



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 19

(2014–2015)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldingen

Mestring og muligheter



Forord

Ved Mental Helse

Et åpent samfunn

Et godt samfunn er et samfunn der vi tar vare på hverandre. Der vi tør prate åpent om det som er vanskelig.

Åpenhet. Veien til bedre helse går gjennom åpenhet. Der depresjon og influensa er likestilt. Der også menn prater om følelser og er i stand til å åpne seg om psykiske utfordringer. Altfor mange bærer det vonde i stillhet, noe som kan forsterke lidelsen. Å likestille og inkludere psykisk helse som en del av folkehelsearbeidet er et viktig skritt mot mindre stigmatisering og tabu.

Normalisering. Nesten halvparten av oss opplever en psykisk lidelse i løpet av livet. Da snakker vi ikke om en obskur erfaring for de få, men noe som angår oss alle, enten som pasient eller pårørende. Det kan være skremmende å oppleve mentale lidelser, men det er også aldeles normalt. Psykisk helse er i dag et unødvendig utilgjengelig tema, godt hjulpet av et knusktørt fagspråk og et blytungt alvor. Egentlig angår det oss alle, barn, unge, voksne som eldre.

Forebygging. Vi må ta vare på de som er blitt syke, men vi må også skape et samfunn som fremmer helse og forebygger sykdom. Så må vi fange opp de som er i ferd med å bli syke. Vi må legge til rette for at alle har noen å prate med når de trenger det. Veien til samtalerapi blir stadig kortere.

Vi kan spares for mye lidelse om vi tilbyr nok terapeutiske tilbud. Det må være et mål å redusere all unødvendig medisinbruk. Så må det være vår ambisjon at alle har noen å prate med når de behøver det. Før det skjer noe. Spesielt gjelder dette barn og unge.

Livsfaser. Vi må ta hensyn til de forskjellige fasene livet gir. De eldres psykiske helse er et underkjent kapittel i norsk helsearbeid. Vi lever lange liv og må ha større fokus på å fremme helsen til mennesker som trer ut av arbeidslivet. Vi må tillate større deltakelse utover pensjonsalder, og samtidig legge til rette for en sunn, mental alderdom.

Medvirkning. Den beste helsetjenesten er den som inkluderer både pasient og pårørende i behandlingsforløpet. Innen rus og psykisk helse er dette særlig viktig, fordi lidelsene ofte er såpass altoverskyggende. Her må vi ha som mål å involvere psykisk syke, rusavhengige og deres pårørende i størst mulig grad, på alle nivåer. Bare slik får brukerne en større innvirkning over politikken. Et samfunn som involverer sine borgere er et levende samfunn.

Anlov P. Mathiesen

Innhold

1	En folkehelsepolitikk som skaper muligheter	9	3.2.2	Tilrettelegge for en aktiv hverdag	54
1.1	Bedre helse, men nye utfordringer	13	3.2.3	Samarbeid med frivillige og private aktører	56
1.2	Nasjonale mål	14	3.2.4	Motivere til fysisk aktivitet	59
1.3	Nasjonale tiltak og virkemidler	16	3.2.5	Fysisk aktivitet i helse- og omsorgstjenestene	59
1.4	Avgrensning og innretting	16	3.3	Kosthold	62
1.5	Sammendrag	17	3.3.1	Videreføre og styrke samarbeid med matvarebransjen	62
Del I	Nye innsatsområder i folkehelsepolitikken	21	3.3.2	Bedre praktiske ferdigheter og økt kunnskap	64
2	Psykisk helse i folkehelsearbeidet	23	3.3.3	Barnehage og skole	66
2.1	En strategi for å ivareta psykisk helse på tvers av sektorer	23	3.3.4	Ernæring i helse- og omsorgstjenesten	68
2.2	Oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse	25	3.3.5	Prisvirkemidler på matvarer	70
2.2.1	Bedre psykososialt læringsmiljø og forebygging av mobbing	26	3.4	En ny tobakksstrategi	71
2.2.2	Frivillighet, kultur og fritid	29	3.4.1	Mer effektive lovreguleringer	72
2.2.3	Foreldre og familie	30	3.4.2	Massemediakampanjer	73
2.2.4	Vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner	33	3.4.3	Hjelp til å slutte	73
2.3	Arbeid og psykisk helse	34	3.4.4	Gjøre tobakk mindre tiltrekkende på barn og unge	74
2.3.1	Arbeidsmiljø som fremmer psykisk helse	35	3.4.5	Redusere passiv røyking	75
2.3.2	Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse	36	3.5	Alkohol, andre rusmidler og avhengighet	76
2.3.3	Raskere tilbake i jobb	37	3.5.1	Bidra til en ansvarlig alkoholpolitikk	76
2.4	Forebygge ensomhet	39	3.5.2	Styrke arbeidslivet som arena for rusmiddelforebygging	79
2.5	Bekjempe fordommer og stigmatisering	40	3.5.3	Tidlig innsats – mulighetens øyeblikk?	80
2.5.1	Diskriminering og utenforskap	40	3.5.4	Sikre et lavt narkotikaforbruk	82
2.5.2	Stigma og psykisk helse	41	3.5.5	Styrke innsatsen mot doping som samfunnsproblem	82
2.6	Mer vekt på psykisk helse og forebygging i helse- og omsorgstjenesten	42	3.5.6	Se problematisk spillatferd i sammenheng med rusmiddelpolitikken	83
2.7	Bedre oversikt over befolkningens psykisk helse	46	4	Aktive eldre	85
2.7.1	Data om livskvalitet og trivsel	46	4.1	Felles ansvar på tvers av generasjonene	85
2.7.2	Psykisk helse i Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt	47	4.2	Endre holdninger til eldre	87
2.7.3	Register for psykiske lidelser og ruslidelser	47	4.2.1	Holdninger til arbeidsdeltakelse ..	87
3	Helsevennlige valg	49	4.2.2	Forebygge stereotyper og diskriminering	87
3.1	Prinsipper for arbeidet med helsevennlige valg	49	4.3	Et lengre og mer inkluderende arbeidsliv	88
3.2	Fysisk aktivitet	52	4.3.1	Arbeidsmiljø og livsfasepolitikk skal fremme et lengre yrkesliv	88
3.2.1	Økt fysisk aktivitet i opplæringen	52	4.3.2	Kompetanse- og karriereutvikling gjennom hele arbeidslivet	89

4.3.3	Redusere helsereelatert avgang fra arbeidslivet	91	6.4	Nasjonale mål for trygt drikkevann	124
4.3.4	Aldersgrenser	91	6.5	Mattrygghet	126
4.3.5	Et pensjonssystem som stimulerer yrkesaktiviteten	92	6.6	Trygg hverdag, trygt miljø, trygge produkter	128
4.4	Et samfunn for deltakelse og inkludering	93	6.7	Redusere eksponeringen for radon	129
4.4.1	Frivillighet bidrar til aktive liv	93	6.8	Forebygge skader og ulykker	130
4.4.2	Lokalsamfunn som gjør plass for aktive eldre	95	6.9	Seksuell helse	133
4.4.3	Boliger som er gode å bli gamle i ..	96	7	Støtte til folkehelsearbeidet i kommunene	135
4.4.4	Tilgjengelig og sikker transport ...	97	7.1	Styrke kapasitet og kompetanse ...	135
4.5	Teknologi og innovasjon – styrker produktivitet og deltakelse	98	7.1.1	Program for folkehelsearbeid i kommunene	135
4.6	Helse- og omsorgstjenesten skal fremme aktive liv	99	7.1.2	Sterkere faglig støtte til kommunene	136
4.6.1	Styrke arbeidet med livsstilsendring	99	7.2	Utvikle og spre metoder og verktøy	136
4.6.2	En helhetlig tilnærming	101	7.2.1	Helsedata på kommunenivå	137
4.6.3	Helse- og omsorgstjenesten må planlegge for en aldrende befolkning	101	7.2.2	Mer systematisk utvikling og formidling av kunnskap	138
4.7	Mer kunnskap om eldrebefolkningen	103	7.3	Bedre oversikt og mer koordinerte statlige føringer	140
Del II	Videreutvikle det tverrsektorielle folkehelsearbeidet ..	105	7.3.1	Følge utviklingen i lokalt og regionalt folkehelsearbeid	140
5	Et sterkere sosialt sikkerhetsnett	107	7.3.2	Statlige føringer	141
5.1	Grunnleggende økonomisk og sosial trygghet	107	8	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	142
5.2	Trygge oppvekstvilkår	109	8.1	Helsedata og helseanalyser	142
5.2.1	Familiepolitikken	109	8.1.1	Helseregistre og biobanker	142
5.2.2	Barnehage og grunnopplæring	110	8.1.2	Befolkningsundersøkelser	144
5.3	Sosial boligpolitikk	112	8.1.3	Andre datakilder	145
5.4	Tilknytning til arbeidslivet	113	8.1.4	Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt ..	145
5.4.1	Et arbeidsliv for alle	114	8.2	Forskning og utvikling	146
5.4.2	Redusere sykefraværet og avgang fra arbeidslivet	114	8.3	Kunnskapsbasert praksis	148
6	Lokalsamfunnsutvikling, miljø og helse	116	8.3.1	Evaluerings- og kunnskapsoppsummering	148
6.1	Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling	116	8.3.2	Verktøy for å integrere helsehensyn i samfunnsutviklingen	149
6.1.1	Nærmiljøet en viktig arena for folkehelsearbeid	116	Del III	Om helsetilstanden og folkehelsearbeidet	151
6.1.2	Nærmiljøets satsinger og utviklingsarbeid	118	9	Om helsetilstanden og folkehelsearbeidet	153
6.1.3	Områdesatsinger	118	9.1	Helsetilstand og folkesykdommer ..	153
6.1.4	Helsefremmende transportløsninger	119	9.1.1	Sosiale ulikheter i helse	153
6.2	Arbeidsmiljøet i barnehager og skoler	119	9.1.2	Kjønnforskjeller i helse	154
6.3	Antimikrobiell resistens	122	9.1.3	Psykiske plager og lidelser	155
			9.1.4	Selvmord	157
			9.1.5	Ikke-smittsomme sykdommer	157
			9.1.6	Smittsomme sykdommer	160

9.2	Forhold som påvirker helse og levealder	160	9.6	Helsen i innvandrerbefolkningen ..	178
9.2.1	Sosiale forhold og levekår	160	9.7	Status for folkehelsearbeidet	179
9.2.2	Sosial støtte og sosial utstøting	161	9.7.1	Sterkere institusjonalisering og bredere forankring	179
9.2.3	Vold og overgrep	162	9.7.2	Positiv utvikling i det lokale folkehelsearbeidet	179
9.2.4	Levevaner	163			
9.2.5	Miljøfaktorer	168	10	Økonomiske og administrative konsekvenser	181
9.3	Barn og unges helse	171			
9.4	Eldres helse	174			
9.5	Helse og levevaner i den samiske befolkningen	176			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 19

(2014–2015)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldingen

Mestring og muligheter

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. mars 2015,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 En folkehelsepolitikk som skaper muligheter

Regjeringen vil styrke det forebyggende helsearbeidet. Psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling, og vi vil utvikle en ny og moderne eldrepolitikk som retter oppmerksomheten mot betydningen av aktiv aldring.

Vi vil utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter og forutsetninger for at hver enkelt av oss kan mestre eget liv. God helse er en av våre viktigste ressurser, både som samfunn og som enkeltindivider. Men god helse er ikke bare fravær av sykdom, det handler også om å mestre livets utfordringer. Mestring gir livsglede, mening og overskudd, også når vi rammes av sykdom. Det er derfor viktig at vi legger til rette for at folk kan leve et godt liv med sykdom og funksjonstap. Folkehelsearbeid handler både om å fremme livskvalitet og trivsel, gjennom deltakelse i sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring, og om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer.

Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal

oppleve god psykisk helse og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Vi vil skape et samfunn som i større grad fremmer psykisk helse gjennom å legge mer vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge ensomhet er derfor en viktig del av folkehelsepolitikken. Sosial støtte er det motsatte av ensomhet. Det innebærer å få kjærlighet og omsorg, å bli aktet og verdsatt og å tilhøre et fellesskap. Regjeringen vil i samarbeid med frivillig sektor mobilisere til en felles innsats for å forebygge ensomhet og bidra til sosial støtte. Det er spesielt viktig å rette innsatsen mot på barn og unge og eldre.

Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Regjeringen vil gjøre sunne valg enkle og det naturlige valg for alle. Tilrettelegging for fysisk aktivitet er viktig og må skje i alle sektorer. Befolkningen skal få bedre og mer målrettet informasjon om sammenhengen mellom kosthold og helse. Matvare-

bransjen har et stort ansvar for å utvikle, gjøre tilgjengelig og markedsføre sunne produkter.

I den nye folkehelsepolitikken skal vi også sette aktive eldre på dagsorden, spre kunnskap og integrere perspektivet på tvers av politikkområder. Vi må få fram kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse og synliggjøre betydningen av helsefremmende og forebyggende arbeid for sunn og aktiv aldring. Noe av det viktigste er å endre holdninger og vise at eldre kan være en stor ressurs både i arbeidslivet og på andre områder i samfunnet.

Folkehelsepolitikken er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. Det handler om å

rette oppmerksomheten mot forhold som påvirker helsen. Både forhold som fremmer helse og forhold som gir risiko for sykdom. En slik tilnærming bidrar til å synliggjøre at en rekke samfunnssektorer har ansvaret for helseutfordringene. Regjeringen vil bygge videre på den tverrpolitiske enigheten om de overordnede målene og de lange linjene i folkehelsepolitikken. En bred forankring er nødvendig fordi dette angår hele befolkningen og har betydning for helsetilstanden i mange år framover. Det er avgjørende at folkehelseiltak som berører forholdet mellom den enkeltes helse og frihet og fellesskapet har en god forankring og oppslutning i samfunnet.

Tabell 1.1 Folkehelseiltak på tvers av departementer

Ansvarlig departement	Folkehelseiltak
Arbeids- og sosialdepartementet	Fremme lovforslag om å skjerme barn og unges inntekter når familiers behov for økonomisk stønad beregnes, Oppfølgingsplan om arbeid og psykisk helse, følge opp IA-avtalen, utvikle et beslutningsstøttesystem om sykmelding for fastleger, heve arbeidsmiljølovens aldersgrenser for opphør av arbeidsforhold.
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet	Strategi mot barnefattigdom, ny nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom, storbyordningen som skal bidra til å bedre oppvekst- og levekår, tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom, styrke det forebyggende arbeidet i regi av familievernet, introduksjonsordning og opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere, levekårsundersøkelse blant innvandrere 2015-2017, ny stortingsmelding om likestillingspolitikken, ny stortingsmelding om familiepolitikken, ny stortingsmelding om fosterhjemsomsorgen, vurdering av oppgave og ansvarsfordelingen i barnevernet, eget lovutvalg som skal vurdere barnevernloven, vurdere utvidet vern mot aldersdiskriminering.
Finansdepartementet	Omorganiseringen av skatte- og avgiftsforvaltningen vil bidra til å styrke Toll- og avgiftsetatens grensekontroll og dermed kunne styrke arbeidet mot smugling av tobakksvarer og rusmidler.
Helse- og omsorgsdepartementet	Styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, økt rekruttering av psykologer i kommunene, legge fram en ungdomshelsestrategi, bedre det psykiske helsetilbudet til barn i barnevernsinstitusjoner, ordningen Raskere tilbake i jobb, møteplass for folkehelse i regi av Frivillighet Norge, samarbeid med frivillige organisasjoner om arbeid for å redusere ensomhet og bidra til aktive eldre, informasjonstiltak og kampanjer for mer helsevennlige valg, styrke samarbeidet med matvarebransjen, innføre krav om standardiserte tobakkspakninger og forbud mot smakstilsetninger i røyketobakk, gjennomgå regelverket for barns arbeidsmiljø i barnehager og skoler, videreføre nasjonal ulykkesstrategi, videreføre strategien for å redusere radoneksponering, legge fram en tverrsektoriell strategi mot antimikrobiell resistens, legge fram en gjennomføringsplan for nasjonale mål om vann og helse, utviklingsarbeid med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene, etablere et register over psykiske lidelser og ruslidelser, utarbeide en strategi for en moderne eldrepolitikk, øke aldersgrense for autorisasjon for helsepersonell, styrke og samordne aldersforskning,

Tabell 1.1 Folkehelseiltak på tvers av departementer

Ansvarlig departement	Folkehelseiltak
Justis- og beredskapsdepartementet	Handlingsplan mot vold i nære relasjoner som blant annet omfatter modellforsøket i Stovner bydel for å bistå ofre, forebyggingspakke og tilskuddsordning, etablering av ny nettportal, femårig forskningsprogram om vold i nære relasjoner, bruk av risikovurderingsverktøyet SARA i alle politidistrikt og satsing på Statens barnehus, kriminalitetsforebyggende tiltak gjennom Handlingsplan for forebygging av kriminalitet, SLT (Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak), politiråd og tilskuddsordning til kriminalitetsforebyggende tiltak, og Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.
Klima- og miljødepartementet	Friluftslivets år, ny stortingsmelding om friluftsliv, tilskudd til friluftslivsaktivitet, driftstilskudd til friluftslivsorganisasjoner og friluftsråd, sikring og tilrettelegging av friluftslivsområder, prosjekt med formål å kartlegge og verdsette av friluftslivsområder i hele landet, veiledning innenfor friluftsliv i nærmiljøet, nasjonale mål og handlingsplan mot støy, retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging, grense for innendørs støy i forurensningsforskriften, grenseverdier for lokal luftkvalitet i forurensningsforskriften, nasjonale mål for lokal luftkvalitet og luftkvalitetskriterier, retningslinje for behandling av luftkvalitet i arealplanleggingen, handlingsplan mot miljøgifter.
Kommunal- og moderniseringsdepartementet	Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling for gode bomiljøer, oppvekstvilkår, universell utforming og medvirkning i planlegging, utviklingsavtaler på planområdet, krav i byggeteknisk forskrift, universell utforming av IKT, tiltak for å øke digital deltakelse blant grupper med svake ikt-kunnskaper, kartlegge seniorpolitikk på virksomhetsnivå i staten.
Kulturdepartementet	Regjeringens frivillighetserklæring, endring i tippenøkkelen for å øke spillemidler til idrettsformål, videreføre momskompensasjonsordningen, forskningsprosjektet om deltakelse og folkehelse
Kunnskapsdepartementet	Satsing på kvalitet i barnehagene, bedre moderasjonsordninger og ny ordning med gratis kjernetid i barnehage for fire- og femåringer i familier med lavinntekt, lærerløftet for å styrke lærernes kompetanse, Et lag rundt eleven, Psykisk helse i skolen, Program for bedre gjennomføring i videregående opplæring og 0-24-samarbeidet rettet mot utsatte barn og unge, forsøk ved et utvalg ungdomsskoler med økt antall timer fysisk aktivitet og/eller kroppsøving, økt lærlingetilskudd, tilskudd til bedrifter som tar inn elever med særskilte behov, ny stortingsmelding om livslang læring.
Landbruks- og matdepartementet	Handlingsplan og godkjenningsordning for Inn på tunet, opplysningsarbeid om mat og matglede, tiltak for økt mattrygghet, tiltak mot antimikrobiell resistens, tiltak mot radioaktiv forurensning i matkjeden, tiltak for å redusere radoneksposering, tiltak for å redusere landbruksulykker, handlingsplan om plantevernmidler, gjødsel og kjemikalier, tilrettelegging for friluftsliv i skog og på landbrukseiendommer, arbeid med hest og kjæledyr, forskning på mat og helse.
Nærings- og fiskeridepartementet	Videreføre og utvikle kostholdsprogrammet Fiskesprell, tilskuddsordning for å øke sjømatforbruket, spesielt hos barn og unge, forskning på fisk og sjømat og helse.
Samferdselsdepartementet	Bymiljøavtaler, Nasjonal gåstrategi og Nasjonal sykkelstrategi, Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2014–2017, tiltak for å redusere støy i samferdselssektoren, grenseverdier og nasjonale mål for lokal luftkvalitet.

Tabellen er ment som en illustrasjon på bredden i folkehelsearbeidet. Tiltakene er på ulikt detaljeringsnivå og oversikten er ikke uttømmende.

Mestring og helse

Et mestringperspektiv på folkehelsepolitikken handler om å legge til rette for at alle gis forutsetninger for å utnytte sine evner og muligheter. Når vi skal legge til rette for at den enkelte kan ta mer ansvar for egen helse, må vi ta hensyn til at forutsetningene er forskjellige. All ny politikk må måles opp mot dette – om det styrker eller svekker den enkeltes mestring og kontroll over eget liv.

Dersom de gode valg vi står ovenfor er vanskelige mens de mindre gode valg er enkle, kreves det mer av oss. Manglende overskudd til å mestre hverdagens mange utfordringer gjør ofte at vi velger det som er enklest, selv om dette ikke er til beste for oss eller omgivelsene. Dette betyr at vi både må styrke den enkeltes mestringsevne, og samtidig gjøre de gode valgene enkle. Vi må ikke umyndiggjøre, men skape forutsetninger for at vi kan ha kontroll i eget liv. Vi må utvikle velferdssamfunnet slik at det tilpasses den enkeltes behov, og slik at vi alle får mulighet til å utvikle det beste i oss. Dette krever en fornying som innebærer at individene trer fram ut av massene – at vi skaper et velferdssamfunn som ikke passiviserer, men stimulerer.

Alle barn og unge må gis muligheter til mestring og utvikling. Det omfatter gode levekår, oppvekstforhold som fremmer psykisk helse, muligheter for sunt kosthold og fysisk aktivitet i barnehager og skoler, og tobakksfrie omgivelser. Grunnlaget for god helse og gode helsevaner legges tidlig og får betydning gjennom hele livsløpet. Tiltak for å bekjempe barnefattigdom er en prioritert oppgave. Det vil også bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse. De fleste norske barn har gode oppvekstvilkår, men andelen barn som opplever langvarig inntektsfattigdom har økt. I perioden 2009–2011 levde 7,6 prosent av alle barn i Norge under EUs lavinntekstgrense. De viktigste innsatsområdene for å bekjempe fattigdom er en god skole som utjevner sosiale forskjeller, åpent og inkluderende arbeidsliv og et sosialt sikkerhetsnett som omfatter alle innbyggere på like vilkår.

Folkehelsearbeidet skjer i kommunene

Regjeringen legger fram folkehelsemeldingen før kommunevalget. Det er ingen tilfeldighet. Nasjonale tiltak, rammebetingelser og virkemidler er avgjørende for utviklingen av folkehelsearbeidet. Men det meste av folkehelsearbeidet skjer i kommunene. Kommunene har virkemidler til å utvikle

gode lokalsamfunn som kan bidra til å skape en bedre hverdag for barn og unge. Kommunene er nær dagliglivet gjennom arenaer som barnehage, skole og helse- og omsorgstjenester. God folkehelse fremmes i alle sektorer. Det er derfor viktig med lokal politisk forankring av folkehelsearbeidet. Gjennom denne meldingen ønsker regjeringen å legge grunnlaget for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser.

Regjeringen vil legge til rette slik at kommunene får best mulig forutsetninger for å ivareta ansvaret for innbyggernes helse. Den nasjonale politikken skal støtte opp om folkehelsearbeidet lokalt og regionalt og sørge for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser. Nasjonale myndigheter skal bistå kommunene med verktøy og kompetanse. Kommunene har ansvar for å ha oversikt over folkehelseutfordringene og for å utforme 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.

Folkehelseprofilene er et slikt verktøy og et godt utgangspunkt for å løfte folkehelsearbeidet inn på den politiske dagsorden i kommunene. Folkehelseinstituttet har siden 2012 publisert folkehelseprofiler for å hjelpe lokale myndigheter i arbeidet med å få oversikt over helsetilstanden i kommunen. Profilene inneholder statistikk om befolkning, levekår, miljø, levevaner og helse og sykdom. Maten vi spiser, vannet vi drikker, luften vi puster inn, utformingen av boligområder og andre miljøforhold virker inn på helse, livskvalitet og trivsel. Gjennom god planlegging og tilrettelegging kan kommunen bidra til å bedre folkehelsen.

Samarbeid med frivillige organisasjoner og private

Hvis vi skal møte utfordringene når det gjelder folkehelse er vi nødt til å samarbeide. Svært mye av det som virker inn på helsen i befolkningen skjer utenfor helsesektoren. Og svært mye skjer utenfor offentlig sektor. Derfor trenger vi et bredt samarbeid mellom offentlige, frivillige og private aktører.

Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og myndighetene er avgjørende for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner når mange vi ikke når gjennom offentlige tilbud og tjenester. Regjeringen vil bygge opp under det frivillige engasjementet i folkehelsearbeidet, blant annet i samarbeid med friluftsråd og frivillige

organisasjoner om økt fysisk aktivitet og friluftsliv for alle. Frivillighet Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har gått sammen for å lage en ny nasjonal møteplass for folkehelse som skal styrke samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og myndigheter. Vi vil legge til rette for et sterkere samarbeid med frivillige organisasjoner på flere samfunnsområder, for eksempel i forebyggende arbeid overfor barn og unge, aktivisering av eldre, i kriminalomsorg, kultur, idrett, friluftsliv, og når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet.

Næringslivet er en samfunnsaktør med stor innflytelse på flere områder som berører befolkningens helse. Matvarebransjen er en viktig premissleverandør. Bransjen har et stort ansvar for å utvikle, tilgjengeliggjøre og markedsføre sunne produkter og måltidsløsninger i butikker, kantiner, hurtigmatutsal og serveringssteder. Der som de store aktørene i matindustrien går sammen om å utvikle sunnere matvarer med lavere innhold av salt, sukker og mettet fett, vil det gi resultater i kjøleskapet til hver enkelt av oss. Det gjelder både hos dem som synes det er lett å velge sunt – og hos dem som synes det er vanskelig. Det vil bedre kostholdet til hele befolkningen. For å støtte opp om bransjens arbeid og fremme etterspørsel etter sunne matvarer, bidrar myndighetene til å fremme kostrådene til befolkningen gjennom informasjonstiltak, nøkkelhullsmerket og krav til merking av matvarer.

Treningscenterbransjen er en viktig aktør for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Sentrene ligger gjerne gunstig plassert til arbeidsplasser og boområder og er derfor lett tilgjengelig for folk. Stadig flere ungdom og unge voksne søker til treningscentre som arena for fysisk aktivitet på fritiden. Med tilbud i over halvparten av landets kommuner og personell med god kompetanse, vil treningsentrene kunne være viktige bidragsytere til økt fysisk aktivitet i befolkningen.

Regjeringen vil utfordre aktørene i arbeidslivet til å ta et større ansvar for folkehelsearbeidet på arbeidsplassen. Rusmiddelforebyggende arbeid er et eksempel på et område der arbeidslivets organisasjoner kan spille en viktig rolle.

En helhetlig helsepolitikk

I løpet av 2015 vil regjeringen ha lagt fram en helhetlig helsepolitikk for Stortinget. Høsten 2014 kom den første årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Nå kommer en ny folkehelsemelding og deretter stortingsmeldingene om primærhelsetjenesten, legemiddelpolitikken og nasjonal helse- og sykehusplan. I tillegg vil regje-

Boks 1.1 Ti helse råd fra folk til folk

1. Vær deg selv
2. Godta ufullkommenhet
3. Skap gode, nære fellesskap
4. Finn likevekt mellom arbeid, hvile og lek
5. Bruk naturen som helsekilde
6. Vær raus i møte med den andre
7. Vis måtehold både med nytelser og plikter
8. Se lyst på livet
9. Tro og håp er helsekilder
10. Spis sunt og gå eller løp tur, men med måte

Kilde: Helse på norsk: god helse slik folk ser det.
Per Fugelli og Benedicte Ingstad. 2014.

ringen legge fram en opptrappingsplan for rusfeltet og en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

En mer effektiv folkehelsepolitikk, bedre helse- og omsorgstjenester, tidligere innsats, og en videre utbygging av forebyggende helsetjenester er nødvendig for å fremme befolkningens helse og møte framtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil skape en helse- og omsorgstjeneste med utgangspunkt i pasientenes behov og oppdatert kunnskap. Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for at folk holder seg friske lengst mulig, gi god behandling og gi hjelp til å mestre livet med sykdom og lidelser.

1.1 Bedre helse, men nye utfordringer

Helsetilstanden i den norske befolkningen er svært god. Levealderen er høy og vil øke framover. De sosiale ulikhetene i helse er imidlertid betydelige. Levealderen har økt mest i grupper med høy utdanning og inntekt og ført til større sosiale ulikheter i levealder. Mye tyder på at ulikhetene nå er i ferd med å flate ut.

Norge rangeres fremst i internasjonale sammenlikninger av trivsel og velferd. Likevel er psykiske plager og lidelser en stor folkehelseutfordring. Nesten en firedel av den voksne, norske befolkningen har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Mellom en tredel og halvparten av befolkningen vil oppleve minst én periode med en diagnostiserbar psykisk lidelse i løpet av livet. Depresjon er den psykiske lidelsen som gir flest tapte leveår. Depresjon gir økt risiko for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom og infeksjonssyk-

dom. Psykiske plager og lidelser utgjør en økende andel av den totale sykdomsbyrden både i Norge og i resten av verden. Det henger sammen med at levealderen og andelen eldre i befolkningen øker.

Det er imidlertid noen bekymringsfulle utviklingstrekk som kan tyde på at det de siste tiårene har vært en økning i psykiske plager blant barn og unge. Det gjelder først og fremst depresjon og angst. I aldersgruppen 15 til 19 år har det i perioden 2004 til 2013 vært en sterk økning i antall som bruker antidepressiva. Kapasiteten i tjenestetilbudet for unge er bygget ut og det har vært en sterk økning i antallet som får behandling for psykiske lidelser. Den største andelen av tidlig død og tapte kvalitetsjusterte leveår i den norske befolkningen skyldes de ikke-smittsomme sykdommene – som hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, kroniske lungesykdommer og kreft. Fysisk aktivitet, sunt kosthold, røykfrihet og moderasjon i alkoholbruken vil gi god beskyttelse og redusere risiko for utvikling av kroniske sykdommer.

Befolkningens fysiske aktivitet viser en negativ trend. Dette gjelder også barn og unge. Drøyt 2,5 millioner mennesker i den norske befolkningen oppfyller ikke de helsemessige anbefalingene om fysisk aktivitet. Voksne bruker i gjennomsnitt drøyt ni timer av våken tid i ro. Stillesitting er en selvstendig risikofaktor for sykdom og helseplager. Lengre perioder med stillesitting har negative helseeffekter også for dem som ellers er mye i fysisk aktivitet.

Det har vært en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste 30 år. Vi spiser mer grønnsaker og frukt, mens kostens innhold av sukker og fett er redusert. Samtidig har inntaket av mettet fett, etter en periode med nedgang, igjen økt de senere årene. Økningen skyldes særlig inntak av kjøtt- og kjøttprodukter, fløte, smør og ost. Saltinntaket er også for høyt og utgjør en vesentlig risiko for utvikling av hjerte- og karsykdommer. Kostholdet inneholder mindre fisk og annen sjømat enn helsemyndighetene anbefaler. I følge et globalt sykdomsbyrdeprosjekt er usunt kosthold blant de viktigste risikofaktorene for sykdom i den norske befolkningen.

Norge er det OECD-landet med størst reduksjon i andelen røykere i perioden 2000–2010. Likevel er det fortsatt over 1 000 000 nordmenn som røyker. Røyking er en av de viktigste årsakene til for tidlig død og sykdom i Norge. Hvert år dør 6600 personer som følge av tobakksrelaterte sykdommer.

Den registrerte alkoholomsetningen var rundt 6,2 liter i 2013, som er 35 prosent høyere enn

nivået i 1993. Økningen siden 1993 har ført til en markert økning i alkoholrelatert sykkelighet og innleggelses i sykehus. Konsumet har særlig økt blant de over 50 år. Det totale alkoholkonsumet, det vil si både registret og uregistret forbruk, ser ut til å ha flatet ut siden 2008.

Økende levealder og store fødselskull etter andre verdenskrig medfører en aldrende befolkning. Det forventes en firedobling av antall 80 til 89-åringer innen utgangen av dette århundret. Samtidig som befolkningen blir eldre, blir den også friskere. En aldrende befolkning vil likevel føre til at det blir flere kronisk syke.

1.2 Nasjonale mål

Regjeringen bygger videre på den tverrpolitiske enigheten om de overordnede rammene for folkehelsepolitikken. Det er bred enighet om de nasjonale målene:

- 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.

Målet om å øke forventet levealder skal først og fremst nås ved å redusere tidlig død og ved å utjevne sosiale forskjeller i helse og levealder. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. De globale målene for risikofaktorer som er relevante for folkehelsepolitikken er:

- Stoppe økningen i diabetes og overvekt
- Minst 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol
- 10 prosent reduksjon av forekomst av utilstrekkelig fysisk aktivitet
- 30 prosent reduksjon i forekomst av tobakksforbruk
- 25 prosent reduksjon av forekomst av forhøyet blodtrykk
- 30 prosent reduksjon i gjennomsnittlig inntak av salt eller natrium

Regjeringen vil legge målene til grunn for utvikling av nasjonal politikk og styrke innsatsen på tvers av sektorer for en mer helsevennlig livsstil. Målene må tilpasses nasjonale forhold. Det er spe-

sielt behov for å supplere med mål som fanger opp helsefremmende faktorer som godt kosthold, gode måltidsvaner og fysisk aktivitet som kilde til overskudd og livsglede.

I Norge har vi definert tidlig død som død før fylte 75 år. Målet er integrert i det nasjonale folkehelsemålet ved at økningen i forventet levealder skal nås gjennom reduksjon av tidlig død og utjevning av sosiale forskjeller i dødelighet. Skal vi nå målet om 25 prosent reduksjon i tidlig død må risikoen knyttet til tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme reduseres betydelig.

Målene og innsatsområdene må ses i sammenheng med psykisk helse og trivsel. Psykisk helse påvirker levevaner som igjen påvirker psykisk helse og trivsel. Det gjør innsatsen for å fremme psykisk helse og mestringsevne til et viktig inn-

satsområde for å forebygge livsstilssykdommer. Tilsvarende er livsstilsendring et viktig virkemiddel for å styrke den psykiske helsen.

Norge har forpliktet seg til å følge opp Verdens helseorganisasjons globale handlingsplan for psykisk helse. Planen har seks globale mål for arbeidet med psykisk helse som er knyttet til planer og politikk, lovverk, helsetjenester, helsefremmende og forebyggende programmer, forebygging av selvmord, og informasjonssystemer og kunnskap. Handlingsplanen bygger på seks prinsipper: Universelle tilbud, menneskerettigheter, kunnskapsbasert praksis, et livsløpsperspektiv, tverrsektoriell tilnærming og at mestringsevnen til personer med psykiske problemer og lidelser skal styrkes. Europaregionen i Verdens helseorganisasjon er omforent om en felles strategi for å utvikle landenes helsesystemer på dette området. I denne

Boks 1.2 Sosial ulikhet i Helse: En norsk kunnskapsoversikt

Kunnskapsoversikten er utarbeidet av et forskerpanel ledet av professor Espen Dahl ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Rapporten gir en oppsummering og analyse av forskningsbasert kunnskap om forhold som bidrar til sosial ulikhet i helse i Norge. Kunnskapsoversikten er bestilt av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forskerpanelet anbefaler følgende prinsipper for å jevne ut den sosiale gradienten i helse:

- Vektlegge sosiale faktorer som påvirker helse kombinert med tiltak for å begrense sosiale konsekvenser av sykdom
- Universelle tiltak rettet mot hele befolkningen
- Tidlig innsats
- Påvirke handlingsbetingelsene for valg som påvirker helse (gjøre sunne valg enklere og usunne valg vanskeligere)
- Rette innsats mot flere faktorer samtidig og mot flere ledd i årsakskjeden (tiltaks pakker)
- Styrke kunnskapen om hvordan reformer og tiltak påvirker helseforskjellene

De sosiale ulikhetene i helse beskrives som en gradientutfordring, det vil si at ulikhetene i helse er tilstede gjennom hele utdannings- og inntektshierarkiet. Rapporten inneholder konkrete anbefalinger på en rekke politikkområder:

Oppvekst og læring: Redusere fattigdom i barnefamilier, styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, redusere sosial ulikhet i bruk av

barnehager, tidlig innsats for å redusere frafall fra videregående skole, reformer i skolen må komme de som trenger det til gode, sterkere oppfølging av ungdom med helseproblemer og sosiale problemer

Arbeidsliv og arbeidsmiljø: Arbeidsrettede tiltak innenfor ordinært arbeidsliv, mer bruk av gradert sykmelding, innsats for å føre grupper med nedsatt helse og lav utdanning tilbake til arbeid, sikre de som står utenfor arbeidslivet tilstrekkelig økonomi, sosiale arenaer og meningsfull aktivitet, bedre arbeidsmiljøet og satse mer på å forebygge helseproblemer i IA-arbeidet.

Økonomiske forskjeller: Fortsatt omfordeling gjennom skatte- og overføringssystemet, styrket innsats mot sosial dumping, redusere fattigdom i barnefamilier.

Helsevaner: Aktiv bruk av pris for å påvirke valg av sunn mat, regulering av salg og markedsføring av usunne matprodukter rettet mot barn og unge, fortsatt høy pris på tobakk, videreføre og utvide en streng tobakkslovgivning, skreddersydde kampanjer og gratis tilbud om røykeavvenning, restriktiv alkoholpolitikk, tilrettelegge det offentlige rom for å understøtte fysisk aktivitet for alle.

Helsetjenester: Sosial ulikhet i helse må settes høyt på dagsorden, utvikle indikatorer på sosial ulikhet i helsetjenesten, starte et pilotprosjekt om gratis lege- og tannlegetjenester.

stortingsmeldingen er det spesielt lagt vekt på det helsefremmende og forebyggende arbeid og tiltak for å bedre kunnskap og oversikt over befolkningens psykiske helse.

Utjevne sosiale forskjeller i helse

Målet for folkehelsearbeidet er både å bedre gjennomsnittshelsen og redusere de sosiale forskjellene i helse. Skal vi redusere de sosiale forskjellene i helse er det behov for tiltak rettet inn mot hele årsakskjeden, fra tiltak som er rettet direkte mot bestemte livsstilsutfordringer (for eksempel tobakk), til tiltak som er rettet mot bakenforliggende faktorer som påvirker livssituasjonen (gjør det vanskelig å slutte å røyke). Forskerpanelet som i 2014 la fram en kunnskapsoversikt om sosiale helseforskjeller i Norge, omtaler dette som tiltakspakker. Videre bruker de begrepet differensiert universalisme for å synliggjøre at det er behov for å tilpasse universelle tiltak til utsatte grupper. De mest ressurssterke tar i større grad i bruk velferdsordningene enn grupper med mindre ressurser.

1.3 Nasjonale tiltak og virkemidler

Regjeringens viktigste tiltak for å følge opp de nye innsatsområdene, styrke innsatsen rettet mot barn og unge og sørge for en bred satsing på folkehelse er å:

Satse på psykisk helse

- Sette i gang et utviklingsarbeid med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge
- Ta initiativ til en informasjonssatsing sammen med frivillige organisasjoner og mobilisere til samarbeid for å forebygge ensomhet
- Styrke tilskuddsordninger for å bidra til at alle barn og unge skal ha mulighet til å delta i en fritidsaktivitet
- Etablere et register med data om psykiske lidelser og ruslidelser
- Målrette ordningen Raskere tilbake inn mot personer med psykiske plager og muskel- og skjelettlidelser

Fremme helsevennlig livsstil

- Legge prinsippene for å fremme helsevennlige valg til grunn for utforming av tiltak både i helsesektoren og i andre sektorer

- Styrke svømmopplæringen for alle barn
- Iverksette forsøk ved et utvalg ungdomsskoler der elevene vil få en økning i antall timer fysisk aktivitet og/eller kroppsøving i uken
- Styrke og videreføre samarbeid med matvarebransjen blant annet gjennom helse- og omsorgsministerens næringslivsgruppe
- Invitere til bredt samarbeid for økt praktisk kunnskap og ferdigheter om matlaging
- Innføre krav til standardiserte tobakksinnpakninger
- Stimulere stat og kommune som arbeidsgivere til en ledelsesforankret rusmiddelpolitikk

Aktive eldre

- Utarbeide en strategi for en moderne eldrepolitikk
- Heve arbeidsmiljølovens aldersgrense for opphør av arbeidsforhold fra 70 til 72 år
- Satse på eldres kompetanse, for eksempel ved å heve aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon

Satse på barn og unge

- Gjennomføre et kompetanseløft for kvalitet i barnehage og skole
- Bidra til at flere gjennomfører videregående skole gjennom Program for bedre gjennomføring i videregående opplæring og 0–24 samarbeidet rettet mot utsatte barn og unge
- Legge frem en strategi mot barnefattigdom
- Foreta en gjennomgang og oppdatering av regelverk for barn og unges arbeidsmiljø i barnehager og skoler
- Følge opp En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)

Tverrsektorielt folkehelsearbeid

- Lage en tverrsektoriell strategi mot antimikrobiell resistens
- Utvide innholdet i folkehelseprofilene med data på bydelsnivå og flere data om forhold som fremmer helse

1.4 Avgrensning og innretting

Denne stortingsmeldingen bygger videre på hovedlinjene i folkehelsepolitikken som det var tverrpolitisk tilslutning til da Stortinget behandlet Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. Det betyr at meldingen ikke dekker hele bredden

av folkehelsepolitikken. Regjeringen har valgt å legge hovedvekten på ny politikk på områder som enten ikke har vært tilstrekkelig prioritert, eller som vi mener krever nye løsninger. Det er bakgrunnen for at psykisk helse i folkehelsearbeidet, helsevennlige valg og aktive eldre er løftet fram. Det er videre lagt vekt på forebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Meldingen har i tillegg en egen del om videreutvikling av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet som inkluderer den brede velferdspolitikken, miljø, helse og nærmiljøarbeid, støtte til lokalt folkehelsearbeid og virkemidler for å styrke kunnskapsgrunnlaget.

Forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten vil i all hovedsak bli ivaretatt i den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten. I kapitlene om psykisk helse, helsevennlige valg og aktive eldre i denne stortingsmeldingen er det imidlertid korte omtaler av forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten for å synliggjøre helheten i folkehelsearbeidet. I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten vil regjeringen legge fram en politikk som skal bidra til at kommunale helse- og omsorgstjenester utvikles i tråd med framtidens behov. Regjeringen vil legge til rette for mer tverrfaglig samarbeid i kommunene, økt kompetanse, god kvalitet og tidlig hjelp. Tjenestene skal bidra til god helse og til at den enkelte kan mestre livets utfordringer.

Regjeringens innsats for å styrke rusfeltet vil bli fulgt opp i en ny opptrappingsplan som er planlagt fremmet for Stortinget i løpet av 2015. Planen vil i hovedsak være innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har etablert et rusmiddelproblem. Hovedinnsatsen vil bli rettet mot kommunesektoren.

Utfordringer som gjelder urfolk, nasjonale minoriteter og innvandrere er ikke skilt ut som eget tema, men er trukket inn i omtalen av utfordringer og virkemidler der det er relevant. Det samme gjelder kjønnsforskjeller, likestilling og antidiskriminering generelt.

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 behov må etterspørres og synliggjøres både i planlegging og utredning, og når beslutninger fattes. Forpliktelsene i internasjonale konvensjoner, nasjonal lovgivning og samarbeid med Sametinget utgjør fundamentet i arbeidet for å bevare og utvikle samisk kultur.

Regjeringen vil i 2015 legge fram en stortingsmelding om likestilling. Både kvinners og menns utfordringer vil bli belyst, og meldingen vil ha et tydelig innvandrerperspektiv. Omtalen av kjønnsforskjeller i helse og påvirkningsfaktorer er integrert i Kapittel 9 Om helsetilstanden og folkehelsearbeidet. I dette kapitlet er det også korte oppsummeringer av helseutfordringer blant innvandrere og i den samiske befolkningen. Innvandrergruppens spesielle helseutfordringer er nærmere omtalt i Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017.

1.5 Sammendrag

Psykisk helse i folkehelsearbeidet

Psykisk helse skal inkluderes som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Bedre behandlingstilbud og sterkere forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenester er helt nødvendig. Men skal vi lykkes må vi også løfte blikket utover helse- og omsorgstjenesten og rette oppmerksomheten mot levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljøet. Regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer psykisk helse og trivsel. Psykisk helse skal ivaretas bedre i det arbeidet som pågår for å bygge opp kompetanse på og utvikle verktøy og modeller for folkehelsearbeid i kommunene.

Helsevennlige valg

Det skal bli enklere å velge sunt og hensynet til liv og helse skal i større grad være et premiss for samfunnsutviklingen. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. Det er nødvendig å tenke nytt samtidig som eksisterende virkemidler videreføres og utnyttes mer effektivt. Følgende prinsipper skal legges til grunn for arbeidet med å fremme helsevennlige valg:

- Det skal bli enklere for folk å velge helsevennlig
- Barn og unge skal beskyttes særskilt
- Folkehelsemål skal samordnes med andre sentrale samfunns mål, som for eksempel klima, miljø, kunnskap og arbeid
- Innsats skal rettes inn for å styrke den enkeltes mestringsevne
- Virkemidler skal brukes effektivt

Prinsippene skal legges til grunn ved vurdering av tiltak, både i helsesektoren og andre sektorer.

