge på Verdens helseorganisasjons globale mål for reduksjon i for tidlig død, inklusiv målene som gjelder livsstilssykdommer, med nasjonale tilpasninger Den europeiske

Boks 8.1 Målene i Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller

Redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse, herunder:

- Redusere økonomiske forskjeller
- Alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet
- Et inkluderende arbeidsliv og sunne arbeidsmiljøer
- Reduserte sosiale forskjeller i helseatferd
- Likeverdige helse- og omsorgstjenester
- Bedre levekårene for de vanskeligst stilte
- Systematisk oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller
- Hensynet til helse og utjevning av sosiale forskjeller i helse skal i større grad ivaretas i alle samfunnssektorer
- Øke kunnskapen om omfanget av, årsaker til og effektive tiltak mot sosiale helseforskjeller

prosessen i Verdens helseorganisasjon med å utvikle mål på psykisk helse og trivsel skal også legges til grunn i utviklingen av de nasjonale resultatmålene og indikatorene. Videre skal arbeidet ses i sammenheng med tilsvarende arbeid for å utvikle bedre mål for å følge samfunnsutviklingen herunder brutto nasjonal livskvalitet.

Alle aktuelle etater skal samarbeide om dette utviklingsarbeidet. For eksempel skal miljøverndirektoratene og samferdseldirektoratene bidra med utvikling av mål og indikatorer innen miljø og helse blant annet knyttet til fysisk aktivitet. Arbeids- og velferdsdirektoratet skal videreutvikle mål om forholdet mellom arbeid, velferd og helse og inkludering, og Utdanningsdirektoratet i arbeidet med å videreutvikle mål innen barnehagegrunn- og videregående skole. Andre relevante etater er Statens institutt for rusmiddelforskning, Statens arbeidsmiljøinstitutt og Mattilsynet. I tråd med folkehelsepolitikkenes helhetlige helseperspektiv, skal det også utvikles mål og indikatorer som synliggjør sosial inkludering og livskvalitet. Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal trekkes inn i arbeidet. Det skal legges

vekt på å få fram ulikhetsdimensjonen i all utvikling av mål og indikatorer.

Det vil ta tid å etablere et helhetlig system for styringsdata. Det er derfor aktuelt med en gradvis innfasing. Første forslag til nye resultatmål skal legges fram samtidig som Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal presentere de første årlige rapportene om folkehelseutfordringer og status i arbeidet med folkehelsen i Norge. Helsedirektoratets skal skissere hvordan indikatorene skal utvikles og drøfte flere aktuelle resultatmål som skal utvikles i perioden 2014–2018. I tråd med statens internasjonale forpliktelser overfor samer som urfolk, må styringsdata om folkehelse også omfatte det samiske samfunnet.

8.2.2 Verdens helseorganisasjons globale mål for å forebygge livsstilssykdommer

FNs generalforsamling avholdt i september 2011 et høynivåmøte om livsstilssykdommer. Det var første gang temaet ble drøftet i FNs generalforsamling. Dette illustrerer den økte betydningen som lav- og mellominntektsland legger på nye utfordringer med livsstilssykdommer. Høynivåmøtet vedtok en politisk deklarasjon for å gi retning til det videre arbeidet. Deklarasjonen understreker at livsstilssykdommer er en av de største hindringene for økonomisk og sosial utvikling, kan begrense muligheten til å nå FNs tusenårsmål og fører til økt ulikhet mellom land og innad i land. FNs ulike organisasjoner må samarbeide for å møte utfordringen. Næringslivet og andre deler av det sivile samfunnet har et ansvar for å bidra. Verdens helseorganisasjon vil ha en koordinerende rolle i arbeidet.

Verdens helseforsamling har senere fulgt opp med å vedta målsettingen om 25 prosent reduksjon i tidlig død som følge av livsstilssykdommer innen 2025. Som ledd i gjennomføringen av dette har medlemslandene forhandlet fram et rammeverk med mål og indikatorer som verktøy for å følge utviklingen. Rammeverket legges fram for endelig vedtak i Verdens helseforsamling i mai 2013.