Aktive eldre

Eldrepolitikken skal videreutvikles og regjeringen vil legge fram en samlet strategi for en moderne eldrepolitikk. Formålet er å fremme økt yrkesdeltakelse, aktivitet, helse, trygghet og solidaritet mellom generasjonene. Eldre mennesker som ønsker det, skal få mulighet til å delta lenger i arbeidslivet. Regjeringen vil arbeide for økt yrkesdeltakelse ved å heve aldersgrensene i arbeidslivet, styrke seniorpolitikken og arbeide for et inkluderende arbeidsliv i dialog med partene i arbeidslivet. Strategien for en moderne eldrepolitikk skal også se på hvordan teknologisk utvikling, nærmiljøutvikling, transportpolitikk og boligpolitikk kan styrke Eldres muligheter til å delta i samfunnet. Frivillig sektor og kulturliv vil få økt betydning. Helse- og omsorgstjenesten skal legge mer vekt på forebyggende innsats, på å avdekke sykdom tidlig og å bidra til at eldre mennesker kan mestre livet med sykdom.

Sosialt sikkerhetsnett

Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom. Gode levekår og sosial inkludering er fundamentet for å nå målet om flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller. Sentrale elementer er grunnleggende økonomisk trygghet, tilknytning til utdanning og arbeidsliv og trygge oppvekstvilkår.

Høy sysselsetting, universelle velferdsordninger og et godt utbygd utdanningssystem har bidratt til færre fattige og jevnere inntektsfordeling i Norge sammenliknet med andre land. Likevel er det mennesker som står utenfor viktige sosiale arenaer blant annet på grunn av dårlig økonomi eller dårlige levekår. Regjeringen vil tette hullene i sikkerhetsnettet for grupper som i dag faller igjennom og sikre bedre vilkår særlig for barn som vokser opp i fattige familier. Barns rett til en trygg oppvekst er grunnleggende.

Lokalsamfunnsutvikling, miljø og helse

Det er et mål å utvikle et mer helsefremmende miljø og beskytte befolkningen mot miljøfarer som støy, luftforurensning, miljøgifter, stråling, dårlig inneluft, risiko for ulykker og skader, og mat- og vannbårne sykdommer. Hensynet til befolkningens helse og trivsel skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen.

Gode lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet og utvikling av sosiale nettverk som bidrar til trivsel, tilhørighet og god helse.

Politikken på dette området bygger videre på de overordnede rammene fra Meld. St. 34 (2012–2013). Regjeringen vil i tillegg rette oppmerksomheten mot områder som krever en særlig innsats framover. Det gjelder arbeidet for å bedre barns og unges arbeidsmiljø i barnehage og skole, innsatsen mot antimikrobiell resistens, følge opp nasjonale mål på vannområdet, sikre et samfunn med trygg mat, trygge produkter og redusert eksponering for miljøgifter, redusere eksponeringen for radon og fastsette sektorvise mål for reduksjon i skader og ulykker.

Støtte til lokalt folkehelsearbeid

Regjeringen vil trappe opp innsatsen og videreutvikle nasjonale tiltak for å støtte det lokale folkehelsearbeidet. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene. Utvikling av metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet er en viktig del av denne innsatsen. Innholdet i kommunehelseprofilene skal utvides, den faglige støtten til kommunene skal styrkes og statlige føringer skal koordineres bedre.

Mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Et effektivt folkehelsearbeid av god kvalitet må bygge på kunnskap om helse og helseutfordringer, hva som påvirker helsen og hvilke virkemidler og tiltak som har effekt. Det skal legges til rette for en mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Det krever gode helseanalyser, tiltaksforskning og systematisk vurdering av effekten av tiltak gjennom følgeforskning, evalueringer og kunnskapsoppsummeringer. Det skal i større grad legges til rette for utprøving og evaluering ved gjennomføring av nasjonale tiltak.

Om helsetilstanden og folkehelsepolitikken

Helsetilstanden i den norske befolkningen er svært god. Levealderen er høy og vil øke framover. Norge rangeres fremst i internasjonale sammenlikninger av trivsel og velferd. Likevel er de sosiale forskjellene i helse fortsatt betydelige, psykiske plager og lidelser er en stor folkehelseutfordring, og sykdommer som delvis henger sammen

med livsstil og levevaner er blant de viktigste årsakene til tapte leveår.

Tall fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet 2010 viser at to av tre tapte leveår i Norge er forårsaket av kreftsykdommer eller hjerte- og karlidelser. Hjertesykdom, hjerneslag, lungekreft, tykktarmskreft og kols er de fem største årsakene til tapte leveår. Kjente risikofaktorer for disse sykdomsgruppene er usunt kosthold, røyking, skadelig alkoholforbruk og stillesitting. De fem ledende årsakene til helsetap er korsryggsmerter, alvorlig

depresjon, angstlidelser, nakkesmerter og fallulykker.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Regjeringen har som utgangspunkt at folkehelsepolitikken skal videreutvikles og styrkes innenfor de eksisterende økonomiske budsjetttrammene. Virkemidlene skal utnyttes mer effektivt. Tiltak som krever økte bevilgninger, vil avhenge av de årlige statsbudsjettene.

Del I
Nye innsatsområder i folkehelsepolitikken



Figur 2.1

2 Psykisk helse i folkehelsearbeidet

Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Bedre behandlingstilbud og sterkere forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenester er nødvendig. Men skal vi lykkes må vi også løfte blikket ut over helse- og omsorgstjenesten og rette oppmerksomheten mot andre påvirkningsfaktorer som levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljøet.

Psykiske helseproblemer er blant de største folkehelseutfordringene i dag. Nesten en firedel av den voksne befolkning har en psykisk lidelse. De sosiale forskjellene er store. Deler av innvandrerbefolkningen har høyere forekomst av psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig. Personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer og lever kortere enn andre. Mange har både psykiske lidelser og rusproblemer. Det er noen bekymringsfulle utviklingstrekk som kan tyde på at det de siste tiårene har vært en økning i psykiske plager blant barn og unge.

Regjeringen vil sette i gang et utviklingsarbeid med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Psykisk helse og livskvalitet skal ivaretas i arbeidet med å videreutvikle folkehelseprofiler, fylkesundersøkelser og andre verktøy for å sette psykisk helse på dagsorden i folkehelsearbeidet. Vi vil legge til rette for trygge oppvekstvilkår, barnehagetilbud av god kvalitet til alle barn, økt gjennomføringsgrad i videregående skole og et læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og god sosial utvikling. Regjeringen vil støtte opp under frivillig arbeid for å forebygge ensomhet og bidra til sosial inkludering.

Barn som vokser opp i fattige familier i Norge skal gis mer likeverdige muligheter til å delta i sosiale fellesskap. Barnevernet skal videreutvikles og styrkes gjennom strukturgjennomgang og endringer i lovgivningen. Barn og familier som har problemer, skal få rask og tilpasset hjelp. Når omsorgen i hjemmet svikter, skal hjelpeapparatet være på plass. Forebyggende og foreldrestøttende tiltak skal få en større plass i arbeidet. Innsatsen mot vold og seksu-

elle overgrep i nære relasjoner skal prioriteres gjennom forebyggende arbeid, tidlig innsats og samarbeid på tvers av tjenester.

Personer med psykiske lidelser skal kunne gjennomføre utdanning og delta i ordinært arbeidsliv. Ordningen Raskere tilbake skal i større grad rettes mot arbeidstakere med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Når evalueringen av pilot- og forsøksprosjektene i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse foreligger, vil regjeringen vurdere eventuell videreføring av tiltakene.

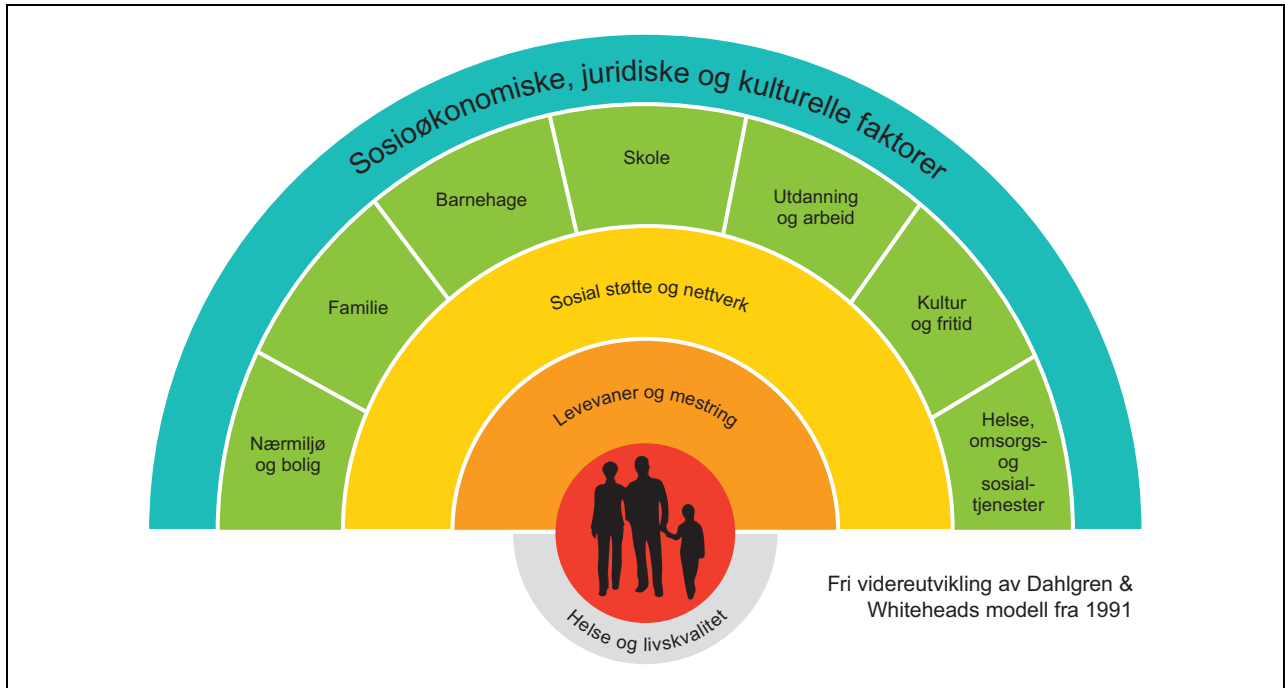
Psykisk helse og forebyggende arbeid skal prioriteres sterkere i helsetjenesten. Psykologkompetansen i kommunene skal styrkes og helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal videreutvikles. Det psykiske helse tilbudet til barn i barnevernsinstitusjoner skal styrkes.

Kunnskapen om befolkningens psykiske helse skal styrkes gjennom etablering av et register for psykiske lidelser og ruslidelser, satsingen på bedre helse data i regi av regjeringens langtidsplan for forskning og gjennom oppfølging av HelseOmsorg 21.

2.1 En strategi for å ivareta psykisk helse på tvers av sektorer

Regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer psykisk helse og trivsel. Psykisk helse skal ivaretas i arbeidet med å bygge opp kompetanse og utvikle og spre verktøy og modeller for folkehelsearbeid i kommunene.

Psykisk helse i folkehelsearbeidet innebærer å rette oppmerksomheten mot forhold som påvirker den psykiske helsen i befolkningen, se figur 2.1. Det gjelder både faktorer som bidrar til å fremme mestring, tilhørighet, utvikling og vekst og opplevelse av mening og faktorer som gir økt risiko for mistrivsel og psykiske helseproblemer. Sosial støtte og sosiale nettverk virker positivt på den psykiske helsen, mens ensomhet, stress og utenforskap har negativ effekt. Evnen til å mestre hverdagslivets krav og utfordringer har stor betydning for den psykiske helsen. Ensomhet og



Figur 2.2 Påvirkningsfaktorer for psykisk helse

mangel på sosial støtte er en folkehelseutfordring. For å fremme psykisk helse og trivsel er det nødvendig å stimulere til etablering av sosiale nettverk, deltakelse og sosial støtte i hverdagslivet gjennom sentrale arenaer som barnehage, skole og arbeidsliv, og gjennom tiltak for å legge bedre til rette for deltakelse i frivillige organisasjoner, kulturliv og nærmiljø.

Program for folkehelsearbeid i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med kommunesektoren sette i gang et utviklingsarbeid med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene. Formålet er å bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse. Programmet skal rettes inn mot psykisk helse og rusforebygging. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet og programmet vil være et viktig virkemiddel for å integrere dette perspektivet i lokalt folkehelsearbeid.

Programmet skal bidra til å styrke den tverrsektorielle innretningen og den politiske forankringen av folkehelsearbeidet. Videre skal programmet bidra til å utløse lokalt engasjement og til å gi drahjelp til lokale aktiviteter. Programmet bør omfatte tiltak for å hindre utstøting og styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet. Aktuelle eksempler kan

være å skape sosiale møteplasser, legge til rette for rusfrie tilbud, tilbud om åpen barnehage, tiltak for å styrke foreldreferdigheter, helsefremmende skoler og fritidsaktiviteter knyttet til skole og SFO. Se kapittel 7 Støtte til folkehelsearbeidet i kommunene.

Integrere psykisk helse i verktøy på folkehelseområdet

Folkehelseinstituttet utarbeider folkehelseprofiler for alle kommuner og fylker. Folkehelseprofilene skal hjelpe lokale og regionale myndigheter med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Profilene gir informasjon om status på helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Folkehelseprofilene for kommunene fra 2014 viser for eksempel at det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder hvor stor del av befolkningen som har psykiske lidelser. Folkehelseinstituttet arbeider med å skaffe nye datakilder slik at innholdet i folkehelseprofilene kan utvides. Det skal utvikles flere indikatorer på levekår og andre faktorer som påvirker innbyggernes psykiske helse og trivsel. Oversiktene er et viktig grunnlag for kommunenes planstrategier, fastsetting av folkehelsemål og gjennomføring av tiltak.

Indikatorer på psykisk helse og trivsel inngår som en del av det pågående arbeidet med å utvikle sektorvise folkehelseindikatorer. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle slike indikatorer i

nært i samarbeid med andre statlige direktorater og fagmiljøer. Indikatorene skal gjøre det mulig å følge utviklingen i folkehelsearbeidet og tilpasse den nasjonale politikken til endringer i forhold som har stor betydning for befolkningens helse. Utviklingsarbeidet bygger videre på det rapporteringssystemet som er etablert for å følge utviklingen i arbeidet for å utjevne sosiale forskjeller i helse.

Det er behov for å styrke samarbeidet på tvers av sektorer og etablere en felles forståelse for hvilke forhold som påvirker den psykiske helsen. Helsedirektoratets arbeid med sosial støtte, deltakelse og psykisk helse skal bidra til å identifisere og systematisere kunnskap og sette dette inn i en folkehelsesammenheng. Psykisk helse bør være et sentralt tema i utdanninger for profesjoner som kvalifiserer til arbeid med barn og unge.

KS' læringsnettverk for folkehelse, samarbeidet mellom Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet om psykisk helse i skolen, og samarbeidet om Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse er eksempler på tiltak som bidrar til å sette psykisk helse på dagsorden i det tverrsektorielle samarbeidet og til å skape arenaer som har psykisk helse som tema.

Internasjonalt arbeid

Norge har vært en pådriver for å løfte fram folkehelseperspektivet på psykisk helse i det internasjonale arbeidet. Regjeringen vil videreføre det globale engasjementet og følge opp tilnærmingen i den nasjonale politikken.

2.2 Oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse

Regjeringen vil skape oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse, livskvalitet og trivsel. En god barndom er viktig i seg selv og legger grunnlaget for den psykiske helsen senere i livet. Gode fellesskapsløsninger og målrettet innsats er avgjørende for utvikling av et godt og inkluderende oppvekstmiljø. Barns rett til en trygg oppvekst er en grunnleggende rettighet som er omtalt i FNs konvensjon om barnets rettigheter. Alle barn har rett til liv og helse, skolegang og utvikling, deltakelse og innflytelse og omsorg og beskyttelse. Regjeringen jobber aktivt med å ivareta barns rettigheter gjennom overvåking av barnekonvensjonen.

Regjeringen ønsker å styrke familiens stilling i samfunnet. Velfungerende familier gir trygghet, tilhørighet og rom for utvikling. En viktig oppgave

Boks 2.1 Internasjonale prosesser

FNs forslag til bærekraftige utviklingsmål 2015–2030: FNs tusenårsmål har bidratt til mobilisering og partnerskap for fattigdomsbekjempelse, helse, likestilling og utdanning globalt. FNs forslag til nye bærekraftige utviklingsmål omfatter også psykisk helse. Målene skal være universelle og integrere miljø, sosiale og økonomiske dimensjoner.

Verdens helseorganisasjons Mental Health Action Plan 2013–2020: Handlingsplanen inneholder seks globale mål for arbeidet med psykisk helse. Handlingsplanen omfatter planer og politikk, lovverk, helsetjenester, helsefremmende og forebyggende programmer, forebygging av selvmord og informasjonssystemer. Europaregionen i Verdens helseorganisasjon er omforent om en felles strategi for å utvikle landenes psykiske helsesystemer. Verdens helseorganisasjons Mental Health Atlas 2014 har samlet nøkkeldata fra alle medlemslandene for å følge med på hvordan landene ligger an for å nå målene i den globale handlingsplanen. Det skal samles inn data annet hvert år fram til 2020.

EUs Joint Action on Mental Health and Wellbeing: Skal legge grunnlag for utvikling av psykisk helsepolitikk i Europa. Prosjektet inneholder arbeidspakker på psykisk helse i skolen og på arbeidsplassen, forebygging av depresjon og selvmord og integrering av psykisk helse på tvers av politikkområder (helse i alt vi gjør).

OECD: Psykisk helse er et sentralt område i statistikk- og rapportproduksjonen. Aktuelle eksempler er Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care og The Mental Health and Work Project – Norway fra 2013 og Family Data Base: Child Well-being Module fra 2014.

World Economic Forum: Psykisk helse ble satt på dagsorden i 2014. Global Agenda Council on Mental Health arbeider for å sette psykisk helse på den globale helse- og utviklingsagendaen, avstigmatisere psykisk sykdom, bedre behandlingen og levere økonomiske argumenter for å investere i psykisk helse.

er å legge til rette for en trygg økonomisk og sosial situasjon for barn, ungdom og deres familier. Barn har rett til begge foreldre, og det er foreldrenes ansvar å gi barna trygghet, omsorg og

Boks 2.2 Kilder til psykisk helse og trivsel

God psykisk helse og trivsel kan styrkes gjennom et samfunn som legger til rette for at mennesker opplever:

- *Identitet og selvrespekt* – Jeg er noe, jeg er noe verdt.
- *Mening i livet* – Jeg er del av noe større enn meg selv, det er noen som har bruk for meg.
- *Mestring* – Jeg duger til noe, det er noe jeg får til.
- *Tilhørighet* – Jeg hører til et sted, det er noen jeg føler meg knyttet til.
- *Trygghet* – Jeg kan tenke, føle og utfolde meg uten å være redd.
- *Deltakelse og involvering* – Jeg engasjerer meg i aktiviteter som angår andre mennesker.
- *Fellesskap og sosial støtte* – Jeg har noen å dele erfaringer, tanker og følelser med. Det er noen som er glad i meg, bryr seg om meg og som vil hjelpe meg når det trengs.

Kilde: Folkehelseinstituttet

kjærlighet. Samtidig er det viktig at samfunnet har gode ordninger for å ivareta barn som ikke har trygge forhold i hjemmet.

Regjeringen vil videreutvikle arbeidet mot barnefattigdom og uheldige konsekvenser av fattigdom blant barn og ungdom. Barn i fattige familier har større risiko for både psykiske og fysiske helseplager. Fattigdom henger sammen med marginalisering, psykiske plager, uførhet, sosiale problemer og rusproblemer. En rekke tiltak er iverksatt, og de vil inngå i en strategi mot barnefattigdom. Regjeringens politikk for å sikre grunnleggende økonomisk trygghet, tilknytning til utdanning og arbeidsliv og trygge oppvekstvilkår er nærmere omtalt i kapittel 5 Et sterkere sosialt sikkerhetsnett. De viktigste innsatsområdene er å bekjempe fattigdom, utvikle et sosialt sikkerhetsnett som omfatter alle innbyggere på like vilkår, videreutvikle barnehage og skole som arenaer for å utjevne sosiale forskjeller, sikre deltakelse og inkludering i fritid, kultur og idrett for barn og ungdom og å legge til rette for et åpent og inkluderende arbeidsliv.

2.2.1 Bedre psykososialt læringsmiljø og forebygging av mobbing

Barnehager og skoler av god kvalitet er viktig for barn og unges fysiske og psykiske utvikling. Et godt oppvekst- og læringsmiljø gir opplevelse av fellesskap og mestring og bidrar til å utvikle og opprettholde vennskap og sosiale nettverk. Trivsel i barnehage og skole har sammenheng med utvikling av god psykisk helse, trivsel og mestring senere i livet.

Utviklingen av språk og sosial kompetanse er nært knyttet sammen, og barnehagepersonalet har en viktig oppgave i å sørge for at barn som sliter med å få være med i lek med andre barn, får hjelp og støtte til å bli inkludert i det sosiale fellesskapet. Personalets arbeid for å fremme gode holdninger til inkludering og toleranse er også viktig med tanke på forebygging av mobbing.

Satsing på bedre læringsmiljø

Den nasjonale satsingen Bedre læringsmiljø har pågått over hele landet siden 2010. Utgangspunktet er at skoler med et trygt og godt læringsmiljø har lite mobbing. Satsingen blir nå evaluert og de endelige resultatene vil være klare i 2015. Videre er det i NOU 2015: 2 Å høre til – Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø gjort en vurdering av de samlede virkemidlene for å skape et godt psykososialt skolemiljø for å motvirke og håndtere mobbing, krenkelser og andre uønskede hendelser i skolen. Det framgår av mandatet at utvalget også skulle «gjennomgå lov- og regelverket på dette området med bakgrunn i erfaringer fra manglende oppfølging av alvorlige mobbesaker med store konsekvenser». I påvente av utvalgets anbefalinger, ble satsingen Bedre Læringsmiljø forlenget ut 2015. Det samme gjelder samarbeidet gjennom Manifest mot mobbing og den statlige støtten til anti-mobbeprogrammene. Vurderinger og forslag i utredningen vil bli brukt som grunnlag for å videreutvikle virkemidler og tiltak for å skape gode læringsmiljøer og bekjempe mobbing.

Digital mobbing foregår i rommet mellom skole og fritid. Som en oppfølging av tiltak 12 i tiltaksplanen mot vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017), vil det bli utarbeidet en kunnskapsstatus og arrangert et ekspertmøte om digital mobbing.

Barn med annet morsmål enn norsk og/eller med annen kulturbakgrunn kan møte utfordringer på grunn av mobbing i utdanningsløpet. Undersøkelser utført av Nova i sammenheng med evalueringen av Kunnskapsløftet, tyder på at et

Boks 2.3 Råd og veiledningstilbud om nettbruk

Det er etablert en rekke råd- og veiledningstilbud om nettbruk for barn og unge. Eksempler på slike nettsted er:

- Trygg bruk til Medietilsynet bistår med ressurser på nett og med rådgivning til kommuner, skoler og privatpersoner om barn, unge og medier.
- Bruk hue-kampanjen som Medietilsynet har gjennomført i samarbeid med Barnevakten, Røde Kors og Telenor.
- Dubestemmer.no i regi av Senter for IKT i utdanningene som gir råd om god bruk av nye medier for elever, foreldre og lærere.
- Slettmeg.no til Norsk senter for informasjonssikring som gir råd og hjelp for å få fjernet opplysninger om en selv på nettet.
- Barnevakten.no som gir råd om barn og unges mediebruk og holder foreldremøter i skoler og barnehager om samme tema.
- Kors på halsen-nettsiden, chat og kontakttelefonen til Røde kors.
- Rød knapp i regi av Kripos som kan brukes til varsling om straffbare forhold barn møter på nett, for eksempel voksne med seksuelle hensikter som oppsøker barn på nett.
- Nettvett.no der Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom) gir veiledning for forbrukere og bedrifter om sikker bruk av internett.
- Ung.no som er Barne-, ungdoms- og familierektoratets nettportal for ungdom. Portalen har spørsmål og svartjenester på en rekke områder. Portalen har samer som et eget tema.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet samarbeider også med Norges barne- og ungdomsorganisasjoner, LNU og Ungdom og fritid om mobbing i fritidsmiljøet.

godt læringsmiljø er enda viktigere for minoritetsspråklige elevers læringsutbytte enn det er for øvrige elever. Skolene kan gjennom gode faglige læringsmiljøer bidra til å kompensere for noen av forholdene som skaper språklige, kulturelle og klassemessige barrierer for de minoritetsspråklige elevene.

Det nasjonale arbeidet med psykisk helse i skolen er under utvikling. Prosjektet Skolen som arena for barn og unges psykiske helse (2013–2018), i regi av Utdanningsdirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, har som mål å øke kompetansen på hvordan grunnskole og videregående skole kan styrke barn og unges psykiske helse. Bedret praksis i skolen og samordnet kompetanseutnyttelse i kommunen og fylkeskommunen rundt barn og unge er sentralt. Utviklingsarbeidet som skjer på skolene i kommunene og fylkeskommunene vil gi kunnskap og eksempler på god praksis som kan brukes i arbeidet med barn og unges psykiske helse i skolen. Satsingen på psykisk helse i skolen skal videreutvikles og sikres en sterkere forankring i skolen.

Rett til opplæring for asylsøkere

Barn og unge i grunnskolealder som er asylsøkere, har rett og plikt til grunnskoleopplæring. Retten til grunnskoleopplæring gjelder fra det tidspunktet det er sannsynlig at barnet skal oppholde seg i Norge i mer enn tre måneder. Det har ingen betydning for retten til grunnskoleopplæring om oppholdet i landet er ulovlig.

Elevene har de samme rettigheter etter opplæringsloven som alle andre elever i norsk skole, for eksempel rett til spesialundervisning og særskilt språkopplæring dersom de har behov for det. Dette gjelder selvsagt også barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne. 1. august 2014 fikk også ungdom mellom 16–18 år som oppholder seg i lovlig i landet i påvente av å få avgjort søknad om oppholdstillatelse, rett til grunnskoleopplæring og videregående opplæring.

Barn og unge som er asylsøkere er en svært sammensatt gruppe. Noen kommer sammen med foreldrene, eldre søsken eller andre familiemedlemmer, og noen kommer alene. Tiden de har vært på flukt kan variere fra kort tid til flere år. Mange har vært i andre mottak i Norge, og noen har vært flere år i flyktningleire i utlandet. Det som er felles for alle i denne gruppen, er at de har reist fra mye og at situasjonen deres er usikker. Hvor lenge de skal være i et mottak, hvor de eventuelt blir bosatt, om de må vende tilbake til et hjemland de har sett det nødvendig å flykte fra, er usikkert. I tillegg kan både barna og de voksne de er sammen med ha traumer og problemer med dramatiske hendelser de har opplevd forut for og under flukten. Det å bo i et asylmottak kan i seg selv være en stor belastning.

Livssituasjonen gjør at dette er barn og unge som kan være svært sårbare og ha spesielle

læringsutfordringer. Barnehage og skole bør utvikle rutiner for innhenting av nødvendig informasjon om barnet og etablere rutiner for samarbeid med alle som er involverte i barnets livssituasjon. På Nasjonalt senter for flerkulturell opplærings (Nafo) nettsider er det informasjon om prosjektet Opplæring for barn og unge asylsøkere. Nafo har også en veiledningstelefon om opplæring for barn og unge asylsøkere.

Boks 2.4 Et lag rundt eleven

Et lag rundt eleven er et forsknings- og utviklingsoppdrag i regi av Kunnskapsdepartementet om bruk av flerfaglig kompetanse i skolen. Et lag rundt eleven skal se elevenes helse og utdanning i sammenheng. Målene er at:

- elevene skal få et bedre læringsmiljø som forebygger mobbing og psykiske problemer
- elevene skal ha større mulighet til å komme i kontakt med voksne som kan hjelpe dem med ulike psykososiale og helsemessige utfordringer
- utsatte barn og unge skal fanges opp og følges opp
- lærerne skal få frigjort tid til undervisning og til å utvikle rollen som klasseleder

Yrkesgrupper som for eksempel barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere vil være sentrale i et styrket lag rundt eleven. Sammen med læreren, eleven og de foresatte kan de raskt følge opp bekymringer for enkelt-elever og iverksette tiltak som kan snu negativ utvikling. Styrking av skolehelsetjenesten må sees i sammenheng med dette arbeidet. Kontakt med helsetjenestene eller annet hjelpeapparat skal gi rask hjelp til elever som trenger særskilt oppfølging fra andre tjenester, gjennom bedre tverretattlig samarbeid og samarbeid med foreldre og andre foresatte.

Det foregår en utvikling av modeller for et lag rundt eleven. Felles for modellene er at arbeidet innebærer å endre kultur, organisering og rutiner for samarbeid og koordinering. Modellutviklingen innebærer blant annet systematisk bruk av allerede eksisterende personalressurser internt på skolen og/eller i kommunen og/eller å styrke skolens personale med miljøfaglig kompetanse.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten)

PP-tjenesten er en kommunal eller fylkeskommunal rådgivende tjeneste som skal hjelpe barn, ungdom og voksne som strever i utviklingen, eller som har en vanskelig opplærings situasjon. PP-tjenestens mandat er forankret i opplæringsloven. Tjenesten gir systemrettet støtte, med råd og veiledning til skoler om pedagogisk ledelse av gruppe- og læringsmiljø, og bistand med kompetanse- og organisasjonsutvikling. Tjenesten gir også individrettet støtte, sørger for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der opplæringsloven krever det, og gir skoler råd og veiledning om tilrettelegging for elever som har behov for det. Tjenesten utreder og gir råd og veiledning om barn, unge og voksne som har utfordringer som kan få konsekvenser for læring. Elever over 15 år, foreldre, skoler og andre instanser, for eksempel helsesøster, kan kontakte og søke råd hos PP-tjenesten. Ved bekymring for barns utvikling eller læring, kan dette drøftes anonymt med PP-tjenesten før det blir en formell sak og en henvisning. PP-tjenesten har ikke en lovfestet plikt til å jobbe systemrettet overfor barnehagene. I flere kommuner jobber imidlertid PP-tjenesten systemrettet også overfor barnehagene. PP-tjenesten har en rolle overfor barnehagen i vurderingen av om barn har særskilte behov.

I 2013 ble det iverksatt en toårig prøveordning som gir PP-tjenesten, i enkelte kommuner, henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) i spesialisthelsetjenesten. Målet med prøveordningen er å se på om henvisningskompetanse for PP-tjenesten kan medvirke til å styrke satsingen på psykisk helse blant barn og unge, både ved at det gis raskere hjelp og ved at informasjon blir raskere delt mellom spesialisthelsetjenesten og ansvarlig kommunalt nivå. Sintefs evalueringsrapport fra desember 2014 viser at erfaringene i hovedsak er positive, men at det også er behov for mer utredning før en kan trekke noen konklusjon. Henvisningsprosessen er blitt raskere og samhandlingen mellom de aktuelle aktørene er blitt styrket. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om erfaringene fra prøveprosjektet tilsier justeringer i henvisningsretten. Regjeringen har fremmet lovproposisjon for Stortinget (Prop. 59 L (2014–2015) Endringer i folketrygdloven (henvisning fra psykolog), med forslag om at psykologer skal ha adgang til å skrive henvisninger til spesialisthelsetjenesten, slik at det offentlige dekker utgiftene. Forslaget omfatter psykologer i PP-tje-

nesten og vil gi et løft til tjenesten og arbeidet med barn og unge. På bakgrunn av prøveordningen og Sintef-rapporten skal Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet sammen vurdere om leder i PP-tjenesten skal gis henvisningsrett i tillegg.

Kartlegginger viser at størsteparten av arbeidstiden til de ansatte i PP-tjenesten går til individrettet arbeid. Denne ressursbruken er det et ønske om å snu, både fra PP-tjenesten, brukere og utdanningsmyndigheter. Strategi for etter- og videreutdanning av ansatte i PPT (2013–2018) har som mål å øke fokus på det systemrettede arbeidet i PP-tjenesten, og å gjøre tjenesten bedre i stand til å være tettere på skolen og barnehagen og i større grad arbeide forebyggende. Videreutdanningstilbudet ble igangsatt høsten 2014 og vil bli følgevaluert. De prioriterte områdene i perioden 2013–2018 er: organisasjonsutvikling og endringsarbeid, læringsmiljø og gruppeledelse, veiledning og rådgivning og lederutdanning.

2.2.2 Frivillighet, kultur og fritid

Regjeringen ønsker å skape større rom for frivillig initiativ, bedre vilkårene for frivillige organisasjoner og legge til rette for et godt samspill mellom frivillig sektor og myndighetene. Regjeringens frivillighetserklæring skal legge rammene for dialog og samspill mellom frivilligheten og regjeringen. Regjeringen vil med erklæringen sikre frivillig sektor forutsigbarhet og skape åpenhet, tillit og tilgjengelighet i dialogen uavhengig av hvilket departement organisasjonene er i kontakt med. Frivillighetserklæringen ble sendt på bred høring med frist 5. mars 2015. Erklæringen vil bli fulgt opp med årlige statusmøter mellom frivillig sektor og regjeringen, og gjennom å legge til rette for nasjonale møteplasser for frivillig sektor, kommune og stat.

Frivilligheten er en avgjørende kraft i samfunnet. Det at folk engasjerer seg og tar ansvar i nærmiljøet, bidrar til å bygge felleskap og redusere ensomhet. Frivilligheten skaper glede, trivsel, tilhørighet og fremmer helse og demokrati. Mennesker som er aktive i frivillige organisasjoner har bedre helse og er mer tilfredse med livet. Frivillige organisasjoner stimulerer barn og unge til engasjement og medansvar og er en arena for medbestemmelse og demokrati. I Norge deltar om lag halvparten av befolkningen i frivillig innsats. Det er størst deltakelse i grupper med høy inntekt, høy utdanning og tilknytning til arbeidslivet. Frivillige organisasjoner innen idrett og kunst

Boks 2.5 Psykisk helse i skolen

Prosjektet Skolen som arena for barn og unges psykiske helse (2013–2017), i regi av Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet, har som mål å øke kompetansen om hvordan grunnskole og videregående skole kan styrke barn og unges psykiske helse. Bedret praksis i skolen og bedre utnyttelse av kompetansen i kommunen og fylkeskommunen er sentralt. Utviklingsarbeidet som skjer på skolene vil gi kunnskap og eksempler på god praksis som kan brukes til å videreutvikle arbeidet med barn og unges psykiske helse i skolen.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen. Tilskuddsordningen har som mål å styrke området psykisk helse i skolen med vekt på læringsmiljø, kompetanse, tidlig innsats og samhandling mellom sentrale instanser og tjenester for barn og unge. Programmer som fikk tilskudd i 2014:

- Zippys venner
- Venn1
- Drømmeskolen
- MOT i ungdomsskolen
- Skoleproffene
- Hva er det med Monica?
- Alle har en psykisk helse
- Olweus-programmet
- Utenfor-us@hordaland

og kultur legger tilrette for de viktigste fritidsaktivitetene for barn og unge i Norge.

Det er også sosiale forskjeller i barns deltakelse i organisasjonslivet. Regjeringen vil legge til rette for at flest mulig skal kunne delta i frivilligheten og sikre at flere barn og unge kan delta på viktige sosiale arenaer, uavhengig av foreldrenes inntekt. Det lokale integreringsarbeidet skal styrkes gjennom å gi kommuner og frivillige organisasjoner ressurser til å drive integreringsarbeid. Frivillige organisasjoner som særlig bidrar til integrering av innvandrere og flyktningkvinner i storsamfunnet skal styrkes. Frifond, frivilligsentraler og Inkludering i idrettslag er ordninger som legger til rette for økt deltakelse.

Frivillige organisasjoner er en ressurs for å inkludere ulike grupper i aktiviteter som gir sosial kontakt og nettverk, og de kan nå mennesker som det offentlige ikke når. For personer med innvandrerbakgrunn, kan frivillige organisasjoner repre-

Boks 2.6 Møteplass for folkehelse

Frivillighet Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har gått sammen om å lage en ny nasjonal møteplass for folkehelse. Hensikten er å styrke samarbeidet mellom myndigheter og frivillige organisasjoner og mellom de frivillige organisasjonene. Deltakelse i alle typer frivillige organisasjoner er med på å bygge folkehelsen. Å synge i kor eller å spille sjakk er først og fremst lærerikt og morsomt, men også bra for helsen.

I 2014 var temaet ensomhet. Møteplass for folkehelse resulterte i mange ideer til vinn-vinn-samarbeid for folkehelse og mot ensomhet. Som et resultat av Møteplass for folkehelse fikk Pensjonistforbundet ideen om å informere medlemmene om Natteravnene og formidle kontakt til medlemmer som kan være interessert i å bli natteravnere. Natteravnene er interessert i aktive medlemmer og i eldre som vil bidra. Dette er en vinn-vinn situasjon, også i et helseperspektiv. Dette og andre eksempler er omtalt i konferanseavisen som kan hentes på www.frivillighetnorge.no.

Frivilligheten er i en viktig posisjon for å bidra til gode oppvekstvilkår og kan sammen med kommunene skape nærmiljøer der barn og unge får god ballast som varer livet ut. Hvordan kan frivillige organisasjoner bidra til bedre folkehelse gjennom et stort mangfoldig aktivitetstilbud? En aktiv og meningsfull fritid er viktig både for å forebygge økningen i livsstilssykdommer og for å leve med sykdom og nedsatt funksjonsevne, samtidig som det å delta i frivillige aktiviteter skaper trivsel og tilhørighet. I 2015 skal møteplassen handle om aktiv og meningsfull fritid og nærmiljøer som gir en god start på livet.

sentere et interessefellesskap og være en inngangsport til deltakelse i samfunnet. Kultur- og fritidsaktiviteter er viktige sosiale møteplasser for barn og unge. Deltakelse er med på å skape sosial tilhørighet og fellesskap i en ungdomsgenerasjon som er mer mangfoldig enn tidligere generasjoner. I tillegg til organiserte aktiviteter, er åpne møteplasser for barn og unge som fritidsklubber, ungdomskaféer, kultur-, musikk- og danseverksteder o.l. viktige tilbud som når barn og ungdom på tvers av sosiale skillelinjer.

Regjeringen har etablert en ny nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom i 2014. Formålet med ordningen er å motvirke og dempe fattigdomsproblemer blant barn og ungdom gjennom å legge til rette for at flere skal få delta på viktige sosiale arenaer. Alle landets kommuner kan søke om tilskudd til tiltak som bidrar til økt deltakelse i kultur-, fritids- og ferieaktiviteter uavhengig av foreldrenes inntekt og sosiale situasjon. En annen viktig tilskuddsordning er Barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn (storbyordningen). Ordningen skal bidra til å bedre oppvekst- og levekår i større bysamfunn gjennom å etablere møteplasser for utsatte barne- og ungdomsgrupper i alderen 10 til 20 år. Storbyene kan søke om tilskudd til prosjekter som videreutvikler eller etablerer åpne og inkluderende møteplasser, til samarbeidstiltak mellom kommunen og frivillige organisasjoner og til investeringer i lokaler og utstyr. Ordningen er styrket i 2015.

Regjeringen gir også tilskudd til innvandrersorganisasjoner og annen frivillig virksomhet, blant annet for å skape møteplasser i lokalsamfunn. Det er viktig at tradisjonelle frivillige organisasjoner, innvandrersorganisasjoner og lokale myndigheter møtes og samarbeider og bruker hverandres kompetanse og ressurser. Gjennom deltakelse i en frivillig organisasjon kan nyankomne innvandrere i en kommune bli kjent med lokalsamfunnet, sine nye naboer og få anledning til å praktisere norsk.

2.2.3 Foreldre og familie

Familiepolitikken har som utgangspunkt at foreldrene er de viktigste omsorgspersonene for barna, og at stabile, trygge og varige samliv er til beste for både voksne og barn. Godt foreldreskap er grunnleggende for barn og unge. Familien og godt foreldreskap er viktig for å fremme god fysisk og psykisk helse. Foreldrene er de viktigste personene i barns liv. Forebygging og tidlig intervensjon skal gi foreldre som sliter den støtten de trenger for å være gode omsorgspersoner for barna. Familiestøttende tiltak er en viktig del av arbeidet.

Modellkommuneforsøket er et eksempel på forebygging og tidlig intervensjon gjennom en målrettet oppfølging av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre. Formålet med forsøket er å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller foreldre med rusproblemer, fra graviditet til skolealder. Nurse-Family Partnership

Boks 2.7 Åpne møteplasser for barn og unge

Tall fra Ungdata 2010–2012 viser at nær 40 prosent av ungdom mellom 13 og 16 år benytter fritidsklubber to ganger i måneden eller mer. Dette gjør fritidsklubbene til den nest mest brukte fritidsaktiviteten etter idretten.

Fritidsklubber kjennetegnes ved at de beveger seg i grenselandet mellom det sosialfaglige, forebyggende og det kulturfaglige. Klubbene bidrar til å utjevne sosiale forskjeller, og mange klubber jobber aktivt med å motvirke marginalisering av barn og unge som er berørt av fattigdomsproblemer. Fritidsklubbene samarbeider med frivillige organisasjoner, foreldre, SLT-nettverk, helsesøstre, utekontakter eller barnehus. Tradisjonelt har fritidsklubber vært den eneste offentlige arenaen som er åpen for all ungdom på deres fritid, og som vektlegger ungdomsinitiert aktivitet. Det er derfor viktig at kommunene også styrker sitt arbeid på dette området for best mulig effekt av regjeringens satsinger gjennom nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom og storbyordningen.

er et annet eksempel. Programmet er rettet mot førstegangsfødende med behov for oppfølging. Deltakerne får tett oppfølging i svangerskapet og fram til barnet er to år. Målet er å oppdage vansker så tidlig som mulig for å forhindre skjevutvikling. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet forvalter en egen tilskuddsordning for foreldrestøttende tiltak til kommunene. Formålet er å stimulere flere kommuner til å gi barn tidlig hjelp i hjemmet. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet vil få utarbeidet en kunnskapsstatus om tidlig innsats, med særlig vekt på foreldrestøttende arbeid.

Innvandrere som har bodd kort tid i Norge vet ofte lite om det å vokse opp i Norge. Dersom de skal få de samme mulighetene som andre foreldre til å gi barna gode og trygge oppvekstvilkår, må kommunene tilby veiledning og informasjon om barns rettigheter, om barneoppdragelse og om barnevernets rolle og arbeidsmetoder. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet skal utarbeide en veileder for kommuner til bruk i introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere med anbefalinger om å bruke foreldreveiledningsprogram der dette kan være hensiktsmessig.

Arbeidet for gode samlivsforhold er et samfunnsansvar, både fordi det i stor grad angår barns oppvekstvilkår og fordi samlivskonflikter og samlivsbrudd kan ha negative konsekvenser for samfunnet, i tillegg til de psykiske, fysiske, økonomiske og sosiale konsekvensene for de direkte berørte.

Familievern

Familievernets kjerneoppgaver er behandling og rådgivning ved vansker, konflikter eller kriser i familien og mekling etter lov om ekteskap og barneloven. Familievernkontorene driver utadrettet virksomhet om familierelaterte temaer, inkludert veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og publikum.

Familievernet skal bygge på prinsippet om forebyggende arbeid og tidlig innsats. Forebyggende arbeid har som mål å bedre relasjonen og samhandlingen mellom foreldre og styrke omsorgskompetansen deres for å gi barn gode, trygge og utviklingsfremmende oppvekstvilkår. Det er videre viktig med et godt utviklet og lett tilgjengelig apparat for å motvirke samlivskonflikter og samlivsbrudd. Arbeidet med forebyggende familievern er styrket.

Ordningen med mekling ved samlivsbrudd og før foreldretvistsak for domstolene har som mål å gi foreldre hjelp til å inngå avtaler for å bidra til å forebygge og redusere konflikter og bedre situasjonen for barn og unge når foreldrene går fra hverandre. Vedvarende høyt konfliktnivå mellom foreldrene er skadelig for barna. Problemer hos barn kan forebygges ved å hjelpe foreldrene til å unngå et høyt konfliktnivå.

I familievernet er foreldresamarbeidssaker økende i omfang. Dette er saker hvor foreldre som ikke bor sammen søker rådgivning i samarbeidet om felles barn, både ved mer ordinære samarbeidsproblemer og ved større konflikter. Det er et mål at foreldre med høyt konfliktnivå skal få hjelp til å samarbeide om barna både før og etter et eventuelt samlivsbrudd. Arbeidet rettet mot familier med høyt konfliktnivå er derfor styrket. Det er en prioritert oppgave å styrke kompetansen i meklingssaker med høyt konfliktnivå, herunder samtaler med barn.

Arbeid rettet mot familier med høyt konfliktnivå kan bidra til å forebygge barneverns- og voldssaker. Gjennom foreldreveiledning lærer foreldre om hva som skal til for å gi barna sine god, trygg og forutsigbar omsorg. Foreldreveiledning er med å forebygge omsorgssvikt og bidrar til å bedre barns oppvekst. Foreldre som har barn

Boks 2.8 En god barndom varer livet ut (2014–2017)

Tiltaksplanen En god barndom varer livet ut innholder 43 tiltak for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom. Målet er å forebygge og hindre at barn og ungdom utsettes for vold og seksuelle overgrep i eller utenfor hjemmet. Barn og ungdom som har vært utsatt for slike overgrep, skal sikres tidlig og riktig hjelp. Innsatsen skal rettes mot følgende områder:

- Forebyggende arbeid og godt foreldreskap
- Det offentliges ansvar
- Barn og ungdoms egen deltakelse
- Tverrfaglig samarbeid og frivillig sektor
- Rett hjelp til rett tid
- Forskning og kompetanse

Planen omfatter barn og ungdom mellom 0 og 18 år. Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet har koordinert arbeidet med planen som skal gjennomføres i tett samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet og deres direktorater. En rekke frivillige organisasjoner har gitt viktige innspill og vil bli trukket inn i oppfølgingsarbeidet

plassert utenfor hjemmet i regi av barnevernet, skal få et bedre tilbud om foreldreveiledning etter omsorgsovertakelse og bedre støtte ved samvær med barna.

Familievernets innsats skal rettes mot å utbedre og iverksette eksisterende programmer for foreldrestøttende tiltak, tidlig intervensjon og forebyggende samlivskurs. Videre skal det være økt oppmerksomhet på samarbeid mellom familieverntjenestene og andre tjenester, for eksempel helsestasjonene.

Barnevernet

Barnevernet er en viktig del av samfunnets sikkerhetsnett for barn. Selv om barnevernlovgivningen må ivareta ulike hensyn og interesser, skal hensynet til barna komme i første rekke. Regjeringen har som ambisjon å utvikle et bedre barnevern som gjør at flere barn skal få rett hjelp til rett tid. Det er startet et arbeid med strukturendringer i barnevernet, og det skal settes i verk forsøk med

en ny organisering i et utvalg kommuner. Forsøket innebærer at det overføres noen statlige oppgaver fra staten til kommunene.

Regjeringen har satt ned et lovutvalg som skal se på hvordan barnevernloven kan forenkles. Dagens regelverk er usammenhengende og lite oversiktlig. I tillegg er det behov for å gjøre loven mer tidsriktig. Målet med gjennomgangen av barnevernloven er å bedre rettsikkerheten for barna og skape et mer forståelig lovverk. Barnevernet skal sikre at barn og unge får nødvendig hjelp til rett tid. Barnevernloven gjelder for alle barn som oppholder seg i landet. Barneverntjenesten er avhengig av at andre tjenester melder bekymring til barnevernet. Det er viktig at helsetjenester, barnehager og skoler fanger opp utsatte barn, unge og familier tidlig. Forebyggende arbeid og tidlig innsats skal bidra til at færre barn og familier har behov for barnevernets tjenester.

Mange av barna og familiene som barnevernet kommer i kontakt med har behov for hjelp fra flere tjenester. Barnevernet har et ansvar for å involvere andre tjenester når barnet og/eller familien har behov for dette. Tilbudet må være fleksibelt og tilpasset barn og foreldres behov. Videre vil flere av disse barna og deres familier ha begrensede norsksferdigheter og lite kunnskap om barnevernets rolle og mandat. Dette stiller store krav til de ansatte i barnevernet når det gjelder kommunikasjon og samhandling. Kunnskap om, og gode rutiner for, kommunikasjon via kvalifisert tolk er viktig.

Samiske barn har rett til å vokse opp med sin kultur og sitt språk. Dette følger av barnekonvensjonens artikler om urfolksbarns rettigheter. I et folkehelseperspektiv er det viktig å bidra til å sikre at samiske barns språklige og kulturelle tilhørighet ivaretas når hjelpetiltak er nødvendig. Kunnskap om samisk språk og kultur er en viktig forutsetning for at barnevernet skal kunne gi samiske barn og familier det tilbudet de har behov for. Det gjelder gjennom hele prosessen fra barneverntjenesten mottar en melding og vurderer videre undersøkelser til behovet for eventuelle tiltak. Kompetanse om barnets språk og kultur er også viktig for barns mulighet til å medvirke.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har, i samarbeid med Sametinget, arbeidet for å styrke tilsynet med at samiske barns språk og kultur ivaretas i barnevernet. Med virkning fra 1. mai 2012 er det foretatt endringer i forskrifter som omhandler fosterhjem (fosterhjemsforskriften) og tilsyn med barn i barneverninstitusjoner (tilsynsforskriften). Formålet er å tydeliggjøre at det skal føres tilsyn med at samiske barns rett til å

ivareta språk og kultur følges opp i fosterhjem og i barneverninstitusjoner.

Barn i barnevernet har som alle andre barn, rett til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder både for hjemmeboende barn som mottar hjelpetiltak fra barnevernet, og barn som er plassert utenfor hjemmet i fosterhjem eller barneverninstitusjon. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) har ansvar for å sikre at alle barn, inkludert barn med tiltak i barnevernet, får den helsehjelpen de har behov for. Tilbakemeldinger fra både statlig og kommunalt barnevern tyder på at tilgangen til psykisk helsehjelp for barn og ungdom i barnevernet ikke er tilstrekkelig. I oppdragsdokumentet for 2015 er de regionale helseforetakene bedt om å etablere strukturer og rutiner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjon får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet samarbeider med Helse- og omsorgsdepartementet om tiltak for å bedre samhandlingen mellom barnevern og helsetjenesten. Det er etablert et fast samarbeidsforum mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet som har som formål å vurdere iverksetting av tiltak som kan bedre tilgangen til psykisk helsehjelp for barn i barnevernet. Arbeidet omfatter blant annet utvikling av felles retningslinjer for samarbeid mellom barnevern og psykiske helsevern, samarbeidsavtaler både på kommunalt og statlig nivå og utvikling av veiledningsmateriell.

Barn i barnevernet har langt høyere risiko for å havne utenfor skole og arbeidsliv enn befolkningen for øvrig. Det er fra 2014 bevilget midler til tiltak som skal bidra til å skape en bedre skole- og utdanningssituasjon for barn i barnevernet. I dette arbeidet er det lagt vekt på å skape holdningsendringer blant ansatte i barnevernet og i skolen og å styrke samarbeidet mellom sektorene. Tiltakene inkluderer blant annet dialogkonferanser, kartlegging av holdninger, utarbeiding av faglig veileder og utvikling av obligatoriske skolekurs for ansatte ved statlige institusjoner og fosterhjemstiltak.

2.2.4 Vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner

Tiltak som kan forebygge og bekjempe vold og seksuelle overgrep både mot voksne og barn, er høyt prioritert av regjeringen. Vold og seksuelle overgrep er et betydelig samfunnsproblem og et folkehelseproblem. Omfanget av vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot barn viser at det er

Boks 2.9 Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014–2017)

Regjeringens arbeid mot vold i nære relasjoner har som utgangspunkt at vold i nære relasjoner er et omfattende samfunns- og folkehelseproblem. En samfunnsøkonomisk analyse fra 2012 viser at denne volden, i tillegg til de menneskelige lidelsene den medfører, koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig. Arbeidet for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner omfatter en rekke tiltak innenfor flere sektors ansvarsområder. Tiltakene omhandler forebygging og synliggjøring, kunnskap og kompetanse, hjelpe- og behandlingstilbud, straffeforfølgning og samarbeid og samordning.

Tiltakene inkluderer blant annet en kartlegging av kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid mot vold i nære relasjoner og en styrking av fastlegenes kompetanse på feltet. Behandlingstilbudet til utsatte for vold i nære relasjoner skal utvikles, og det skal utarbeides en ny veileder for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress skal blant annet forske på de helsemessige konsekvensene av vold i nære relasjoner. Regjeringen oppfordrer kommunene til å utvikle kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner som virkemiddel for å sikre et helhetlig og samordnet hjelpetilbud i kommunene.

en lang vei igjen for å oppfylle barns rett til beskyttelse. Barn og ungdom har rett til beskyttelse, og innsats for å bekjempe slike overgrep er vårt viktigste bidrag for å oppfylle barnekonvensjonens forpliktelser.

Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner (2014–2017) inneholder en rekke tiltak som vil bli konkretisert og fulgt opp. 20. november 2014 la regjeringen ved barne-, likestillings- og inkluderingsministeren, helse- og omsorgsministeren, justis- og beredskapsministeren og kunnskapsministeren fram en ny tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom. Tiltaksplanen En god barndom varer livet ut gjelder for perioden 2014–2017.

Justis- og beredskapsdepartementet opprettet i 2014 en ny tilskuddsordning til tiltak for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner. Til

sammen 41 ulike prosjekter mottok tilskudd fra ordningen i 2014. Ordningen skal bidra til å styrke samarbeidet mellom frivillig og offentlig sektor. Justis- og beredskapsdepartementet har også etablert et forum for samarbeid mellom myndigheter og frivillige organisasjoner med samme formål. Tidlig innsats er avgjørende i bekjempelsen av vold og overgrep. Justis- og beredskapsdepartementet har derfor satt av midler til arbeidet mot vold i nære relasjoner for å styrke den forebyggende innsatsen på kort og lang sikt. I 2014 ble det blant annet bevilget midler til en kampanje mot vold i nære relasjoner rettet mot ungdom i regi av nettstedet ung.no. I 2015 skal politiet gjennomføre en informasjonskampanje rettet mot utsatte for vold i nære relasjoner og befolkningen generelt. Kampanjen skal skape økt oppmerksomhet omkring vold i nære relasjoner, synliggjøre politiets rolle på dette feltet og bidra til at flere av voldstilfellene anmeldes. Det er under etablering en ny nettportal om vold i nære relasjoner og voldtekt for utsatte og hjelpeapparatet. Målet med nettportalen er å gjøre informasjon om rettigheter og hjelpetiltak lett tilgjengelig og formidlet på en god og tilpasset måte. Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) har oppdraget med å utvikle og drifte portalen, i samarbeid med Norske kvinners sanitetsforening og andre frivillige organisasjoner.

Lokale handlingsplaner kan være et viktig verktøy for kommunene i bekjempelsen av vold i nære relasjoner. Mange kommuner har utarbeidet kommunale eller interkommunale handlingsplaner, men fortsatt har de fleste av landets kommuner ikke slike planer. Det er derfor etablert en webbasert veileder for utarbeidelse av handlingsplaner mot vold i nære relasjoner til støtte for kommunenes arbeid. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging har i oppgave å bistå kommunene i utviklingen av planene.

Tilbudet fra familieverntjenesten til voldsutsatte familier skal styrkes. Behandlingskapasiteten til familieverntjenesten skal styrkes slik at familievernet kan gi terapeutisk hjelp til familier og barn som lever med vold. Tilbud skal både rettes mot den som utøver volden, ofre for volden, barna i familien og familien som helhet. Kompetanse på voldsproblematikk skal bygges opp ved et utvalg kontorer fordelt på regionene. Styrkingen innebærer at det blir etablert ressurskontorer innenfor familievernet som kan gi kvalifisert behandling i voldssaker. Disse kontorene skal hjelpe andre kontorer med kompetanse og veiledning der det er nødvendig. Hjelpetilbudene skal

styrkes for å stanse volden, forebygge skadevirkninger for barna og bedre foreldrenes omsorgskompetanse. Kunnskap om vold og seksuelle overgrep skal ivaretas i alle relevante utdanninger.

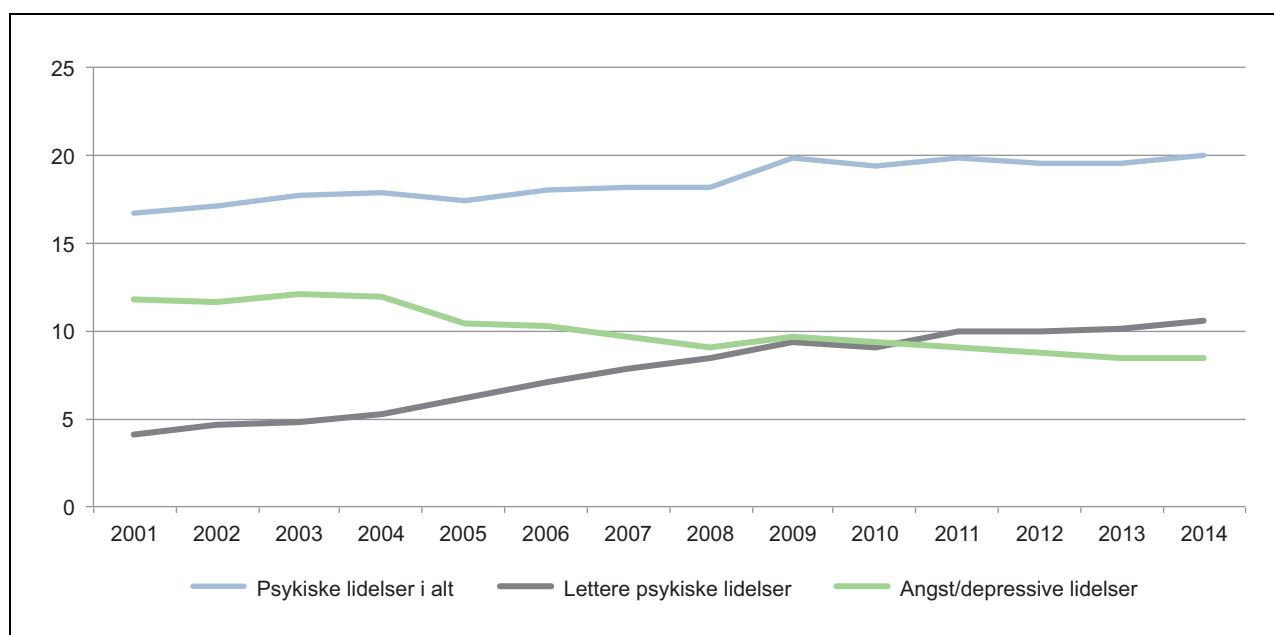
Justis- og beredskapsdepartementet har igangsatt et femårig forskningsprogram om vold i nære relasjoner. Formålet med forskningsprogrammet er kunnskapsproduksjon på en lang rekke angitte områder, blant annet årsaker, omfang og konsekvenser av vold i nære relasjoner, velferdstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner og utsattes møter med disse tjenestene og frivillige organisasjoners arbeid på området.

Sametinget og Justis- og beredskapsdepartementet samarbeider om et prosjekt for å få fram bedre kunnskap om vold i nære relasjoner i samiske samfunn. Prosjektet skal kartlegge faktorer i det samiske samfunnet som påvirker forekomst og utøvelse av vold i nære relasjoner, og vurdere hvordan forebyggende tiltak og hjelpetiltak kan tilrettelegges best mulig for den samiske befolkningen. Studien dekker områder med samisk befolkning i det nordsamiske, lulesamiske og sørsamiske området.

Barn og unge med bakgrunn fra land hvor tvangsekteskap og/eller kjønnslemlestelse forekommer, vil kunne oppleve en stor psykisk belastning gjennom tenårene og i tidlig voksen alder på grunn av frykt for at dette også kan ramme dem. Det samme gjelder barn og unge som opplever alvorlige begrensninger fra foreldrenes eller annen nær families side når det gjelder å ta egne valg. Tvangsekteskap og kjønnslemlestelse er en form for vold i nære relasjoner. Gjennom Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger i unges frihet (2013–2016) gjennomføres en rekke tiltak i flere sektorer. Det er et mål å integrere alle berørte offentlige tjenester i arbeidet mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet og bidra til at tjenestetilbudet er tilpasset en mangfoldig befolkning.

2.3 Arbeid og psykisk helse

Arbeid er viktig for den psykiske helsen. Når arbeidsmiljøforholdene er gode, vil det å være i arbeid kunne påvirke psykisk helse og trivsel positivt. Arbeid bidrar til økonomisk trygghet, bedre boligstandard, sosiale nettverk og økt handlefrihet. Det å være i arbeid kan også ha viktige sosiale og psykologiske funksjoner. Arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom å tilby daglig rutiner og aktiviteter, sosialt samvær, mestring,



Figur 2.3 Diagnose innen psykiske lidelser som andel av totalt antall legemeldte sykefraværsværk. 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2014. Prosent.

mening i tilværelsen, inntekt og tilhørighet. Regjeringen ønsker å øke bruken av gradert sykmelding blant personer med psykiske lidelser.

Omtrent halvparten av befolkningen vil oppleve å ha psykiske helseproblemer en eller flere ganger i løpet av livet, og psykiske helseproblemer er årsak til en stadig større andel av sykefravær og uførepensjonering. Én av fem sykefraværsværk har bakgrunn i psykiske lidelser, og antallet sykefraværsværk som skyldes psykiske lidelser har steget med 20 prosent siden 2001. Det er særlig sykefravær knyttet til lettere psykiske lidelser som øker. Diagnose med bakgrunn i psykiske lidelser er også den viktigste årsaken til uføretrygding. Spesielt blant unge uføretrygdete er andelen med psykiske lidelser høy. Blant de aller yngste uføretrygdete er andelen med alvorlige psykiske lidelser høy. Tidlig uføretrygding vil, uavhengig av årsak, kunne bety et langt liv utenfor det sosiale fellesskapet, tryggheten og den økonomiske handlefriheten som arbeidet kan gi. Veien tilbake til arbeidslivet fra uføretrygd er vanskelig.

2.3.1 Arbeidsmiljø som fremmer psykisk helse

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid har fått sterkere vekt i den nye Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) som ble inngått av regjeringen og arbeidslivets parter i mars 2014.

Avtalens nye overordnede mål er «å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet» og det legges opp til en styrking av det praktiske forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Helt sentralt i dette arbeidet står innsatsen på den enkelte arbeidsplass. Det finnes etter hvert god kunnskap om arbeidsmiljøfaktorer som øker risikoen for psykisk uhelse, og tilsvarende hvilke arbeidsmiljø faktorer som virker beskyttende. Det er svært viktig at det systematiske forebyggende IA-arbeidet i virksomhetene er kunnskapsbasert, og at utviklingen av arbeidsforhold er en integrert og kostnadseffektiv del av kjernevirksomheten. Partene i avtalen har forpliktet seg til å videreutvikle og prøve ut nye virkemidler for å nå målet om et mer inkluderende arbeidsliv.

Nøkkelen til et arbeidsmiljø som fremmer god psykisk helse er systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS-arbeid) i virksomhetene. I henhold til arbeidsmiljøloven er alle norske virksomheter pålagt dette. Det overordnede kravet i loven er at «arbeidsmiljøet skal være fullt ansvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd». Systematisk HMS-arbeid innebærer blant annet at det skal utarbeides målsettinger for HMS-arbeidet, gjennomføres arbeidsmiljøkartlegginger, handlingsplaner og faktiske tiltak. Kravene i

Boks 2.10 Statens barnehus

Statens barnehus er etablert for å gi helhetlig hjelp og omsorg til barn og voksne med utviklingshemming som har vært utsatt for eller vitne til vold og seksuelle overgrep. Barnehusene er utstyrt for gjennomføring av dommeravhør og medisinske undersøkelser av barn. I tillegg skal det være rom for samtale og terapi. Statens barnehus er også viktige for å styrke kompetansen til dem som arbeider med barn, og for å gi råd og veiledning til foreldre og andre pårørende.

Det er til sammen etablert 10 barnehus rundt om i landet (Bergen, Hamar, Kristiansand, Trondheim, Tromsø, Oslo, Stavanger, Ålesund, Bodø og Sandefjord). I 2013 ble det gjennomført til sammen 2662 dommeravhør av barn på Statens barnehus. Dette er en økning fra 2012, da tilsvarende tall var 1948 dommeravhør.

Statens barnehus er et tverrdepartementalt samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Statens barnehus i Tromsø er tillagt en særskilt oppgave overfor barn med samisk bakgrunn som utsettes for overgrep. Barnehuset i Tromsø samarbeider med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS). Fra 2012 fikk barnehuset en egen rådgiverstilling (psykolog) med ansvar for samiske barns behov. Det er et krav at stillingsinnehaver skal ha god kunnskap om samisk språk og kultur.

Boks 2.11 Nav Senter for jobbmestring

Nav Senter for jobbmestring har bestått av 6 forskningspiloter som har vist svært god effekt for å hjelpe personer med lettere og moderate psykiske plager med å mestre plagene og med å komme i arbeid. Metodikken består av arbeidsrettet kognitiv terapi og individuell jobbstøtte (Individual Place and Train – IPS). Et eksempel fra Senter for jobbmestring:

Brita jobbet i en travel bransje og var vant til å stå på og jobbe mye. Etter en operasjon opplevde hun at det var vanskelig å yte like mye som før, hun ble usikker på egen arbeidsevne, og opplevde liten støtte i arbeidsmiljøet. Hun ble deprimert, fikk panikkanfall og ble bekymret for framtiden. Til slutt sa hun opp jobben. Til tross for motgang ønsket hun å komme raskt i jobb, og tok på egen hånd kontakt med Nav Senter for jobbmestring i Oslo. Hos kognitiv terapeut fikk hun informasjon og kunnskap om angst- og depresjonsreaksjoner, trening i å mestre angsten og de negative tankene til arbeid, og hun fikk etter hvert tro på egen arbeidsevne igjen. Samtidig jobbet hun og jobbspesialisten med å ta kontakt med arbeidsgiver og hvordan hun skulle håndtere dialogen med denne, intervjuutøring og hvordan få til gode arbeidsbetingelser på jobben. Sterk egen motivasjon, sammen med støtten fra terapeut og jobbspesialist, gjorde at Brita fremstod som trygg og kompetent i møtet med arbeidsgiver, og hun fikk tilbud om jobb. «Jeg har lært å sette grenser, og stole på at det jeg gjør er bra nok», sier Brita.

arbeidsmiljøloven forutsetter et utstrakt samarbeid mellom ledelsen og de ansatte. Dette betyr at de ansatte skal delta både som enkeltindivider og kollektivt gjennom verneombud og tillitsvalgte.

2.3.2 Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse

Regjeringen vil legge til rette for at flere med psykiske helseproblemer skal få mulighet til å prøve seg i ordinært arbeidsliv. Mange har behov for samordnet bistand for å kunne gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet. Bedrifter skal få nødvendig støtte og bistand fra Nav for å legge til rette for at flere skal få mulighet til å delta i arbeidslivet.

Målet med Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016) er å inkludere flere i arbeidslivet, forebygge sykefravær og motvirke utstøting av personer med psykiske helseproblemer fra arbeidslivet, også de som i tillegg har rusproblemer. Gjennom utdanning og deltakelse i arbeidslivet skal flere med psykiske lidelser få mulighet til å leve aktive og verdige liv og få brukt kompetanse og arbeidskraft. Det er særlig viktig å hindre at unge med psykiske helseproblemer faller ut av utdanning og arbeidsliv.

Oppfølgingsplanen bygger på følgende strategier: 1) Forebygge sykefravær og motvirke utstøting fra arbeidslivet, 2) forebygge at unge med psykiske helseproblemer faller ut av utdanning og arbeidsliv, 3) samarbeid mellom helse- og

omsorgstjenester og arbeids- og velferdsforvaltningen om gode og godt koordinerte tjenestetilbud for de som trenger det, og 4) helhetlig og hensiktsmessig bistand, godt samarbeid og god samhandling.

Det er inngått en rammeavtale om samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, og det skal legges til rette for inngåelse av konkrete samarbeidsavtaler mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenesten på ulike forvaltnings- og fagnivå. Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet har etablert samarbeidstiltak for at elever med psykiske helseproblemer og rusproblemer skal kunne gjennomføre videregående opplæring. For øvrig utgjør samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner viktige elementer i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)

Tiltakene i planperioden 2013–2016 er delt inn i følgende satsningsområder:

- Brukermedvirkning i tjenestetilbudet
- Samarbeid og samhandling
- Kompetanse og holdninger
- Forsøk, utvikling og forskning
- Utvikle læringsmiljø og forebygging grunnopplæring, høyere utdanning og voksenopplæring
- Økt inkludering i arbeidslivet
- Redusere utstøting fra arbeidslivet

Mange innsatser i oppfølgingsplanen dreier seg om avgrensede forsøks- og pilotprosjekter, stimuleringstiltak og nye arbeidsmåter, ofte finansiert av midlertidige tilskudd og prosjektmidler. Disse blir evaluert for å utvikle kunnskap og erfaring, og for å ta stilling til videre utforming og drift. Mange av innsatsene dreier seg om støtte og bistand til individer og til bedrifter eller virksomheter med sikte på inkludering, tilpasning og støtte i en arbeidssituasjon, for eksempel Rask psykisk helsehjelp, Individuell jobbstøtte, Jobbmestrende oppfølging, Senter for jobbmestring, Arbeidsgiverløs og kompetansepakke for arbeidslivet (Sees i morgen) ved Nav Arbeidslivssentre og iBedrift.

Foreløpige erfaringer fra forsøkene viser at det er viktig å starte prosessen mot tilbakeføring i arbeid og skole tidlig for å lykkes. Dette krever en integrering av arbeidsrettede tjenester og helse- og omsorgstjenester med vekt på å tenke forebygging og å se muligheter. Utvikling av felles kunnskapsgrunnlag, kompetanse og holdninger må implementeres i alle involverte etater som bistår brukere med psykiske helseproblemer og rusproblemer. Når

evalueringene av pilot- og forsøksprosjektene i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse foreligger, vil regjeringen vurdere eventuell videreføring av tiltakene.

OECD har i prosjektet Mental Health and Work gjennomført analyser av situasjonen og politikken på området psykisk helse og arbeid i deltakerlandene. I landrapporten for Norge fra 2013 har OECD sammenfatter rådene til Norge slik:

- Unngå sykefravær og gjennomføre tiltak på arbeidsplassen for arbeidstakere med psykiske helseproblemer
- Utvide Nav Arbeidslivssentrenes ansvar for å lukke gapet mellom generelle forebyggende tiltak og individuell rehabilitering.
- Samordne helsetjenester og rehabilitering til personer med psykiske lidelser og utvikle integrerte løsninger i samarbeid mellom helsetjenesten og Nav.
- Øke gjennomføring i den videregående skolen og forbedre overgangen fra utdanning til arbeid gjennom individuell oppfølging av elever med risiko for frafall.

Analysen av den norske politikken tyder på at den største gjennomgående svakheten i systemet er oppsplittede og uklare ansvarsforhold og mangel på systematisk samarbeid. Det gjelder spesielt ansvaret for å avdekke problemer og sette i verk tiltak for barn og unge med alvorlige psykiske helseproblemer. OECD vil avslutte sin Mental Health and Work Review med en samlet rapport og en sluttkonferanse tidlig i 2015. I Norge bygger Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse på mye av de samme prinsippene, strategiene og tilrådingene som i OECD-rapporten. Det samme gjelder innsatsene for å øke gjennomføringen i videregående skole gjennom Program for bedre gjennomføring og 0–24-samarbeidet.

2.3.3 Raskere tilbake i jobb

Formålet med ordningen Raskere tilbake er å få syke raskere tilbake i arbeid slik at sykefraværet kan reduseres. Målgruppen er personer som er sykmeldte og som mottar sykepenges, herunder langtidssykmeldte. Tilbudet skal gis til personer som har stor sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid. Grupper med vanlige psykiske lidelser og med muskel- og skjelettlidelser er ofte sykmeldt lenge. Det er derfor mange med slike sykdommer som omfattes av ordningen, både i Nav og i helse- og omsorgstjenestene.

Ordningen tilbys av regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsetaten. Det finnes Raskere til-

Boks 2.12 Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse – foreløpige resultater

Studier med støtte, forsøk i åtte fylker

Nav, utdanningsinstitusjoner, studentsamskipnader og tiltaksarrangører samarbeider om et tilbud om å bistå studenter med psykisk lidelser med å gjennomføre studier og overgang til arbeid. Foreløpige resultater:¹

- Studenter rapporterer om økt selvfølelse, større grad av kontroll over studie- og livssituasjonen, og bedret funksjons- og arbeidsevne.
- Økt studieprogresjon og bedre faglige resultater, sammenliknet med før de ble inkludert i tiltaket.
- Flere har fått vitnemål og jobb etter betydelige psykiske vansker og uføretrygd i mange år.
- Suksesskriterier: Personlig engasjement hos veilederne, opplevelse av å bli sett og hørt, og tilgjengelighet i studentenes hverdag. Økonomisk trygghet gjennom støtte fra Nav.

Arbeidsgiverlos, forsøk i syv fylker

Bakgrunn i etterspørsel fra arbeidslivet om bedre faglig bistand og lederstøtte overfor medarbeidere med psykiske helseproblemer. Tilbudet er nå etablert ved Nav Arbeidslivssentre i hele landet. Foreløpige resultater:²

- Arbeidsgiverlos representerer en ny type kompetanse og funksjon som er etterspurt og som mangler, både i virksomheter og støtte-systemet

- Arbeidsgiverlosen har bidratt til at ledere får økt trygghet i å håndtere psykisk helse på arbeidsplassen
- Økt fokus på funksjon og mindre på diagnoser og sykdom bidrar til å hindre utstøting fra arbeidslivet

Senter for jobbmestring, forsøk i seks fylker

Nav-tiltak for å hindre utstøting og lette inkludering i arbeidslivet av personer med angst og depresjonsplager. Tilbud om arbeidsrettet kognitiv terapi og individuell jobbstøtte (IPS) fra en jobbspesialist. Kontrollgruppe fikk ordinær oppfølging fra Nav eller fastlege. Foreløpige resultater:³

- Stor effekt for de som var uten arbeid ved oppstart. Dobbeltså mange kom i jobb som for kontrollgruppen etter ett år (24 prosent versus 12 prosent), og effekten ser ut til å holde seg over tid
- Stor samfunnsøkonomisk gevinst for denne gruppen
- Økt arbeidshåp og bedret psykisk helse

Jobbmestrende oppfølging, forsøk i seks fylker

Samarbeidstiltak mellom Nav, helsetjenestene og tiltaksarrangører for å bidra til at personer med alvorlige psykiske lidelser, spesielt brukere med psykose-diagnose, kommer i arbeid og forblir i arbeid.

Sluttrapport fra forskningsprosjektet gjennomført ved Oslo universitetssykehus foreligger i løpet av våren 2015.

¹ Uni Research 2012; Evaluering av Studier med støtte, intervju av 25 veiledere og 48 brukere

² AFI Rapport 16/2012; Arbeidsgiverlos – lederstøtte i arbeidet med psykisk helse på arbeidsplassen.

³ AFI Rapport 16/2012; Arbeidsgiverlos – lederstøtte i arbeidet med psykisk helse på arbeidsplassen.

bake-tjenester i alle fylker. Innholdet i tjenestene varierer noe fra fylke til fylke. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2015 er det presisert at ordningen Raskere tilbake i større grad skal rettes inn mot grupper som ofte er sykmeldte, det vil si grupper med vanlige psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Arbeids- og velferdsetaten gir tilbud om oppfølging, avklaring av arbeidsevne, arbeidsrettet rehabilitering og behandlingstilbud for personer med lettere psykiske og sammensatte lidelser. Med disse arbeidsrettede tiltakene kan sykmeldte få raskere avklaring, oppfølging og arbeidsrettet

rehabilitering gjennom Arbeids- og velferdsetaten. Det er Nav-kontoret som vurderer om et arbeidsrettet tiltak kan gis.

Spesialisthelsetjenesten gir tilbud om behandling etter henvisning fra fastlege til sykmeldte og de som står i fare for å bli sykmeldte. Spesialisthelsetjenesten har utvidet den ordinære kapasiteten og opprettet nye tilbud som en del av Raskere tilbake. Ordningen innebærer at sykmeldte pasienter kan få raskere hjelp og nye tilbud ved hjelp av øremerkede midler for å komme raskere tilbake i arbeid. Ordningen skal ikke føre til nedprioritering av øvrige pasienter.

Boks 2.13 Inn på tunet på Trollstein gård

Inn på tunet er tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk som er et supplement til tilbud innenfor skole, arbeid og helse og omsorg. Trollstein gård er en Inn på tunet-gård som har samarbeid med barnevernet, psykiatritjenesten og hjemmetjenesten i Harstad kommune. Videre har gården avtaler med Bjarkøy barneskole og tilbyr rideopplæring for barn og voksne i bygda. Gården tilbyr praksisplasser for Nav, videregående skole og høyskoler. Gården vant i 2014 bygdeutviklingsprisen for Troms fylke. Trollstein gård sysselsetter i dag sju til åtte personer. De fleste ansatte er bosatt i bygda som er et lite lokalsamfunn på vel 100 innbyggere. Tilbudet ved Trollstein gård omfatter:

- Arbeidstrening og tilrettelagt sysselsetting for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte lidelser henvist fra den kommunale psykiatritjenesten
- Aktivitetshelger og sommeravlastning for barn og ungdom henvist fra det kommunale barnevernet eller hjemmetjenesten. Tilbudet omfatter deltakelse i dyrestell, turer i fjell og fjæra, fisketurer, bål og grilling, ridning og masse artig og hyggelig samvær
- Gård-skole-samarbeid som alternativ læringsarena der elever deltar i arbeidet på gården
- Praksisplass for tredje års vernepleierstudenter fra Høgskolen i Harstad og elever fra helse- og sosiallinjen ved Rå videregående skole
- Besøk fra barnehager og skoler.
- Ridning for barn og unge med fysiske, psykiske eller sosiale funksjonshemninger.

2.4 Forebygge ensomhet

Regjeringen vil ta initiativ til en informasjonssatsing sammen med frivillige organisasjoner og mobilisere til samarbeid for å forbygge ensomhet. Frivillige organisasjoner har en viktig rolle i arbeidet med å forebygge ensomhet gjennom å skape gode nærmiljø, legge til rette for møteplasser og etablere tilbud for grupper og enkeltpersoner som trenger ekstra oppfølging. Offentlige myndigheter kan bidra gjennom frivillighetspolitikken og

gjennom ordninger for å hindre sosial utstøting som følge av helseproblemer, fattigdom og dårlig økonomi. Ensomhet var tema for den første møteplassen for folkehelse som drives av Frivillighet Norge på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Ensomhet vil bli satt på dagsorden i arbeidet med å utrede et program for folkehelsearbeid i kommunene og i arbeidet med å utvikle indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsepolitikken.

Det sosiale nettverket har betydning for helsen – først og fremst fordi det bidrar til sosial støtte. Det innebærer å få kjærlighet og omsorg, bli aktet og verdsatt og å tilhøre et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Sosial støtte er det motsatte av ensomhet. I et folkehelseperspektiv er sosial utstøting og ensomhet sentrale utfordringer som kan ramme både individer og grupper. Ensomhet kan være like skadelig for helsen som røyking.

Sosial utstøting kan oppstå på grunn av fattigdom, for eksempel når barn er hindret fra å delta i aktiviteter på grunn av foreldres fattigdom, og det kan ramme innvandrere som av ulike grunner ikke deltar i det norske samfunnet. Psykiske lidelser og rusproblemer kan også føre til sosial utstøting. Helse- og levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå viser at lite sosial kontakt øker risikoen for ensomhet. De som trenger det mest – personer med svekket helse og dårlige levekår – har mindre sosial kontakt enn resten av befolkningen.

Gode nettverk og sosial støtte er viktig for å forebygge psykiske helseproblemer – ikke minst for å ha noen å snakke med om det som er vondt og vanskelig. Selv om de fleste barn og unge har gode venner, viser Ungdata-undersøkelsen at nær én av ti ungdommer mangler fortrolige venner, eller at de for tiden ikke har noen de vil kalle venner. Regjeringen vil bidra til utvikling av gode nærmiljø og legge til rette for at alle skal kunne delta i sosiale aktiviteter. Alle barn og unge skal ha mulighet til å delta i minst en fritidsaktivitet. Eksisterende tilskuddsordninger skal videreutvikles og styrkes for å bidra til dette. Trygge og sunne lokalmiljøer er spesielt viktig for barn og unges velferd.

Ensomhet og mangel på sosial støtte er en utfordring også i den voksne delen av befolkningen. Selv om folk er minst ensomme midt i livet, er det mange som av ulike grunner mangler nettverk også i denne livsfasen. Frivillige organisasjoner kan bidra til å gjøre terskelen for å møte andre mennesker lavere gjennom aktiviteter som fremmer sosiale nettverk, enten mellom enkeltmennesker eller grupper i lokalsamfunnene. Det bidrar til å forebygge ensomhet og kan gjøre det

lettere å komme seg ut av ensomhet. For den voksne del av befolkningen gir deltakelse i arbeidslivet sosialt samvær, mestring, mening i tilværelsen og tilhørighet. Helse- og levekårsundersøkelsene viser at det å bo sammen med noen, ha god helse og høy utdanning beskytter mot ensomhet. Nesten halvparten av de som bor alene er plaget av ensomhet, det samme gjelder de som har svekket helse. Ensomheten rammer sterkere blant de som har lite utdanning. Tiltak for å inkludere flere i utdanning og arbeid er viktig. I tillegg kan god planlegging bidra til å skape felles sosiale rom og legge til rette for deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter.

I eldre år vil sviktende helse, tap av nære personer, arbeid og venner kunne føre til ensomhet. Det er viktige risikofaktorer for angst og depresjon som igjen vil kunne påvirke helse og funksjonsevne. Ensomhet er mer utbredt blant eldre enn blant yngre. Blant personer over 80 år oppgir omtrent tre av ti at de er ensomme. Ensomhet kan ramme menn sterkere enn kvinner. Samtidig vil mange eldre kvinner stå i krevende pårørendeoppgaver som kan gi store belastninger og følelse av isolasjon. Regjeringen vil legge til rette for at flere eldre skal kunne være fysisk aktive og komme seg ut i fellesskap med andre. Frivillige organisasjoner har gode forutsetninger for å nå personer med svakt nettverk og skape lavterskeltilbud for eldres deltakelse. Flere eldre kan rekrutteres til frivillig arbeid, både i tilbud til andre eldre, i barne- og ungdomsarbeid og aktiviteter rettet mot andre grupper. Frivillige organisasjoner bidrar med viktige tilbud til personer med demens og deres pårørende. Mange frivillige organisasjoner har satt besøks- og aktivitetsarbeid rettet mot sykehjemsbeboere og brukere av hjemmetjenester i system. Kommunene er en viktig samarbeidspartner for å fange opp personer som kan ha nytte av å delta i frivillige aktiviteter.

2.5 Bekjempe fordommer og stigmatisering

Regjeringen har en visjon om et samfunn der alle kan delta, og at det må legges til rette for alle, uavhengig av alder, funksjonsevne, kjønn, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, etnisitet, religion og livssyn. Alle skal sikrest like rettigheter og mulighet til å påvirke eget liv. Diskriminering er brudd på menneskerettighetene og rammer både den enkelte og hele samfunnet.

2.5.1 Diskriminering og utenforskap

Likestillingsloven og lov mot etnisk diskriminering inneholder forbud mot å diskriminere og pålegger offentlig myndigheter en plikt til aktivt å fremme likestilling i sin virksomhet. Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven inneholder tilsvarende bestemmelser grunnlag av nedsatt funksjonsevne, og pålegger offentlige myndigheter i tillegg en plikt til å fremme universell utforming. Den 1. januar 2014 trådte en ny lov som gir diskrimineringsvern på grunnlag av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i kraft. Loven omfatter også forbud mot diskriminering og plikt til å fremme likestilling som innebærer at det skal jobbes systematisk og kontinuerlig for å forebygge diskriminering av lhbt-personer i offentlige tjenester og i arbeidslivet.

Det norske utdanningssystemet er basert på prinsippet om inkludering og opplæringsloven forutsetter at utdanningene skal være likeverdige og tilpasset den enkeltes evner og forutsetninger. Barnehage og skole skal være basert på verdier og et menneskesyn med grunnleggende respekt for menneskerettighetene og menneskers likeverd. Dette er et verdigrunnlag som har sterk oppslutning i samfunnet vårt og som er nedfelt i formålsparagrafen for både barnehage og skole. I den enkelte barnehage og skole innebærer det å ta aktivt hensyn til barn og unges ulike forutsetninger og evner, både i organisering og pedagogikk.

Likevel er mennesker med nedsatt funksjonsevne i større grad ekskludert fra utdanning, arbeid og egen bolig enn den øvrige befolkningen. Barn med fysisk funksjonsnedsettelse mistrives på skolen i større grad og har svakere skoleprestasjoner enn funksjonsfriske barn. For å få til en god inkludering av mennesker med nedsatt funksjonsevne kreves god tilrettelegging og universell utforming. De enkelte sektormyndighetene har ansvar for å utvikle offentlig tjenester innen egen sektor som er tilgjengelig, av god kvalitet og tilpasset behovene til brukerne. Regjeringen vil legge fram en ny handlingsplan for universell utforming med vekt på IKT og velferdsteknologi.

Etnisk diskriminering kan få betydning for psykisk helse og trivsel. Ungdom med innvandrerbakgrunn som henter det beste fra flere fellesskap skårer høyt på selvtillit, tilpasning og livskvalitet. Ungdom med innvandrerbakgrunn som opplever diskriminering og identitetskrise har risiko for psykiske helseproblemer. Sammenhen-

gen mellom diskriminering og psykiske problemer gjelder også for voksne.

Samer rapporterer langt oftere enn befolkningen for øvrig at de er utsatt for diskriminering. Det er grunn til å tro at dette også er en helseutfordring for samiske barn, men det mangler data om samiske barns helse og om diskriminering. Digitale medier skaper nye utfordringer med spredning av diskriminerende ytringer. Det er sammenheng mellom omfanget av opplevd diskriminering og hvor sterk den psykiske belastningen er. For samiske kvinner virker høyere utdanning som en beskyttende faktor. På samme måte virker det å være bosatt i forvaltningsområdet for same-lovens språkregler beskyttende gjennom større grad av støtte i nærmiljøet.

2.5.2 Stigma og psykisk helse

Til tross for økt åpenhet og kunnskap om psykisk sykdom, skaper fordommer og manglende kunnskap fremdeles barrierer for deltakelse i arbeidsliv og sosiale sammenhenger, og det er med på å prege utformingen av tjenestetilbudet. Mennesker med psykiske lidelser utfordres på flere fronter. For det første sliter de med symptomer og funksjonsnedsettelse som følge av lidelsen. For det andre møter de utfordringer gjennom stereotypier og fordommer som stammer fra misoppfatninger om psykisk sykdom. For det tredje, er selvstigmatisering og lært hjelpeløshet en betydelig utfordring for mange med psykisk sykdom.

Årsaken er delvis samfunnets stereotypier og fordommer, og delvis holdninger i hjelpeapparatet som bidrar til passivitet og hjelpeløshet. Om mennesker med psykisk sykdom ikke selv tror at de kan bidra i arbeidslivet, blir det lett en sannhet for personen selv og for potensielle arbeidsgivere. Hjelpeapparatets beste intensjoner kan på denne måten bidra til å opprettholde passivitet og hjelpeløshet. Manglende forståelse av psykisk sykdom har bidratt til å skape frykt og misforståelser om psykisk syke og psykisk sykdom. Selv om det har vært en radikal endring i synet på alvorlig psykisk syke mennesker og en ny erkjennelse av at mennesker med alvorlig psykisk sykdom er viktige ressurser i arbeidsliv og resten av samfunnet, er det fremdeles fordommer og manglende kunnskap til stede i samfunnet i dag.

Forskning og erfaring fra klinisk praksis viser at psykisk sykdom ofte kan behandles, og at selv alvorlige og kroniske lidelser kan behandles og mestres. På samme måte viser erfaringene fra arbeidsrettede tiltak at mennesker med alvorlig psykisk sykdom kan lykkes i ordinært arbeid.

Boks 2.14 Ungdom mot Vold

Organisasjonen Ungdom mot vold har i over 20 år jobbet for å stoppe, redusere og forebygge vold, mobbing, diskriminering, fordommer, likegyldighet og kriminalitet i samfunnet. Målgruppen er unge som står i fare for å bli marginalisert, bli langtidsledige og utvikle en livsstil som kan gi psykiske og fysiske utfordringer for den det gjelder og for omgivelsene.

Organisasjonen driver forebyggende, oppsøkende sosialt arbeid og programvirksomhet rettet mot barn og unge. Ungdom mot Vold vil være en arena for styrking av barn og ungdoms selvaktelse, selverkjennelse, mestring, selvtillit og følelse av trygghet.

Ungdom mot Volds forebyggende arbeid har som mål å hindre utenforskap og hjelpe enkeltpersoner til å gjenvinne sin rettmessige plass i samfunnet. Ungdom mot Vold arbeider individorientert og i samarbeid med relevante samfunnsaktører i det kriminalitetsforebyggende arbeidet.

Ungdom mot Volds forebyggende arbeid er rettet målbevisst mot barn og ungdom mellom 12 og 25 år, uavhengig av sosial og etnisk bakgrunn. Målgruppen er unge som står i fare for å bli marginalisert, bli langtidsledige eller utvikle en livsstil som kan gi psykiske og fysiske utfordringer for den det gjelder og omgivelsene.

Ungdom mot Vold erfarer at unge som begår kriminalitet mot andre, selv har hatt alvorlige traumatiske opplevelser. Folkehelsearbeidet har derfor også en kriminalitetsforebyggende effekt.

Men fremdeles henger gamle holdninger igjen. For eksempel bidrar medieoppslag om psykisk syke som farlige til å underbygge den feilaktige forståelsen av psykisk sykdom som kroniske og behandlingsresistente lidelser. Slike oppfatninger river ned arbeidet som brukerorganisasjoner, selvhjelpsgrupper, fagfolk og pårørende har gjort for å endre stigmatiserende holdninger og skape positiv endring.

Ubevisste holdninger i hjelpeapparatet kan også ha stor betydning for livskvalitet for psykisk syke. Mennesker med psykisk sykdom lever mellom 15 og 25 år kortere enn gjennomsnittet for befolkningen. Den viktigste årsaken er dårlig oppfølging av somatiske sykdommer. Utenlandske

studier viser at mennesker med psykisk sykdom har lavere sannsynlighet for å bli akuttinnlagt ved alvorlige komplikasjoner knyttet til diabetes, og at psykisk syke sjeldnere henvises til mammografi.

Samtidig blir tilgjengelige lokale lavterskeltilbud mindre effektive om terskelen for å søke hjelp sitter i hodet eller i samfunnets holdninger. Gammeldagse holdninger i samfunnet sammen med selvstigmatisering og forvridd selvilde, kan være viktigere hindre for å oppsøke hjelp enn tilgjengelighet til behandling.

Hele samfunnets forståelse av psykiske lidelser må endres for at de som har behov for hjelp skal få det tilbudet de trenger. Det er nødvendig å korrigere feilslutninger som skaper stigma, utenforskap og isolasjon hos enkeltpersoner, i hjelpeapparatet og i samfunnet som helhet.

For å bidra til dette arbeidet bevilges det midler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til en rekke tiltak som skal bidra til å endre holdningene til psykiske lidelser. Verdensdagen for psykisk helse er et eksempel på dette. Målet med Verdensdagen for psykisk helse er å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, hva som bidrar til god psykisk helse, og øke kunnskap og åpenhet om psykisk helse. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført i regi av Verdensdagen 10. oktober. Temaet for 2014 var hverdagsstress og psykisk helse.