Norge vil arbeide for å nå målene i rammeverket. Flere av målene vil være ambisiøse også for norske forhold, mens vi på andre områder har mål som er mer ambisiøse enn de globale målene.

Boks 8.2 Globale mål for å forebygge livsstilssykdommer¹

Verdens helseorganisasjons globale mål for forebygging og kontroll av livsstilssykdommer:

Dødelighet

- 1) 25 prosent reduksjon i tidlig død som følge av hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og kronisk lungesykdom.

Risikofaktorer

- 2) Minst 10 prosent reduksjon i skadelig bruk av alkohol
- 3) 10 prosent reduksjon i forekomst av utilstrekkelig fysisk aktivitet
- 4) 25 prosent reduksjon i forekomst av forhøyet blodtrykk eller unngå økning i forekomst, avhengig av situasjonen i det enkelte land
- 5) 30 prosent reduksjon i gjennomsnittlig inntak av salt eller natrium
- 6) 30 prosent reduksjon i forekomst av tobakksbruk for personer over 15 år
- 7) Stoppe økningen i diabetes og overvekt

I tillegg er det utformet to mål som gjelder tilgjengelighet til legemidler og annen behandling for å forebygge hjerteinfarkt og slag og behandle livsstilssykdommer.²

¹ Forslag som legges fram til vedtak i Verdens helseforsamling i mai 2013.

² 8) At least 50 % of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycemic control) to prevent heart attacks and stroke, 9) 80 % availability of affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major NCDs in both public and private facilities. Se nærmere omtale av mål og indikatorer i kapittel 8.

8.2.3 Verdens helseorganisasjons mål på psykisk helse og trivsel

Verdens helseorganisasjon anerkjenner de store utfordringene mistrivsel, psykiske plager og lidelser innebærer for individer og for samfunnet. Organisasjonen har flere prosesser knyttet til dette. Tidlig oppdagelse og intervensjon, bakenforliggende påvirkningsfaktorer og universelle til-

tak er viktige tema. Trivsel¹ blir framhevet som en sentral komponent i helsebegrepet, og skal sikre at de helsefremmende perspektivene blir ivaretatt i politikktutviklingen på psykisk helseområdet.

Økt trivsel i den europeiske befolkningen er ett av seks overordnede mål i Helse 2020 som er Verdens helseorganisasjons strategi for handling på tvers av myndigheter og samfunn for å fremme helse og trivsel i Europa. Organisasjonen er også i ferd med å utvikle en global handlingsplan for psykisk helse som vektlegger forebyggende og helsefremmende arbeid. I prosessen med å håndtere nye utfordringer med livsstilssykdommer er det en økende erkjennelse av at arbeidet må ses i sammenheng med psykisk helse.

I den europeiske prosessen knyttet til Helse 2020 er det satt ned en ekspertgruppe som gjennomgår definisjoner og muligheter for å operasjonalisere og måle trivsel. På bakgrunn av ekspertgruppens råd skal det utvikles mer konkrete mål og indikatorer. Arbeidet vil legge premisser for det norske arbeidet med å utvikle mål og indikatorer.

8.3 Folkehelsepolitisk melding til Stortinget

Regjeringen ønsker å styrke den politiske og demokratiske forankringen av folkehelsepolitikken, og vil legge fram en melding for Stortinget hvert fjerde år med en samlet kunnskapsbasert informasjon og regjeringens vurdering. Staten skal ha nødvendig oversikt over helsen både i hele befolkningen og i utvalgte grupper. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal utarbeide rapporter som grunnlag for en politisk statusvurdering.

Folkehelseinstituttet skal presentere data om og analyse av folkehelseutfordringer. Helsedirektoratet skal presentere status i folkehelsearbeidet indikatorer på politikoppfølging og implementering. I dag utgir Folkehelseinstituttet ganske regelmessig en folkehelse rapport som er en sammenstilt oversikt over folkehelsen i Norge, siste gang i 2010. Helsedirektoratet utgir hvert år en folkehelsepolitisk rapport som viser status for en rekke indikatorer for bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helse og utjevning av sosiale helseforskjeller. Den folkehelsepolitiske rapporten utarbeides i nært samarbeid med direktorater og institutter fra en rekke sektorer. Regjeringen rapporterer hvert år til Stortinget om status for arbeidet.