Et annet eksempel er bevilgningen til Rådet for psykisk helse som arbeider for økt kunnskap, og en helhetlig forståelse av psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering. Rådet for psykisk helse gjennomfører opplysningsarbeid innen psykisk helsefeltet på en rekke arenaer. Det bevilges også midler til å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Tilskuddet dekker også støtte til brukerstyrte tiltak og selvhjelpsgrupper. Videre bevilges det midler til Selvhjelp Norges arbeid med å gjøre selvorganisert selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, og fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling på rus- og psykisk helsefeltet. Selvorganisert selvhjelp er et viktig supplement for mange som har behov for å styrke den psykiske helsen.

Boks 2.15 Kafé Verden

På Dampskipsbrygga i Levanger kan du møte «hele verden» hver torsdag ettermiddag. På menyen står inkludering, kaffe, trivsel, middag, gode kaker og underholdning. Levanger Røde Kors, Levangers unge sanitetsforening (LUS), og Levanger Frivilligsentralen er faste drivere. I tillegg bidrar flere lag og organisasjoner og enkeltpersoner. Frivilligsentralen er et viktig bindeledd i forbindelse med koordinering av innsatsen. Kafé Verden har som mål å bli et treffsted for alle i Levanger. Hele mangfoldet i Levanger skal være representert gjennom mat- og kulturopplevelser. Alle skal kunne føle seg inkludert og velkommen til kaféen.

På Kafé Verden kan du:

- ta en kopp kaffe midt i Levanger sentrum
- smake lokal og eksotisk mat
- skape nye bekjentskaper eller treffe venner på kafé
- spille spill
- være med på konserter
- kjøpe mat til en rimelig pris

Kilde: <https://nb-no.facebook.com/KafeVerden>

2.6 Mer vekt på psykisk helse og forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Psykiske helseproblemer og rusproblemer skal få høyere prioritet i helse- og omsorgstjenesten. Psykiske helseproblemer debutterer ofte allerede i barndommen eller ungdomstiden. Tidlig innsats og vekt på forebyggende tiltak er derfor avgjørende.

I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten vil regjeringen foreslå tiltak som skal legge til rette for større vekt på forebygging og mer aktiv oppfølging av pasientene. Tiltakene involverer flere tjenestemråder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og er knyttet til økt kompetanse, flere psykologer i kommunene, fortsatt styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og mer tilrettelegging for flerfaglig samarbeid i tilknytning til fastlegepraksisene. Større vekt på psykisk helse innebærer bevisst ledelse, sterkere samarbeid og økt kompetanse i tjenesten. Stortingsmeldingen vil særlig rette oppmerksomhet

Boks 2.16 Sammen med pasient, bruker og pårørende

Framtidens helse- og omsorgstjeneste skal være pasientens og brukerens tjeneste. Det krever en tjeneste der pasienten står i sentrum, og der ingen beslutninger skal tas om meg som pasient, uten med meg: Min behandling – min beslutning. Det gjelder både den enkelte pasient og det gjelder overordnet på systemnivå.

Dette prinsipp er i hovedsak allerede nedfelt i pasientrettighetsloven. Derfor handler ikke dette om å gjøre store lovendringer, men om å endre praksis. Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i det endringsarbeidet som tjenesten nå står foran. Pasientene og brukernes behov skal inngå i selve grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes fra pasientenes perspektiv. Pasientene kan på denne måten være helsetjenestens viktigste endringsagenter. Pasienter og brukere er ikke bare endringsagenter for tjenestene, men også for kommunal planlegging.

Regjeringen vil gi enkeltmennesket større frihet til å styre sitt eget liv, og vil utnytte de store mulighetene som ligger i moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å skape et enklere møte med en døgnåpen offentlig sektor, høyere kvalitet i tjenestene, økt verdiskaping og bedre beslutninger. Regjeringen har store ambisjoner om å forbedre, forenkle og fornye offentlig sektor.

mot ledelse i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og mer systematisk kvalitetsarbeid.

Flerfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten

Stortingsmelding om primærhelsetjenesten vil omtale virkemidler for å legge til rette for mer flerfaglig samarbeid i kommunesektoren. Et av målene for framtidens primærhelsetjeneste er å forebygge mer. Det omfatter også forebygging av psykiske helseproblemer. Samarbeidet mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten kan bli bedre. Slik er det også innenfor psykisk helse. Fastleger, psykologer, jordmødre, helsestasjons og skolehelsetjeneste må samarbeide

tettere. Videre er det behov for bedre samarbeid med omsorgstjenesten, skole og med arbeids- og velferdstjenestene.

Fastlegene og flerfaglig samarbeid i fastlegepraksisen

Flerfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten krever at også fastlegene har en mer aktiv tilnærming til personer på listene som enten er i risikozonen for å utvikle psykiske lidelser eller som allerede har psykiske helseproblemer. Fastlegene må samarbeide tettere med andre typer personell og andre deler av tjenesten. Pasientene må få større innflytelse på behandlingen og få bedre opplæring i å mestre egen hverdag. Det må legges bedre til rette for at fastlegene kan arbeide flerfaglig for å forebygge psykiske plager og lidelser. Fastlegene møter de fleste av listeinnbyggere i løpet av en gitt tidsperiode og har derfor en helt spesiell mulighet til å drive forebyggende arbeid og gi tidlig behandling.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes, tilgjengeligheten bedres og det skal legges mer på tverrfaglig samarbeid. I budsjettet for 2014 og 2015 er helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket gjennom en økning i kommunenes frie inntekter. Styrkingen innebærer om lag 400–450 nye årsverk og vil være et vesentlig løft i kommunenes arbeid knyttet til familien, barn og ungdom, herunder oppfølging av gravide.

Psykiske plager og lidelser er blant de store samfunns- og folkehelseutfordringene blant barn og unge i dag. 15–20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker. En lett tilgjengelig helsetjeneste for familier, barn og unge som sliter er grunnleggende for at ikke problemene skal utvikle seg videre. Så godt som alle spedbarn og nybakte foreldre møter opp på helsestasjonen. Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten som barn og unge kan oppsøke på eget initiativ når de opplever at livet butrer i mot eller de trenger et råd av en voksen de kan stole på. Det gjelder også problemer knyttet til psykisk helse, rus og vold. I forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det en bestemmelse om at tjenestens tilbud skal omfatte samarbeid med skole for å fremme et godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elevene. Tjenesten er med andre ord i en unik posisjon til å fange opp barn og unge som sliter.

Det er gjennom flere år blitt påpekt at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har for lav kapasitet sett i forhold til behovet. Barn og unge selv rapporterer om en lite tilgjengelig tjeneste. I tillegg bruker ansatte i skolehelsetjenesten lite av tiden på tverrfaglig samarbeid. Dette til tross for at det finnes veldokumentert kunnskap om at samarbeid bidrar til å øke kvalitet, kompetanse og kunnskap hos de involverte. Godt samarbeid mellom ulike personellgrupper er avgjørende for å kunne komme tidlig inn med god og riktig hjelp til den enkelte.

Ungdomshelsestrategi

Regjeringen vil igangsettes et arbeid med en ungdomshelsestrategi. Strategien skal dekke aldersgruppen 13–25 år, og den skal belyse virkemidler for å sikre god tilgjengelighet, bedre kapasitet og godt koordinerte tjenester til ungdom, herunder nettbaserte helsetjenester.

Jordmortjenesten i kommunen

Regjeringen har som mål å styrke kommunal jordmortjeneste. Jordmødre har spesialkompetanse på hele perioden svangerskap, fødsel og barsel og etterspørres i stadig større grad av brukerne. Kontinuitet i tilbudet er særlig viktig for gravide med påvist risiko og spesielle behov. Gjennomsnittlig antall jordmørårsverk i kommunene har gjennom flere år vært rundt 0,6 årsverk. Kommunene har i dag ansvar for å tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester, og regjeringen vil komme tilbake til spørsmålet om kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven i den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

Oppfølging av gravide og deres familie gjennom svangerskapet er en sentral arena for helsefremmende og forebyggende arbeid. Svangerskapsomsorgen har nær 100 prosents oppslutning og foregår i hovedsak ved helsestasjonen, der jordmor er en viktig aktør, og hos fastlegene. Noen fastleger har også jordmor ansatt, og noen jordmødre driver selvstendig praksis i kommunen.

For mange kvinner og familier er perioden graviditet, fødsel og barselperiode og tidlig småbarnsperiode en sårbar fase. Graviditet er i utgangspunktet en normal fysiologisk prosess for de fleste kvinner, samtidig som den også innebærer risiko. Svangerskapsomsorgen omfatter både medisinske, psykiske og sosiale forhold. I til-

legg til å forebygge og fange opp sykdom hos mor og barn, gir svangerskapsomsorgen en unik mulighet for helsepersonell til å fange opp andre forhold som trenger spesiell oppfølging. Et aspekt ved svangerskapsomsorgen er å bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. I denne forbindelse er det særlig viktig med årvåkenhet overfor risikogrupper og/eller gravide og familier med spesielle behov. Nødvendig oppfølging vil ofte kreve tverrfaglig og/eller tverrsektorielt samarbeid.

Svangerskapsoppfølging innebærer også forberedelse til tiden etter fødsel og det å bli foreldre. Mange samlivsbrudd skjer i tidlig foreldrefase. Spesielt førstegangsgravide har gjerne primært fokus på fødselen og er lite mottakelige for informasjon om problemstillinger knyttet til foreldreroller og videre samliv. Det er derfor viktig å ha oppmerksomhet på dette i barselperioden. Den rådende praksis med tidlig utskrivning fra fødeinstitusjonene gir generelt større behov enn tidligere for oppfølging i kommunene i barselperioden.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet oppdatert retningslinje for svangerskapsomsorgen på temaet vold mot gravide. Med begrepet «vold» menes i denne retningslinjen både fysisk, psykisk og seksuell vold. Retningslinjen anbefaler at helsepersonell åpner opp for temaet vold i nære relasjoner så tidlig som mulig i svangerskapet som del av etablert god klinisk praksis. Vold i nære relasjoner skal håndteres tilsvarende som andre temaområder helsepersonell rutinemessig inviterer gravide til å snakke om.

Å være gravid og bli utsatt for vold i hjemmet er en stor belastning, både for helse og livskvalitet hos den gravide og det ufødte barnet. Kvinner som opplever vold i hjemmet har økt risiko for nedsatt livskvalitet, skader og død. Vold bør derfor tematiseres så tidlig som mulig i svangerskapet. Formålet med å snakke med kvinner om de opplever vold og overgrep, er å kunne hjelpe dem som er i en utsatt situasjon. Helsepersonell skal på en ydmyk og empatisk måte snakke med alle gravide om erfaringer med vold. Der det blir avdekket erfaringer, vil helsepersonell i samråd med kvinnen henvise til riktig oppfølging. Helse- og omsorgstjenestens arbeid for å følge opp Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014–2017) og Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge (2014–2017) blir nærmere omtalt i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

Økt kompetanse om rusproblemer og psykisk helse i kommunene

Kompetansen i kommunale tjenester skal styrkes gjennom å rekruttere flere psykologer. Det er behov for sterkere virkemidler for å sikre nødvendig tempo i rekrutteringen. I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, vil regjeringen presentere hvilke virkemidler som er aktuelle.

Økt tilgang på personell med kompetanse på diagnostisering og kunnskap om behandling av psykiske lidelser og rusproblemer, skal sette kommunene bedre i stand til å oppfylle den lovpålagte plikten til diagnostisering og behandling psykisk syke og mennesker med rusproblemer.

Det er et mål at psykologer i kommunene skal arbeide utadrettet, forebyggende og helsefremmende, og styrke den generelle kommunale kompetansen på psykisk helse gjennom å veilede og bistå andre yrkesgrupper både i og utenfor helse-tjenesten, for eksempel i barnehage-, skole-, og i kommunal planlegging. Den 13. februar 2015 fremmet regjeringen Prop. 59 L (2014–2015) Endringer i folketrygdloven (henvisning fra psykolog) for Stortinget. Når regjeringen foreslår å gi psykologer adgang til å henvise til psykisk helsevern og rusbehandling, er dette både et ledd i å utnytte psykologers særskilte kompetanse på psykisk helse og et viktig skritt på veien mot pasientens helsetjeneste.

Lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene

Utviklingen av nettbaserte behandlingstilbud, utprøvingen av rask psykisk helsehjelp og en videre satsing på rekruttering av psykologer til kommunene er viktige virkemidler for å styrke det forebyggende og behandlende tilbudet i kommunene. Forebyggende tiltak som kurs i mestring av depresjon og kurs i mestring av belastning, lavterskel behandlingstilbud og bedret tilgjengelighet til kompetent behandling og oppfølging, skal både bidra til bedre helse, økt livskvalitet i befolkning og til redusert behov for spesialisthelsetjenester.

Frisklivssentralene er en kommunal forebyggingstjeneste som tilbyr hjelp til endring av levevaner, primært gjennom veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og tobakksavvenning. De retter seg mot personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse.

Boks 2.17 Rask psykisk helsehjelp

Pilotprosjektet Rask Psykisk Helsehjelp skal bidra til å gjøre behandling av angst og depresjon lett tilgjengelig for folk flest. I dag deltar 17 kommuner og interkommunale samarbeid i utprøvingen av metoden. Prosjektet baserer seg på det britiske Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), hvor målet er å øke tilgangen på kunnskapsbasert behandling for angst- og depresjonslidelser i primærhelsetjenesten. Foreløpige evalueringer av IAPT viser positive kliniske resultater.

Behandlingstilbudet baserer seg på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi. Behandlingen skal bidra til problemløsning og økt innsikt i sammenhengen mellom tenking, følelser og atferd. Tilbudet er et gratis, lavterskel behandlingssopplegg for voksne over 18 år. Behandlingsteamet er tverrfaglig sammensatt, med krav om psykolog. Pilotprosjektet evalueres av Folkehelseinstituttet.

Det finnes i dag frisklivssentraler i om lag 200 kommuner. Målet er at flere frisklivssentraler skal tilby kurs i mestring av depresjon, mestring av belastning og forebygging og tidlig intervensjon ved søvnvansker. Det krever en opprustning av frisklivssentralene med tanke på personell og kompetanse, det er særlig behov for psykologkompetanse. Frisklivssentralene skal videreutvikles for å fremme fysisk og psykisk helse, forebygge og mestre sykdom.

Omsorgstjenesten

Erfaringer fra nasjonalt utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk og erfaringer fra Sverige og Danmark, kan tyde på at besøket kan bidra positivt til at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig. Brukere av kommunenes omsorgstjeneste har på samme måte som resten av befolkningen behov for psykiske helsetjenester. Det er grunn til å anta at mennesker som mottar slike tjenester kan ha økt risiko for psykiske plager og problemer. For eksempel er funksjons- og mestringstap og redusert tilgang til sosiale arenaer betydelige risikofaktorer for depresjon. Hjemmebesøk vil bli nærmere omtalt i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid for å utvikle en strategi for frivillig

arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal bygge på erfaringer som finnes på feltet og på den plattformen som er utarbeidet for samhandlingen mellom kommunene og Frivillighet Norge. Strategien skal bidra til å ta vare på og rekruttere flere frivillige til helse- og omsorgsfeltet og styrke samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og offentlige tjenester. I dag er det bare 10 prosent av den ubetalte frivilligheten som skjer på helse- og omsorgsfeltet så det er et stort potensial for å videreutvikle dette arbeidet.

2.7 Bedre oversikt over befolkningens psykisk helse

Kunnskapen om befolkningens psykiske helse og trivsel skal styrkes. Gode data om livskvalitet og trivsel og forekomst av psykiske lidelser er nødvendig for å utforme og evaluere effekter av tiltak og som grunnlag for helseanalyser og forskning. Data om psykiske lidelser og rusrelatert sykdom er også nødvendig for forskning på årsaker til og konsekvenser av slike tilstander.

2.7.1 Data om livskvalitet og trivsel

Helsedirektoratet utvikler, i samarbeid med Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet og relevante sektorer, indikatorer på livskvalitet og trivsel som en del av det tverrsektorielle rapporteringssystemet for folkehelsearbeid. Internasjonalt er dette et utviklingsområde og i det videre arbeidet skal Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Statistisk Sentralbyrå lage en strategi for måling i tråd med kunnskap og utvikling på feltet. OECD anbefaler et omfattende indikatorsett med både subjektive og objektive mål. For å få et tilstrekkelig mål på befolkningens subjektive livskvalitet anbefales det som et minimum at det stilles spørsmål om positive og negative følelser, tilfredshet med livet og opplevelse av mening.

Folkehelsearbeidet trenger gode data på befolkningens livskvalitet. Både subjektive og objektive mål. Kunnskap om befolkningens nivå av psykiske plager og lidelser er viktig og nødvendig, men ikke tilstrekkelig i arbeidet med å videreutvikle en folkehelsepolitikk for psykisk helse. Arbeidet er i samsvar med Verdens helseorganisasjons europeiske rammeverk Health 2020 a European policy framework supporting action across

Boks 2.18 Hjelp til røykeslutt innen psykisk helsevern

Helsedirektoratet startet i 2014 prosjektet «Hvordan bidra til sunnere levevaner innen psykisk helsevern», som i tillegg til røykeavvenning inkluderer tiltak for økt fysisk aktivitet og bedre ernæring. Statistisk sett lever personer med alvorlige psykiske lidelser 25 år kortere enn andre, og tobakksrelatert sykdom som hjerteinfarkt og lungesykdommer anses for å være en av de viktigste årsakene. Dette er en gruppe som sjelden får tilbud om hjelp til røykeslutt.

Det er mange gode grunner for at personer med psykisk lidelse bør få et tilpasset tilbud om hjelp til tobakksavvenning :

- Røyking øker belastningen for personer med psykisk lidelse – helsemessig og økonomisk.
- Røyking har betydning for medisinerings av psykisk diagnose, og røykeslutt kan føre til mindre behov for medisiner og med det redusert fare for bivirkninger av medisinene.
- Røykeslutt kan føre til bedring av symptomene knyttet til den psykiske lidelsen. Røykeslutt gir like stor eller større effekt enn

bruk av antidepressiva for depresjon og angstlidelser.

- Røykeslutt kan gi en mestringsopplevelse som i neste omgang kan øke sjansen for å slutte med misbruk av alkohol og narkotiske stoffer.
- Folk med psykiske lidelser ønsker også å slutte å røyke.
- Røykeslutt øker sannsynligheten for et lengre og friskere liv.

Helsedirektoratet vil kartlegge hva som finnes av tobakksavvenningstilbud i psykisk helsevern i Norge i dag, hvordan levevaner (røyking, kosthold, fysisk aktivitet) ivaretas innen psykisk helsevern og røykerestriksjoner på behandlingstilbudene. Videre vil direktoratet bidra til rutinemessig dokumentasjon av røykestatus i journal, økt kunnskap og bevissthet blant ansatte innen psykisk helsevern og utvikle en plan for hjelp til røykeslutt innen psykisk helsevern.

government and society for health and well-being der Norge er forpliktet til å rapportere på slike indikatorer. Økonomisk vekst og økning i gjennomsnittlig levealder er sentrale mål på samfunnsutviklingen. Det siste tiåret har Verdens helseorganisasjon, OECD og FN anbefalt å inkludere trivsel og livskvalitet som supplerende mål på utvikling og vekst. Flere europeiske land har nå systemer for jevnlig og systematisk måling av befolkningens livskvalitet.

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor gjennomfører et forskningsprosjekt om deltakelse og folkehelse som ser nærmere på sammenhengen mellom organisasjonsliv, helse og livskvalitet. Forskningsresultatene presenteres i 2017. Se også omtalen av Helsedirektoratet utviklingsarbeid for å styrke faktorer i nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer helse, livskvalitet og trivsel i kapittel 6.1 Nærmiljø og lokalsamfunnsutvikling.

2.7.2 Psykisk helse i Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt

Regjeringen ønsker å gjennomføre et nasjonalt løft for datainnsamling gjennom nasjonale og regionale befolkningsundersøkelser. Kunnskap om den psykiske helsen skal styrkes gjennom satsingen på bedre helsedata som en oppfølging av stortingsmeldingen om regjeringens langtidspan for forskning og HelseOmsorg21.

Folkehelseinstituttet har i sammenheng med Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt vurdert datagrunnlaget om forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser, og konkluderer med at det er store mangler i datagrunnlaget om forekomsten av psykiske lidelser og ruslidelser i den norske befolkningen.

Statistisk sentralbyrå har gjennom helse- og levekårsundersøkelsene i mange år samlet inn data om den psykiske helsen i befolkningen ved hjelp av en skala for måling av psykiske plager (HSCL-25) og mål på livskvalitet. Hemil-senteret ved Universitetet i Bergen har i samarbeid med Verdens helseorganisasjon gjennomført datainnsamlinger om helseatferd og subjektiv helse blant skolebarn siden 1983, Ungdata-undersøkelsene som ledes av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova) inneholder noen

spørsmål om psykisk helse. Andre relevante datakilder er de regionale befolkningsbaserte helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (Hunt), Troms og Hordaland og Den norske mor og barn-undersøkelsen i regi av Folkehelseinstituttet. Felles for alle disse undersøkelsene er imidlertid at psykisk helse bare er ett av mange tema og at det er relativt begrenset informasjon om psykisk helse og forhold som er relevant for psykisk helse.

I tillegg inneholder en rekke helseregistre informasjon som kan belyse befolkningens psykiske helse. Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomfører nå et forprosjekt for å legge til rette for etablering av et register over psykiske lidelser og ruslidelser basert på eksisterende datakilder og vurdere behovet for å styrke datagrunnlaget. Dagens helseregistre kan i begrenset grad brukes til å beskrive utviklingen i befolkningens psykiske helse siden de er basert på data fra helsetjenesten. Registerne fanger bare opp dem som søker hjelp i helsetjenesten og endringer i omfanget av dem som søker hjelp påvirkes av mange andre forhold enn omfanget av psykiske lidelser (for eksempel holdninger til å søke hjelp, kapasitet i tjenesten, praksis til helsepersonell).

2.7.3 Register for psykiske lidelser og ruslidelser

Regjeringen vil etablere et fellesregister for psykiske lidelser og ruslidelser basert på data fra allerede eksisterende nasjonale registre. Registeret skal bidra til en helhetlig oversikt over psykiske lidelser og ruslidelser basert på gjenbruk av data fra eksisterende datakilder. I tillegg vil det være aktuelt å legge til rette for etablering av kvalitetsregistre. Registeret vil gi ny kunnskap om forekomst, risikofaktorer og årsaker, og om effekt og kvalitet på behandling.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har fått i oppdrag å utrede et fellesregister for psykiske lidelser og ruslidelser. Innenfor rammen av oppdraget har instituttet nedsatt en bredt sammensatt nasjonal arbeidsgruppe for å vurdere kunnskapsbehovet opp mot dagens situasjon, og vurdere alternative modeller for registerdata innenfor psykisk helse og rusområdet. Personvern hensyn skal utredes og vurderes før registeret etableres.

Boks 2.19 Psykisk helse i folkehelsearbeidet*Regjeringen vil:*

- Etablere et program for folkehelse i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge, se kapittel 7 Støtte til folkehelsearbeidet i kommunene
- I større grad inkludere psykisk helse i folkehelseprofiler, arbeidet med å utvikle folkehelseindikatorer og andre verktøy for å ivareta psykisk helse på tvers av sektorer
- Bidra til bedre oppvekst- og læringsmiljø og forebygge mobbing gjennom arbeidet med å styrke kvaliteten i barnehage og skole
- Styrke kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med utsatte barn og unge gjennom 0–24 samarbeidet
- Ta initiativ til en informasjonssatsing sammen med frivillige organisasjoner og mobilisere til samarbeid for å forebygge ensomhet
- Styrke tilskuddsordninger for å bidra til at alle barn og unge skal ha mulighet til å delta i en fritidsaktivitet
- Gjennom Frivillighetserklæringen og Møteplass for folkehelse støtte opp under frivillig arbeid for å forebygge ensomhet og bidra til sosial inkludering
- Styrke det forebyggende arbeidet i regi av familievernnet
- Videreutvikle og styrke barnevernet gjennom strukturgjennomgang og endringer i lovgivning
- Styrke det psykiske helsetilbudet til barn i barnevernsinstitusjoner, jf. oppdrag til de regionale helseforetakene, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet for budsjettåret 2015
- Vurdere eventuell videreføring av tiltakene i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse når evalueringen av pilot- og forsøksprosjektene foreligger
- I større grad rette ordningen Raskere tilbake inn mot personer med lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser
- Presentere virkemidler for å øke rekrutteringen av psykologer til kommunene i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.
- Bygge ut og videreutvikle tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Legge fram en ungdomshelsestrategi våren 2016
- Utvikle bedre data om psykisk helse i befolkningen gjennom etablering av et register for psykiske lidelser og ruslidelser og satsingen på helsedata som oppfølging av Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og HelseOmsorg21

3 Helsevennlige valg

Regjeringen vil gjøre det enklere å velge sunt og legge til rette for at hensynet til liv og helse i større grad skal være et premiss for samfunnsutviklingen. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. Skal vi nå dette målet må fordelene ved økt fysisk aktivitet og gode kostvaner kommuniseres på en enklere og bedre måte, og risikoene knyttet til tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme må reduseres betydelig. Vi må tenke nytt samtidig som vi bygger videre på de virkemidlene som vi vet er effektive.

Norske 15-årige gutter er blant de minst fysisk aktive i Europa. Kun tre av 10 voksne og eldre oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet og kun en av fem spiser anbefalt mengde frukt og grønnsaker. I tillegg spiser vi for lite fisk og annen sjømat. Det brukes store ressurser på markedsføring, valgdesign og produktutvikling for å friste oss til å ta valg som ikke er bra for helsen. Samtidig ser vi eksempler på at næringslivet støtter opp om helsemyndighetenes råd ved å markedsføre fordelene ved å velge sunt, utvikle mer helsevennlige produkter og gjøre disse mer tilgjengelig. De senere år er det blant annet blitt større frukt- og grøntdisker i butikkene og mer forbrukervennlige produkter av fersk fisk. Her er det stort potensial for bedre samarbeid for best mulig synergieffekt.

Regjeringen vil legge større vekt på kommunikasjon for å motivere til fysisk aktivitet, stimulere flere til å gå og sykle, og legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet for elevene. Det skal gjennomføres forsøk i et utvalg av ungdomsskoler med mer kroppøving og/eller fysisk aktivitet, kampanjen Dine 30 skal videreutvikles og fysisk aktivitet skal vektlegges mer i forebygging, behandling og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Det er god dokumentasjon for at fysisk aktivitet er viktig i forebygging og behandling av depresjon og angst. Regjeringen vil styrke friluftslivet og gi gode rammebetingelser for idretten, og arbeide for at våre fysiske omgivelser både ute og inne i større grad innbyr til en aktiv livsstil.

Regjeringen vil stimulere til et sunnere kosthold gjennom god dialog med matvarebransjen, bredt samarbeid om tiltak for bedre praktiske ferdigheter på matområdet, kommunikasjonsarbeid for økt kunnskap og tiltak for å støtte opp under barnehageeiers og skoleeiers arbeid med mat og måltider. Kosthold og helse skal ses i sammenheng med bærekraft, kultur og måltidets sosiale rolle. Regjeringen vil videreføre og styrke kommunikasjonssatsingen Små grep, stor forskjell og legge vekt på ernæringskompetanse hos nøkkelpersonell.

Regjeringen vil fremme en ny strategi for det tobakksforebyggende arbeidet som har som mål å gjøre tobakksprodukter mindre attraktive for barn og unge og gi bedre tilbud om hjelp til dem som ønsker å slutte. Det har de siste årene vært fokusert mye på restriksjoner på bruken av tobakk, med omfattende utvidelser av røykeforbudet. Skal vi ta det tobakksforebyggende arbeidet et skritt videre må det satses sterkere på å beskytte barn og unge og motivere til røykeslutt.

Samarbeidsavtalen legger til grunn at hovedlinjene i alkoholpolitikken skal ligge fast. Det gjelder monopolordningen, aldersgrensene, bevilningssystemet, reklameforbudet og avgifter. De befolkningsrettede strategiene skal suppleres med forebyggende tiltak i arbeidslivet og i helsetjenesten, tidlig innsats og mer målrettet informasjonsarbeid.

3.1 Prinsipper for arbeidet med helsevennlige valg

Regjeringen vil legge følgende prinsipper til grunn for arbeidet med å fremme helsevennlige valg:

- Det skal bli enklere for folk å velge helsevennlige
- Barn og unge skal beskyttes særskilt, jf. Barnekonvensjonen
- Folkehelsemål skal samordnes med andre sentrale samfunns mål, som for eksempel klima, miljø, kunnskap og arbeid
- Innsats skal rettes inn for å styrke den enkeltes mestringsevne
- Virkemidler skal brukes effektivt

Prinsippene skal legges til grunn ved vurdering av tiltak, både i helsesektoren og i andre sektorer. Dette gjelder ved vurdering av nye og eksisterende reguleringer, organisatoriske endringer, forventninger knyttet til kommunal og regional planlegging, bymiljøavtaler og utviklingsavtaler, samarbeid med ulike yrkesgrupper, næringslivet, frivillige organisasjoner, og i utvikling av veiledninger for et mer helsevennlig samfunn. For eksempel kan det være aktuelt med samarbeid med næringslivet om innovasjon av teknologi og produktdesign. Utvikling innen mobilteknologi og helse kan gi gode muligheter for å fremme en helsevennlig livsstil. Andre eksempler er samarbeid med yrkesgrupper som planleggere, arkitekter og produktdesignere om valgarkitektur og helse, samt samarbeid med frivillige organisasjoner om å tenke helsevennlig i valg av aktiviteter og gjennomføring av arrangementer.

Det skal bli enklere for folk å velge helsevennlig

Prinsippet om at det skal bli enklere å velge helsevennlig innebærer at folk beholder friheten til å velge, samtidig som de helsevennlige valgene gjøres mer attraktive og lettere tilgjengelig. Det har for eksempel vært en utvikling i samfunnet med mer stillesittende arbeid, fritid med TV og sosiale medier, for lite aktiv transport som sykling og gange og lett tilgang på usunn mat og drikke som bidrar til overvekt og fedme. Vi har bygd et samfunn som langt på vei har eliminert behovet for å bruke kroppen, samtidig som tilgjengeligheten til usunn mat har økt. Valg som er til beste for den enkeltes helse må gjøres enklere. Aktuelle eksempler er lett tilgang på sunn mat og drikke der folk ferdes, plassering av matvarer i butikker og på buffeer, tallerkenstørrelser, porsjonsstørrelser og pris. Store porsjoner og lav pris fører til høyere konsum. Mindre tallerkener bidrar til at folk forsyner seg mindre og at det kastes mindre mat, for eksempel i kantiner og kaféer.

Åpne databaser der befolkningen lett kan finne innhold av næringsstoffer og uønskede stoffer i matvarer vil også bidra til at folk kan ta kvalifiserte valg. Kostholdsplanleggeren og Sjømatdata er eksempler på slike. Enkelte bedrifter har endret vareplasseringen i butikk, for eksempel fjernet godteri fra kassaområdet og erstattet det med knaskegulrøtter, sukkererter og bær. Noen produsenter har tilbud på små sjokoladeplater og ikke bare på de store. Et eksempel som kan ha ført til høyere sukkerforbruk er skrukork på brus og store flasker. På den annen side har utvikling av og markedsføring av mineralvann uten sukker

bidratt til å endre forbruket i sunnere retning. Det er et stort potensial for samarbeid mellom næringsliv og helsemyndighetene for å fremme sunnere livsstil. Samtidig er det nødvendig at myndighetene finner en god balanse mellom samarbeid på den ene siden og regulering av næringslivets rammevilkår på den andre siden.

Barn og unge skal beskyttes særskilt

Barn og unge har krav på særskilt beskyttelse. De er mer sårbare enn voksne og ofte ikke i stand til å ta informerte valg eller overskue konsekvensene av valgene. Videre kan både helseforhold, erfaringer og vaner fra oppveksten få konsekvenser for resten av livet. FNs konvensjon om barns rettigheter (barnekonvensjonen) gir barn og unge rett til beskyttelse, medbestemmelse og medvirkning. Det omfatter beskyttelse mot vold, rus, overgrep og omsorgssvikt, men også mot å utvikle helseskadelig atferd knyttet til tobakk, kosthold, alkohol og fysisk inaktivitet.

På kostholdsområdet innebærer det for eksempel å beskytte barn og unge mot markedsføring av usunn mat og drikke. Retten til et ernæringsmessig fullverdig kosthold og fysisk aktivitet er grunnleggende for normal vekst og utvikling, og innebærer at staten må informere om og legge til rette for dette. På tobakksområdet innebærer det et ansvar for å sette i verk tiltak for å gjøre tobakksprodukter mindre attraktive og tiltrekkelige på barn og unge.

I tillegg til at barn og unge skal beskyttes særskilt, bør en også legge til rette for utvikling av barn og unges mestringsevne og selvkontroll. Vi må ha en riktig balanse mellom et beskyttende miljø og utfordrende omgivelser. Barnehage, skole, familie, nærmiljø og organiserte fritidsaktiviteter spiller en viktig rolle i styrking av den enkeltes mestringsevne og selvkontroll. Barns medvirkning i beslutninger bidrar også til dette. Medvirkning fra barn og unge kan være et viktig bidrag til å skape et mer helsevennlig samfunn, for eksempel i sammenheng med planprosesser etter plan- og bygningsloven, og deltakelse i ungdomsråd eller andre medvirkningsarenaer.

Folkehelse skal samordnes med andre sentrale samfunns mål

I mange tilfeller vil det være synergieffekter mellom tiltak på folkehelseområdet og tiltak på andre samfunnsområder, for eksempel i klimapolitikken, arbeidslivspolitikken og skolepolitikken. Aktiv transport som sykling og gange gir bedre helse

Boks 3.1 Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet er etablert ved Høgskolen i Bergen. Senteret skal bidra til å styrke barnehagens og skolens rolle som helsefremmende og forebyggende arenaer for barn og unge. Senteret skal synliggjøre og formidle sammenhengen mellom helse og barn og unges læring, læringsmiljø og læringsutbytte, med vekt på sunne måltider og regelmessig fysisk aktivitet. Senteret skal bidra til å sette søkelys på hvordan ernæring og fysisk aktivitet kan være naturlig integrert på tvers av fag og særlig være en ressurs for fagene mat og helse og kroppsøving i grunnskolen og videregående opplæring. Senteret skal drive formidling, rådgivning og veiledning basert på eksisterende forskning, forsøks- og utviklingsarbeid og eksempler på god praksis.

www.mhfa.no

gjennom økt fysisk aktivitet og mindre luftforurensning og støy, samtidig som aktiv transport bidrar til lavere utslipp av klimagasser. På samme måte vil et plantebasert kosthold samt økt inntak av fisk og mindre kjøtt både bidra til å nå helsepolitiske og klimapolitiske mål. Produksjon og forbruk av mat står for om lag 25 prosent av Norges klimagassutslipp. God kvalitet i barnehage og skole bidrar til bedre læring og bedre gjennomføring av videregående opplæring samtidig som den allmenne helsetilstanden hos barn og unge styrkes. Et mer inkluderende arbeidsliv kan bidra både til bedre folkehelse og til lavere utgifter til uføretrygd og andre trygdeytelser. Ved å se politikkområdene i sammenheng kan vi få mer ut av ressursene og gjennom det gi tiltakene større legitimitet.

Innsats for å styrke den enkeltes mestringsevne

Utgangspunktet er at voksne må ta ansvar for eget liv og helse. Samtidig vet vi at helse og livskvalitet formes av forhold utenfor den enkeltes kontroll og det gir ulike forutsetninger for frihet og ansvar. Et viktig element i folkehelsepolitikken er å styrke enkeltindividet. Det handler om å skape forutsetninger for å mestre utfordringer og ta i bruk muligheter som livet byr på. Det handler om å

Boks 3.2 Miljø og kosthold

En arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt råd for ernæring har i rapporten Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer fra 2011 anbefalt et kosthold som inneholder mye frukt, bær, grønnsaker, fullkorn og fisk, og lite rødt kjøtt og dyrefett. En endring av kostholdet i denne retningen vil i følge arbeidsgruppen sannsynligvis bidra til mindre utslipp av klimagasser og til å redusere uønskede effekter på miljøet. I tillegg konkluderte arbeidsgruppen med at klimavennlig kosthold bør bestå av matvarer som:

- krever minst mulig transport (mer lokal mat)
- krever lite emballasje
- gir redusert svinn i produksjon og utnyttelse

finne den riktige balansen mellom den enkeltes ansvar for eget liv og myndighetenes ansvar for å skape mest mulige like forutsetninger.

Vi må rette innsatsen mot forhold som fremmer mestring, helse og trivsel. Det betyr at folkehelsepolitikken også dreier seg om å skape et samfunn med økonomisk og sosial trygghet og gode oppvekstvilkår. Den brede folkehelsepolitikken omfatter god svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, kvalitet i barnehager og skoler, forebygging av frafall i videregående opplæring og tiltak i nærmiljø og lokalsamfunn for å styrke befolkningens psykiske og fysiske helse.

Virkemidler skal brukes effektivt

Effektiv bruk av virkemidler for å påvirke livsstil innebærer at virkemidlene i større grad må sees i sammenheng, bygge på oppdatert kunnskap om utfordringer og tiltak, og baseres på samfunnsøkonomiske analyser.

Langsiktig og helhetlig tilnærming til informasjonsarbeidet skal bidra til mer effektiv utnyttelse av ressursene. Informasjonssatsingene skal knyttes enda tettere til virksomhetsplaner, strategier og mål på de ulike levevaneområdene. I en langsiktig kommunikasjonsplan kan det være aktuelt å prioritere enkeltområder sterkere i noen perioder for å få til en større og mer slagkraftig satsing. Mer langsiktig og helhetlig planlegging skal også bidra til bedre samarbeid med alliansepartnere

som for eksempel matvarebransjen. Forsterket bruk av sosiale medier, bruk av ny teknologi (som mobilapplikasjoner), samspill med private kommersielle og frivillige aktører, vil forsterke innsatsen ytterligere.

Kampanjer og aksjoner bør også utformes slik at de treffer de grupper som trenger det mest. Mange, for eksempel en del innvandrere, har svake leseferdigheter, noe som kan gi dårligere forutsetninger for å ivareta egen helse. Derfor bør informasjon som utvikles være tilpasset svake lesere, og helsepersonell må sikre at viktig informasjon knyttet til forebygging, behandling og medisinerer gis muntlig.

Regulering skal brukes mer målrettet og effektivt og gjøres enklere og mindre byråkratisk. Kraftfulle reguleringstiltak skal prioriteres der det er hensiktsmessig og nødvendig. Bruk av regulering skal unngås i tilfeller der det finnes andre virkemidler som er effektive eller når bruk av regulering griper uforholdsmessig inn i folks private autonomi.

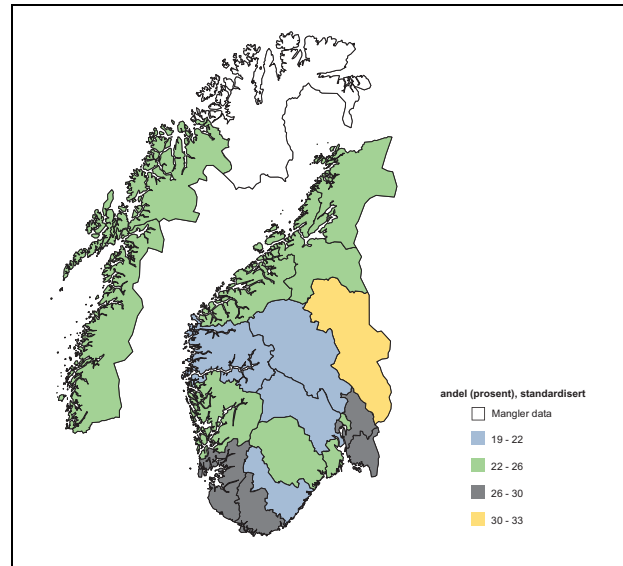
Det vil også være aktuelt å vurdere effektivisering og forenkling gjennom å samle enkelte eksisterende tilskuddsordninger slik at etater, kommuner og frivillige organisasjoner kan arbeide mer helhetlig og fleksibelt. Dette kan sikre bedre utnyttelse av ressursene og bedre prioritering.

3.2 Fysisk aktivitet

Regjeringen vil gjøre det lettere for den enkelte å være fysisk aktiv. Positiv motivering i kombinasjon med strukturelle virkemidler skal senke terskelen for å være fysisk aktiv både i dagliglivet og på fritiden.

Fysisk aktivitet er kilde til helse og livskvalitet, nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge og viktig for å opprettholde god funksjonsevne gjennom hele livet. Fysisk aktivitet er viktig for en god oppvekst. Fysisk aktivitet må derfor være en naturlig del av sentrale oppvekstarenaer som barnehage og skole, samtidig som fritidstilbud og nærmiljøer må gi muligheter for både organisert og spontan lek og fysisk utførelse.

Det ligger samfunnsgevinster i å bygge et samfunn der det er lettere å bevege seg enten det er til fots eller på sykkel. Regjeringen vil ta dette med i det pågående arbeidet med Nasjonal transportplan 2018–2027 både når det gjelder mål og indikatorer for måloppnåelse. For personer som er lite aktive vil selv en liten økning i aktivitetsnivået gi en helsegevinst i form av redusert syk-



Figur 3.1 Andel som oppgir at de utfører fysisk aktivitet slik at de blir svette og andpustne, 2012, 16–79 år – under én time per uke, andel (prosent)

Kilde: Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt

domsrisiko, bedre livskvalitet og økt funksjonsevne. I et livsløpsperspektiv er det beregnet at en fysisk inaktiv person kan vinne drøyt åtte leveår med god helse ved å øke aktivitetsnivået fra inaktiv til aktiv. Hvis aktivitetsnivået økes ytterligere, vil gevinsten kunne dobles til 16 leveår med god helse. Vi er trenbare gjennom hele livet. En inaktiv person på 70 år kan vinne tre leveår med god helse ved å være fysisk aktiv.

3.2.1 Økt fysisk aktivitet i opplæringen

Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet for elevene og bidra til livslang bevegelseslyst og glede av fysisk aktivitet. Skolen favner alle barn og unge og kan derfor gi alle elever gjennom tilpasset opplæring muligheter til fysisk aktivitet og bevegelseserfaring, og dermed grunnlag for helse og læring.

Det er en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og kognitiv funksjon hos barn og unge. Ny forskning peker på at fysisk aktivitet, god motorikk og fysisk form kan være viktig for elevens kognitive funksjon og læring i skolen. Tiltak med daglig fysisk aktivitet i skolen, som er gjennomført ved Trudvang skole i Sogndal, viser at elevene kommer i bedre fysisk form og får redusert risikoprofil for hjerte- og karsykdommer, og at elever med størst behov har best effekt. Videre reduseres konfliktnivået, samtidig som trivselen og det psykososiale læringsmiljøet bedres.

Boks 3.3 Myndighetenes anbefalinger om fysisk aktivitet og stillesitting

Barn og unge

Barn og unge bør være fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være variert, allsidig og av moderat eller høy intensitet. Minst tre ganger i uken bør aktiviteten være med høy intensitet (høy puls), og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og belastar skjelettet. Lek og fysisk aktivitet ut over 60 minutter daglig gir ytterligere helsegevinster.

Voksne og eldre

Voksne og eldre bør være fysisk aktive minst 150 minutter hver uke. Aktiviteten bør gjøre deg lett andpusten (moderat intensitet). Er aktiviteten av høy intensitet, som får deg til å puste mye mer enn vanlig, holder det med minst 75 minutter hver uke. Anbefalingen kan også oppfylles med kombinasjon av moderat og høy intensitet. Aktiviteten kan deles opp i økter av minst 10 minutters varighet. Aktiviteter som styrker musklene bør utføres minst to ganger i uken. Økt dose, inntil det dobbelte av anbefalingene ovenfor, gir økt helsegevinst.

Eldre med nedsatt mobilitet anbefales i tillegg å gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og redusere risikoen for fall.

Stillesitting

Barn, unge, voksne og eldre anbefales å redusere tiden i ro og til stillesitting. Lange perioder i ro eller stillesittende bør stykkes opp med korte avbrekk med lett aktivitet. Denne anbefalingen gjelder også for dem som er fysisk aktive.

Modeller og forsøk

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet som er etablert ved Høgskolen i Bergen har som kjerneoppgave å drive formidling, rådgivning og veiledning til barnehager og skoler basert på forskning og eksempler på god praksis. Fra 2015 overtar senteret ansvaret for drift og videreutvik-

Boks 3.4 Look to Finland og Valdemarsvik i Sverige

Ny forskning viser sammenhenger mellom fysisk aktivitet og kognitive ferdigheter. Sverige har siden 1990 tallet kuttet i antallet gymnastikktimer mens Finland økte sitt antall. Kristiina Volmari, fra utdanningsstyrelsen i Finland sier «Vi har gett mer timmar till sport. Det baserar sig på idén att det stimulerar elevernas förmåga att ta in mer kunskap och teoretiska ämnen. Det går hand i hand. Det är någonting vi tror på nu.»

For å snu en negativ trend med dårlige skoleresultater, har skolemyndighetene i Valdemarsvik i Sverige innført 3 ukentlige økter å 20 til 30 minutter med pulstrening for 7. klassinger på ungdomstrinnet i tillegg til de vanlige gymnastikktimene. Under læreroppsyn trener elevene seg opp ved ulike øvelser til bedre fysisk form. Dette har påvirket skoleresultatene positivt for de elevene som har deltatt. Dette gjelder ferdigheter i lesing, engelsk og matematikk. I tillegg har elevene blitt roligere og de trives bedre på skolen.

ling av Aktivitetsbanken fra Utdanningsdirektoratet, herunder å sørge for oppdatering og utvikling av innhold for barnehage og skole.