¹ Det engelske begrepet "well-being" er oversatt til trivsel.

det med utjevning av sosiale helseforskjeller som vedlegg til statsbudsjettet.

Regjeringen mener en samlet og mer omfattende melding hvert fjerde år vil gi et bedre grunnlag for helhetlig politisk drøfting og vil gi det tverrsektorielle folkehelsearbeidet den politiske oppmerksomheten og behandling som området krever.

Formålet med rapportene fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er å gi en faglig vurdering av status, utfordringer og muligheter i arbeidet med å fremme befolkningens helse. Utjevning av helseforskjeller skal være et gjennomgående perspektiv både i presentasjon av indikatorer og i vurdering av utfordringer og muligheter. Stortingsmeldingen skal også presentere indikatorer som gjelder urfolk, nasjonale minoriteter og innvandrere.

Regjeringen foreslår at de faglige rapportene sendes på høring til aktuelle instanser. Rapporten, sammen med høringsinnspill, vil danne utgangspunktet for regjeringens folkehelsepolitiske melding til Stortinget.

Meldingen skal inneholde en politisk vurdering av folkehelseutfordringene og mulighetene, en redegjørelse og vurdering av status i arbeidet med å nå folkehelsemålene og eventuelle forslag til endringer av strategier. For at Stortingets vurdering skal kunne være førende for styringsdialogen med kommunesektoren og statlige etater, bør behandlingen skje i forkant av Miljøverndepartementets utsending av nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging, som sendes til kommuner og fylker hvert fjerde år. Det vil bidra til at nasjonal folkehelsepolitikk ses i sammenheng med regionalt og lokalt folkehelsearbeid. En slik syklus forutsetter at meldingen legges frem for Stortinget hvert fjerde år med første framleggelse våren 2015. Arbeidet vil være ledd i oppfølgingen av Verdens helseorganisasjons globale mål for å redusere forekomsten av livssykdommer.

8.4 Utredningsinstruksen – vurdering av konsekvenser for befolkningens helse

Folkehelseloven §22 gir statlige myndigheter ansvar for å vurdere konsekvenser for befolkningens helse i virksomheten. Bestemmelsen gjør det klart at prinsippet om «helse i alt vi gjør» også gjelder for statlige myndigheter. Regjeringen ønsker å sikre systematisk vurdering av helsekonsekvenser på strategisk nivå, i tråd med utred-

ningsinstruksen og folkehelseloven. Helse- og omsorgsdepartementet vil bistå andre departementer i slike vurderinger.

Utredningsinstruksen gjelder for utredningsarbeid som utføres i eller på oppdrag fra statlige forvaltningsorganer, det vil si departementer, direktorater og andre underliggende virksomheter. Instruksen har som formål å sikre god forbedelse av og styring med offentlige reformer, regelendringer og andre tiltak. Instruksen skal sikre at den instans som har ansvaret for saken utreder alle relevante og vesenlige konsekvenser, og at berørte instanser og offentligheten trekkes inn i beslutningsprosessen før beslutning fattes. Hver sak skal inneholde en vurdering av antatte vesentlige konsekvenser for statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og for private, herunder næringsvirksomhet og enkeltpersoner.

Konsekvensene av et forslag skal vurderes i forhold til alle overordnede eller generelle hensyn som kan ha betydning for om det skal iverksettes. I tillegg til økonomiske og administrative skal også andre vesentlige konsekvenser utredes, blant annet konsekvenser for befolkningens helse, jf. instruksen punkt 2.3.2.