Etter dagens fag- og timefordeling har kroppsøving og fysisk aktivitet i snitt 2,1 timer per trinn per uke på hele barnetrinnet og to timer per trinn per uke på ungdomstrinnet. En tilrettelegging som sikrer daglig fysisk aktivitet vil omfatte vurdering av så vel flere timer i faget kroppsøving som flere timer til fysisk aktivitet, og at skolene utnytter handlingsrommet til å omdisponere tid innenfor fag- og timefordelingen. Det er gode eksempler på at skoler utnytter det lokale handlingsrommet og lykkes i å legge til rette for daglig fysisk aktivitet på barnetrinnet, for eksempel ved å integrere fysisk aktivitet i andre fag, utnytte midttimer, friminutt og utedager, og skoleveien.

Det nasjonale senteret gis i oppdrag å utvikle modeller for fysisk aktivitet med grunnlag i forskningsbasert kunnskap og å systematisere og formidle gode eksempler på hvordan skolen innenfor dagens fag- og timefordeling best kan arbeide for å sikre daglig fysisk aktivitet for elevene. For både modeller og eksempler vil det være viktig med en alderstilpasning for å gjøre de rele-

vante for elever både i grunnskolen og videregående opplæring.

Samtidig er det nødvendig å legge et langsiktig løp for å sikre fysisk aktivitet hver dag for alle elever og særlig vurdere hvordan utfordringer i ulike deler av opplæringsløpet kan møtes. Det skal derfor legges til rette for å få erfaringer med utvidet tid til kroppsøving og fysisk aktivitet på ungdomstrinnet.

Som ledd i å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for framtidig arbeid med fysisk aktivitet på ungdomstrinnet, skal det igangsettes et forsøk over tre år med et utvalg av ungdomsskoler der elevene vil få om lag fire timer fysisk aktivitet og kroppsøving i uken. Forsøket skal innrettes slik at en best mulig kan studere virkningene av mer fysisk aktivitet og/eller mer kroppsøving på fysisk og psykisk helse og på læring, og om mulig hvordan det påvirker utviklingen i faget. Forsøket skal evalueres. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil komme nærmere tilbake til innhold og omfang på forsøket i budsjett-sammenheng.

Kompetanse på kroppsøving

Formålet med kroppsøvingfaget er å bidra til livslang bevegelseslyst og glede av fysisk aktivitet. Den faglige grunnstammen er å gi elevene bevegelseskompetanse og bidra til elevenes læring og kunnskap og dermed allmenndanning i skolen.

God kompetanse hos lærere som underviser i faget er nødvendig for å oppnå kompetansemål som for eksempel svømmeferdighet. God kompetanse er nødvendig for å kunne gi tilpasset opplæring og generelt bidra til at elevene opplever glede, mestring og inspirasjon både som egenverdi og nytteverdi for skoleprestasjoner.

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste § 2-3 tydeliggjør skolehelsetjenestens plikt til å samarbeide med skolen. Dette er særlig aktuelt for å kunne gi tilpasset opplæring til elever med behov for ekstra oppfølging og spesiell tilrettelegging på grunn av nedsatt funksjonsevne eller sykdom.

En kartlegging gjennomført av Statistisk sentralbyrå i 2014 viser at bare om lag halvparten av lærerne som underviser i kroppsøving i grunnskolen har faglig fordypning i faget. Tidligere kartlegginger tyder på at det er langt færre som har faglig fordypning i faget blant dem som underviser på barnetrinnet. Samtidig viser erfaringer fra ordningen med uketimer fysisk aktivitet på femte til sjuende trinn at bare halvparten av tilbudet bemannes med pedagoger.

Kompetansemål knyttet til svømming er en del av læreplanen for kroppsøvingfaget. Det er sendt på høring forslag til revidering av kompetansemålene for svømming for å styrke svømmeopplæringen. Det høres ulike forslag til en nasjonal definisjon av hva svømmedyktighet innebærer. Endringene i læreplanen for kroppsøvingfaget skal tas i bruk fra skoleåret 2015/16.

En studie utført av Ipsos-MMI i 2014 på oppdrag fra Gjensidigestiftelsen og Norges svømme-forbund, viser at 17 prosent av barn med innvandrerbakgrunn har dårlige svømmeferdigheter, mens det tilsvarende tallet for barn med norsk-fødte foreldre er fem prosent. Svømmeopplæring for nyankomne minoritetsspråklige barn, unge og voksne som er omfattet av grunnskoleopplæringen er styrket i budsjettet for 2015. Videre er det opprettet et tilskudd for bedre svømmeopplæring i barnehage i regi av kommuner eller frivillige organisasjoner.

For å sikre at lærere som underviser i kroppsøvingfaget oppfyller forskriftsfestede krav til faglig fordypning, skal det tas høyde for dette i grunnutdanningstilbud og i tilbud om etter- og videreutdanning av lærere med sikte på oppbygging av bedre kapasitet og kompetanse over tid. Samtidig er det viktig at kommunene som skoleeier prioriterer midler til videreutdanning slik at alle lærere har faglig fordypning.

3.2.2 Tilrettelegge for en aktiv hverdag

Hensynet til menneskers liv og helse og behov for bevegelse skal i større grad legges som et premiss for samfunnsutviklingen. Tiltak vil være knyttet til oppfølging av Nasjonal transportplan og klimaforliket, nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling, nasjonal gåstrategi og nasjonal sykkelstrategi, nasjonal friluftstrategi og friluftslivspolitikken, statlig idrettspolitik og samarbeid med frivillige organisasjoner og private aktører lokalt. Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling er nærmere omtalt i kapittel 6.

Kvaliteter i det fysiske miljøet betyr mye for hvor fysisk aktive vi er. Generelt er mennesker mer fysisk aktive dersom parker, grøntområder, anlegg for rekreasjon, idrett og friluftsliv, kollektivtransport, viktige målpunkter som service og butikker ligger i nærheten av hjemmet eller arbeidsplassen. Barn, eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne er særlig avhengige av bolignære naturområder for å kunne utfolde seg trygt.

Hundehold kan stimulere både til mer fysisk aktivitet og sosial omgang. Mange som har hund eller omgås hunder har kjent på følelsen av glede

Boks 3.5 Fysak Søndre Land ungdomsskole

Elevene skal øke pulsen i aktivitetene. Aktivitetene skal gi økt trivsel. Rammene for planlegging og gjennomføring, som for øvrig preges av elevenes medvirkning, er som følger:

- 30 minutter daglig fysisk aktivitet i tillegg til kroppsøving
- Det tas fem minutter fra alle fag pr. dag
- 14 dagers planer på klassenivå – aktiviteten gjennomføres klassevis og uansett vær
- Egen koordinator med nedsatt lesetid
- Ansvarlig lærer for timen organiserer aktiviteten
- Enkle aktiviteter uten behov for å skifte
- Aktivitetene utføres i forkant av matpause

Om lag 95 prosent av elevene er grunnleggende positive til daglig Fysak. Alle gjennomfører. I tillegg til bedre utholdenhet og fysiske egenskaper har satsningen ført til:

- økt trivsel blant elever og ansatte
- bedre konsentrasjon gjennom hele skoledagen
- økt matlyst hos elevene
- bedre læringsmiljø og sosialt samspill
- mindre konflikter og bedre kommunikasjon mellom lærere og elever

For mer informasjon: www.sl.uskole.no

og tilknytning, motivasjon til å komme seg ut og bevege seg, og det sosiale ved å treffe andre med hund.

Bedre tilrettelegging for sykling og gange

Regjeringen vil ha fokus på byområdene og følger opp klimaforliket om at veksten i persontrafikken skal tas med sykkel, gange og kollektiv. Økt sykling, gange og kollektivbruk i byer og tettsteder løser flere utfordringer samtidig; bedre helse, bedre miljø og bedre klima.

Tilrettelegging for syklende og gående både som transport og rekreasjon skal ha prioritet i samfunns-, areal- og transportplanleggingen. God tilrettelegging er nødvendig for å gjøre det mer attraktivt og trygt å sykle eller gå til skole, jobb og fritidsaktiviteter. Flere på sykkel og til fots er et viktig bidrag til økt hverdagsaktivitet. Kollektivtransport er også sentralt, da reisen oftest begynner eller avsluttes med gåing eller sykling. For

Boks 3.6 Paris-erklæringen: City in Motion – People First!

Paris-erklæringen er en felles europeisk plattform for tiltak i skjæringspunktet mellom transport, miljø og helse. Norge har sluttet seg til erklæringen som ble vedtatt på det fjerde høynivåmøtet om transport, miljø og helse i april 2014 i regi av Verdens helseorganisasjon og UNECE. Paris-erklæringen har fem prioriterte målområder for perioden 2014–2020. Disse målområdene er å:

- oppnå større grad av bærekraftig økonomisk utvikling ved investering i miljø- og helsevennlig transport
- fremme bærekraftig transport og mer effektive transportsystemer
- redusere utslipp fra vegtrafikk som drivhusgasser, luftforurensning og støy
- tilrettelegge for aktivitetsvennlig og trygg transport som sykling og gåing
- integrere transport-, helse- og miljøhensyn i samfunns- og arealplanlegging

den enkelte handler det om et mer aktivt liv og flere leveår med god helse og livskvalitet.

Nasjonal gåstrategi og nasjonal sykkelstrategi har som mål å øke andelen gående og syklende, og følges opp som del av gjeldende Nasjonal transportplan 2014–2023 (NTP). I dag foregår 22 prosent av alle daglige reiser til fots. Målet er at andelen gående bør ligge i intervallet 20 til 40 prosent, og høyest i storbyene. Gange er den vanligste aktiviteten i alle aldersgrupper og dette er en aktivitet som potensielt kan føre til økt hverdagsaktivitet. Det må derfor gjennom planlegging og tilrettelegging gjøres mulig, attraktivt og trygt å gå, samtidig som det også sørges for vintervedlikehold av gangveier og strøing når det er nødvendig. Glatte veier og fortau, og mangelfull snørydding eller strøing av gangarealene er årsak til mellom 35 og 45 prosent av skadde fotgjengere årlig. Bedre tilrettelegging for fotgjengere bidrar også til å redusere antall fotgjengerulykker og skadene av dem. God tilrettelegging for gående kan ivaretas gjennom å utvikle lokale gåstrategier – og gjerne inkludere turgåing generelt.

Målet er at sykkeltrafikken i Norge skal utgjøre åtte prosent av alle reiser innen 2023. Dette innebærer at syklingen minst må dobles i omfang og mest i de store byene, og at 80 prosent av barn og unge går eller sykler til skolen. God

Boks 3.7 Kristiansand – der alle sykler

Den nasjonale reisevaneundersøkelsen viser at Kristiansand er Norges beste sykkelby med en sykkelandel på 10 prosent. Fra 2009 har sykkelandelen økt fra 8,5 til 10 prosent. Visjonen i Kristiansand er at alle sykler. Målet er å bli beste sykkelregion i Norge. Med utgangspunkt i 2009 er målet at sykkeltrafikken skal doubles innen 2020. Det skal være sammenhengende sykkelvegnett i regionen, og 80 prosent skal sykle til skolen.

Suksesskriterier for å få flere til å sykle er sammenhengende og godt utbygde sykkelvegnettet med god kvalitet i utforming, høy kvalitet på vedlikehold og en sykkelkultur som gjør det normalt å sykle. Trafikkregulerende tiltak, god samhandling mellom syklistene og biltrafikk er viktig, bl.a. for å skape en aktiv sykkelkultur. Jevnlige atferdskampanjer er viktig for å opprettholde trykk og interesse for sykling. Årlig gjennomføres kampanjen Jeg kjører grønt som er rettet mot alle over 15 år og kampanjen Beintøft som er rettet mot grunnskolen. I samarbeid med Bedriftsidretten legges det lokale ressurser inn i Sykle til jobben-aksjonen.

Samarbeidet om areal- og transportplanleggingen (ATP) er sentral i sykkelsatsingen. Kristiansand, Songdalen, Søgne, Vennesla, Birkenes, Lillesand, Iveland, Aust-Agder fylkeskommune, Vest-Agder fylkeskommune og Statens vegvesen samarbeider om areal- og transportplanleggingen i Kristiansand-regionen. Dette samarbeidet gjør det mulig å snakke sammen om behov for å endre noe raskt. ATP-samarbeidet gir også et mer slagkraftig driftsbudsjett, blant annet til sykkelaksjoner og kampanjer. Planen for sammenhengende sykkelvegnett har bidratt til at kommunene i Kristiansand-regionen regulerer sykkeltrafikk og vil harmonere standarden i sykkelvegnettet. Det legges vekt på tilgjengelighet for alle. Det er gjennomført ATP-analyser for å vise hvor langt man når på sykkel. Noen etapper av Sykkelekspressveien fra Vågsbygd til Sørlandsparken, som tangerer Kvadraturen, er ferdig bygd. Planlegging pågår for å gjøre den komplett. Når sykkelekspressveien er ferdig utbygd, trolig i 2025, kan 10 000 flere syklistene nå Kvadraturen på en halvtime.

infrastruktur for sykkel og gange må gjøre det både mulig og trygt å velge aktiv transport.

Sykkelekspressveier for økt sykkelpendling inn mot og gjennom storbyene er sentralt. I sykkelbyer som Stavanger og Kristiansand har andelen som sykler økt ved denne typen løsninger. Det er samtidig nødvendig å bygge ut sammenhengende sykkelvegnett inne i sentrumskjernen der flest mennesker oppholder seg. Andelen kvinner, barn og eldre som sykler er lav. Det skal derfor legges vekt på å fremme en sykkelkultur for hverdagssyklisten både gjennom infrastrukturtiltak, skilting og kommunikasjon. For å øke framkommelighet og trafikksikkerhet for syklistene langs fylkesveger og det kommunale vegnettet, er det viktig med løsninger som møter behov og som er tilpasset trafikale forhold enten dette er sykkelfelt, gang- og sykkelveier eller delte felt for sykkel og gange. Regjeringen har etablert en ny statlig belønningsordning for gang- og sykkelveger på kommunalt og fylkeskommunalt vegnett. Ordningen har som formål å påvirke transportplanleggingen i kommuner og fylkeskommuner, og fungere som et insentiv til bedre tilrettelegging for gående og syklende.

Elsykkel er et positivt supplement. Elsykkel kan for mange være et alternativ til bil på så vel korte som lengre strekninger der sykkelvegnettet er dimensjonert for dette. Tiltak for økt elsykkelbruk bør utredes nærmere, og en slik utredning må også omfatte kunnskap om helseeffekter av elsykling.

3.2.3 Samarbeid med frivillige og private aktører

Friluftsliv for alle

Regjeringen vil styrke friluftslivet og vil samarbeide med friluftsråd og frivillige organisasjoner for å bedre folkehelsen gjennom fysisk aktivitet og friluftsliv. Regjeringen legger fram en ny stortingsmelding om friluftsliv i regjeringens periode. Et viktig mål vil være å senke terskelen for at flere skal delta i friluftsliv. Muligheter for livsutfoldelse, idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv ivaretas i samfunns- og arealplanleggingen, god arealforvaltning og en lokalsamfunnsutvikling som tar hensyn til ulike aldersgrupper.

Mye av friluftslivet, særlig utenfor de store byene, foregår i kulturlandskap, på landbruks- og skogsveier og ferdselsårer i skog og utmark. Et tettere samarbeid mellom landbruket, kommunene og frivillige organisasjoner om tilretteleg-

Boks 3.8 STImuli i Bodø

STImuli er en målrettet satsing på oppgradering og etablering av bostedsnære turløyper i Bodø. Arbeidet startet i 2009. Målet er en friskere og mer aktiv befolkning med sterkere tilhørighet og bedre kunnskap om egne nærområder, og at Bodø blir et mer attraktivt bosted, studiested og reiselivsmål. Folk i Bodø skal få godt merkede og tilrettelagte rundturløyper mindre enn 500 meter fra der de bor. Lysløyper oppgraderes til grusede sommerløyper. Kyststier, elvestier, turveier og turstier skal etableres. Det skiltes, merkes og informeres om løyper i byen, langs sjøen og i marka. Det lages kart og turkort. En mastergradsstudent har fulgt prosjektet. To viktige konklusjoner er at alle går mer på tur, også de som er lite fysisk aktive. For denne gruppen er kort avstand til turløype, publisitet og god informasjon spesielt viktig.

Bodø kommune eier prosjektet og har satt av i underkant av 30 millioner kroner til investeringer i perioden 2009–2016. Styringsgruppa er sammensatt av posisjon og opposisjon på høyt politisk nivå. Prosjektgruppa er bredt sammensatt. Salten Friluftsråd har prosjektledelsen. Det er bred deltakelse fra næringsliv, offentlige virksomheter, organisasjoner og privatpersoner. Gjennom STIadopsjonsordningen oppfordres bedrifter, skoler, organisasjoner og andre til å ta et ansvar for en eller flere løyper. Bodø kommune har gjennomført kartlegging og verdisetting av friluftslivsområder og gjennom forskningsprosjekt er befolkningens faktiske nærturvaner dokumentert. Dette har, sammen med forsterket satsing på folkehelse i kommunene, gitt økt oppmerksomhet om betydningen av de nære turområdene og arbeidet med bostedsnære turløyper stor politisk legitimitet.

ging for friluftslivet, er viktig for å øke forståelsen for aktørenes ulike behov.

Friluftsliv har en særstilling som fritidsaktivitet i den norske befolkningen. Gåing er den vanligste fysiske aktiviteten i alle aldersgrupper, og fotturer i skog og mark er den suverent største aktiviteten som to tredeler av befolkningen driver med. Fysisk aktivitet og friluftsliv i naturen og nærmiljøet skårer høyest når folk blir spurt om hva de ønsker å gjøre mer av. Friluftsliv kan utøves gjennom store deler av livsløpet og av flere

Boks 3.9 Friluftslivets år 2015

Målet med markeringen av Friluftslivets år i 2015 er å skape økt oppmerksomhet og oppslutning om friluftsliv i alle deler av befolkningen og å øke bevisstheten om allemannsretten og de unike muligheter alle i Norge har til å utøve friluftsliv. Prioriterte målgrupper er barn, unge og barnefamilier. Friluftslivet skal være enkelt og tilgjengelig. Nærmiljøet er derfor viktig, og stien er gjennomgående satsing. Sentralt i markeringen er lokale aktiviteter over hele landet i regi av ulike organisasjoner, lag og foreninger i tillegg til en rekke nasjonale arrangementer og prosjekter. Friluftslivets år er tidligere markert i 1993 og 2005.

generasjoner samtidig. Friluftsliv og naturkontakt gir ut over fysisk aktivitet, mulighet for avstresning, ro og stillhet som for mange er viktig i en stressende hverdag. Naturen er en god arena for sosial kontakt og fellesskap. Det er god dokumentasjon for at friluftsliv og naturkontakt er viktig i forebygging og behandling av ulike psykiske lidelser som depresjon og angst.

Turgåing er den aktiviteten som har potensial for å aktivisere dem som i dag er for lite fysisk aktive. Attraktive turveier og merkede turstier i nærmiljøene, i områder nær boliger og bebyggelse og fra utfartssteder senker terskelen for å gå tur. Tilrettelegging med skilting, informasjonstavler, bålplasser, gapahuker, benker mv kan gi turen tilleggsverdier. Sammenhengende grøntstruktur med stier og gangvier som knytter nærmiljøet, skole, barnehage og utfartsområder sammen har positiv innvirkning på aktivitetsnivået. Det skjer mye godt arbeid på dette feltet. Eksempler er STImuli-prosjektet i Bodø kommune og turskiltprosjektet som fylkeskommuner, Gjensidigestiftelsen, turlag og friluftsråd samarbeider om.

I Friluftslivets år 2015 vil stien være en sentral satsing. Gjennom å gjøre områder lettere tilgjengelig og sørge for bedre informasjon og skilting, vil det bli mer attraktivt med friluftsliv i nærmiljøet. Kort avstand til en turløype er spesielt viktig for mennesker som er lite fysisk aktive. Eldre, barn i følge med voksne og mennesker med nedsett funksjonsevne har liten aksjonsradius fra hjemmet – henholdsvis 300 meter og 400 meter, og de er derfor avhengige av bolignære områder og anlegg for rekreasjon. Det skal framover legges økt vekt på enkle anlegg som mange kan

benytte. Nærhet til bolig blir derfor viktig. Ved planlegging er det faglig holdepunkter for å legge til rette for at alle skal ha tilgang til en turløype innen 500 meter fra der de bor.

Regjeringen har en tydelig friluftslivsprofil og i budsjettet for 2015 er tilskuddsordninger til friluftslivsorganisasjoner og friluftsråd styrket, blant annet som ledd i markeringen av Friluftslivets år i 2015. Dette skal stimulere til økt friluftslivsaktivitet gjennom lokale tilbud som tar hensyn til at ulike grupper i befolkningen ut fra alder, livsfaser, etnisk bakgrunn og fysisk funksjon har ulike behov. Det skal i større grad legges vekt på å ta i bruk informasjonsteknologi som motiveringsverktøy, slik som ulike apper med turvalg, som for eksempel nettstedet ut.no, tips og råd, kart og poster.

Idrett og fysisk aktivitet for alle

Statens overordnede mål med idrettspolitikken kan sammenfattes i visjonen idrett og fysisk aktivitet for alle. Idrett og fysisk aktivitet for alle innebærer at staten gjennom sin virkemiddelbruk skal legge til rette for at alle som ønsker det skal ha mulighet til å delta i idrett eller drive egenorganisert fysisk aktivitet. Barn og ungdom (6 til 19 år) er de viktigste målgruppene for den statlige idrettspolitikken.

Fra og med 2015 er andelen av spillemidlene til idrettsformål økt. Dette skal i første rekke styrke ordningen med bygging og rehabilitering av idrettsanlegg. Samtidig er ordningene med momskompensasjon til frivillige organisasjoner og ordningen med momskompensasjon ved bygging av idrettsanlegg styrket. Dette er viktig for både den organiserte idretten og for muligheten til å drive egenorganisert fysisk aktivitet.

Idrett handler også om deltakelse i sosiale fellesskap. Lokale idrettslag er gjennom sin brede tilslutning i barnegruppen et av sivilsamfunnets viktigste bidrag til gode og trygge oppvekstvilkår. I dag er det store flertallet av norske barn med i norsk idrett på et eller annet tidspunkt, og mange deltar i flere idretter. Selv når det tas høyde for dobbeltmedlemskap og demografiske svingninger i fødselskullene viser tallene at oppslutningen er bred blant både gutter og jenter og i ulike samfunnsklasser. Om lag 85 prosent av alle norske barn har i løpet av barneskoletiden vært medlem av et idrettslag.

Idrett rekrutterer bredt og er en av samfunnets viktigste inkluderingsarenaer. Selv om oppslutningen blir gradvis lavere i løpet av ungdomsårene, er idrett en dominerende fritidsaktivitet også for denne aldersgruppen.

Lokale idrettslag er møteplasser på tvers av generasjoner og sosiale skillelinjer. Den organiserte idretten har selv påtatt seg et ansvar og har høye mål om å gi et godt aktivitetstilbud på alle ferdighetsnivåer og for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det er likevel utfordringer knyttet til for tidlig frafall, mulighetene for deltakelse for barn og ungdom som vokser opp i inntektsfattige familier og til å inkludere alle – særlig jenter med innvandrerbakgrunn. Det er også utfordringer knyttet til å legge godt nok til rette for mennesker med nedsatt funksjonsevne og med utviklingshemming. Et viktig bidrag – og kanskje det viktigste bidraget norsk idrett kan gi for å fremme fysisk aktivitet og folkehelse, vil være å inkludere enda flere inn i den organiserte idretten. Dette krever god tilgang til anlegg for barne- og ungdomsidrett i kommunene og til anleggstyper som kan benyttes til aktiviteter som har bred oppslutning i befolkningen. Enkle anlegg for egenorganisert idrett og fysisk aktivitet er viktig for å fremme en fysisk aktiv livsstil ut over hverdagsaktiviteten.

Mange tilbydere av fysisk aktivitet og teknologi gir nye muligheter

Regjeringen vil legge bedre til rette for samarbeid med private tilbydere av fysisk aktivitet for mennesker som kan ha spesiell nytte av fysisk aktivitet eller har økt risiko for å utvikle livsstilssykdom. Hensikten er å gi veiledning og aktiv oppfølging i et støttende miljø.

Treningssenterbransjen er en viktig aktør for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Treningsentrene har tilbud for mange både som hovedarena for trening og som supplement til fotturer og øvrige uteaktiviteter som løping, sykling og skigåing. Per oktober 2014 er det 984 treningsentre i Norge med nærmere 1 million medlemmer.

Treningsentrene har en kompetanse som gjør dem til en samarbeidspartner for den kommunale helse- og omsorgstjenesten om aktivitetstilbud under kyndig veiledning, som for eksempel funksjonell styrketrening eller gruppetrening med kjent fallforebyggende effekt. Ved samarbeid om, og eventuelt kjøp av slike tjenester, vil regelverket om offentlige anskaffelser komme til anvendelse.

Private helseinstitusjoner tilbyr også gruppetrening relatert til ulike diagnoser og behov rettet mot enkeltpersoner. Det er eksempler på at idrettslag utnytter ledig kapasitet på dagtid i innendørs idrettsanlegg til aktivitetstilbud for eldre og godt voksne.

For øvrig er det et mangfold av tilbydere av fysisk aktivitet, blant så vel frivillige organisasjoner som blant ulike samarbeidskonstellasjoner mellom organisasjoner og private aktører. Aktivitetsalliansen og NCD-alliansen er eksempler på denne type samarbeid der formålet er å få oppmerksomhet om fysisk aktivitet og gjennom ulike tiltak og kanaler påvirke myndigheter og beslutningstakere til et mer aktivitetsvennlig samfunn, og å gi inspirasjon til enkeltpersoner og grupper til selv å velge en aktiv livsstil. Nevnes må også Tjukkasgjengen som er en landsdekkende uformell organisasjon initiert og organisert gjennom sosiale medier med formål å fremme regelmessig fysisk aktivitet i et støttende miljø. Målet er å gå fra tjukkas til kjekkas..

I tillegg gir informasjonsteknologien nye muligheter. Flere nettsteder tilbyr treningsprogrammer som kan brukes i egen stue alene eller sammen med andre mot betaling av månedlig eller årlig avgift. Apper som kan administreres av den enkelte er allerede i bruk av mange og vil for noen kunne være en motivasjon til daglig mosjon ved at utført aktivitet registreres og at det i tillegg gis påminnelser om å utføre fysisk aktivitet. Apper i Google Maps som Geocaching eller mobilspill basert på GPS har til felles at de får folk ut på tur uavhengig av hvor de måtte være i verden.

3.2.4 Motivere til fysisk aktivitet

Regjeringen vil videreføre og videreutvikle kampanjen Dine30. Muligheten for en aktiv livsstil skal være tilstede for flere, og terskelen for hva som er godt nok må senkes. Dette må også gi seg utslag i måten vi kommuniserer på både i møte med pasienter og til befolkningen generelt eller nærmere definerte målgrupper. Et budskap fra helsemyndighetene skal ikke være nok en belastning eller bidrag til økt stress og til unødig kroppsfokus.

Kampanjen Dine30 ble gjennomført i 2014, i sosiale og digitale kanaler, i et samarbeid med frivillige, offentlige og private medspillere. Hovedbudskapet er: «hver bevegelse teller – det er 30 minutter som gjelder». Dine30 kan bestå av små, enkle grep i hverdagen som inngår i daglige rutiner. Bevegelsesglede og mestring, og det å være en positiv motvekt til kroppsfokus og ekstreme treningsmetoder er sentralt. Kjernebudskapene videreføres, men skal spisses mot klarere definerte målgrupper.

Boks 3.10 Fysisk aktivitet på arbeidsplassen

Fysisk aktivitet på arbeidsplassen er viktig for trivsel og arbeidsmiljø, men har også betydning for helse og funksjonsdyktighet. Mange bedrifter legger godt til rette for fysisk aktivitet gjennom tilbud i arbeidstiden eller i tilknytning til arbeidsplassen. Eksempler er bedriftsidrettslag, velferdstiltak, aktivitetsdager, ulike gruppetilbud og tilbud i regi av bedriftshelsetjenesten, ulike typer konkurranser og treningsfasiliteter. God og trygg sykkelparkering, garderobe- og dusjmuligheter er viktig for dem som sykler til og fra jobb – og slik tilrettelegging øker andelen syklende. Med erkjennelsen av uheldige konsekvenser av lange perioder med stillesitting, vil pausegymnastikk, variasjon i arbeidsstilling og enkle øvelser i løpet av arbeidsdagen ha stor betydning.

Etter arbeidsmiljølovens § 3-4 skal arbeidsgiver i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant de ansatte. Det er utviklet en veileder for oppfølging.

Etter dagens regler er arbeidsgivers dekning av privatforbruk skattepliktig. Dette gjelder også helt eller delvis arbeidsgiverbetalt trening eller medlemskap på et treningssenter. Arbeidsgiver har imidlertid anledning til å bidra til fysisk aktivitet på andre måter som ikke medfører fordelsbeskatning. Fellesopplegg for arbeidstakere som arbeidsgiver betaler for, anses som velferdstiltak som de ansatte ikke skal skattelegges for. Dersom en bedrift leier et helsestudio i bestemte tidsrom, eller det leies inn en instruktør som arrangerer treningsopplegg i bedriftens lokaler, vil også dette anses som rimelig velferdstiltak. Det samme gjelder for arbeidstakers tilbud om bruk av treningsfasiliteter. Arbeidsgiver har alminnelig fradragrett for kostnadene forbundet med slike velferdstiltak.

3.2.5 Fysisk aktivitet i helse- og omsorgstjenestene

Det skal legges mer vekt på systematisk samarbeid om tilrettelegging for fysisk aktivitet i primær- og sekundærforebygging og i behandling og rehabilitering. Dette ivaretas i helsetjenester

som helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom helseopplysning og samarbeid med andre tjenester, og i behandling og rehabilitering og i opplæring av pasienter og pårørende og undervisning i mestringstiltak, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Der vi har tilstrekkelig kunnskap, skal det arbeides for at fysisk aktivitet inngår i relevante faglige retningslinjer for forebygging, behandling og rehabilitering.

Helsepersonell er den gruppen av fagfolk som befolkningen har størst tiltro til når det gjelder endring av levevaner. Mange har et godt og tillitsfullt forhold til sine faste behandlere. I en slik situasjon skapes det gylne øyeblikk der helsepersonell kan gi råd, kunnskap og veiledning om helse-relatert atferd uten å være stigmatiserende. En slik dialog som kan bidra til å utløse og bygge opp under pasientens egne ressurser og muligheter for egeninnsats, som for eksempel fysisk aktivitet, er viktig.

Aktivitetshåndboken fra 2008 er en håndbok for helsepersonell om hvordan fysisk aktivitet kan brukes i forebygging og behandling av en rekke

sykdommer og tilstander. Det er viktig at helsepersonell har tilgang til gode verktøy for å gi kvalifiserte råd. For å sikre systematisk implementering av tiltak for fysisk aktivitet, skal det iverksettes et arbeid for å oppdatere håndboken med kunnskap og metoder som er kommet til siden 2008.

I behandling av pasienter med diabetes type 2, høyt blodtrykk eller høyt kolesterol kan individuelt tilpasset fysisk aktivitet brukes som alternativ eller som supplement til medisiner for å redusere medisinbruken. For personer med kroniske lidelser for øvrig og personer med langvarig sykdom er fysisk aktivitet et viktig bidrag til å opprettholde fysisk form, funksjonsevne, selvhjelpenhet og god psykisk helse. Tidlig intervensjon for eldre bidrar til å vedlikeholde motoriske funksjoner og hindre funksjonsfall. Vi er trenbare gjennom hele livet, og effekten av fysisk aktivitet er like god hos eldre som hos yngre. For godt voksne og eldre inngår styrke- og balansetrening i de nye anbefalingene om fysisk aktivitet. Å opprettholde muskelstyrke, god balanse og førlighet kan bidra til å redusere

Boks 3.11 Oslo Lufthavn

Oslo Lufthavn (OSL) er et selskap eid av Avinor. Over halvparten av de ansatte jobber i turnus og hver fjerde ansatt er kvinne. Bedriften har en rekke yrkesgrupper, deriblant brann- og redningspersonell, flygeledere, brøytemannskap, ingeniører, sikkerhetspersonell og ansatte innen IT og bagasjehåndtering.

OSL har gjennom flere år jobbet systematisk med å legge til rette for helsefremmende aktivitet for de ansatte. Arbeidet ble igangsatt for å skape et godt arbeidsmiljø, forebygge helseproblemer og redusere sykefraværet. OSL ønsket å gjøre de ansatte i bedre stand til å mestre hverdagen, bygge en sunn kultur i bedriften og få flere seniorer til å stå lengst mulig i arbeid. Dette er en gevinst for den ansatte, for bedriften og for samfunnet. Det ble igangsatt arbeid innen fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og bevisst arbeid relatert til rus og alkohol. Arbeidet har vært tydelig forankret i ledelsen, videre har verneombud og tillitsvalgte vært involvert. Det har vært fokus på ledelse, kompetanse og fleksible arbeidstidsordninger. Arbeidet kan sees som en oppfølging av arbeidsmiljøloven der arbeidsgiver skal vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivi-

tet blant arbeidstakerne i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.

Når det gjelder fysisk aktivitet er det lagt til rette for et bredt spekter av aktiviteter, som for eksempel energipauser for ansatte som sitter mye stille og som jobber under høyt press, treningsgrupper på ulike nivåer flere ganger i uken, tilpasset trening for risikogrupper, styrke- og pilatestrening, stavgang, dame- og seniortrim, det er gjennomført fjellturer og det er laget en to kilometer løype for tur i lunsjen. Videre er det gjennomført tester, veiledning, seminarer, små konkurranser og det er igangsatt en kollegastøtteordning. Når det gjelder kosthold er det etablert en grønn kantine og de ansatte har ukentlig fått cirka en halv kilo frukt. Bedriftshelsetjenesten har levert tjenester, Bedriftsidretten og Den Norske Turistforening har fulgt opp med tiltak.

Etter flere års arbeid viser resultatene blant annet bedre samarbeid på tvers i OSL, framgang på kondisjon blant de ansatte, lavere sykefraværskostnader, økt pensjonsalder, flere ansatte har gått ned i vekt og det er færre røykere. Erfaringene fra OSL viser at helsefremmende arbeid kan være en god og lønnsom investering.

Boks 3.12 Treningskontaktordningen i Nord Trøndelag

Hensikten med treningskontaktordningen er å hjelpe folk som trenger det til å komme i regelmessig fysisk aktivitet. Mennesker med psykiske lidelser er mindre fysisk aktive og i dårligere fysisk form enn resten av befolkningen.

En treningskontakt er en støttekontakt med gjennomført kurs i planlegging og tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Treningskontakten inngår ofte i kommunens tilbud om personlig assistanse. Rehabiliteringstanken er sentral i treningskontaktordningen. Det skal være tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler.

I 1995 startet et samarbeid mellom Sykehuset Levanger, Psykiatrisk klinikk og fylkeslegen om å spre kunnskap om fysisk aktivitet, friluftsliv og psykisk helse. Siden 2009 har Helse Nord Trøndelag HF Sykehuset Levanger, fylkesmannen, fylkeskommunen, Levanger, Verdal og Steinkjer kommuner samarbeidet om å skolere treningskontakter. Det er så langt utdannet 120 treningskontakter i Nord-Trøndelag. Helseforetaket var initiativtaker og faglig ansvarlig for kurset. Nå ligger hovedtyngden av oppgavene på kommunene, men helseforetaket deltar fortsatt i samarbeidet.

Det er utarbeidet en faglig modell og gjennomført kurslederkurs for utdanning av treningskontakter med mål å forankre treningskontaktordningen i flere kommuner i fylket. Det forventes at kursdeltaker vil være skikket til å delta i arrangørapparatet ved framtidige treningskontaktkurs, være skikket til å delta i organiseringen av ordningen i egen kommune og bidra som veileder i samtale mellom framtidig treningskontakter og deltakere. Modellen kan gi grunnlag for en nasjonal veiledning for utdanning.

For mer informasjon: www.hnt.no/treningskontakt

eller utsette pleiebehov. Hoftebrudd rammer mange og bidrar ofte til invaliditet og innleggelse på sykehjem. Fallforebygging og trening for eldre bidrar til reduksjon i fall på 40 prosent.

Boks 3.13 Aktiv mot kreft

Stiftelsen Aktiv mot kreft jobber for å få fysisk aktivitet inn som en del av kreftbehandlingen ved norske sykehus. Etablering av Pusterom er viktig for å nå dette målet. Et Pusterom er et lavterskel trenings- og aktivitetssenter lokalisert på sykehuset. Her får kreftpasienter kyn- dig veiledning av fagpersoner i et sosialt og tri- velig miljø. For mennesker som er rammet av kreft er trygge rammer viktig.

Pusterommene er etablert i samarbeid med sykehusene og skal som navnet beskri- ver være et sted der pasienten får raskere pust og høyere puls, og de skal samtidig gi et puste- rom fra sykehushverdagen. Det legges stor vekt på at Pusterommene skal være utformet i friskt og pent design, med det beste trenings- utstyret og med velkvalifiserte medarbeidere. Det er så langt etablert Pusterom ved åtte sykehus i Norge.

Ulike former for fysisk aktivitet – gjerne ute og i naturen, bidrar til forebygging og behandling av ulike psykiske lidelser som depresjon og angst. Personer med psykiske lidelser får i tillegg ofte kroppslige manifestasjoner i form av muskel- og skjelettplager. Mange pasienter med psykisk syk- dom er lite aktive og kan utvikle muskel- og skje- lett lidelser og annen somatisk sykdom. Undersø- kelser viser at mennesker som er under langvarig behandling på institusjon for psykisk sykdom, er i dårligere fysisk form etter endt behandling enn ved innleggelse. De danske faglige retningslin- jene for behandling av pasienter med psykiske lidelser tilrår at fysisk aktivitet skal integreres som et systematisk tilbud i behandlingen og at innlagte pasienter skal tilbys fysisk aktivitet av moderat intensitet minimum 30 minutter daglig.

For mennesker med sykdommer eller plager i muskel- og skjelettsystemet vil individuelt tilpas- set fysisk aktivitet være en viktig del av behandl- ingen, men også nødvendig for å opprettholde fysisk form og funksjonsevne.

Nyere forskning viser at tilpasset fysisk aktivi- tet er positivt for kreftpasienter både under og etter behandling. Fysisk aktivitet bidrar til å redu- sere uønskede bivirkninger som kvalme, fatigue (trøtthetsfølelse) og søvnproblemer. Fysisk aktivi- tet bidrar dessuten til økt utholdenhet, muskel- styrke, vektkontroll og overskudd. Dette gir bedre mestring av sykdommen og økt livskvalitet.

Fysisk aktivitet er et viktig område i sykehjem og hjemmetjenester. Dette dreier seg om opptrening, hverdagsrehabilitering for deltakelse og mestring av dagliglivets gjøremål.

3.3 Kosthold

Regjeringen vil stimulere til et sunnere kosthold gjennom samarbeid med matvarebransjen, kommunikasjonsarbeid, tiltak for å styrke praktiske ferdigheter i matlaging og tilrettelegging for gode mat og måltidsordninger i skole og barnehage.

Kostholdet påvirker helsen vår gjennom hele livet. Ernæring og kosthold har avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsårene. Det er særlig viktig å legge til rette for at barn og ungdom kan ha et variert og sunt kosthold, fordi kostvanene fra oppveksten legger grunnlaget for kostvaner senere i livet. Måltidene har også en sosial og kulturell funksjon og er for mange et sentralt samlingspunkt.

Sosiale forskjeller gjenspeiler seg i kostholdet. For eksempel spiser ungdom fra hjem med lav sosioøkonomisk status sjeldnere frokost, sjeldnere frukt og grønnsaker og drikker oftere brus enn ungdom fra hjem med høy sosioøkonomisk status.

Helsemyndighetene anbefaler et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt, bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Dette er råd som ut fra dagens kunnskap vil redusere risikoen for hjerte- og karsykdommer, flere kreftsykdommer, overvekt, fedme og diabetes type 2 i befolkningen.

Regjeringen legger til grunn Verdens helseorganisasjons mål om å redusere inntaket av salt med 30 prosent innen 2025. Andre globale mål for reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer relatert til kosthold, er en reduksjon på 25 prosent i forekomst av høyt blodtrykk, og at økningen i antall med overvekt og diabetes har stoppet opp i 2025. For å nå disse målene er det etablert flere indikatorer; inntak av salt i befolkningen, inntak av mettet fett i befolkningen og forekomst av antall personer som spiser mindre enn fem porsjoner frukt og grønt per dag. I tillegg er det etablert indikatorer for nasjonal politikk for å redusere inntak av mettet fett og eliminere forekomst av industrielt herdet fett i maten. Rammeverket har også en indikator om politikk for å redusere påvirkning på barn av reklame for mat som inne-

Boks 3.14 Internasjonalt arbeid og forpliktelser

Norge har sluttet seg til EUs Action Plan on Childhood Obesity og er med i en Joint Action (JA) Nutrition and Physical Activity under EUs tredje helseprogram med oppstart i 2015. Handlingsplanen omfatter merking og informasjon om matens næringsstoffinnhold på pakninger, mat og fysisk aktivitet i barnehage og skole og tidlig intervensjon i forhold til gravide og småbarnsforeldre. Europaregionen i Verdens helseorganisasjon vedtok i 2014 en ny handlingsplan for mat og ernæring (2015–2020) som Norge har sluttet seg til. Norge sluttet seg også til den politiske deklarasjonen og rammeverk for tiltak som var framforhandlet av medlemslandene i WHO og FAO og som ble vedtatt på International Conference on Nutrition (ICN2), Roma 2014. Denne understøtter arbeidet med å oppfylle de globale NCD målene. Deklarasjonen og rammeverket med 60 anbefalte tiltak skal følges opp av landene ut fra nasjonale behov.

holder mye mettet fett, transfettsyrer, sukker eller salt.

Ved å redusere saltinntaket med 3 gram per person pr dag (30 prosent reduksjon), viser et forsiktig anslag at cirka 1000 færre personer vil dø av iskemisk hjertesykdom og hjerneslag per år. I tillegg vil det redusere forekomsten av høyt blodtrykk med om lag 400 000.

3.3.1 Videreføre og styrke samarbeid med matvarebransjen

Regjeringen vil videreføre og styrke samarbeidet med matvarebransjen for å gjøre helsevennlige valg enklere. I dagens samfunn er det lett tilgang på til dels usunn mat og drikke med mye fett, sukker og salt. Kiosker og bensinstasjoner har døgnåpent og har mange tilbud. Tilbud i kantiner på skoler og arbeidsplasser kan ha stor betydning for mange som benytter dette daglig. Serveringsbransjen er representert i helse- og omsorgsministerens næringslivsgruppe på matområdet og er en viktig bidragsyter for å fremme sunne mat- og måltidsløsninger og kan inspirere brukere til gode kostholdsvaner. Store ressurser brukes til markedsføring og informasjonsarbeid, der nettsi-

der, mobilapplikasjoner, handlelister, brosjyrer osv. er viktige elementer. Opplysningskontorene i landbruket og Norsk sjømatråd bruker også store beløp på sine aktiviteter, herunder undervisningsmaterieell til skolene. Det er stort potensial for bedre samarbeid for å utvikle en norsk matkultur i en bærekraftig og helsevennlig retning. Små endringer i tilbudet og den enkeltes valg i hverdagen, kan ha stor betydning for folkehelsen på sikt.

Gjennomgang av markedsordninger i jordbruket

Opplysningskontorene i landbruket jobber med generisk (merkenøytral) markedsføring. De formidler kunnskap om produktene, ernæring, tilberedning av mat, og har kunnskap om markedet, spisevaner og forbrukerbehov. Virksomheten finansieres i hovedsak gjennom omsetningsavgif-

ten. I mars 2014 satte landbruks- og matministeren ned et utvalg som skal evaluere systemet for balansering av råvaremarkedene i jordbruket. Bakgrunnen er at Regjeringen ønsker sterkere konkurranse i næringsmiddelindustrien, og vil derfor ha en gjennomgang av markedsreguleringsordningen. Utvalget skal vurdere behovet for endringer i Omsetningsloven, samt evaluere og vurdere dette opp mot mål om styrket konkurranse i verdikjeden, en kostnadseffektiv, lønnsom og bærekraftig matproduksjon og landbruk over hele landet. Opplysningsvirksomheten er ett av elementene som utvalget er satt til å evaluere. Utvalget skal legge fram sine forslag innen 1. juni 2015.

Næringslivsgruppe på matområdet

Helse- og omsorgsministeren har etablert en næringslivsgruppe på matområdet for å bli enige om tiltak for å gjøre det enklere for forbrukerne å velge sunt. Gruppen besluttet i første omgang å ta et felles løft for å redusere saltinnholdet i industribearbeidet mat. Reduksjon av sukker og mettet fett er også på agendaen, sammen med innsats for å kommunisere matglede og gode måltidsvaner. Andre temaer kan være forskning og innovasjon, tilbud i hurtigmatmarkedet og serveringsmarkedet, måltider i institusjoner, i barnehager og skoler.

Produktutvikling, som for eksempel saltreduksjon i brød- og kjøttvarer, krever innovasjon og investeringer. Myndighetene vil gjennom kommunikasjonsarbeid bidra til at sunne produkter blir etterspurt. Dette kan også gjøres gjennom å stimulere til at offentlige institusjoner legger vekt på ernæringskvalitet ved innkjøp av varer. Kommuner, fylkeskommuner, statlige bedrifter og institusjoner som forsvaret, sykehus og sykehjem gjør til dels store innkjøp av mat, og er viktige for myndighetenes arbeid for å nå kostrådene. Det bør være en målsetting at offentlige innkjøp som legges ut på anbud skal oppfylle nærmere definerte ernæringsmessige kriterier. Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid for å se hvordan dette kan gjøres.

Den fellesnordiske merkeordningen Nøkkelhullet har en viktig posisjon blant forbrukerne og i næringen. Kriteriene for nøkkelhullsordningen ble revidert og skjerpet fra 1. mars 2015. Mattilsynet og Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for ordningen. En samlet matvarebransje støtter opp om merket og vil arbeide for at antall nøkkelhullsmerkede matvarer skal øke. Regjeringen vil følge med på utviklingen for nøkkelhullsordningen. Det vur-

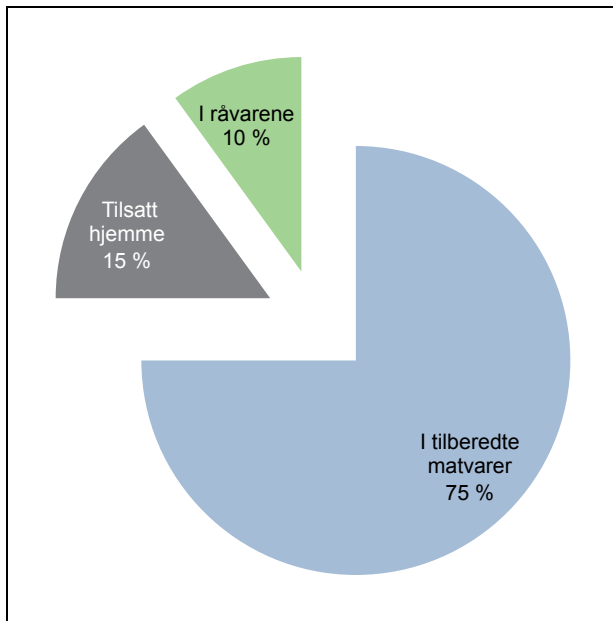
Boks 3.15 Helsemyndighetenes kostråd

Helsedirektoratet ga i 2011 ut nye nasjonale kostråd og i 2014 reviderte anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet basert på nordiske anbefalinger.

Helsemyndighetenes råd om kosthold og ernæring skal hjelpe oss til å sette sammen et kosthold som dels kan sikre tilstrekkelig inntak av energi og livsnødvendige næringsstoffer til vekst og vedlikehold av kroppen, og dels skal bidra til å fremme helsen, forebygge sykdom og for tidlig død. Det anbefales å ikke legge for stor vekt på enkelte matvarer eller stoffer i maten, men heller se på helheten i kostholdet og balansen mellom energiinntak og energiforbruk.

Helsedirektoratet anbefaler et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt, bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker, og regelmessig fysisk aktivitet. Angående fett legges størst vekt på den samlede fettstofferinnholdet i kostholdet. Risikoen for koronar hjertesykdom kan reduseres ved å begrense inntaket av transfettsyrer, bytte mettede med flerumettede fettsyrer, og ved å innta lange flerumettede omega-3 fettsyrer (EPA og DHA) fra fisk og marine oljer.

Se helsedirektoratet.no for detaljerte kostråd.



Figur 3.2 Salt fra ulike kilder

Kilde: Helsedirektoratet

deres også om ordningen i større grad kan brukes i kiosker, bensinstasjoner og servicenæringen.

Verdens helseorganisasjons anbefalinger for markedsføring av mat og alkoholfrie drikkevarer mot barn ble vedtatt på Verdens helseforsamling i mai 2010. I 2014 ble et nytt selvreguleringssystem iverksatt av norsk matvarebransje. Systemet skal følges opp og evalueres.

Det er dokumentert sammenheng mellom inntak av salt, blodtrykk og risiko for hjerte- og karsykdommer. Vi spiser i gjennomsnitt 10 gram salt daglig, dobbelt så mye som anbefalt. Om lag tre firedeler av saltinntaket kommer fra industriebearbeidet mat.

Helseministerens næringslivsgruppe på matområdet er enige om å arbeide for å redusere saltinntaket i befolkningen. Bransjen vil bidra til å nå målsettingen om en reduksjon på 15 prosent innen 2018. Arbeidet i gruppen ses i sammenheng med Helsedirektoratets Tiltaksplan salt 2014–2018 Reduksjon av saltinntaket i befolkningen. Etablering av et forpliktende partnerskap for saltreduksjon er en viktig del av tiltaksplanen. Det kan også bli aktuelt å etablere flere partnerskap for samhandling mellom privat, frivillig og offentlig sektor, eksempelvis på områder som reduksjon av mettet fett, og for sunne måltider.

3.3.2 Bedre praktiske ferdigheter og økt kunnskap

Samarbeid for bedre praktiske ferdigheter

Regjeringen vil invitere til bredt samarbeid med kommuner, frivillige og private aktører for å stimulere til tiltak som kan gi økt praktisk kunnskap og bedre ferdigheter om matlaging, råvarer og hygiene. Dette må komme i tillegg til skolens rolle med å fremme praktiske ferdigheter i matlaging gjennom undervisning i Mat og helse, og ses i sammenheng med bærekraft og betydningen av måltid som sosial og kulturell arena. Begrepet matanalfabetisme er brukt av ulike aktører for å synliggjøre mangel på kunnskap om råvarer, matproduksjon og praktiske ferdigheter i matlaging hos nye generasjoner. Mangel på slik kunnskap gjør det vanskelig å velge i et stadig større tilbud av råvarer og spiseklare matprodukter. Blant annet er manglende kunnskap om tilberedning av fisk en barriere for å øke fiskeforbruket. Bedre kunnskap og praktiske ferdigheter på matområdet vil øke bevisstheten om kosthold, helse, forbruk og miljø. Det vil kunne bidra til mindre matsvinn og også til å forhindre matsmitte gjennom kunnskap om hygiene. Bedre praktiske ferdigheter og kunnskap kan bidra til økt bevissthet blant annet hos ungdom i mylderet av blogger og annen informasjon, med stadig nye dietter og ofte uheldig kroppsfokus.

Alle generasjoner bør ha tilgang på informasjon om kosthold og helse, gis muligheter for å til egne seg praktiske matlagingsferdigheter og se sammenhenger i et bærekraftsperspektiv. Dette fordrer at det i planlegging av bygg og lokaler som barnehager, skoler, fritidsklubber, frivilligsentraler, seniorsentre og andre møteplasser legges vekt på mulighet for oppbevaring og tilberedning av mat og for felles måltider. Lokal matproduksjon, muligheter for skolehager og lignende er også et element i plansammenheng.

Det skjer mye på området som det kan være aktuelt å se på mer samlet for å nå bredt ut. Helsedirektoratets kursopplegg Bra Mat for bedre helse, brukes mye av frisklivssentraler, men kan tilpasses ulike målgrupper. Helsedirektoratets Kokebok for alle er et viktig verktøy, og tilbys til redusert pris til kommunene og gratis til ungdomsskoleelever. Boken er populær både blant lærere og elever.

Norges Bygdekvinnelags kampanje 2014 «Aksjon sunn matglede» med matlagingskurs for barn og unge 8–14 år et eksempel på at det er behov og interesse for å lære om praktisk matlaging. Geitmyra, Liantunet og Klippfiskakademiet

Boks 3.16 Bra mat kurs i introduksjonsprogram for nyankomne innvandrere i Volda

Volda kommune tilbyr Helsedirektoratets Bra mat kurs til flyktninger i introduksjonsprogrammet og en del asylsøkere, særlig barnefamilier. Bra mat kurset for innvandrere går over åtte samlinger, der annenhver samling er teori og praktisk matlaging. Helsesøstre er kursholdere i teoridelen og lærer eller programrådgiver er ansvarlig for den praktiske delen, med opplæring ved hjelp av mat- og helselærer første kurskveld. Dette har vært et godt tiltak for å få inn både norsk språk og kommunikasjon om sunn mat og utveksling av matkultur.

Volda har flere kursledere i Bra mat, og tilbyr ellers Bra mat kurs til alle innbyggerne og deltakere i frisklivssentralen Aktiv i Volda to ganger i året. De har også satt i gang tilpassede tiltak til familier med overvektige barn. Et tilpasset tilbud om Bra mat kurs for personer med utviklingshemming som bor i institusjon eller egen bolig er under planlegging.

er andre eksempler. Det er behov for å skreddersy og tilby kurs som kan styrke praktiske ferdigheter hos mange ulike målgrupper. Matkurs som del av introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere er brukt med hell, og kan med fordel tas mer i bruk. Ungdom som flytter ut av hjemmet eller eldre som blir alene kan være andre grupper som kan ha mye å hente på slike kurs, ikke minst sosialt. Gravide og småbarnsforeldre er en særlig motivert målgruppe.

Kommunikasjon for bedre kunnskap

Helse- og omsorgsdepartementet vil invitere til samarbeid med private og frivillige aktører og spise og tilpasse kommunikasjon og verktøy mot ulike målgrupper. Det skal legges vekt på bruk av sosiale medier og digitale verktøy. Det er et stort potensial for bruk av ny kommunikasjonsteknologi på dette feltet. Kommunikasjonsarbeidet må knyttes opp mot kostrådene, nøkkelhullsmerket, nye kriterier for ordningen og kravene til merking av mat- og drikkevarer i den nye matinformasjonsforskriften. Satsingen Små grep, stor forskjell vil bli videreført.

Kommunikasjonsarbeidet har fokus på at informasjonen er kultursensitiv og tilgjengelig uavhengig av sosial status og etnisitet. Helsedirektoratet har samarbeidet med Utrop om produksjon av TV-innslag om kostrådene. Filmene er tilgjengelig som DVD og på nett. Det er også laget film om, og materiell om nøkkelhullsmerket på flere språk. Undersøkelser viser at dette har vært effektivt for å gjøre ordningen kjent blant innvandrergupper.

I samarbeid med Diabetesforbundet og Islamsk Råd er det utarbeidet kostholdsråd spesielt rettet mot personer som faster under Ramadan. Det er også etablert referansegrupper i kommunikasjonsarbeidet for å ivareta innvandrerperspektivet. Hovedmålgruppen for kampanje om Nøkkelhullet i 2015 er barnefamilier. Det legges i tillegg opp til målrettet og tilrettelagt kommunikasjon om Nøkkelhullet mot utvalgte innvandrergupper.

Kostholdsområdet er et tema der det er krevende å nå fram med myndighetenes råd og anbefalinger på grunn av de mange meningsytringene, medieoppslagene, selvoppnevnte eksperter og kommersielle og dels useriøse aktører. Det er behov for bedre kunnskap om sammenhengen mellom kosthold, ernæring og helse. Videre er det behov for økt kunnskap om kosthold, ikke bare i befolkningen generelt, men hos nøkkelgrupper som lærere, barnehagelærere og andre ansatte i barnehager, SFO-personell og kantineansatte.

Enkelte forbrukere trenger særskilt informasjon om innholdet i mat- og drikkevarer, for eksempel på grunn av allergi eller intoleranse. Matinformasjonsforskriften som trådte i kraft 13. desember 2014, stiller særskilte krav til merking av næringsmidler som inneholder nærmere angitte allergener. Eventuelt innhold av allergenene skal fremheves visuelt i merkingen, slik at de fremgår tydelig i forhold til andre ingredienser, for eksempel ved hjelp av annen skrifttype, skriftstil eller bakgrunnsfarge.

Frivillige organisasjoner er viktige i kostholdsarbeidet og er nødvendige samarbeidspartnere både sentralt og lokalt. Mat er ofte sentralt på organisasjonenes egne arrangementer, både som sosial faktor og som inntektskilde. Idretten har de senere år blant annet gjennom samarbeid med aktører i matvarebransjen, tilbudt sunnere mat, som for eksempel frukt og grønt på arrangementer. Her er det stort potensial for å kommunisere gode kostvaner, ikke minst til barn og unge. Andre organisasjoner tilbyr matdager i barnehage og skole, arrangerer matlagingkurs og temamøter

Boks 3.17 Fiskesprell – sjømat i utekjøkkenet

Gode vaner etableres tidlig. Kostholdsprogrammet Fiskesprell har som mål å få barn og unge til å spise sjømat ved å tilrettelegge for gode erfaringer med å tilberede og spise sjømat. I tillegg har Fiskesprell et mål om å utjevne sosiale forskjeller i kosthold. Helsemyndighetene anbefaler befolkningen å spise fisk til middag to til tre ganger i uka og også bruke fisk som pålegg. Særlig barn og unge bør spise fisk. Både barnehage og SFO er mye på tur. Fiskesprell har utviklet tilbudet Sjømat i utekjøkkenet som skal gi inspirasjon til å følge helsemyndighetenes råd, og bidra til å oppfylle regjeringens ønske om bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet, et styrket friluftsliv og et sunnere kosthold. Dette er et kurstilbud med tilhørende pedagogisk materiale. Det skal friste mange voksne og barn ut på tur, slik at de sammen kan oppleve gleden ved å tilberede og nyte god sjømat ute i friluft. På kurset tar kurslederen med sjømatråvarer og tilbehør ut, og viser hvordan de som jobber i barnehage og SFO, med god hjelp fra barna, kan tilberede sjømatlunsjen over bål eller grill. Fisken kan også fiskes selv. Oppskriftene er utviklet med tanke på at maten skal tilberedes med enkle forberedelser og enkelt utstyr.

www.fiskesprell.no

Boks 3.18 Kostholdsplanleggeren

Kostholdsplanleggeren er et gratis kostberegningssystem der en kan beregne summen av næringsinnhold i registrerte matvarer og sammenlikne med norske anbefalinger for inntak av energi og næringsstoffer. Kostholdsplanleggeren er beregnet til bruk i Mat og helsefaget i grunnskolen, i undervisning for helsefag på videregående skole, ernærings- og helsefag i høyere utdanning, kostholdsopplæring, ernæringsveiledning og for folk flest som ønsker å vurdere og planlegge eget kosthold. Verktøyet er utviklet og finansieres av Mattilsynet og Helsedirektoratet. Programmet erstatter det gamle Mat på Data. Databasen i Kostholdsplanleggeren er basert på Matvaretabellen, offentlige anbefalinger for kosthold og fysisk aktivitet og mål og vekt for matvarer. Kostholdsplanleggeren er tilgjengelig for mobile enheter som nettbrett og smarttelefon.

www.kostholdsplanleggeren.no

faget mat og helse. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet skal samle og formidle kunnskap og gode erfaringer. Foreldre, private og frivillige aktører og helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktige samarbeidspartnere for å stimulere til gode kostvaner i barnehage og skole. Under halvparten (46 prosent) av de som underviser i mat og helse i skolen har fordypning i faget. Faget har få timer og krevende kompetansemål innen hovedområdene Mat og livsstil, Mat og kultur og Mat og forbruk, og faget egner seg godt for integrering med andre fag. Det skal arbeides for at skoleeiere benytter tilbudene om videreutdanning som tilbys i faget og at de lærere som har fordypning får undervise i faget.

Fiskesprell er et nasjonalt kostholdsprogram med stor oppslutning blant barnehager og skoler, og er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Norges sjømatråd, som sammen med fiske-salgslagene finansierer programmet. Det er utviklet flere kursmoduler der de siste er om ute-mat og matoverfølsomhet. Programmet vil bli videreført og videreutviklet, blant annet med vekt på mattilbud i kantiner. Videreutviklingen vil også bli sett i sammenheng med satsingen på bedre praktiske ferdigheter.

om kosthold og utvikler materiell og verktøy. Organisasjonene er i seg selv viktige kanaler for informasjon om kosthold og helse. Pasient- og brukerorganisasjoner som for eksempel NCD-alliansen og Astma- og allergiforbundet bidrar gjennom nettsider, telefon- og rådgivningstjenester, kurs og materiell med informasjon, og er en viktig støttespiller for det offentlige. Frivilligsentralene, seniorsentre og tilsvarende lokale tilbud er også sentrale gjennom å engasjere frivillige og blant annet tilby måltidsfellesskap.

3.3.3 Barnehage og skole

Regjeringen vil støtte opp under barnehagenes og skolens tiltak for å tilrettelegge for gode mat- og måltidsvaner og for arbeidet med å bedre kompetansen om kosthold og helse, gjennom helsemyndighetenes anbefalinger for måltider i barnehage og skole, og ved å fremme god undervisning i

Boks 3.19 Falkåsen barnehage

Det er mange eksempler på at enkeltbarnehager og kommuner jobber strategisk med mat og måltider. Et eksempel er Bamble kommune som har en strategi for skole og barnehage der fysisk aktivitet og kosthold er ett av fem satsingsområder.

I Falkåsen kunst- og kulturbarnehage er temaet kosthold og mat forankret i årsplanen, og mat og måltider brukes som pedagogisk virkemiddel. Barna får mat to ganger i løpet av dagen, og de som kommer før kl. 08.30 får frokost i tillegg. Hver fredag serveres varm-mat. Mattilbudet er i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger for mat i barnehage. Barnehagen deltar i Fiskesprell og er også en fem om dagen-barnehage, som er et konsept i regi av Opplysningskontoret for frukt og grønt.

Barna deltar i tilberedning av måltidene og dekker bord. Bursdagsbarn får velge én av flere fruktmenyer som de får tilpasse etter egen smak, er med på å handle inn og deltar i tilberedningen av frukten. En ressursgruppe blant de ansatte har hovedansvar for kosthold, mat og måltider. Det innebærer å sette opp halvårsmenyer og gjøre innkjøp, og passe på at retningslinjene for mat i barnehager blir fulgt. Menyen i barnehagen gjenspeiler det kulturelle mangfoldet i barnehagen. Dagens meny med bilde henges opp i garderoben, og oppskriftene er også tilgjengelig for foreldrene. Dette inspirerer mange foreldre. Kosthold er ofte på dagsordenen både på personalmøter og på foreldremøter.

Mat og måltider i barnehagen

Mat og drikke som inntas i barnehagen, utgjør en vesentlig del av barnas kosthold. Enkelte spiser så mange som tre av dagens måltider i barnehagen. Måltidene har en helhetlig funksjon med tanke på å utvikle barnas sosiale kompetanse, kulturforståelse og kunnskaper og holdninger til mat og drikke. Matlaging ute og inne utgjør en unik mulighet til kreativitet og utforskning og kunnskap om natur, samfunn og kultur i tillegg til å være egnet som tilnærming til for eksempel språk og matematikk. Barn som er i barnehager der de får delta i matlaging, og der mat og måltid ses som en

integriert del av dagen, tar med seg de gode erfaringene hjem.

Det er viktig at kommunene i planarbeid tar hensyn til barnehagenes behov for lokaler til å tilberede og oppbevare mat og innta felles måltider.

En kartlegging av mat og måltid i barnehagen utført i 2011 for Helsedirektoratet indikerer at barnehager som oftere bruker mat og måltid i pedagogisk sammenheng og forankrer arbeid med rammer rundt måltider i barnehagenes årsplan, har et sunnere mattilbud enn de som ikke har slik tilnærming til mat – og måltidstilbudet. Rammeplanen for barnehagens innhold og oppgaver gir styrer, pedagogiske ledere og det øvrige personalet en forpliktende ramme for planlegging, gjennomføring og vurdering av barnehagens virksomhet. Rammeplanen gir også informasjon til foreldre, eier og tilsynsmyndighet. Omtale av kosthold og måltider vil bli vurdert i revideringen av rammeplanen.

Mat og måltider i skolen

Regjeringen understreker betydningen av at helsemyndighetenes anbefalinger om 20 minutters spisetid følges opp i skolen. Skolemåltidet har en viktig sosial funksjon og er av betydning for både helse, trivsel og læring. Helsedirektoratet gir anbefalinger for skolemåltidet som bygger på at elevene har med matpakke og at det tilbys melk og frukt eller grønt og minst 20 minutters spisetid. Anbefalingene er forankret i Forskrift for miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Anbefalingene er under revisjon og vil bli mer omfattende og tilpasset bedre både for SFO og de ulike skoleslag. Mange elever får kortere spisetid enn

Tabell 3.1 Oversikt over skolenes tilbud om tid satt av til skolemåltidet (matpause), andel i %, fordelt på årstrinn

	1.–4. trinn n=755	5.–7. trinn n=730	8.–10. trinn n=413
Mindre enn 10 minutter	0,1	0,3	0,7
10–14 minutter	7,5	16,6	12,8
15–19 minutter	36,6	43,0	23,0
20 minutter eller mer	55,2	39,7	62,5
Varierer	0,5	0,4	1,0

Kilde: Helsedirektoratet: Mat og måltider i grunnskolen 2013 IS-2135

anbefalt. Tilstrekkelig tid til å spise er viktig for at trivsel oppnås under måltidet.

Mat og måltider i norske skoler er blitt kartlagt i regi av Helsedirektoratet siden 1991. Kartleggingen i 2013 er den mest omfattende, siden både grunnskole, videregående skole og skolefritidsordning er med. Resultatene fra undersøkelsene er oppsummert i fem rapporter som kan lastes ned fra Helsedirektoratets nettsider. Helsedirektoratets kartlegging viser at fra 1991 til 2006 var det en økning i tiden satt av til skolemåltidet, men denne positive trenden har ikke vist seg i kartleggingen i 2013. I stedet har det vært en svak nedgang. Det er en særlig utfordring at så mange som 60 prosent av elever på 5.-7. trinn tilbys mindre enn 20 minutters spisetid. Helsedirektoratet skal vurdere tiltak for bedre etterlevelse av anbefalingene.

Regjeringen ønsker å støtte opp under skoleeiers innsats for et godt skolemåltid, og nye anbefalinger for skolemåltidet vil danne et viktig grunnlag for dette. Flere skoler og kommuner har satt i gang ulike måltidsordninger med ulike former for finansiering, da de ser betydningen av at elevene får i seg mat, og at tiltakene har en sosial dimensjon som kan bidra positivt til miljøet på skolen. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet skal samle og formidle gode eksempler.

Helse- og omsorgsdepartementet vil revitalisere arbeidet med skolemåltidet gjennom å utrede muligheter for samarbeid mellom det offentlige, frivillige og næringsliv i ulike former for måltidspartnerskap. Utredningen vil inkludere oversikt over eksisterende ordninger og ressurser som brukes inn mot skolene fra ulike sektorer. Disse ordningene bør ses i sammenheng med nye muligheter for å finne gode og varige løsninger.

På nasjonalt nivå er det i dag separate abonnementsordninger for melk og frukt og grønnsaker. Abonnementsordningen Skolefrukt ble fra høsten 2014 utvidet til å omfatte skoler med ungdomstrinn. Det er arbeidet systematisk for å få flere abonnenter. Likevel var det høsten 2014 svært lav oppslutning om abonnementsordningen med i snitt 11 prosent av alle elever, og bare om lag 4 prosent på åttende til tiende trinn. Det skal ses på muligheter for alternativ bruk av midlene som bevilges til skolefruktordningen, samtidig som disse midlene skal ses i sammenheng med andre ressurser på matområdet som kan brukes inn mot skolen, for å få best mulig effekt av midler og tiltak. Skolemilk har en oppslutning på om lag 50 prosent av elevene, men med fallende deltakelse fra barnetrinnet til ungdomstrinnet. På skoler som

Boks 3.20 Skolemåltid på Apeltun skole

På Apeltun skole i Bergen kan de 385 elevene fra første til sjuende trinn dele et felles måltid fire dager i uken. Den femte dagen har de ute-skole, så da er det matpakke som gjelder.

Måltidet består av brødmat med variert pålegg, melk eller vann, frukt og grønt. For dette betaler foreldrene en egenandel på 15 kroner pr. dag. Foreldrene abonnerer på ordningen og får regning fire ganger i året. Hele 95 prosent av elevene deltar i ordningen. Maten settes fram på buffeer og elevene forsyner seg selv. Å være kjøkkenhjelper går på rundgang, dette innebærer å klargjøre for måltider, dele ut oppskåret frukt og rydde etterpå.

Elevene har 25 minutter til måltidet, og lærerne spiser sammen med elevene. For lærerne regnes 15 minutter som undervisningstid og 10 minutter er tilsyn. Skolen benytter skolemåltidet systematisk som læringsarena og har planlagte temaer som tas opp rundt bordet. Elevene lærer å prate sammen ved runde bord, skolens ledelse deltar også i måltidet. Bedre læringsmiljø er bare én av fordelene med skolemåltidet. Lærerne er også klare på at de praktiske ferdighetene som barna lærer av måltidet er viktige, men like viktig er det sosiale fellesskapet.

kun har ungdomstrinn er deltakelsen nede på om lag 10 prosent og det er store regionale forskjeller.

3.3.4 Ernæring i helse- og omsorgstjenesten

Ernæringskompetanse

Helse- og omsorgspersonell har en viktig rolle i ernæringsarbeidet da ernæring er viktig i forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering. Det er nødvendig med tilpasset ernæringsveiledning til personer med livsstilssykdommer eller som har økt risiko for å utvikle dette, personer med overvekt eller fedme, personer med matallergi eller intoleranser, fordøyelsessykdommer og underernæring. Kosthåndboken er et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten må også ha oppmerksomhet på, og kunnskap om betydningen av mat og måltid

Boks 3.21 Kostholdsprosjekt i Rissa kommune

Rissa kommune i Sør-Trøndelag har søkt og fått bevilget forskningsmidler og vil være modellkommune gjennom det 3-årige prosjektet RissaMat. Prosjektet skal se på hvordan kommunen kan arbeide på tvers av sektorene med kosthold som fellesnevner. Hovedfokus er barn og unge fra barnehagen til og med videregående skole. Barna skal smake og tilberede mat. De skal komponere skolelunsjmåltider og foreldre skal smøre matpakker på foreldremøter. Dette er bare noen av de konkrete aktivitetene som skal skje når forskere fra Nofima, Sintef, NTNU og Rissa kommune setter seg som mål å bedre kostholdet for barn og unge. Rissa kommune er rik på lokalprodusert mat og råvarer som blåskjell, vilt, korn og mel, bær, epler, svin, storfe, sau, poteter og grønnsaker. Foruten egeninnsats fra kommunen og KS, har det Regionale Forskningsfondet i Midt-Norge bevilget midler til prosjektet.

som sosiale og kulturelle arenaer i lokalsamfunn og i institusjoner.

Spisskompetanse på ernæring er viktig. Det er om lag 390 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge. Om lag 60 prosent er sysselsatt i spesialisthelsetjenesten og kun om lag 5 prosent i kommune og fylkeskommune. Spesialisthelsetjenesten har liten kapasitet til å ta imot henvisninger fra fastlegene, og det er en utfordring med oppfølging av pasienter med særlige ernæringsbehov etter utskrivning på grunn av manglende kompetanse i kommunene. Kliniske ernæringsfysiologer kan både veilede pasienter og brukere og være en støtte for annet helse- og omsorgspersonell. Profesjonsgruppen kan også bidra med kompetanse i tverrfaglig organisering av tjenestene. I tillegg vil de kunne bidra inn i kommunenes folkehelsearbeid og samfunnsplanlegging. Prosjektet Kliniske ernæringsfysiologer som ressurs for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2008–2010 i Oslo er eksempel på et vellykket tiltak for å styrke ernæringsarbeidet rettet mot barn og unge. Evalueringene viser at helsesøstre ønsket tilbudene fra klinisk ernæringsfysiolog som en fast ordning. Modellen som ble utprøvd kan ha overføringsverdi til andre kommuner og interkommunale

ordninger. Sluttrapporten med beskrivelse av modellen er lagt ut på nettsidene til Helseetaten i Oslo.

Unicefs Mor-barn-vennlig initiativ har vist seg velegnet til å beskytte, fremme og støtte amming. I 2012 ble mer enn 90 prosent av barn i Norge født ved sertifiserte Mor-barn-vennlige sykehus. Mor-barn-vennlig initiativ er utvidet til også å omfatte helsestasjoner gjennom konseptet Ammekyndig helsestasjon. Høsten 2014 var over 150 helsestasjoner/kommuner godkjent som, eller i prosess for å bli godkjent som Ammekyndig helsestasjon. Barn som er tilknyttet disse helsestasjonene tilsvarende over 60 prosent av et årskull. Nasjonal kompetansetjeneste for amming har godkjennings- og oppfølgingsansvar.

Helseforetakene er de senere år gitt i oppdrag å sikre at dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger pasienter som flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingseenheter. De er også gitt i oppdrag å etablere en overordnet ernæringsstrategi.

Som del av kompetanseløftet 2015 har kommunene kunnet søke midler til kompetanseheving på ernæring i omsorgstjenesten. Det er utviklet mange gode modeller som egner seg for spredning til andre kommuner. Helsedirektoratet har presentert disse prosjektene på egne nettsider som en idébank. Nettsidene skal videreutvikles på tema som ernæringskompetanse, kosthåndboken og klinisk ernæring.

Frisklivssentralene er viktige arenaer for å nå ut med kostholdsinformasjon til blant annet personer med diabetes og andre livsstilssykdommer. Helsedirektoratets Bra Mat kurs er et nyttig verktøy til å formidle generelle kostholdsråd til brukere, men svært få frisklivssentraler har knyttet til seg spesialkompetanse i ernæring som kan tilby mer diagnosespesifikk grupperett eller individuell ernæringsveiledning. Økt vektlegging av ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten vil kunne bidra til bedre praksis og bedre tilbud til pasienter og brukere. Beregninger fra blant annet Nederland viser at dette er kostnadseffektivt.¹ Økt flerfaglig samarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester kan bidra til at kompetanse om ernæring blir bedre utnyttet. Regjeringen følger opp Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, der betydningen av ernæringskompetanse hos alt helse- og omsorgspersonell er vektlagt.

¹ SEO Economic Research. Cost benefit analysis of dietary treatments. 2012.

Boks 3.22 Nygård bo- og behandlingssenter er årets matgledebedrift i 2014

Nygård bo- og behandlingssenter i Sandefjord ble kåret til årets matgledebedrift i 2014. I år har søkelyset vært spesielt rettet mot bedriftenes evne til å skape matglede i det daglige. Juryen pekte på at maten ble presentert fristende og i passe store porsjoner, og at Nygård bo- og behandlingssenter legger stor vekt på at maten skal lukte og smake godt. Juryen la dessuten vekt på at Nygård er flinke til å samarbeide med industrien i utvikling av nye produkter og at arbeidsplassen er inkluderende. «Mat som medisin er en stor del av pleien, noe de har lykkes svært godt med» het det i begrunnelsen.

«Prisen betyr enormt mye for oss. Spesielt fordi vi er representanter for dem som trenger god mat mest, og fordi vi trolig har minst penger til å lage maten og finne på nye ting. At vi er den første institusjonen som vinner denne prisen, er ekstra stas, sier avdelingsleder ved Nygård, Erlend Eliassen».

Kilde: Sandefjords blad, 24. oktober 2014

Måltidet som sentral sosial aktivitet

Regjeringen legger vekt på kultur, aktivitet og trivsel som sentrale elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Mat og måltider er en viktig del av omsorgstjenestenes virksomhet, både i omsorgsboliger og i hjemmetjenesten.

Et godt kosthold er sentralt for fysisk og psykisk helse og trivsel. Sykdom og ensomhet kan gi nedsatt matlyst, og tygge- og svelgeproblemer kan gjøre det vanskelig å få i seg mat med normal konsistens. Dårlig ernæringsstatus hos eldre kan føre til slapphet, tiltaksløshet og fallulykker. Tjenestene må legge til rette for god ernæring og for at måltidet blir en god opplevelse, et fellesskap og en tradisjon.

Mat har stor betydning for opplevelsen av livskvalitet, god helse og evnen til å utføre daglige aktiviteter. Erfaringer viser at spisevenner eller spisefellesskap kan ha god effekt på funksjonsevne og livskvalitet.²

Retten til rett tid krever kompetanse og samarbeid på flere nivåer og mellom flere sektorer. Godt tverrfaglig samarbeid og tydelig ansvarsfor-

deling er avgjørende for å lykkes med å få næringsrik mat og positive opplevelser omkring måltidet.

3.3.5 Prisvirkemidler på matvarer

Verdens helseorganisasjons strategi for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer 2013–2020 anbefaler blant annet å ta i bruk prisvirkemidler for å fremme et sunt kosthold.

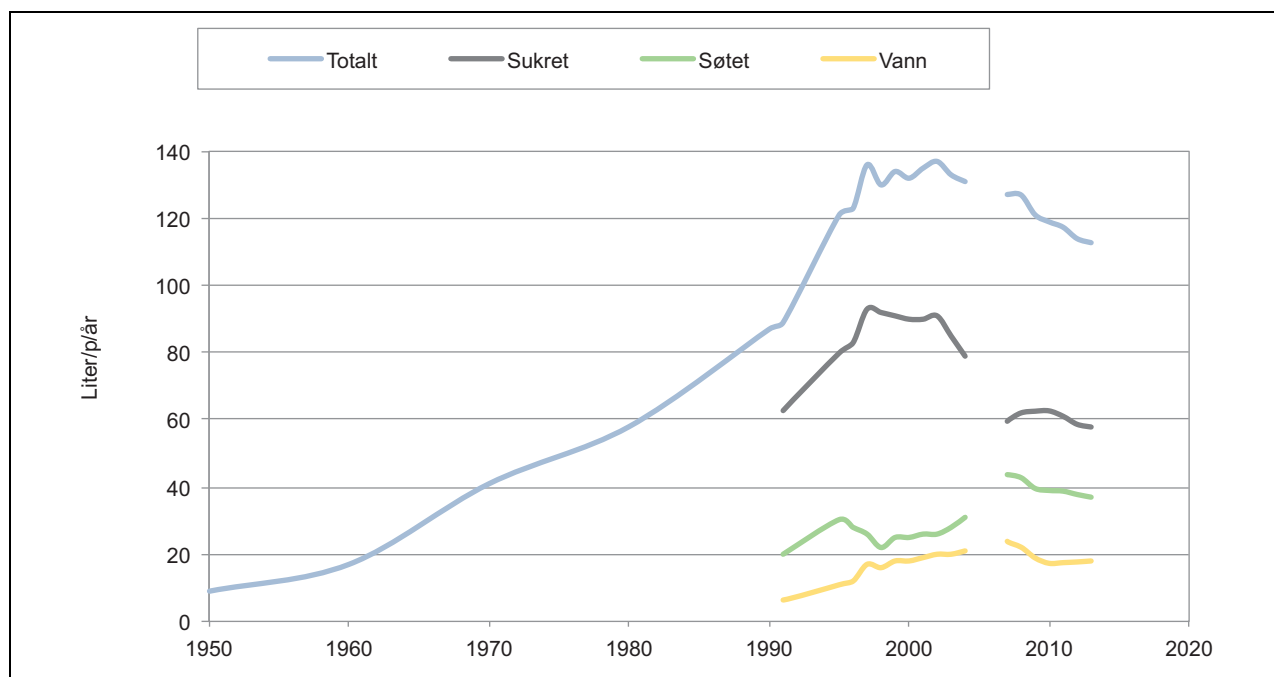
Forbrukerundersøkelser viser at pris, tilgjengelighet og utvalg er de viktigste faktorer som påvirker valg av matvarer og dermed sammensetning av kostholdet i befolkningen. Flere studier dokumenterer positiv effekt av prisvirkemidler for å forebygge overvekt og kostholdsrelaterte sykdommer. En systematisk kunnskapsoppsummering konkluderer med at avgifter på energirike matvarer kan ha effekt på både overvekt og risiko for kroniske sykdommer.³ Forskning viser⁴ også at avgifter synes å være mer effektive enn prisreduksjon, siden de fører til at storforbrukere av usunne matvarer reduserer forbruket av disse. Prisreduksjon på sunne matvarer fører derimot til at storforbrukere av disse er de som øker forbruket mest. Erfaringer med prisvirkemidler for å begrense bruk av tobakk og alkohol viser at ungdom er særlig sensitive for pris som virkemiddel.

Det er tre forskjellige særavgifter på sukkerholdige varer i Norge: Avgift på alkoholfrie drikkevarer, avgift på sjokolade- og sukkervarer og avgift på sukker. Avgiftene er først og fremst fiskale, men de har også en helsemessig begrunnelse. Særavgiftsutvalget (NOU 2007:8 En vurdering av særavgiftene) anbefalte at disse avgiftene skulle erstattes av en generell avgift på sukker i mat- og drikkevarer. Det mest optimale hadde vært å avgiftslegge etter innhold av tilsatt sukker i varen. Dette er imidlertid vanskelig å få til i praksis da norsk regelverk er underlagt EU-regelverket på matområdet som følge av EØS-avtalen. Dette innebærer at Norge må følge EUs matinformasjonsforordning (forordning (EU) nr. 1169/2011) som ikke skiller mellom naturlig forekommende sukker og tilsatt sukker. Forordningen krever heller ikke næringsdeklarasjon for produk-

² Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernærings-intervensjon blant skrøbelige underernærede eldre, Sosialstyrelsen. 2014.

³ Thow, AM, Jan, S, Leeder, S, Swinburn, B. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. Bulletin WHO 2010; 88: 609–614

⁴ Gustavsen, G.W. og Rickertsen, K. (2013). «Adjusting VAT rates to promote healthier diets in Norway: A Quantile regression approach.» Food policy 43:88–95.



Figur 3.3 Mineralvannomsetningen i Norge, liter per person per år

Helsedirektoratet: Rapport IS-2255 Utvikling i norsk kosthold 2014 basert på data fra Bryggeri- og drikkevannforeningen

ter i små innpakninger. Forordningen er derfor lite egnet som grunnlag for å avgiftslegge tilsatt sukker i matvarer. Finansdepartementet vurderer gjeldende regelverk løpende, og de helsemessige aspektene ved avgiftene er en del av vurderingen.

3.4 En ny tobakksstrategi

Regjeringen vil legge mer vekt på tiltak for å gjøre tobakk mindre attraktivt for barn og unge og styrke arbeidet med hjelp til røykeslutt. I tillegg skal det kontinuerlige arbeidet med å utvikle lovverket, høye tobakksavgifter og videre satsing på massemediakampanjer videreføres.

Norge har lenge vært et foregangsland i tobakksforebygging. Men dersom vi skal nå Verdens helseorganisasjon mål om å redusere for tidlig død med 25 prosent innen år 2025 og oppnå den langsiktige målsettingen om et tobakksfritt samfunn, må innsatsen på tobakksområdet forsterkes ytterligere. Tobakk er den risikofaktoren som lettest kan påvirkes av politiske beslutninger. Det er også på tobakksområdet vi har de best dokumenterte virkemidlene. Tobakksområdet skiller seg imidlertid fra de øvrige levevaneområdene på flere måter:

For det første er tobakksvarer i seg selv helseskadelige produkter. Røyketobakk tar livet av halvparten av dem som bruker det som forutsatt.

Det finnes ingen trygg måte å bruke tobakksvarer på eller anbefalinger om moderat forbruk – det eneste trygge er totalavhold og målsettingen er klar; samfunnet skal på sikt bli tobakksfritt.

For det andre er tobakk sterkt avhengighetskapende. De fleste som bruker tobakk er godt kjent med at dette kan medføre alvorlige helseskader. Likevel bruker hver tredje nordmann tobakk. Det er viktig å huske på at en stor andel av disse har blitt avhengige og at bruken ikke lenger representerer et fritt valg for den enkelte. Nikotin er mer avhengighetskapende enn heroin og kokain. I tillegg begynner de aller fleste med tobakk som mindreårige og mange undervurderer da risikoen for at de selv kan bli avhengige.

For det tredje har Norge på tobakksområdet en juridisk forpliktelse til å oppfylle WHO's Tobakkskonvensjon. Konvensjonen bygger på kunnskapsbaserte tiltak for å redusere etterspørselen og tilgjengeligheten til tobakk. En av de grunnleggende bestemmelsene i konvensjonen omhandler forholdet til tobakksindustrien, artikkel 5.3. Den fastsetter at tobakkspolitikken skal utformes uten innblanding eller påvirkning fra tobakksindustrien og tilknyttede næringsinteresser. I lys av den iboende konflikten mellom hensynet til helse og tobakksindustriens interesser, er det vedtatt retningslinjer til bestemmelsen som setter grenser for myndighetenes kontakt med slike næringsinteresser.

Boks 3.23 Tobakksforebygging – bidrag til å nå Verdens helseorganisasjons mål

I en artikkel fra tidsskriftet Lancet i mai 2014 diskuteres mulighetene for å oppnå Verdens helseorganisasjons mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død innen 2025 basert på en modelleringsstudie. Dersom seks risikofaktorer (tobakk, alkohol, salt, overvekt, økt blodtrykk og blodsukker) reduseres som forutsett, vil dødeligheten i aldersgruppen 30 og 70 år kunne reduseres med 22 prosent for menn og 19 prosent for kvinner.

Dersom ambisjonsnivået for tobakk økes fra 30 prosent reduksjon til 50 prosent reduksjon (og de andre variablene holdes konstant), viser modelleringsstudien at dette alene er tilstrekkelig for å nå Verdens helseorganisasjons mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død blant menn. For kvinner er reduksjonen i for tidlig død anslått til 20 prosent.

3.4.1 Mer effektive lovreguleringer

Regjeringen har besluttet at de vil erstatte den vedtatte bevillingsordningen for tobakksalg med en enklere og mindre byråkratisk tilsynsordning.

EU vedtok våren 2014 et nytt tobakksdirektiv, som nå er under implementering i Norge. Direktivets hovedinnhold er større helseadvarsler på røyketobakkspakker, forbud mot smakstilsetninger i røyketobakk, et merkings- og sporingssystem for å hindre ulovlig salg av tobakksvarer, utvidede meldeplikter for industrien og kvalitets- og sikkerhetskrav for elektroniske sigaretter (e-sigaretter). Landene står imidlertid fritt til å velge om e-sigaretter skal reguleres som legemidler eller om de skal følge tobakksdirektivets bestemmelser. Det finnes også en unntaksbestemmelse som på visse vilkår kan hjemle et fortsatt omsetningsforbud.

I Norge har vi siden 1989 hatt et forbud mot import og salg av nye tobakks- og nikotinprodukter. E-sigaretter med nikotin har derfor ikke vært tillatt å selge i Norge. På bakgrunn av det nye EU-direktivet og problemer med håndhevingen av dagens forbud, besluttet departementet å starte en utredning av hvordan disse produktene bør reguleres i framtiden. Departementet bestilte i 2014 tre underlagsrapporter fra Folkehelseinsti-

tuttet, Helsedirektoratet (i samarbeid med Statens institutt for rusmiddelforskning) og Statens legemiddelverk. Forslag til endringer i regelverket vil sendes på høring i løpet av 2015.

Skadereduksjon på tobakksområdet

Framveksten av elektroniske sigaretter har intensivert debatten om skadereduksjon bør være et supplement til den tradisjonelle tobakkspolitikken. Røykere som ikke har klart å slutte vil kunne redusere sin egen helserisiko ved overgang til e-sigaretter, selv om disse i seg selv ikke nødvendigvis er helt ufarlige.

Skadereduksjon som politisk strategi har til nå ikke hatt noen plass i norsk tobakkspolitikk. Regjeringen er åpen for en nytenkning på dette området når det gjelder e-sigaretter, uten at de dermed har konkludert på hvordan produktene bør reguleres. Tradisjonelt har myndighetenes virkemiddelbruk for å redusere tobakksbruk hatt sin forankring i tre prinsipper innen medisinsk etikk: Ikke skade-prinsippet fraråder bruk av produkter som vil ha åpenbare følgeskader på grunn av giftnnholdet. Førre var-prinsippet advarer mot bruk av produkter der det ikke kan utelukkes at uoppdagede følgeskader kan oppstå i framtiden, og at disse kan være irreversible. Tap av autonomi-prinsippet advarer mot bruk av produkter som kan være avhengighetsskapende.

Et komparativt perspektiv innebærer at skadevirkninger fra sigarettroyking brukes som sammenlikningsgrunnlag for skadevirkninger ved bruk av e-sigaretter. Konvensjonelle sigaretter og e-sigaretter er nikotinprodukter i et såkalt substitusjonsforhold, det vil si at bruksfunksjoner og brukergrupper er sterkt overlappende. Det foreligger ennå ikke epidemiologiske undersøkelser av eventuelle følgeskader ved lang tids bruk av e-sigaretter. En rekke undersøkelser tilsier imidlertid at overgang fra tobakksigaretter til e-sigaretter vil medføre en betydelig risikoreduksjon for den enkelte røyker. Ekspertgrupper har anslått at den samlede helserisikoen ved bruk av e-sigaretter sannsynligvis utgjør mindre enn 10 prosent av den samlede risikoen ved sigarettroyking.

Selv om overgang fra tobakksigaretter til e-sigaretter vil være skadereduserende for den enkelte røyker, vil den skadereduserende effekten på samfunnsnivå være avhengig av i hvilken grad e-sigarettene kan komme til å rekruttere ikke-røykere, utsette røykeslutt, føre til dobbeltbruk og rekruttere ungdom til røyking.

Med utgangspunkt i dagens kunnskap er det ikke grunnlag for å anta at e-sigaretter skal gi ska-

devirkninger av et stort omfang i befolkningen. Brukerne av e-sigaretter er per i dag nesten utelukkende røykere eller forhenværende røykere, og e-sigarettene brukes for å redusere tobakksforbruket, slutte å røyke eller hindre tilbakefall til røyking. Ifølge Folkehelseinstituttet er røyking den viktigste enkeltårsaken til forskjeller i levealder mellom personer med høy og lav sosioøkonomisk status. Statens institutt for rusmiddelforskning har beregnet at om lag 200 000 av de 700 000 dagligrøykerne her i landet har karakteristika som er assosiert med lav sannsynlighet for røykeslutt. Den store risikoforskjellen mellom tobakk og e-sigaretter tilsier at tilgjengelighet til e-sigaretter vil bedre helsen for den store majoritet av brukerne – som altså er røykere.