Utredningsarbeidet i departementene, ble evaluert i Rapport 2012:8 Graves det dypt nok? Om utredningsarbeidet i departementene fra Direktoratet for forvaltning og IKT. Funnene i rapporten er at utredningsinstruksen på flere områder ikke etterleves. Årsakene kan ha sammenheng med manglende kontroll og sanksjoner, manglende kompetanse og kapasitet og utviklingen i forholdet mellom fag og politikk. Tiltak som foreslås fra direktoratet er å vurdere endringer i instruksen, og sette i verk kompetansehevede tiltak og organisatoriske tiltak.

Til utredningsinstruksen er det utarbeidet en generell veileder i utredningsarbeid. Det er også utformet flere veiledere om utredning av for eksempel personvern, miljøkonsekvenser og likestillingsmessige konsekvenser. Helsedirektoratet skal utarbeide en veileder i vurdering av helsekonsekvenser. Fordelingskonsekvenser vil være en del av helsekonsekvensene siden utjevning av sosiale helseforskjeller er en del av folkehelsearbeidet. Målet med veilederen er å få et praktisk verktøy for departementer, direktorater og andre statlige myndigheter i å vurdere konsekvenser for befolkningens helse. Som et ledd i implementering av veilederen, vil Helsedirektoratets rolle utvikles for å understøtte utviklingen og gi tilbud om råd og veiledning i analyser av helse- og fordelingskonsekvenser, herunder utforme utredningsmandat og gi råd om gjennomføring.

8.5 Nasjonal samordning av folkehelsepolitikken

Utvikling av folkehelse, trivsel og livskvalitet som et overordnet samfunns mål og folkehelsearbeidets tverrsektorielle karakter tilsier at det vil være nødvendig med statlig samordning av de folkehelsepolitiske føringene, blant annet som følge av Stortingets behandling av den regelmessige meldingen. Det vil derfor være hensiktsmessig å etablere en fast samordningsstruktur for iverksetting og utvikling av folkehelsepolitikken, hvor berørte departementer og direktorater møter. En slik samordningsgruppe vil bygge videre på departementsgruppen som følger opp strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller og andre etablerte strukturer. Alternative organiseringer som kan sikre optimal og effektiv samordning, som er forpliktende for alle parter, og som åpner for nytenkning med hensyn til arbeidsformer vil bli vurdert av departementene i fellesskap, med bistand fra relevante kompetansemiljøer slik som Direktoratet for forvaltning og IKT.

Et av formålene vil være å sørge for at folkehelsepolitikken er forankret på tvers av departementer og direktorater, og at de ulike instansene har samordnende styringssignaler til blant annet fylkesmannen og respektive direktorater. Gruppen skal også følge med på evalueringer og forskning, bidra til å forberede den folkehelsepolitiske meldingen og utgjøre styringsgruppe for arbeidet med å utvikle resultatmål og indikatorer og andre tverrdepartementale oppfølgingsoppgaver knyttet til folkehelsepolitikken.

Rollen til gruppen skal beskrives nærmere, blant annet saksforberedende oppgaver, rutiner for tilrådninger og politiske konsultasjoner, koordinering av arbeidet med å utvikle folkehelsemelding, koordinere og sikre styringssignaler til underliggende etater med videre. Videre vil kommuneproposisjonen og forventningsdokumentet til kommunal og regional planlegging være aktuelle dokumenter for slik samhandling.

8.6 Samarbeid med kommunesektoren

Regjeringen vil ha et aktivt samarbeid med kommunesektoren om utvikling og iverksetting av fol-

kehelsepolitikken. Kommunene har et bredt ansvar og besitter virkemidler på tvers av sektorer. Det innebærer at mange av medarbeiderene i kommunen har ansvar for oppgaver som bidrar i det lokale folkehelsearbeidet.

Effektivt folkehelsearbeid omfatter sammenfatte og helhetlige tiltak på alle nivåer. Samordning av folkehelsepolitikken bør skje gjennom gjensidig samarbeid mellom staten og kommunesektoren.

For kommunesektoren vil det være ønskelig at staten er samordnet og ryddig i sine forventninger til sektoren. Forventningene må bygge på de kommunalpolitiske virkemidlene og på at kommunene må ha nødvendig frihet til å kunne velge de beste løsningene for å løse folkehelseutfordringene. Det er like fullt et mål at nasjonale og lokale tiltak trekker i samme retning.

Samarbeid om folkehelsepolitikken skal forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. Siden folkehelse berører mange departementer vil dette være et egnet dialogforum. Helse- og omsorgsdepartementet har også bilaterale møter med KS som oppfølging av to bilaterale samarbeidsavtaler om henholdsvis samhandling og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

KS er også tilrettelegger for kvalitets- og innovasjonsarbeid i kommunene og har etablert flere læringsnettverk. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med KS vurdere om det skal etableres folkehelsenettverk for å bidra til kompetanseheving og erfaringsspredning. Det vil for eksempel være aktuelt å samarbeide om etablering av en nettside for deling av gode eksempler og erfaringer fra folkehelsearbeidet, og om felles folkehelsekonferanser.

Fylkeskommunen har også et ansvar for folkehelse som del av rollen som regional utviklingsaktør. Det er aktuelt å samarbeide med fylkeskommunen om flere oppgaver innen folkehelse, blant annet for å styrke samarbeidet mellom kommunene og frivillig sektor.

Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging ble vedtatt ved kongelig resolusjon 24. juni 2011 og er det første helhetlige dokumentet som handler om hva fylkeskommunene, kommunene og statlige myndigheter forventes å ta særlig hensyn til i planleggingen.

Boks 8.3 Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken*Regjeringen vil:*

- Videreutvikle resultatmål og indikatorer for å følge opp målene for folkehelsepolitikken
- Legge fram en folkehelsepolitisk melding for Stortinget hvert fjerde år
- Vurdere å etablere et folkehelsepolitisk råd
- Sette folkehelsearbeidet på dagsorden i konsultasjonsordningen og avtaler med kommunesektoren
- Stimulere til etablering av folkehelsenettverk i kommunene i samarbeid med KS
- Etablere et mer systematisk samarbeid om folkehelsearbeidet på tvers av departementer og direktorater
- Sikre at helsemessige konsekvenser blir utredet der dette er relevant.

Kapittel

Figur 9.1

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial for å fremme helse og forebygge sykdom og for tidlig død. Selv om det norske befolkingen har god helse, fører økende levealder og flere eldre i befolkingen til at flere lever med kroniske lidelser. Nye globale trender fører til økning i omfanget av livsstilssykdommer og det er fremdeles store sosiale forskjeller i helse.

Staten har gjennom folkehelseloven fått et klarere lovfestet ansvar for folkehelsearbeidet nasjonalt. Det betyr et nasjonalt ansvar for å identifisere folkehelseutfordringer gjennom å følge utvikling i helsetilstand og faktorer som påvirker helsen. Beskrivelsen av folkehelseutfordringene skal danne grunnlag for planlegging og utforming av nasjonale tiltak. Videre har nasjonale myndigheter et ansvar for å bistå kommunesektoren og legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. En samlet vurdering av folkehelseutfordringene er lagt til grunn for virkemidler og tiltak som er beskrevet i denne stortingsmeldingen.

Det viktigste grepet for å nå folkehelsemålene er å legge til rette for politikkutvikling på tvers av sektorer. Effektiv oppfølging av folkehelseloven i kommunene vil imidlertid kreve at folkehelsearbeidet styrkes. For øvrige endringer som ønskes gjennomført på lengre sikt og som har bevilgningsmessige konsekvenser, tas det forbehold om at gjennomføring er betinget av det økonomiske handlingsrommet. Regjeringen vil komme tilbake til eventuelle forslag i de ordinære budsjettframleggene for Stortinget. Det er også behov for å videreutvikle folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå. På enkelte områder kan det også være behov for omdisponering av ressurser.