Det finnes i dag mange useriøse produsenter av e-sigaretter og undersøkelser har vist at innholdet i produktene ofte ikke samsvarer med innholdsdeklarasjonen. Det er derfor en forutsetning for en eventuell oppheving av dagens forbud at det stilles kvalitetskrav til produktene, at omsetningen blir regulert og at e-sigaretter på ingen måte markedsføres til unge.

Ulovlig handel med tobakksvarer

Regjeringen vil vurdere tiltak for å hindre ulovlig handel med tobakksvarer. Regulering av tobakksprodukter må sees i sammenheng med regulering av tobakksindustrien. Protokoll mot ulovlig handel med tobakksvarer ble vedtatt i 2012 på det femte partsmøtet til WHO's Tobakkskonvensjon, og er den første protokollen som er framforhandlet under konvensjonen. Norge undertegnet protokollen i 2013, men har ennå ikke ratifisert den.

Formålet med protokollen er å hindre ulovlig handel med tobakksvarer fordi slik handel bidrar til å øke tilgjengeligheten til tobakksvarer og å motvirke forebyggende tiltak. Ulovlig handel med tobakk bidrar også til tapte skatte- og avgiftsinntekter og økte helseutgifter for staten. Hovedtiltakene i protokollen er at partslanene skal styrke kontrollen med forsyningskjeden for tobakksvarer gjennom å etablere et globalt sporingssystem for tobakksvarer, for å gjøre det mulig å spore både produsent av varen og hvilke salgsledd i forsyningskjeden den har vært innom. Det skal etableres en lisensordning for aktører involvert i tobakksproduksjon og -handel. I EUs nye tobakksdirektiv er det inntatt bestemmelser om et felles europeisk sporingssystem som ledd i oppfyllelsen av protokollen.

Fra 2015 vil Statens institutt for rusmiddelforskning styrke overvåkingen av ulovlig handel

med tobakksvarer, blant annet ved å etablere et webpanel for å få bedre oversikt over ulike forsyningskilder for tobakksvarer.

3.4.2 Massemediakampanjer

Helsedirektoratet har gjennomført to årlige tobakkskampanjer siden 2012. Kampanjer med sterke budskap som vekker følelsesmessige reaksjoner har best dokumentert effekt. Fra 2013 har direktoratet valgt å vri fokus fra budskapet hvorfor røykere bør slutte, til i større grad å involvere og hjelpe røykere med budskap om hvordan de kan slutte. Departementet inviterte høsten 2014 en internasjonal ekspert på tobakkskampanjer til å evaluere direktoratets strategi. I evalueringsrapporten framkommer tre hovedanbefalinger:

- Det bør i større grad kjøres hardtslående tobakkskampanjer som fokuserer på helserisiko, i tillegg til kampanjer som oppmuntrer til og støtter røyke- og snusslutt
- Kampanjene bør kjøres ofte på tv, minst tre ganger per år. TV er fortsatt det viktigste mediet, sosiale medier bør komme i tillegg
- Det er rom for metodologiske forbedringer når det gjelder planlegging og forhåndstesting av kampanjer.

Departementet vil i samarbeid med Helsedirektoratet følge opp anbefalingene og massemediakampanjer vil fortsatt være en viktig del av tobakksstrategien, både når det gjelder å forebygge tobakksbruk blant unge og å motivere til tobakkslutt.

3.4.3 Hjelp til å slutte

Det er stort potensial i å legge mer til rette for røykeslutt. Dersom vi skal nå NCD-målene innen 2025 er dette også helt nødvendig, da effektene av at færre unge begynner å bruke tobakk først vil gi utslag på sykkelighets- og dødelighetstallene om flere tiår. Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal plan for tobakksavvenning, som de nå er i ferd med å implementere. Hovedfokus i planen er å gjøre tobakksavvenning til en systematisk del av helsetilbudet og lett tilgjengelig for alle. De kommunale frisklivssentralene er en viktig aktør i arbeidet. Helsedirektoratet har de siste to årene holdt kurs i tobakksavvenning for kommunalt ansatte slik at det kan etableres tilbud om slutteveiledning ved alle frisklivssentraler. Det er den forskningsbaserte samtalemotoden motiverende intervju (MI) som benyttes som samtalemotode ved snus- og røykesluttveiledning på frisklivssen-

Boks 3.24 Hjelp til røykeslutt ved operasjon

Sykehuset Levanger HF har med støtte fra Helsedirektoratet igangsatt et prøveprosjekt for pasienter til hofte- og kneproteseoperasjoner.

Alle fastleger i fylket oppfordres til å ha røykfrihet som tema når de søker pasienten til kirurgi, og alle leger ved ortopedisk avdeling har røykfrihet som tema ved første polikliniske konsultasjon. Sykepleier har også fokus på røykfrihet når pasienten innkalles til preoperativ poliklinikk to uker før operasjonen. Så langt har 145 pasienter deltatt i prosjektet.

tralen. Det er så langt utdannet over 100 slutteveiledere.

Helsedirektoratet arbeider med å ferdigstille en ny oppdatert veileder for tobakksavvenning hos fastlegen. De har videre etablert et samarbeid med Norsk elektronisk legehåndbok, som er en hovedinformasjonskanal for norske fastleger, med informasjon om tobakksavvenning.

Helsedirektoratet har også utviklet mobilapplikasjonen Slutta, som i løpet av ett år ble lastet ned over 180 000 ganger. Omtrent 60 prosent bruker appen for å slutte med snus. Målet er at brukerne skal stimuleres til umiddelbare slutteforsøk.

Legemiddelassistert røykeslutt brukes i liten grad i Norge, til tross for at det er dokumentert å ha god effekt og er kostnadseffektivt. Helsedirektoratet vil øke kunnskapen om slike legemidler og oppfordre fastleger og røykesluttveiledere til å informere bedre om legemidler til røykeslutt til dem som kan ha nytte av dette.

Helsedirektoratet kjører et pilotprosjekt for tidlig samtale om levevaner i svangerskapet i ti kommuner i Rogaland. Tobakk er en del av dette i tillegg til alkohol, kosthold, fysisk aktivitet og medikamenter. Det er utviklet nytt materiell og jordmødre kursenes før oppstart. Om lag 400 gravide har fått tilbud om tidlig samtale i svangerskapet så langt. En foreløpig evaluering av prosjektet viser at tilbakemeldingene fra de gravide er svært positive.

Planlagte operasjoner gir en unik mulighet til å motivere pasienten for røykeslutt med både kort-siktige og langsiktige positive helsekonsekvenser. Det er dokumentert at røykeavvenning før operasjoner er effektivt. Pasienter som slutter å røyke før operasjoner, har færre postoperative komplika-

sjoner enn de som fortsetter å røyke. Målet er at alle helseforetak skal få på plass rutiner for å tilby alle pasienter røykeavvenning i forbindelse med elektive operasjoner. Erfaringer fra Sverige og Danmark viser at tiltaket har hatt svært god effekt.

3.4.4 Gjøre tobakk mindre tiltrekkende på barn og unge

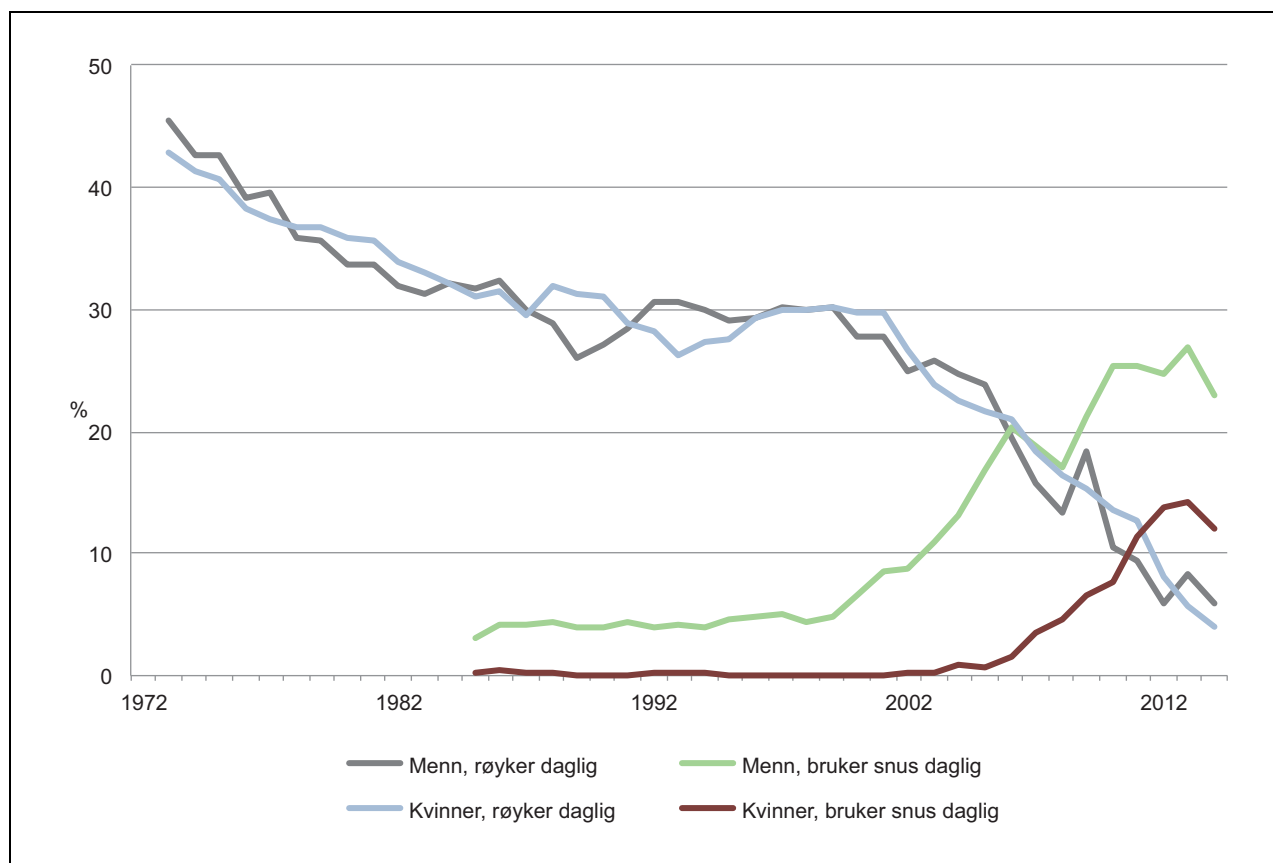
Regjeringen vil redusere tobakkens tiltrekningskraft på barn og unge gjennom å stille krav til standardisering av tobakkspakninger og å innføre forbud mot smakstilsetning for røyketobakk. Tiltakene er målrettet mot barn og unge og berører ikke voksnes mulighet til å kjøpe og bruke tobakksvarer. De aller fleste som begynner med tobakk er mindreårige og forskning viser at de undervurderer risikoen for å bli avhengige av tobakken. Begge tiltakene er forankret i Tobakkskonvensjonen og dens retningslinjer.

Forbud mot smakstilsetninger

Flere land har innført forbud mot smakstilsetninger som sjokolade, tuttifrutti mv. i tobakk. Smakstilsetninger gjør det lettere å begynne med tobakk og reduserer unges inntrykk av helserisikoen ved å bruke tobakk. I EUs nye tobakksdirektiv er det inntatt forbud mot slike smakstilsetninger for røyketobakk fra 2016, med en fire års overgangsperiode for visse produkter. Siden snus er forbudt i EU, er ev. regulering av smakstilsetninger i disse produktene overlatt til Sverige og Norge selv. En kartlegging foretatt av Helsedirektoratet i 2014 viser at det primært er snus som er tilsatt utradisjonelle smakstilsetninger i Norge, men at det også har kommet noen nye designelementer i sigaretter som for eksempel innebygde smaksam-puller. Regjeringen har ikke tatt stilling til om forbudet mot smakstilsetninger også bør gjelde for snus. Spørsmålet utredes for tiden også i Sverige, hvor den svenske regjeringen har bedt et utvalg om å vurdere om forbudet mot smakstilsetninger også skal omfatte snus.

Standardiserte tobakkspakker

I tillegg til smak er tobakkspakkenes utseende en viktig faktor for å tiltrekke seg unge brukere. En rekke tobakksprodukter med utradisjonell design har kommet på markedet de siste årene. I Norge har vi spesielt sett dette når det gjelder snusbokser. Tobakkspakkenes utforming fungerer som reklame og har størst effekt på unge – etablerte



Figur 3.4 Røyk og snus blant unge 16–24 år

Kilde: Helsedirektoratet

tobakksbrukere skifter i svært liten grad merke. Standardiserte tobakkspakninger, uten produsentens farger, logo og varemerke, er innført i Australia og under innføring i flere andre land. Erfaringer fra Australia viser at tiltaket har god effekt og på sikt vil kunne bidra til at tobakksbruk fases ut i ungdomsgenerasjonen. Statens institutt for rusmiddelforskning har foretatt en kunnskapsoppsummering om standardiserte tobakkspakninger og gjennomført fokusgrupper om pakningsdesign. Hovedkonklusjonene var at standardiserte tobakkspakker virket mindre attraktive, spesielt på ungdom. Videre fikk helseadvarslene større effekt og oppmerksomhet. Et forslag om standardiserte tobakkspakninger er sendt på høring.

Forholdet til tobakksindustrien

Regjeringen anser det som særlig viktig med økt bevissthet rundt forholdet til tobakksindustrien og vil vurdere ulike tiltak for å sikre at norsk tobakkspolitikk, i tråd med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3, beskyttes fra påvirkning fra tobakksindustrien.

Tiltakene for å gjøre tobakk mindre tiltrekende på barn og unge vil i sterk grad berøre tobakksprodusentene ved at de vil bli underlagt strenge restriksjoner for hvordan deres produkter skal se ut og smake. Tobakksindustrien har kjempet imot tiltaket om standardiserte tobakkspakninger i Australia på flere ulike måter. I tillegg til regelrette motkampanjer i media for å undergrave helsemyndighetenes støtte i befolkningen og feilinformasjon om effektene av tiltaket, har industrien gått til søksmål mot myndighetene både nasjonalt og internasjonalt med påstand om at tiltaket er i strid med nasjonal rett og internasjonale handels- og investeringsavtaler. Tobakksindustriens aggressive framfrelsynliggjør behovet for økt bevissthet rundt Tobakkskonvensjonens artikkel 5.3, som blant annet omhandler myndighetenes forhold til industrien.

3.4.5 Redusere passiv røyking

Beskyttelsesnivået mot ufrivillig passiv røyking er i dag høyt i Norge. Det kan likevel være enkelte situasjoner hvor befolkningen ikke er fullt ut beskyttet mot ufrivillig passiv røyking. Det å bli

utsatt for andres tobakksrøyk kan i tillegg til økt helserisiko også oppleves som ubehagelig og sjenende. I de årlige tobakksvaneundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå går det fram at andelen som føler seg plaget av passiv røyking har økt i løpet av de siste 30 årene. I denne perioden har imidlertid beskyttelsen mot passiv røyking blitt bedre, så økningen gir mest sannsynlig uttrykk for en holdningsendring og ikke en reell forverring i eksponering. De samme undersøkelsene viser også en økning i andelen som ikke aksepterer røyking i eget hjem eller situasjoner hvor barn er til stede.

Den svenske Folkhälsomyndigheten har høsten 2014 på oppdrag fra Reinfeldt-regjeringen, utredet og analysert forekomsten av passiv røyking på offentlige steder, spesielt der barn oppholder seg, og kommet med forslag til tiltak for å redusere slik eksponering. Begrunnelsen er at flere røykfrie miljøer bidrar til at færre barn og unge begynner å røyke. Helse- og omsorgsdepartementet støtter en utvikling der stadig flere arealer blir røykfrie, spesielt steder som lekeplasser, fornøylesparker og idrettsanlegg. Heldigvis tar mange virksomheter selv initiativ til å regulere dette, for eksempel Tusenfryd, Dyreparken i Kristiansand og Norway Cup. Departementet mener videre at lovreguleringer ikke alltid er nødvendig eller ønskelig. Flere land har god erfaring med at tiltak som skilting med henstilling til ikke å røyke i nærheten av lekeplasser har god effekt.

Barn er spesielt utsatt for helseskader som følge av passiv røyking og har et særskilt krav på beskyttelse. Tobakksskadeloven inneholder i dag en bestemmelse som sier at barn ikke skal utsettes for passiv røyking. Bestemmelsen er ikke straffesanksjonert og er først og fremst ment å virke holdningsskapende.

Departementet mottar stadig klager fra personer som blir plaget av røyking fra naboen. Det kan være snakk om røyk som siver inn gjennom soveromsvindue, inn i ventilasjonssystemet eller fra balkongen under. Mange føler seg hjelpeløse når de på denne måten ufrivillig blir utsatt for passiv røyking i sitt eget hjem. Slike tilfeller skaper vanskelige situasjoner der verdier som privatlivets fred og den enkeltes krav på beskyttelse mot passiv røyking, er uforenlige.

3.5 Alkohol, andre rusmidler og avhengighet

Det overordnede målet med rusmiddelpolitikken er å redusere de negative konsekvensene rusmid-

delbruk har for enkeltpersoner og for tredjepersoner og samfunn.

Samarbeidsavtalen slår fast at hovedlinjene i alkoholpolitikken skal ligge fast. Regjeringen vil videreføre narkotikapolitikken med et overordnet mål å fremme helse og velferd og vektlegge tiltak for både å redusere tilgjengelighet og etterspørsel. Kunnskapen om doping som samfunnsproblem skal styrkes. Kunnskapen om spill og spillproblemer skal økes, formidles og deles, og forebygging og behandling av spillproblemer skal ses i sammenheng med rusmiddelpolitikken.

Gjennom den bredere folkehelsepolitikken som presenteres i denne meldingen og en opptrappingsplan for rusfeltet som regjeringen vil legge fram i 2015, er målet å oppnå bedre folkehelse, komme tidligere inn, korte ned ventetiden og gi bedre behandling. Opptrappingsplanen skal spisses mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusmiddelproblem. Hovedinnsatsen rettes mot kommunesektoren.

3.5.1 Bidra til en ansvarlig alkoholpolitikk

Regjeringen slutter opp om Verdens helseorganisasjons globale mål om 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol innen 2025, jf. omtale under kapittel 1.2 Nasjonale mål. Regjeringen vil videreføre den etablerte alkoholpolitikken og forsterke innsatsen, ikke minst mot tredjepartsskader.

For å nå målet om 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol har Verdens helseorganisasjon etablert tre indikatorer: alkoholkonsum per innbygger, forekomst av store enkeltinntak av alkohol og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet. Indikatoren alkoholkonsum per innbygger (gjennomsnittsførbruket) henger sammen med de to andre indikatorene. Empiriske data har vist en samvariasjon mellom alkoholkonsum per innbygger og antall personer som har et skadelig høyt forbruk. Hos storforbrukere er risikoen høy, men fordi risikoen for kroniske sykdommer knyttet til alkoholforbruk øker gradvis vil skade- og sykdomsomfanget være størst i den store gruppen som har et relativt moderat alkoholforbruk. Det er derfor nødvendig å holde fast ved målet om et lavt gjennomsnittsførbruk av alkohol og samtidig sette søkelys på drikkemønster og tredjepartsskader.

Alkohol og andre rusmidler fører til store kostnader for den som bruker rusmidler, for tredjeparter og for samfunnet. Omsorgssvikt, frykt, ulykker, vold, fosterskader og andre tredjepartsskader har uvurderlige kostnader. Helsetjenestene påfø-

Boks 3.25 Alkohol og helserisiko

Alkohol er en vesentlig risikofaktor for en rekke sykdommer og lidelser både i Norge og globalt. Imidlertid er de alkoholspesifikke risikofaktorene forskjellige. De største globale problemene er knyttet til mindreåriges alkoholbruk, skadelig bruk av alkohol blant kvinner i reproduktiv alder, alkoholbruk i trafikk og i forbindelse med føring av arbeidsmaskiner, alkoholforgiftning, alkoholavhengighet, helseskader ved inntak av illegalt produsert alkohol og direkte skadevirkninger av høyt alkoholinntak. Dette er risikofaktorer som også er relevante i Norge, men i varierende grad.

Et moderat alkoholforbruk øker risikoen for kreft i fordøyelsesorganene, lever og bryst.

Et langvarig og høyt alkoholforbruk øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, i tillegg til andre sykdommer som leversvikt, betennelse i bukspyttkjertelen og lungesykdommer. Et langvarig og høyt alkoholforbruk øker også risikoen for avhengighet og andre psykiske lidelser.

Store enkeltinntak av alkohol gir økt risiko for hjerneslag og hjerteinfarkt, og risikoen øker med frekvensen av slike episoder. Det er også holdepunkter for at alkoholbruk – allerede ved moderat forbruk – øker risikoen for atrieflimmer.

res store kostnader knyttet til akutte skader (trafikkulykker, andre ulykker, vold), somatiske lidelser der alkohol er en medvirkende faktor, psykiske lidelser og behandling og omsorg knyttet til alkoholavhengighet. Regjeringen vil styrke informasjonstiltak og kampanjer innenfor en samlet kommunikasjonsstrategi der også helserisiko og tredjepartsskader knyttet til rusmidler vektlegges.

Ansvarlig alkoholhåndtering

Regjeringen vil støtte kommunenes arbeid med en ansvarlig alkoholhåndtering. Ansvarlig alkoholhåndtering er en satsing i regi av Helsedirektoratet for å styrke kommunenes forvaltning av alkoholloven. Målet er at kommunene i større grad skal ta ut potensialet i alkohollovgivningen som en del av arbeidet med å fremme folkehelsen og begrense rusmiddelrelaterte skader. Det er nød-

vendig at kommunene møter utfordringene knyttet til alkoholbruk på en helhetlig måte, fra utforming av planverk til innvilgelsespolitikk og kontroll. Servering og salg av alkohol kan gi viktige inntekter og arbeidsplasser i kommunen, og en velfungerende restaurant- og serveringsnæring er en viktig del av bymiljøet. Samtidig kan et høyt alkoholforbruk medføre store kostnader og menneskelige lidelser. Av den grunn skal kommunen ha folkehelseperspektivet med i sin alkoholpolitikk. Arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering understøtter kommunens arbeid og bidrar til en god balanse mellom næringsmessige og nytelsesmessige hensyn på den ene siden og nødvendige begrensninger for å hindre skadelig bruk og skade på andre. Satsingen har som mål å utvikle et best mulig samarbeid mellom kommune, politi og bransje, heve kompetansen om alkoholhåndtering i salgs- og skjenkebransjene og øke kvaliteten på salgs- og skjenkekontrollene. Satsingen bidrar til å legge grunnlaget for en ansvarlig og forutsigbar alkoholhåndtering i kommunene.

For å styrke kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger har det blitt gjennomført endringer i forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv. som trer i kraft 1. januar 2016. Etter dette er kommunen ansvarlig for at kontrollørene av salgs- og skjenkesteder har fått nødvendig opplæring i alkohollovgivning, kontrollmetoder og rapportskrivning. Kontrollørene skal ha bestått kunnskapsprøve. Videre skal kontroll av skjenkesteder gjennomføres med minst to kontrollører.

For å tydeliggjøre kommunens ansvar for å reagere ved brudd på bevillingsvilkårene etter alkoholloven og sikre likebehandling av bevillingshavere ble det i Prop. 58 L (2014–2015) foreslått nye forskriftsbestemmelser om normerte regler for inndragning av bevillinger etter alkoholloven § 1-8. Forslaget innebærer justeringer i bevillingsordningen slik at den i større grad enn i dag vil bidra til å redusere problemer knyttet til alkoholbruk.

Videreutvikling av alkoholregelverket

Monopolordningen, aldersgrensene, bevillingssystemet, reklameforbud og avgifter skal opprettholdes, men virkemidlene må tilpasses dagens utfordringer og behov. For å sikre oppslutning om reguleringsordningene er det viktig at de er relevante og fungerer etter hensikten. Gjennomgangen av reklamelovgivningen, lovvedtaket om å tillate alkoholsalg på valgdager og på påske-, pinse- og nyttårsaftener og forslag om endring av fireårsre-

Boks 3.26 Ansvarlig alkoholhåndtering i kommune, politi og utelivsbransjen

Satsingen Ansvarlig alkoholhåndtering bygger videre på erfaringene fra norske prosjekter som Ansvarlig vertskap, som igjen bygger på Ansvarsfull alkoholserving som er et prosjekt og en metode som er utviklet og anvendt i regi av Stad (Stockholm forebygger alkohol og drogproblemer) og som nå brukes som samarbeidsmodell for kommune, politi og næring i mange kommuner i Sverige. Det legges vekt på samarbeid, opplæring, kunnskapsheving og kontroll i alle ledd. Flere kommuner i Norge har satt i gang slike prosjekter, for eksempel Salutt-prosjektet i Oslo kommune og Maks-prosjektet i noen kommuner i Østfold. Helsedirektoratet bidrar med faglig veiledningsmaterieell for kommunene. Alle kommuner skal få tilbud om kurs og bistand for å sikre ansvarlig alkoholhåndtering. I tillegg får politi og næringsliv tilbud om kurs. Det er ikke foreslått å pålegge kommunene å innføre programmer i ansvarlig alkoholhåndtering. Ulike kommuner kan ha ulike utfordringer og må derfor ha mulighet til å tilpasse tiltak lokalt.

gelen for kommunale salgs- og skjenkebevillinger, er eksempler på nødvendige justeringer.

Regjeringen vil arbeide for felles krav i EU om ingrediensmerking av alkoholholdig drikk. Der som det tar tid å få dette på plass i EU, må det vurderes om det er mulig og hensiktsmessig med særnorske regler. Det er ingen gode grunner for at forbrukerne ikke skal ha samme informasjon om innholdet i alkoholholdige drikkevarer som de får om innholdet i andre drikker og matvarer. Når det gjelder informasjon om skadevirkninger av alkoholbruk på de alkoholholdige produktene (advarselsmerking), vil regjeringen følge med på utviklingen i EU og andre land.

Kontroll med salg av alkoholholdig drikk i Norge, herunder vinmonopolordningen, er et viktig alkoholpolitisk virkemiddel. For å hindre at det, under dekke av å være privatimport, opprettes nye, parallelle salgskanaler i Norge i strid med monopolets enerett, vil Regjeringen arbeide for å opprettholde det såkalte separasjonskravet ved privatimport. Dette kravet innebærer at selger av alkoholholdig drikk i utlandet ikke selv kan levere

Boks 3.27 Frivillige organisasjoners rusmiddelforebyggende arbeid

Frivillige organisasjoner er en viktig støttespiller i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordninger som går til rusmiddelpolitiske organisasjoner og rusforebyggende prosjekter og aktiviteter. Tilskuddene skal blant annet bidra til å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og rådgivningsarbeid og aktivitetstilbud.

Blant en lang rekke tiltak som fikk støtte i 2014, var Blå kors-prosjektet «Jeg ser». Alle barn har et grunnleggende behov for å bli sett. Dette er spesielt viktig for sårbare barn. Målet med prosjektet er å mobilisere voksne i våre nærmiljø til å se de sårbare barna rundt seg og til å handle ved bekymring.

varen ut til kjøper i Norge, men må bruke en uavhengig transportør. ESA mener separasjonskravet strider mot EØS-avtalen og har åpnet sak mot Norge.

Videreutvikling av alkoholstatistikken

God oversikt over det totale alkoholkonsumet i Norge er nødvendig for å se konsekvensene av endringer i alkoholpolitikken (for eksempel økt grensehandel), effekten av forebyggende virkemidler og totalalkoholkonsumets betydning for folkehelsen.

Den registrerte omsetningen var i 2013 om lag 6,2 liter per innbygger over 15 år. I tillegg til den registrerte omsetningen kommer den uregistrerte omsetningen fra taxfree, grensehandel, smugling og hjemmeproduksjon. Statens institutt for rusmiddelforskning fører statistikk over omsetning av alkohol i tollfritt utvalg ved ankomst til norske flyplasser (taxfree-salg). Dette utgjør sammen med grensehandel størstedelen av den uregistrerte omsetningen.

Instituttet skal videreutvikle alkoholstatistikken. Målet er en bedre og mer enhetlig alkoholstatistikk på nasjonalt og kommunalt nivå. Ikke minst er det nødvendig å sikre god statistikk fra taxfree-salg mv.

I 2013 bidro taxfree-salget ved norske flyplasser med rundt 0,6 liter ren alkohol per innbygger (15 år og eldre). Anslag fra Sirius for grensehandelen med Sverige fra 2011 viser at denne bidrar med rundt 0,4 liter ren alkohol per innbygger.

Ettersom det ikke innhentes salgsstatistikk over alkoholomsetning fra fergetrafikken mellom Norge og utlandet, foreligger det ikke nøyaktig statistikk for den samlede taxfree-omsetningen, men på bakgrunn av passasjertall er det mulig å utarbeide anslag. Regjeringen vil etter Stortingets anmodning, jf. Dokument 8:83 S (2013–2014), Innst. 63 S (2014–2015), «legge fram en helhetlig utredning om taxfree-ordningen i inneværende stortingsperiode, inkludert en gjennomgang av de sosialpolitiske perspektivene».

Folkehelseloven gir kommunene ansvar for å føre en folkehelsepolitikk som møter de utfordringene kommunene har. Gjennom folkehelseprofilene gis kommunene mulighet til å følge opp dette ansvaret. For å ta beslutninger om forebyggende virkemidler er det nødvendig med gode data, også om rusmiddelbruk. Det er et mål at data om alkoholbruk skal legges inn i folkehelseprofilene.

3.5.2 Styrke arbeidslivet som arena for rusmiddelforebygging

Arbeidslivet er en god arena for å forebygge negative følger av rusmiddelbruk – både fordi arbeidsplassen sosialiserer og påvirker medarbeiderne og fordi arbeidsgiver har et ansvar for helse-, miljø og sikkerhet. Informasjon til ledere og tillitsvalgte er nødvendig for å skape bevissthet om betydningen av en inkluderende og forebyggende rusmiddelkultur på arbeidsplassen.

Arbeidslivet bærer store deler av kostnadene knyttet til tredjepersonsskader i form av sykefravær, ikke minst endagsfravær og nedsatt arbeidskapasitet, og sikkerhet, produktivitet og kreativitet utfordres.

Akan, Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk, har siden 1963 vært drevet gjennom et trepartssamarbeid mellom LO, NHO og staten. Akan hjelper ledere og medarbeidere med å forebygge og håndtere rus og avhengighet. For norsk arbeidsliv, og særlig for små og mellomstore bedrifter uten stor kapasitet og kompetanse på HMS, er Akan et viktig hjelpemiddel. Regjeringen vil styrke engasjementet for Akan-samarbeidet gjennom en tydeligere politisk forankring av statens interesser.

Regjeringen slutter opp om målet i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, at flest mulig ansatte i privat sektor og 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.

Boks 3.28 Internasjonalt samarbeid på alkoholområdet

Både i EU og i Verdens helseorganisasjon pågår prosesser som bidrar til økt bevissthet rundt alkoholpolitikk og til å utvikle bedre kunnskap om alkoholskadene omfang, årsak og om tiltak. Norge deltar aktivt i arbeidet.

WHO har et bredt organisert samarbeid om implementeringen av den globale alkoholstrategien som helseforsamlingen vedtok i 2010. Norge deltar i den globale koordineringsgruppen for denne strategien.

På EU nivå foregår det et alkoholpolitisk samarbeid med grunnlag i en alkoholstrategi EU vedtok i 2006. Det er opprettet en egen komité med deltakelse fra medlemslandene, Komiteen for alkoholpolitikk og tiltak (Cnapa), der Norge deltar som observatør.

Cnapa vedtok i 2014 en treårig tiltaksplan om ungdom og alkohol og sterk beruselse.

Blant de frivillige ordninger som drøftes er reduksjon av alkoholinnholdet på noen produkter der alkoholinnholdet er økt betydelig i løpet av de seneste tiårene. Andre bidrag vil være å støtte uavhengig overvåking og styrke ungdoms beskyttelse mot alkoholreklame, særlig fra de nye elektroniske mediene.

Norge deltar i EUs Joint Action-prosjekt om alkohol. Her arbeides det med å samle kunnskap om tre områder som grunnlag for utvikling av både nasjonal politikk og EU-politikk på feltet:

- monitorering av drikkemønster og alkoholskader i Europa og utvikle felles metodikk for å sikre gode og sammenliknbare tall
- sammenstille kunnskap og legge fram anbefalinger om bruk av retningslinjer for lavrisiko-driking av alkohol
- utvikle en verktøykasse med beste praksistilnærminger for informasjonsarbeid

Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, plikter arbeidsgiver å knytte til seg bedriftshelsetjeneste som skal bistå med forebyggende arbeidsmiljøarbeid. I tillegg er det virksomheter som velger å benytte bistand fra bedriftshelsetjenesten i generelt rus- og avhengighetsforebyggende arbeid.

Informasjon og kunnskap om rus blant ledere og ansatte vil bidra til at arbeidslivet ser mulighetene i et godt rus- og avhengighetsforebyggende arbeid. Det er viktig å nå hele arbeidslivet, både privat og offentlig sektor, store virksomheter og små og mellomstore virksomheter. Regjeringen vil stimulere og motivere stat og kommune som arbeidsgivere til å gå foran med et godt eksempel gjennom en ledelsesforankret rusmiddelpolicy.

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge vekt på å samordne kunnskapsmiljøer og styrke kunnskapsgrunnlaget, spesielt med tanke på få fram gode data om sammenhengen mellom rusmidler, sykefravær og nedsatt produktivitet og kost-nytteanalyse av rusmiddelbruk og rusmiddelforebyggende tiltak i arbeidslivet.

3.5.3 Tidlig innsats – mulighetens øyeblikk?

Regjeringen vil legge til rette for systematisk utprøving og evaluering av tidlige intervensjonstiltak på utvalgte arenaer eller situasjoner der det aktuelle helseproblem vurderes å kunne være relatert til pasientens rusmiddelvaner.

På alkoholområdet er det flere sentrale arenaer for tidlig identifisering og tidlig intervensjon som har potensial for å utnyttes bedre, blant annet svangerskapsomsorgen, fastlege, legevakt, sykehusavdelinger og akuttmottak.

Å screene pasienter for alkohol og å forsøke å gjennomføre intervensjoner gir ikke nødvendigvis god effekt, men det kan oppnås gode resultater ved å avgrense screening og tidlig intervensjon til situasjoner hvor det oppleves relevant å snakke om rusmiddelvaner. Det gjelder for eksempel:

- når det aktuelle helseproblem vurderes å kunne være relatert til pasientens rusmiddelvaner
- graviditetskontroll, helseerklæringer, generell helsekontroll bestilt av pasienten
- når legen får en ny pasient, der faste spørsmål om rusmiddelvaner vurderes som relevante for helsevurderingen
- i forbindelse med operasjoner
- etter ulykker og vold

Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) forsker på digitale intervensjoner som kan gi økte effekter for spesifikke målgrupper. Til nå har denne forskningen i stor grad dreid seg om bruk av digitale intervensjoner som eneste intervensjon. Det ligger et potensial i å utvikle digitale intervensjoner som kombineres med andre intervensjoner i relevante kommunale tjenester.

Boks 3.29 ABC-bakken barnehage i Kristiansund

ABC-bakken barnehage i Kristiansund vant i 2014 Akan-prisen. Akan-prisen deles ut for å gi en oppmuntring til virksomheter som utmerker seg med godt rus- og avhengighetsforebyggende arbeid, og som dermed kan bidra som inspirasjonskilde for andre.

Barnehagen er et eksempel på beste praksis blant private småbedrifter i en bransje som sysselsetter mange både i offentlig og privat sektor. En bransje med mange unge arbeidstakere, høyt sykefravær og ofte tette kollegiale relasjoner som kan gjøre lederrollen uklar.

Forutsetningene for å jobbe forebyggende er forskjellige i små og store bedrifter. Det kan være vanskelig å bygge felles holdninger og gjøre en policy kjent i en stor bedrift. Samtidig kan lederens utfordringer være vel så store i en liten bedrift som i en stor. Mens ledere i store virksomheter har stabs- og støtteressurser, står småbedriftslederen som regel alene. Felles for både store og små virksomheter er samarbeidet mellom ledelse og medarbeiderenes representanter.

ABC-bakken barnehage har:

- en partsforankret policy som er kjent for alle ansatte, og som systematisk gjennomgås med nyansatte
- et gjennomdiskutert syn på hva som gjelder i virksomhetens gråsoner
- fokus på forebygging og tidlig innsats, til tross for at de aldri har hatt noen alkoholrelaterte personalsaker
- integrert det rusforebyggende arbeidet i sitt øvrige systematiske arbeid med helse, miljø og sikkerhet
- en plan for jevnlig oppfølging av arbeidet
- deltatt i rusmiddelforebyggende opplæring i regi av Private Barnehagers Landsforbund
- en daglig leder som er meget bevisst sin lederrolle

Helsedirektoratet har utarbeidet en veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen. Jordmødre og leger som følger opp gravide og deres partnere, har en unik mulighet til å nå hele familien. For at barnet skal få den beste starten i livet, er det viktig at alle har kunnskap om hva som fremmer, hemmer og forstyrrer fosterets utvikling. En samtale om levevaner gir den gravide

Boks 3.30 Internasjonalt samarbeid på narkotikaområdet

Det internasjonale narkotikasamarbeidet er basert på FNs tre narkotikakonvensjoner. Det overordnede målet er å fremme helse og velferd for menneskeheten, blant annet ved å lovregulere internasjonalt egnede kontrollmekanismer for å sikre tilgjengelighet av narkotiske og psykotrope stoffer til medisinsk og vitenskapelig formål og for å forhindre lekkasje til det illegale markedet.

Narkotikadebatten er polarisert. Der en fløy vektlegger kontrollaspektet, vil en annen etterlyse større vektlegging av helse og tilgjengelighet av nødvendige medisiner. Enkelte vil hevde at konvensjonene står i veien for reformer og fornying, mens andre vil hevde at det er rom for dette innenfor gjeldende ordlyd.

Stilt overfor de alvorlige utfordringene som narkotikaproblemene forårsaker for enkeltmenneske, samfunn og sikkerhet, er denne polariseringen svært uheldig. Det gjelder særlig der forhandlinger er basert på konsensus og hvor fastlåste posisjoner kan blokkere nødvendige løsninger. I dette bildet er det norsk politikk å vektlegge en mellomposisjon basert på dialog, realisme og balanse. Dette er også posisjoner Norge vil ta med inn i arbeidet med FNs spesialsesjon om narkotika i 2016 (Ungass).

Norge deltar aktivt i de fleste internasjonale narkotikapolitiske fora, og samarbeider med ulike land og sammenslutninger fra sak til sak. Dette gjelder både i FNs narkotikakommisjon (CND), Europarådets narkotikagrupper – Pompidou-gruppen, hvor Norge for tiden har formannskapet – og i det uformelle nordiske narkotikasamarbeidet. I tillegg bidrar Norge til økt oppmerksomhet om narkotika i Verdens helseorganisasjon og i FNs menneskerettighetsråd.

mulighet til å treffe informerte valg fra begynnelsen av. For å minske risikoen for skader på fosteret trenger gravide informasjon tidlig, aller helst så fort graviditeten er bekreftet.

Tidlig oppdagelse og oppfølging må ikke avgrenses til helsetjenesten eller til problematisk rusmiddelbruk i en tidlig fase. Vellykkede tiltak i barnehage eller tidlig skolealder overfor et barn

Boks 3.31 Antidoping Norge

Trening skal være sunt og helsefremmende, men for noen fører jakten på drømmekroppen til usunne treningsregimer, matvaner og inntak av store mengder kosttilskudd, mens andre benytter ulovlige og helseskadelige stoffer som anabole steroider og andre dopingmidler – med potensielt store konsekvenser for den enkelte, familie og omgangskrets.

Antidoping Norge har en pådriverrolle i utviklingen av nye verktøy og virkemidler i arbeidet mot doping som samfunnsproblem. Antidoping Norge tilrettelegger for lokalt antidopingarbeid i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner. Hensikten er at yrkesgrupper som møter unge mennesker i sitt virke øker sin kunnskap om konsekvenser ved bruk av doping, tegn og symptomer, brukermotivasjon og om hvor brukere og pårørende kan henvende seg for å få hjelp. Det pågår prosjekter i Vestfold, Telemark, Hordaland, Oppland og Sør-Trøndelag.

Det er positivt at unge etablerer gode treningsvaner. Antidoping Norge arbeider derfor for å gi unge grunnlag for å ta informerte valg om egen trening og helse. I samarbeid med Norges Idrettshøgskole, Universitetet i Bergen, Norges Styrkeløfterforbund og Vestfold fylkeskommune driver Antidoping Norge et prosjekt der elever på videregående skole gis opplæring i treningslære, biomekanikk, ernæring og antidoping samtidig som de blir fulgt opp i forbindelse med praktisk trening. Opplegget er et eksempel på hvordan praktisk trening og kunnskapshevende foredrag om bruk av doping, sosiale medier og kroppspress kan integreres for å skape sunne holdninger til kropp og trening.

med atferdsavvik vil kunne bidra til at hun fullfører videregående utdanning. De samme tiltakene kan på lang sikt ha betydning for hennes bruk av rusmidler. Det innebærer at flere samfunnssektorer har felles interesser av tidlig innsats. Helsedirektoratet vil i løpet av 2015 revidere veilederen Fra bekymring til handling.

Satsingen på tidlig intervensjon vil bli nærmere omtalt i den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet.

3.5.4 Sikre et lavt narkotikaforbruk

For å sikre et lavt forbruk av narkotika skal hovedlinjene i narkotikapolitikken ligge fast. Helseaspektet, forebygging og tidlig innsats skal vektlegges, og regulatoriske virkemidler som forbud mot narkotika, kontrolltiltak mot ulovlig omsetning og forpliktende internasjonalt samarbeid skal videreføres.

Antallet narkotikautløste dødsfall er høyt. I 2013 ble det registrert 234 narkotikautløste dødsfall i Norge. I perioden 2002 til 2012 har antallet variert rundt et gjennomsnitt på 266 dødsfall per år, men det er registrert en svak nedadgående trend fra 2009. Fire av fem dødsfall skyldes inntak av opioider med sprøyte, ofte sammen med benzodiazepiner og/eller alkohol. Regjeringen har på denne bakgrunn lansert en Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 med mål om en årlig nedgang i antallet overdosedødsfall, og med en langsiktig nullvisjon.

Økt omsetning av nye psykoaktive rusmidler over internett vekker bekymring. Norske helsemyndigheter, Kripes og Toll- og avgiftsdirektoratet samarbeider med helsemyndigheter i Norden og med EUs narkotikaovervåkingscenter EMCDDA om varsling og analyse av nye stoffer.

3.5.5 Styrke innsatsen mot doping som samfunnsproblem

Doping er mest utbredt blant unge menn, og i enkelte ungdomsmiljøer utgjør det et betydelig problem, selv om doping er lite utbredt i befolkningen generelt. Statens institutt for rusmiddel-forskningens rapport nr. 4, 2013 Anabole steroider i Norge viser at 1–2 prosent unge nordmenn oppgir bruk av anabole steroider.

Stiftelsen Antidoping Norge arbeider for en ren idrett og et dopingfritt samfunn. Antidoping Norge får driftstilskudd fra Kulturdepartementet til arbeidet mot doping i idretten. I tillegg mottar stiftelsen tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til arbeidet med doping som samfunnsproblem.

Antidoping Norge har bygget opp et eget kunnskapssenter der målet er å være ledende på relevant og oppdatert kunnskapsformidling til unge, pårørende, og yrkesgrupper som lærere, politi, helsepersonell og ansatte på treningssentre. Ressurspersoner innen trening, helse, medisin og juss svarer på dopingrelaterte spørsmål.

Helsedirektoratet har som oppfølging av en evaluering av Dopingtelefonen foreslått å organi-

Boks 3.32 Hjelpelinjen – 800 800 40

Hjelpelinjen er et tiltak som drives i henhold til regjeringens handlingsplan mot spillproblemer (2013–2015). Hjelpelinjen er et kontaktpunkt for både mennesker som opplever problemer med spill selv, og pårørende til mennesker som opplever slike problemer.

Målsettingen med Hjelpelinjen er å:

- hjelpe mennesker i krise
- vise til annen hjelp, blant annet behandling, og
- samle informasjon om spilleavhengighet.

Hjelpelinjen er et samarbeid mellom Lotteritilsynet og Sykehuset Innlandet HF Sanderud. Lotteritilsynet har resultatansvar og ansvar for informasjon og markedsføring. Men fysisk er tjenesten lagt til Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet ved Sykehuset Innlandet HF Sanderud. Lotteritilsynet utarbeider årlige samtalestatistikker for trafikken på Hjelpelinjen.

Via Hjelpelinjen får du tilbud om hjelp og gratis fjernbasert behandling via Internett og telefon om du ønsker det. Behandlingen går over tre måneder og omfatter:

- telefonsamtaler med terapeut hver uke
- terapeutiske skriftlige arbeidsoppgaver
- bruk av verktøy som gjør deg i stand til å hjelpe deg selv
- diskusjonsforum der du kan kommunisere anonymt med andre deltakere

sere Dopingtelefonen som en del av Antidoping Norge. Dopingtelefonen er i dag plassert ved Hormonlaboratoriet ved Aker sykehus, Oslo Universitetssykehus HF. Helsedirektoratet legger vekt på at Antidoping Norge har ressurser og kompetanse både innenfor doping, forebygging og informasjonsvirksomhet. Antidoping Norge og Dopingtelefonens informasjonsarbeid rettes i stor grad mot samme målgrupper i samfunnet, og organisasjonene kan komplettere hverandre.