Det er behov for i større grad å dreie innsatsen fra behandling til forebygging. I følge OECD bruker Norge en vesentlig mindre del av helsebudsjettet til forebyggende tiltak og folkehelsearbeid enn mange andre land. I samhandlingsreformen er det forutsatt at det skal skje en dreining av ressursene i retning av forebyggende arbeid og tidlig oppfølging og behandling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Innføring av kommunal

medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter skal bidra til at mer av pasientbehandlingen skjer i kommunene og at kommunene får incentiver til å satse på forebygging og tidlig intervensjon. Kommunene har i tillegg fått tilført midler gjennom rammetilskuddet for å bygge opp nødvendig kompetanse. Finansieringssystemet gir likevel begrensede incentiver til å prioritere forebyggende arbeid. Det skal vurderes hvordan økonomiske virkemidler kan tas i bruk mer effektivt for å få til en langsiktig styrking av folkehelsearbeidet.

Befolkningens helse henger nært sammen med velferdsutviklingen og forskjeller i levekår og inntekt. Den norske velferdsmodellen med omfordeling og universelle velferdsordninger bidrar til god helse og mulighet for deltakelse i samfunnet. Denne politikken skal videreføres.

Regjeringen vil i budsjettene framover vurdere om det er mulig å endre de helserelaterte særavgiftene på en måte som bidrar til bedre folkehelse. Det er lang tradisjon for å bruke avgiftsvirkemidler i folkehelsearbeidet, spesielt for alkohol og tobakk. I tillegg er dette virkemidlet i de senere årene tatt i bruk for å stimulere til et sunnere kosthold gjennom endringer i særavgiften for alkohol-frie drikkevarer.

Informasjonsarbeid og holdningskampanjer er et viktig virkemiddel for å støtte opp under prisvirkemidlene og andre tiltak for å legge til rette for sunne valg. Kampanjene mot tobakk og om skadevirkningene av alkohol vil bli videreført, og det legges opp til å videreutvikle informasjonsarbeidet på kostholdsområdet. Regjeringen vil vurdere hvordan slike kampanjer kan tas i bruk på nye områder og legge til rette for felles løsninger for kampanjene der det er hensiktsmessig.

Regjeringen legger vekt på å styrke det forebyggende arbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Et viktig virkemiddel for å få dette til er å videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og det skal fortsatt satses på frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud.

For å legge til rette for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid, går regjeringen inn for å utvikle et nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt ved

Nasjonalt folkehelseinstitutt. I tillegg skal enkelte overvåkingsoppgaver overføres til instituttet fra Helsedirektoratet. Det skal også utvikles et kompetansemiljø ved Nasjonalt folkehelseinstitutt for å evaluere tiltaksforskning med utgangspunkt i helseregistrene og andre folkehelseanalyser.

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil få i oppdrag å utvikle folkehelseprofiler for bydeler i de store byene og for helseregionene. I tillegg er det behov for å bygge opp kompetanse i kommunene på bruk av data om folkehelseutfordringene som grunnlag for planlegging og utvikling av tiltak. Regjeringen vil i samarbeid med kommunesektoren vurdere tiltak for å bygge opp kompetanse og koordinatorfunksjoner for folkehelse i kommunene.

Regjeringen vil utforme overordnede administrative rammer for dialogen med næringslivet om gjensidige forpliktende avtaler på folkehelseområdet. Det samme gjelder dialogen om avtaler med organisasjonene i arbeidslivet. Når det gjelder samarbeidet med frivillige organisasjoner, er det aktuelt å gjennomgå tilskuddsordningene i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og vurdere

administrative grep for å få til en bedre samordning på tvers av departementer.

Det nasjonale systemet for å følge opp folkehelsepolitikken innebærer at regjeringen hvert fjerde år skal legge fram en folkehelsepolitisk melding for Stortinget, utvikle resultatmål og indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsearbeidet, etablere et mer systematisk samarbeid nasjonalt og videreutvikle og styrke samarbeidet med kommunesektoren. Arbeidet med å få på plass et slikt system kan gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer. Det vil være aktuelt å vurdere mindre administrative grep for å få til en bedre nasjonal samordning av folkehelsepolitikken og av nasjonale forventninger til fylkesmenn, fylkeskommuner og kommuner.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet
26. april om at Folkehelsemeldingen blir sendt
Stortinget.

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og
pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Forsidebilde: Melkeveien Designkontor

Trykk: 07 Aurskog AS 04/2013