Regjeringen vil styrke Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem. Det vil være hensiktsmessig at Dopingtelefonen lokaliseres ved Antidoping Norge med tanke på å oppnå en best mulig publikumsrettet informasjons-tjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet vil

Boks 3.33 Spillavhengighet Norge

Spillavhengighet Norge er et lavterskeltilbud til spilleavhengige og deres pårørende, driftet i hovedsak av frivillige. Organisasjonens nedslagsfelt er alt som omhandler vanedannende spill, uansett type. Spillavhengighet Norge formidler informasjon om årsaker og konsekvenser rundt spilleavhengighet og problematisk dataspill, rettet mot spillere, pårørende og andre berørte. Gjennom erfaringsbasert kunnskap tilbyr Spillavhengighet Norge støtte til spilleavhengige og deres pårørende.

Spillavhengighet Norge er opptatt av å forebygge sosiale skadevirkninger, særlig blant barn og unge. Gjennom blant annet kritisk granskning av markedsføring av de ulike spill, bidrar organisasjonen aktivt i samfunnsdebatten og formidler informasjon til politikere og andre beslutningstakere.

For mange som opplever spillproblemer – enten som pårørende eller som problemspillere – vil informasjon og støtte fra medarbeidere i Spillavhengighet Norge være avgjørende for å finne veien til behandling og mulige hjelpeinstanser.

komme tilbake til dette forslaget i statsbudsjettet for 2016.

Steroideprosjektet ved Oslo universitetssykehus, som drives i samarbeid mellom Seksjon ruspoliklinikker ved Oslo Universitetssykehus HF og Nasjonal Kompetansetjeneste TSB, skal sikre at brukere av anabole androgene steroider og andre prestasjonsfremmende stoffer og deres pårørende får kunnskapsbasert og god behandling, uansett hvor i landet de bor.

3.5.6 Se problematisk spillatferd i sammenheng med rusmiddelpolitikken

Det er et mål å unngå at noen utvikler problematisk spillatferd. Kunnskapen om spill og spillpro-

blemer skal økes, formidles og deles. Tidlig innsats mot problematisk spillatferd skal redusere problemspilling. Sosialpolitiske hensyn er sentrale i regulering av det norske lotteri- og penge spillmarkedet. Arbeidet som gjennomføres for å hindre spilleavhengighet framgår av Handlingsplan mot spillproblemer (2013–2015). Helsedirektoratet, Lotteritilsynet og Medietilsynet samarbeider om å gjennomføre tiltakene i planen.

En arbeidsgruppe nedsatt av Kulturdepartementet har utredet hvordan den teknologiske utviklingen utfordrer den eksisterende pengespillreguleringen. Rapporten Grenselause pengespel gir et godt faktagrunnlag for Kulturdepartementets videre arbeid med pengespillfeltet.

Kulturdepartementet vedtok 27. februar 2015 endringer i lotteriregelverket. Formålet med endringene er å styrke den norske lotteri- og pengespillmodellens rettslige stilling. Det nye regelverket innebærer nye og klarere vilkår og rammer for private lotterier. I tillegg flyttes ansvaret for å avgjøre søknader fra Kulturdepartementet til Lotteritilsynet. Det er en forutsetning at dette ikke skal utfordre Norsk Tippings enerettsmodell eller føre til mer spillavhengighet. Endringene innebærer klarere regler for det private lotterimarkedet. Det åpnes nå for et begrenset privat lotteri-marked, som likevel er betydelig større enn dagens marked. Dette skaper nye muligheter for de frivillige organisasjonene.

Regjeringen vil se forebygging og behandling av problematisk spillatferd i tettere sammenheng med forebygging og behandling av annen avhengighet og innsatsen mot rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordninger til rusmiddelforebyggende arbeid i regi av frivillige organisasjoner. Det vil være aktuelt å vurdere om innsats for å forebygge problematisk spillatferd kan tas inn i disse tilskuddsordningene fra 2016. Spillproblemer vil også være et tema i Opptrappingsplan for rusfeltet.

Boks 3.34 Helsevennlige valg*Regjeringen vil:*

- Legge prinsippene for å fremme helsevennlige valg til grunn for utforming av tiltak både i helsesektoren og i andre sektorer
- Iverksette informasjonstiltak og kampanjer, på områdene fysisk aktivitet, kosthold, alkohol og tobakk, innenfor en samlet kommunikasjonsstrategi.
- Gi Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet i oppdrag å utvikle modeller for hvordan skolene innenfor dagens regelverk kan sikre daglig fysisk aktivitet for alle elever
- Iverksette forsøk ved et utvalg ungdomsskoler der elevene vil få en økning i antall timer fysisk aktivitet og/eller kroppsøving i uken
- Styrke svømmeopplæring for alle barn
- Oppfordre til samarbeid med private aktører om tilbud for mennesker som kan ha nytte av fysisk aktivitet og som trenger veiledning og aktiv oppfølging
- Videreføre og styrke samarbeidet med matvarebransjen med sikte på å gjøre det enklere å velge sunt
- Invitere til bredt samarbeid for økt praktisk kunnskap og ferdigheter om matlaging
- Fremme et godt skolemåltid gjennom å initiere måltidspartnerskap sentralt og lokalt
- Bidra til at helsemyndighetenes anbefalinger om 20 minutters spisetid følges opp i skolen
- Innføre krav til standardiserte tobakkspakninger og forbud mot smakstilsetninger i røyketobakk for å gjøre produktene mindre tiltrekkende for barn og unge
- Styrke overvåkingen av og vurdere tiltak for å redusere ulovlig handel med tobakksvarer
- Vurdere tiltak for å gjennomføre Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 om forholdet til tobakksindustrien
- Stimulere stat og kommune som arbeidsgivere til en ledelsesforankret rusmiddelpolitikk
- Legge fram en opptrappingsplan for rusfeltet
- Legge til rette for systematisk utprøving og evaluering av tiltak for tidlig intervensjon
- Styrke Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem

4 Aktive eldre

Regjeringen vil videreutvikle eldrepolitikken og legge fram en samlet strategi for en moderne eldrepolitikk. Formålet er å fremme økt yrkesdeltakelse, aktivitet, helse, trygghet og solidaritet mellom generasjonene. Aldringen av befolkningen berører alle samfunnsområder. De demografiske endringene og en endret befolkningssammensetning er, sammen med klimautfordringene og den teknologiske utviklingen, en viktig samfunnsforandrende faktor.

At stadig flere lever lenger og med god helse er et gode for den enkelte og for samfunnet og et resultat av en vellykket samfunnsutvikling. Samtidig krever det at vi lykkes med å forvalte felles ressurser bedre for framtidige generasjoner. Et aktivt, trygt og godt liv som gammel er en verdi i seg selv, det har betydning for helse og trivsel, og det utgjør derfor en viktig del av en ny folkehelsepolitikk.

Regjeringen vil arbeide for økt yrkesdeltakelse og for å heve aldersgrensene i arbeidslivet, styrke seniorpolitikk og et inkluderende arbeidsliv i dialog med partene i arbeidslivet. Eldre mennesker som ønsker det, bør få mulighet til å delta lenger i arbeidslivet. Eldrebefolkningen er like mangfoldig som resten av befolkningen. Mange eldre har god helse og ønsker å bidra. Velferdsordningene for eldre, med alderspensjon og omsorgstjenester, er utviklet over flere tiår. Men nå er det behov for en ny og moderne politikk for aktive eldre. Politikken skal i langt større grad gjenspeile at dagens og morgendagens eldre har mange ressurser og god helse, og tilrettelegge for dem som ønsker å bidra i arbeids- og samfunnsliv, og ikke begrense deres muligheter. Vi har en tendens til å se på eldre med gårdsdagens briller, og politikken må bidra til å snu holdningene til eldre.

Strategien for en moderne eldrepolitikk skal også se på hvordan teknologisk utvikling, nærmiljøutvikling, transportpolitikk og boligpolitikk kan styrke Eldres muligheter til å delta i samfunnet. Frivillig sektor og kulturliv vil få økt betydning. Det skal også legges vekt på betydningen av gode levevæner for å vedlikeholde gode liv og funksjonsdyktighet. Helse- og omsorgstjenesten skal legge mer vekt på forebyggende innsats, på å avdekke sykdom tidlig og bidra til at eldre mennesker kan mestre livet med sykdom. Velferdsordninger skal sikre trygghet og stimulere til aktivitet og selvstendighet for eldre som

av helsemessige eller økonomiske årsaker har begrensede muligheter til deltakelse.

Strategien vil legge vekt på å få mer kunnskap om Eldres helse, og om sammenhengen mellom yrkesdeltakelse, sosial aktivitet og helse. En passiv pensjonisttilværelse over mange år er ikke nødvendigvis helsefremmende. Strategien skal bidra til å få en samfunnsutvikling som har betydning for at eldre kan leve aktive og trygge liv.

Viktige aktører i arbeidet med å skape et samfunn for aktive eldre er de eldre selv og organisasjoner som arbeider for eldre menneskers interesser, partene i arbeidslivet, kommunesektoren, frivillige organisasjoner, kulturlivet og andre sektorer som næringsliv og samferdsel. Forsknings-, kunnskaps- og innovasjonsmiljøer skal mobiliseres. Arbeidet skal være i tråd med internasjonale prosesser i regi av EU, FN og OECD om aktiv og trygg aldring.

4.1 Felles ansvar på tvers av generasjonene

En politikk for aktive eldre er i tråd med behovet for en bærekraftig utvikling og er en del av løsningen for å møte morgendagens utfordringer. Høy yrkesdeltakelse blant menn og kvinner og en arbeidsstyrke med god kompetanse er den viktigste ressursen for norsk økonomi og samfunnsutvikling. Betydningen av Eldres bidrag til arbeidskraftsressursen forsterkes når inntektene fra petroleumssektoren synker.

Lengre liv og flere ressurser

Forventet levealder har økt kontinuerlig de siste 170 årene. I 2013 var forventet levealder 83,6 år for kvinner og 79,7 år for menn. Prognoser tyder på at levealderen vil fortsette å øke i de kommende tiårene både blant kvinner og menn. En fortsatt økning i forventet levealder i Norge vil først og fremst skje ved at de eldste aldersgruppene lever lenger.

Kombinasjonen av at vi lever lenger og store fødselskull, spesielt etter andre verdenskrig, medfører at vi vil få en større andel eldre de kom-

mende årene. De demografiske endringene innebærer at befolkningssammensetningen endrer karakter. Det er i dag omtrent 1,1 million mennesker over 60 år i Norge. Andelen personer over 60 år var i 2013 høyere enn andelen under 15 år, og i 2050, når dagens 30-åring er 65 år, vil det være dobbelt så mange gamle som barn og unge. Antall personer over 80 år vil sannsynligvis øke med 6 til 7 prosent årlig i perioden 2025–2029. Det vil bety en firedobling av antall 80–89-åring innen utgangen av dette århundret. Antall over 90 år vil vokse spesielt raskt. Eldre lever flere år med bedre helse, en norsk 65-åring kan forvente å ha 15–20 funksjonsfriske år foran seg.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at stadig færre eldre har lave husholdningsinntekter. Mens om lag hver fjerde alderspensjonist hadde vedvarende lavinntekt i 2001, gjelder dette bare for en av ti i 2011. Yrkesdeltakingen blant seniorer er relativt høy og stigende i Norge. En stor del av de som tar ut alderspensjon fortsetter i arbeid.

Neste generasjon seniorer kan forventes å delta på flere områder i arbeids- og samfunnsliv. Framtidige årskull har høyere utdanning og bedre helse, og vil ha bedre forutsetninger enn tidligere generasjoner til å delta og være aktive. I et arbeidsmarked med mindre krav til fysisk styrke og mer krav til kognitive ferdigheter vil de nye generasjoner eldre kunne bidra lenger og ha kapasitet til å ta i bruk nye arbeidsmetoder og teknologiske hjelpemidler.

Aldersbæreevnen

Forholdet mellom yrkesaktive og de som er utenfor arbeidslivet, den såkalte aldersbæreevnen, har betydning for finansiering av velferdsordninger. Mens det i dag er om lag fire personer i alderen 20 til 64 år per person på 65 år og eldre, ventes dette forholdstallet å gå mot rundt to og en halv person 20 til 64 år per person på 65 år og eldre i 2060.

I perspektivmeldingen fra 2013 omtales utfordringene for offentlige finanser, rammene og utfordringene for en bærekraftig politikk og valgmuligheter i møte med den langsiktige trenden med en aldrende befolkning. Utviklingen i samlet arbeidsinnsats vil bety mye for omfanget av offentlige finanser. Mot 2060 vil en økende andel eldre i befolkningen gi kraftig vekst i offentlige utgifter til pensjoner, helse- og omsorgstjenester hvis ikke forholdet mellom arbeidsdeltakelse og offentlige utgifter endres. Veksten i skatteinntekter per innbygger vil avta og offentlige utgifter per innbygger tilta. En løsning på utfordringene er at flere står lenger i arbeid.

Solidaritet mellom generasjonene

En politikk for å møte et aldrende samfunn må bygge på at det er en gjensidighet mellom eldre og yngre mennesker. Gjennom å satse på barn og unge, utdanning og arbeid, og gode levevaner fra tidlige år, legges grunnlaget for at vi får god helse i eldre år. Å bevare og utvikle velferden for kommende generasjoner gjennom høy arbeidsdeltakelse er et sentralt mål for regjeringen. Norsk samfunns- og næringsliv må nå forberede overgangen til en økonomi som er mindre petroleumsbasert. Ubenyttede ressurser og innovasjonspotensial må tas i bruk for å få bedre produktiviteten og få mer ut av felles ressurser. Eldre og aktive mennesker som deltar i arbeids- og samfunnsliv er en slik ressurs som vil styrke bærekraften.

En vanlig misoppfatning er at eldre bør vike for å gi plass til unge arbeidssøkere. Det bygger på en forståelse av at antall arbeidsplasser er konstant. Slik er det ikke for et land eller et samfunn, selv om det kan være slik innen en enkelt bedrift. Andre forhold har større betydning for arbeidsledighet og manglende innovasjon. Land som har høy yrkesdeltakelse blant eldre arbeidstakere, har også høy yrkesaktivitet blant unge.¹ Det ser ut til at arbeid genererer mer arbeid. For unge familier er det viktig at eldre kan arbeide lenger for å sikre velferd og god økonomi for landet, og delta i frivillig arbeid. Besteforeldrerollen er også viktig for familiene. Forskningsstiftelsen Nova kaller besteforeldrene for familienes heimevern.

En global utvikling

Aldringen av befolkningen er et globalt utviklingstrekk, og strategier for å møte denne utviklingen er etablert i flere internasjonale organisasjoner. FNs økonomiske kommisjon for Europa har igangsatt et arbeid med fire delmål: Et lengre arbeidsliv, sosial inkludering og deltakelse, bedre helse- og omsorgstjenester og solidaritet på tvers av generasjonene, som oppfølging av Wien-erklæringen fra 2012, Ensuring a society for all ages: Promoting quality of life and active ageing. EUs initiativ for aktiv aldring er en del av Europa 2020, EUs sysselsettingsstrategi, som skal bidra til flere jobber, bedre liv og samfunn. Innovasjonspartnerskap er en sentral del av strategien for at Europa skal bli bedre rustet til å takle aldringen. Det overordnede målet med initiativet er +2 sunne leveår innen 2020.

¹ Jf. OECD Employment Outlook 2014.

4.2 Endre holdninger til eldre

Regjeringen vil bidra til mer positive holdninger til eldres deltakelse både i arbeidslivet og på andre områder i samfunnet. Å endre holdninger og atferd er langsiktig arbeid som krever en kombinasjon av kunnskap, dialog og juridiske- og økonomiske virkemidler. Ikke minst krever det at eldre selv tar ansvar for å endre holdninger.

4.2.1 Holdninger til arbeidsdeltakelse

Regjeringen vil bidra til et mer positivt syn på eldres rolle i arbeidslivet. Vi vil invitere partene i arbeidslivet til å drøfte hva som skal til for å endre holdningene til eldre arbeidstakere.

I følge OECD-rapporten om kompetansesituasjonen i arbeidslivet har eldre arbeidstakere i Norge relativt gode grunnleggende ferdigheter, og er en viktig potensiell ressurs for arbeidsmarkedet.² I følge OECD er det en utfordring for det norske arbeidslivet at arbeidsgiverne ikke evner å ta vare på og utnytte den kompetansen, de kvalifikasjonene og den kunnskapen som eldre arbeidstaker har.

Norsk seniorpolitisk barometer viser at arbeidsgivernes holdninger til seniorarbeidstakere generelt er positiv. Arbeidsgivere er likevel tilbakeholdne med å intervjuere personer over 50 år, og svært få oppgir at de har ansatt nye medarbeidere over 50 år. Det norske arbeidsmarkedet er kjennetegnet av relativt lav mobilitet blant eldre arbeidstakere. Få personer over 50 år skifter jobb, og det er ikke mange som kommer tilbake i jobb etter å ha vært ute av arbeidslivet på grunn av helseproblemer eller arbeidsløshet.

Virksomheter med mange arbeidstakere over 50 år blir ofte beskrevet med negative bilder om høy gjennomsnittlig alder, forgubbing, manglende nytenking, og at de hindrer unge å slippe til i arbeidslivet. Slike holdninger er i stor grad basert på myter og ikke på realiteter. Det blir derfor viktig å få fram de gode eksemplene på virksomheter med en aldersmessig mangfoldig arbeidsstokk og hvordan erfarne medarbeidere bidrar til gode resultater.

Arbeidslivet må legges bedre til rette for fleksibilitet og aksept for jobbskifter og vertikale karriereløp. Det kan være mer bruk av åremål og retrettstillinger. Å arbeide lenger betyr ikke å ha krav på en bestemt stilling eller posisjon gjennom hele yrkeslivet. Det betyr også at ledere må kunne

se verdien av medarbeidere som er eldre og mer erfarne enn dem selv.

Senter for seniorpolitikk har som oppgave å stimulere til god seniorpolitikk i arbeidslivet i samarbeid med partene i arbeidslivet. Årlig deler senteret ut en pris for årets seniorinitiativ til virksomheter som har utvist god seniorpolitikk. Statens seniorråd skal også bidra til å endre holdninger til eldre i arbeidslivet. Disse vil være viktige medspillere i dette arbeidet.

4.2.2 Forebygge stereotyper og diskriminering

Regjeringen vil vurdere et utvidet vern mot aldersdiskriminering i forbindelse med arbeidet med en felles likestillings- og ikke-diskrimineringslov. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har fått gjennomført en vurdering av behovet for endringer i dagens regelverk når det gjelder vern mot aldersdiskriminering. Rapporten konkluderer med at det er behov for et vern i regelverket mot diskriminering på grunn av alder også utenfor arbeidslivet. Rapporten inneholder en kartlegging av ulike aldersgrenser, og konkluderer med at noen av dem ikke fremstår som godt begrunnede.

I Norge er det kun arbeidslivet som omfattes av forbud mot diskriminering på grunn av alder. For øvrig er det ikke rettsregler som pålegger den som setter en aldersgrense å vurdere sakligheten av denne. De fleste europeiske land har et vern mot diskriminering på grunn av alder også utenfor arbeidslivet. Et utvidet vern mot aldersdiskriminering kan styrke enkeltmenneskers rettigheter og muligheter basert på en menneskerettslig grunntanke om å bli behandlet ut i fra individuelle forutsetninger og behov. Samtidig kan forskjellsbehandling på grunn av alder forstås som et praktisk og nøytralt kriterium, for å unngå individuelle vurderinger av individers modenhet og situasjon.

Mange eldre møter holdninger som gjør at de føler seg utenfor. Stereotyper om alder kan forsterke fordommer og bidra til alderssegregering institusjonelt, fysisk og kulturelt ved å skille mennesker i ulike livsfaser fra hverandre. Begreper og ordvalg som brukes i sammenheng med eldre, kan illustrere hvordan holdninger kan oppstå. I mange kulturer og samfunn er gamle mennesker høyt verdsatt og eldre mennesker spiller en avgjørende rolle i samfunnet. Vestlig samfunn er i større grad preget av et ungdomsideal.

Statens seniorråds opinionsundersøkelse, Holdninger til eldre 2013, viser at omlag 30 prosent av befolkningen mener at aldersdiskrimine-

² OECD Skills Strategy Diagnostic Report Norway (2014)

ring er ganske vanlig i Norge i dag. Det er forsket lite på diskriminering på grunn av høy alder. Diskrimineringslovutvalget (NOU 2009:14) ba forsker Per Erik Solem ved Nova om en litteraturstudie om diskriminering av eldre. Solem fant at eldre ikke skiller seg vesentlig fra yngre når det gjelder økonomi eller tilgang til varer og tjenester. Eldre deltar mindre i «de ytre sfærer» av det sosiale livet, men det er ikke belegg for å konkludere med at dette er et resultat av diskriminering. Eldre føler seg imidlertid diskriminert.

4.3 Et lengre og mer inkluderende arbeidsliv

Regjeringen har som mål at flere eldre skal kunne fortsette flere år i arbeidslivet.

Norge har generelt høy yrkesaktivitet og lav arbeidsløshet sammenliknet med andre europeiske land. Men i alderen 65 til 70 år er ikke sysselsettingen i Norge så mye høyere enn i andre land.³ På tross av en positiv utvikling er den gjennomsnittlige avgangsalderen fra arbeidslivet rundt 63 til 64 år. Dette er for tidlig. Samtidig skjer en tidlig avgang fra arbeidslivet fra rundt 55 års alder via arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Arbeidsmiljø og kompetanseutvikling gjennom hele yrkeslivet blir viktig for å forlenge arbeidslivet. Pensjons- og trygdesystem og økonomisk politikk er strukturelle virkemidler av stor betydning. Individuelle forhold som helse, holdninger til og syn på arbeid spiller inn.

Arbeid har betydning for helse og trivsel

Arbeid har mange funksjoner utover inntekt, det kan bidra til helse og livskvalitet gjennom å gi mening, tilhørighet og struktur. Å gå ut av arbeidslivet kan gi en opplevelse av å ikke høre til, særlig for dem som ikke har andre typer nettverk.

Arbeidsmiljøforhold og jobbtrivsel påvirker beslutninger om pensjoneringstidspunkt. Det ser ut til at de som har opplevd gode arbeidsmiljøforhold opprettholder god helse etter at de er pensjonert. Dårlige arbeidsmiljøforhold gir forverret helse de siste årene i arbeidslivet etterfulgt av en bedring etter pensjonering. Fysiske og psykiske arbeidsmiljøbelastninger påvirker både motivasjon for, beslutninger om og muligheter til å forlenge arbeidslivet. Ufrivillig avgang fra arbeidsliv

vet gir dårligere helse og livskvalitet som pensjonist.

Utfordrende arbeidsforhold som forurenset arbeidsatmosfære, støy, vibrasjoner, fysisk krevende arbeid, lange arbeidsdager og natt- og skiftarbeid kan være mer belastende for eldre arbeidstakere sammenliknet med yngre arbeidstakere. Belastende arbeidsoppgaver er en del av begrunnelsen for enkelte særaldersgrenser og for innføringen av AFP-ordningen. Arbeidshelse henger også sammen med kjønn og faktorer som er typiske for manns- og kvinnedominerte yrker. Det er også sosiale forskjeller i arbeidsforhold og belastninger gjennom arbeidslivet. Arbeidstakere med innvandrerbakgrunn har for eksempel i større grad hatt tungt og repetitivt arbeid og i større grad vært utsatt for arbeidsrelaterte ulykker enn arbeidstakere generelt.

Det norske arbeidslivet har vært igjennom og står overfor store endringer og omstillinger. Tunge fysiske oppgaver er i stor grad blitt automatisert. Samtidig kan den nye arbeidslivet innebære belastninger knyttet til psykososiale og organisatoriske arbeidsforhold som manglende myndiggjøring, forventningspress mv. Forholdet mellom yrkesliv og privatliv er også av betydning, mange eldre arbeidstakere yter for eksempel mye omsorg for egne foreldre.

4.3.1 Arbeidsmiljø og livsfasepolitikk skal fremme et lengre yrkesliv

Godt arbeidsmiljø, en livsfaseorientert personalpolitikk og å føle seg ønsket og verdsatt i arbeidslivet kan bidra til å forebygge for tidlig avgang fra arbeidslivet.

Yrker som stiller større krav til forkunnskaper gir eldre yrkesaktive et fortrinn. Strenge fysiske krav kan gjøre at unge og spreke arbeidssøkere blir foretrukket fremfor eldre. En personalpolitikk som legger vekt på individuelle forhold og gir muligheter for fleksibilitet gjennom ulike livsfaser blir viktig. Personalpolitikk for arbeidstakere over 60 år omtales ofte som seniorpolitikk. I økende grad bruker virksomhetene betegnelsen livsfasepolitikk fordi medarbeidere i ulike faser av livet kan ha behov for fleksibilitet knyttet til omsorgsoppgaver, kompetanseheving mv.

Betydningen av å legge til rette for at eldre arbeidstakere vil og kan jobbe lenger forsterkes av at flere sektorer og virksomheter vil oppleve rekrutteringsproblemer hvis vi ser 10, 20 og 30 år fremover i tid. I offentlig sektor står blant annet helse- og omsorgssektoren og skolesektoren foran rekrutteringsutfordringer. Men også i tek-

³ OECD Employment Outlook 2014 og OECD Ageing and Employment Policies Norway 2013.

Boks 4.1 Senter for seniorpolitikk

Senter for seniorpolitikk (SSP) er et kompetansesenter som arbeider med å stimulere til og utvikle en god seniorpolitikk i privat og offentlig virksomhet. SSP arbeider for å synliggjøre seniorer som en ressurs i arbeidslivet og for at flere seniorer kan fortsette i arbeid. SSP samarbeider om dette med offentlige myndigheter og arbeidslivets parter, personalfaglige organisasjoner og opplæringsinstitusjoner. I tillegg initierer og støtter SSP forskning om seniorspørsmål som gjelder arbeidsliv, ledelse og pensjonering og gir på det grunnlag kunnskapsbaserte råd og veiledning i arbeidslivet. SSP utarbeider årlig et seniorpolitisk barometer og utdeler en pris til en virksomhet for årets seniorinitiativ. På nettstedet www.seniorpolitikk.no er det lagt ut mye informasjon om seniorer i arbeidslivet.

niske etater, som vannforsyning og avløp, er det problemer med tilstrekkelig fagkompetanse. Kommunesektoren og helseforetakene blir viktige aktører i å utvikle gode arbeidsmiljø for seniorer.

Staten skal gå foran med et godt eksempel, gjennom å bidra til arbeidsliv og holdninger som gjør at eldre ønsker å jobbe lenger og har god helse. Den sentrale arbeidsgiverpolitikken skal videreutvikles for å fremme seniorpolitiske formål.

Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

Seniorpolitiske virkemidler

Seniorpolitiske tiltak i arbeidslivet er innrettet for å gjøre arbeidet og arbeidstiden lettere og mer fleksibel. Insentivene består i hovedsak av senior dager, tilbud om økt lønn og/eller redusert arbeidstid til seniorer som står lenger i arbeid enn det avgangsmulighetene gir anledning til.

Eldre arbeidstakere har i dag enkelte lovfestede særrettigheter knyttet til alder. Det følger av ferieloven at arbeidstaker som fyller 60 år i løpet av ferieåret, skal gis ekstraferie på seks virkedager (§ 5 andre ledd). Etter arbeidsmiljøloven har arbeidstaker som har fylt 62 år eller som av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrun-

ner har behov for det, rett til å få redusert sin arbeidstid dersom arbeidstidsreduksjonen kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten (§ 10-2 fjerde ledd). Det følger også av arbeidsmiljøloven at det i utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til blant annet den enkelte arbeidstakers alder.

I Fafo-rapport 2014: 30 Voksende seniorengasement i norsk arbeidsliv er det stilt spørsmål ved om seniortiltakene er treffsikre. Rapporten peker på at seniortiltakene bør tilpasses bedre den enkeltes, bedriftens og bransjens situasjon, særtrekk og behov. Videre framheves ledelsesforankring. Det pekes på at det er stor forskjell mellom arbeidsoppgavene til en mannlig direktør i 60-årene og en jevngammel kvinnelig pleieassistent. Det vil være variasjon i motivasjon, mestring og helse, og i behovet for kompetanse og videre- og etterutdanning. Opplevelsen av å være verdsatt og ønsket vil for mange ha stor betydning for valget om å fortsette i jobb. Virksomhetene bør i sitt seniorpolitiske arbeid ta hensyn til at arbeidstakere vil erfare aldringen ulikt, og at innretting av tiltak bør varieres ut i fra ulike yrkesspesifikke og individuelle hensyn.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet vil foreta en kartlegging på virksomhetsnivå av hvordan det jobbes med seniorpolitikk og hvilke resultater de statlige virksomhetene oppnår i dette arbeidet. Dette kan gi et bedre et grunnlag for å vurdere departementets rolle som sentral pådriver og gi nyttig informasjon for å videreutvikle en mer treffsikker personalpolitikk for å holde på eldre arbeidstakere.

4.3.2 Kompetanse- og karriereutvikling gjennom hele arbeidslivet

Med lengre arbeidsliv og flere eldre i arbeid blir fleksible karriereløp, mulighet for ny utdanning og ny kompetanse viktigere. Utdanning og videreutdanning øker også den enkeltes evne til omstilling.

I lys av rekrutteringsutfordringene i flere sektorer kan det være behov for en overordnet tilnærming for å beholde eldre medarbeidere i yrker med personellbehov og å rekruttere fra yrker med overflødighet. Arbeidsgivere og bransjer bør også ha et generasjonsperspektiv på personalpolitikken. Å ta vare på medarbeidere og gi dem mulighet til faglig utvikling og kompetanse vil være viktig for å lykkes. Regjeringens satsing på kompetanseheving for lærerne er eksempel på en slik tilnærming. Et annet eksempel er kompetanseløftet

Boks 4.2 Årets seniorinitiativ 2014 – mentorprogrammet i Den norske kirke

Mentorprogrammet i Den norske kirke, ved Oslo bispedømme, er en del av prosjektet «Ressursprest». Bakgrunnen for mentorprogrammet var at mange unge prester sluttet i tjenesten som prest. Mange nyordinerte prester opplever at presterollen blir mer krevende enn de hadde forventet. Kirken erfarte at et stigende antall prester forlot tjenesten som menighetsprest tidlig. Det var bakgrunnen for å prøve ut en ordning der eldre, erfarne og respekterte prester kunne være til hjelp for unge og nyordinerte prester.

Mentorprogrammet har på denne måten både synliggjort og tatt i bruk den ressursen som eldre og erfarne arbeidstakere er for arbeidslivet. Mentorprogrammet bekrefter at arbeidslivets seniorer representerer en verdifull kompetanse og erfaring som både arbeidslivet og resten av samfunnet har behov for. Spesielt interessant er det at mentorordningen ikke er sprunget ut av et ønske om å sysselsette seniorer, men av et behov for å øke nytilsatte presters kompetanse.

i omsorgstjenesten. Disse satsingene vil gi nyttig erfaringer for andre bransjer.

Allerede når en er i 40–50 års alderen bør arbeidstakere, men også ledere og arbeidsgivere, være opptatt av forhold som kan få betydning for ens yrkesliv som senior. Den enkelte kan ønske en ny karriere, eller nye oppgaver, og ha behov for ny kompetanse. Familiesituasjon med barn og omsorgsoppgaver for gamle foreldre endres og akkumulert stress eller usunn livsstil kan få konsekvenser for helsen.

Det er relativt lav mobilitet blant eldre arbeidstakere i norsk arbeidsliv. Et jobbskifte sent i yrkeslivet kan være positivt og bidra til at eldre kan forbli lenger i arbeidslivet. Arbeidslivet må bli flinkere til å se hvordan kompetanse kan brukes på tvers av sektorer. For eksempel vil skolen kunne ha stor glede av å få inn lærere som har bakgrunn fra andre yrker.

Etter- og videreutdanning

Arbeidslivet er en sentral arena for læring og utvikling. Arbeidsgivere, ledere og ansatte selv

har alle ansvaret for å sørge for nødvendig faglig utvikling og kompetanseheving.

Universitets- og høyskolesektoren har et selvstendig ansvar for å tilby etter- og videreutdanning som etterspørres i arbeidslivet. Utdanningsinstitusjonene er åpne for alle med studiekompetanse uavhengig av alder. Lovreguleringen av studiefinansiering gir noen begrensninger for alder, blant annet når det gjelder mulighet til studielån.

OECD Skills Strategy Diagnostic Report Norway fra våren 2014 identifiserer sentrale kompetansepoltiske hovedutfordringer for Norge. I følge rapporten mangler Norge på en del områder høykompetent og yrkesspesialisert arbeidskraft, mens det samtidig er relativt store grupper som har svake grunnleggende ferdigheter. Selv om Norge har gode resultater i PIAAC⁴ er det fortsatt for mange voksne som har svake grunnleggende ferdigheter. Undersøkelsen viser at 400 000 voksne er på nivå 1 eller under i lesing eller regning. De eldste skårer lavest i alle ferdighetene.

Arbeidslivet endrer seg raskt og kravene til arbeidstakernes kompetanse øker. Det gir mennesker i alle aldre, uavhengig av kompetansenivå, behov for påfyll av kunnskap underveis i yrkeskarrieren. Regjeringen er opptatt av å styrke voksnes læring og læring i arbeidslivet. Tilgang på arbeidskraft med relevant kompetanse gjennom å opprettholde og videreutvikle eksisterende kompetanse i virksomheter er avgjørende for å sikre verdiskaping, vekst og likeverdige levekår i hele landet. Dette er også sentralt for å hindre utstøting fra arbeidslivet.

Høsten 2014 kom OECD Skills Strategy Action Report med anbefalinger til hvordan Norge på en mer effektiv og målrettet måte kan utvikle og bruke befolkningens kompetanse framover. OECD anbefaler Norge å utforme en nasjonal kompetansepoltisk strategi, lage en nasjonal handlingsplan for etter- og videreutdanning og utvikle et system for livslang karriereveiledning. OECD anbefaler også å styrke koblingen mellom kompetanseutvikling og økonomisk vekst og styrke insentivene for at flere skal jobbe i yrker med mangel på arbeidskraft.

Regjeringen vil utarbeide en nasjonal kompetansepoltisk strategi som en oppfølging av OECD-rapportene. Regjeringen vil også utarbeide

⁴ PIAAC er den største internasjonale undersøkelsen om voksnes kompetanse. PIAAC står for Programme for the International Assessment of Adult Competencies. Undersøkelsen kalles også Survey of adult skills – også kalt PISA for voksne.

en melding til stortinget om livslang læring og utenforskap. Se kapittel 5.

4.3.3 Redusere helserelatert avgang fra arbeidslivet

Regjeringen vil styrke arbeidet med arbeidsrettet rehabilitering. I oppfølgingen av avtalen om inkluderende arbeidsliv skal det legges vekt på tiltak for å holde på eldre arbeidstakere.

Mye av den tidlige avgangen fra arbeidslivet fra rundt 55-års alder skjer via arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Bakgrunnen for ufrivillig avgang er i stor grad knyttet til helserelaterte forhold og til situasjoner hvor arbeidsplassen er i store omstillinger.

Arbeidet med inkluderende arbeidsliv er folkehelsearbeid i praksis. Å legge vekt på arbeidsevne og muligheter og å bevare tilknytningen til arbeidslivet, også for dem med helseproblemer og nedsatt funksjonsevne, er viktig for å styrke den enkeltes uavhengighet.

Arbeidsplassen er den sentrale arenaen i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv, og forebyggende arbeidsmiljøarbeid har fått økt vekt i den nye IA-avtalen. Det vil styrke forhold som kan gjøre det lettere for eldre arbeidstakere å fortsette lenger i jobb.

IA-avtalens delmål 3 omhandler eldre arbeidstakere. Yrkesaktivitet etter fylte 50 år skal forlenges med tolv måneder i forhold til 2009. Måloppnåelsen er i god utvikling. Målet for perioden 2014–2018 er å forlenge gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet ved 50 år med tolv måneder fra 2009. En 50-åring kunne i 2013 forvente å ha 11,3 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Det er en økning på 1,7 årsverk fra 2001 og en økning på 0,4 årsverk fra 2009.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet er statens arbeidsgiverpart i IA-samarbeidet. Departementet vil fortsette oppfølging av IA-avtalens delmål 3 og tilrettelegge for økt kunnskapsgrunnlag i virksomhetene om tiltak og virkemidler for yrkesaktivitet etter 50, som for eksempel kompetanse- og tilpasningsstrategier.

For personer i midten av 50-årene og tidlig i 60-årene er sykdom, helsesvikt og uførhet den viktigste årsaken til at å gå ut av arbeidslivet. Muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og sykdom i luftveiene er de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet blant de eldste arbeidstakerne.

Forskning på sykefravær og overgangen fra lønnet arbeid til offentlige trygdeytelser viser at personer med lav inntekt og kort utdanning er

overrepresentert blant langtidssykmeldte, yrkeshemmede og mottakere av uførepensjon. Arbeidsmiljøbelastninger ser også ut til å være sosialt skjevt fordelt.

I sykmeldingsprosessen for personer i 50-årene er det viktig å ta hensyn til forhold som kan føre til frafall fra arbeidslivet og legge vekt på å opprettholde tilknytningen til arbeidsplassen. For enkelte sykdommer, for eksempel lettere psykiske lidelser, kan det kan være helsebringende å være i arbeid. Et sykmeldingsforløp starter oftest hos fastlegen. Det vises til omtale av arbeidet med å redusere sykefravær i kapittel 5. Kommunens frisklivstilbud kan også bidra til at godt voksne kan bevare tilknytning til arbeidslivet. Tilbudet inkluderer råd og veiledning om å endre levevaner og mestre sykdom og livsvansker. Lærings- og mestringssentre i spesialisthelsetjenesten er et tilbud å hjelpe pasienter med kroniske lidelser til å leve bedre med sykdommen. Flerfaglig samarbeid kan gi en mer helhetlig tilnærming til å forebygge og behandle sykdom for å hindre sykefravær og uførepensjonering.

4.3.4 Aldersgrenser

Regjeringen har tatt et viktig grep for å stimulere til et lengre yrkesliv og å forebygge aldersdiskriminering ved å heve aldersgrensene i arbeidsmiljøloven. Arbeids- og sosialdepartementet har i Prop. 48 L (2014–2015) fremmet forslag om å heve arbeidsmiljølovens 70-årsregel til 72 år, og begrense virksomhetenes adgang til å ha lavere bedriftsinterne aldersgrenser enn 70 år. På sikt bør det vurderes å heve aldersgrensen ytterligere. Regjeringen vil legge til rette for en videre gjennomgang av dette området, herunder behovet for tilpasninger i arbeidslivet, i samarbeid med partene. I regjeringsplattformen er det også varslet en gjennomgang av alle lovbestemte aldersgrenser i arbeidslivet i samråd med partene i arbeidslivet.

Arbeidsmiljøloven gir i dag adgang til at arbeidsforholdet kan bringes til opphør på grunn av alder ved 70 år. Fra dette tidspunkt kan arbeidsgiver ensidig avslutte arbeidsforholdet, noe som er et unntak fra lovens saklighetsbaserte stillingsvern. Loven gir også adgang til lavere bedriftsinterne aldersgrenser, når de er saklig begrunnet og ikke uforholdsmessige. De fleste bedriftsinterne aldersgrenser er nå ved 67 år.

I tillegg inneholder regelverket en såkalt 85-års regel som tillater ansatte i stat og kommune å gå av med alderspensjon i tjenestepensjonsordning

gen inntil 3 år før aldersgrensen i stillingen når summen av alder og tjenestetid er minst 85 år.

Særaldersgrenser

Noen yrkesgrupper har særaldersgrenser, blant annet i Politiet, Forsvaret og kriminalomsorgen. Særaldersgrenser i staten fastsettes ved stortingsvedtak og er lovregulert i aldersgrenseloven. Begrunnelsene er i hovedsak knyttet til helse- og sikkerhetsmessige forhold, som at det ikke regnes som forsvarlig å utføre arbeidsoppgavene etter en viss alder. Men noen særavtaler har også andre årsaker.

I desember 2014 var det nær 6000 særalderspensjonister under 67 år i Statens pensjonskasse (SPK). De største gruppene med særalderspensjon i SPK er innen politi, fengsel og forsvar, og mange tar her ut alderspensjon allerede ved 57 år. I Kommunal Landspensjonskasse (KLP) var det i 2013 vel 6 400 ansatte som hadde tatt ut særalderspensjon under 67 år. Her er brannfolk og helsepersonell de største gruppene.

En undersøkelse gjennomført av Fafo i 2005 viste at vel halvparten av politi og offiserer ønsket å fortsette i arbeid, eventuelt å kunne kombinere arbeid og pensjon. Undersøkelsen viste også at mange fortsatte å arbeide i privat sektor etter at de hadde gått av med tidligpensjon. Kommunal- og moderniseringsdepartementet vil sammen med Justisdepartementet og Forsvarsdepartementet vurdere en ny undersøkelse om ulike spørsmål knyttet til tidlig avgang for statlig ansatte, om forhold som betinger avtalefestet pensjon (AFP), om medarbeideres ønsker, effekt av ulike seniorpolitiske tiltak, ønsker om andre arbeidsoppgaver, og hvordan livet er etter avgang. Offiserer har pensjonsalder på 60 år, og mange går av allerede ved 57 år som følge av 85-års regelen. Forsvarets årlige medarbeiderundersøkelse kan for eksempel omfatte spørsmål knyttet til tidlig avgang og holdninger til eventuell ny jobb eller karriere. Å kartlegge holdninger og motivasjon til å kunne jobbe lenger vil gi viktig bakgrunnsinformasjon for utviklingen av seniorpolitikk i statlige virksomheter.

Staten bør som arbeidsgiver også kunne bidra til at medarbeidere som går av med særaldersgrenser innenfor en virksomhet får mulighet til å fortsette yrkeslivet med andre oppgaver. Kompetanse utviklet på ett område kan komme til nytte i andre bransjer med behov og rekrutteringsutfordringer.

Aldersgrenser og autorisasjon for helsepersonell

I Prop. 74 L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven mv. (endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år) foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning heves fra 75 til 80 år. Departementet foreslår videre at dagens ordning med adgang til å søke om lisens videreføres for personer over 80 år.

Autorisasjon eller lisens, eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning, er en forutsetning for at helsepersonell kan utøve pasientrettet virksomhet. I dag bortfaller autorisasjonen eller lisensen når helsepersonell fyller 75 år. Helsepersonell som ønsker å fortsette med pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år kan likevel på visse vilkår få lisens som gir adgang til dette.

For eldre helsepersonell som ønsker å fortsette å utøve pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år, kan dagens ordning med en aldersgrense på 75 år fremstå som en betydelig terskel. Aldersgrensen kan oppfattes som et signal om at helsepersonells arbeidsinnsats ønskes avsluttet senest ved fylte 75 år. Flere anser dessuten byrden forbundet med å søke om lisens som så stor at de heller avstår fra å søke. I lys av dette har det fra flere hold blitt stilt spørsmål ved om dagens aldersgrense bør opprettholdes, eller om det kan foretas endringer i den uten at dette fører til redusert kvalitet eller pasientsikkerhet, eller redusert tillit til helsepersonell.

4.3.5 Et pensjonssystem som stimulerer yrkesaktiviteten

Folketrygdens alderspensjon er reformert for å trygge framtidens pensjoner. Sysselsettingen har i de senere årene økt i aldersgruppen over 62 år, og pensjonsreformen har trolig bidratt til det. Flere under 67 år tar ut alderspensjon i kombinasjon med arbeid. Men på tross av en positiv utvikling, er gjennomsnittlig avgangsalder fortsatt lav, og det er behov for ytterligere tiltak for å øke sysselsettingen blant de eldre.

Fra 2011 kan en ta ut fleksibel alderspensjon fra 62 år i folketrygden. Jo senere årlig pensjon tas ut desto mer øker den som følge av at pensjonen utbetales over færre år. Alderspensjon og arbeidsinntekt kan kombineres fritt uten avkorting av pensjonen. Fra 2011 ble det også innført levealderjustering av alderspensjonen. Det innebærer at nye pensjonister må arbeide noe lenger for å

oppnå samme alderspensjon hvis levealderen i befolkningen fortsetter å øke.

AFP-ordningen i privat sektor er lagt om. Den utgjør fra 2011 et påslag til folketrygdens alderspensjon og er basert på de samme prinsipper. Også tjenestepensjonsordningene i privat sektor er endret. Det er også gjort nødvendige tilpasninger i regelverket for offentlig tjenestepensjon og AFP i offentlig sektor, som følge av innføringen av fleksibel alderspensjon og levealdersjustering i folketrygden. Offentlig ansatte har imidlertid ikke like sterke insentiver til å fortsette i arbeid etter 62 år som ansatte i privat sektor. Det skyldes blant annet at AFP er beholdt som en tidligpensjonsordning i offentlig sektor, og at de offentlige tjenestepensjonsordningene er videreført som bruttoordninger med en tjenestetid på 30 år for full opptjening. Offentlig ansatte kan ikke kombinere arbeid og pensjon fritt uten avkorting. Regjeringen ønsker å finne løsninger som reduserer problemene som ligger i forskjellene i pensjonssystemene i offentlig og privat sektor. Arbeidet må gjøres sammen med partene i arbeidslivet.

Forskningsrådet gjennomfører på initiativ fra Arbeids- og sosialdepartementet en evaluering av virkningene av pensjonsreformen som går over perioden 2011–2018. I tillegg til å vurdere om reformen virker etter hensikten, skal evalueringen bidra til å bygge opp forskningsbasert kunnskap på temaer knyttet til pensjon og pensjonsreform. Partene i arbeidslivet skal i 2017 evaluere overgangen til ny AFP i privat sektor, og evalueringen av pensjonsreformen vil gi nyttige innspill til dette arbeidet.

Både helse, når ektefellen pensjoneres, tilgang til tidlig pensjonering og adgangen til å velge har innvirkning på beslutningen om å gå av tidlig med pensjon eller fortsette å jobbe. Jobbrelaterte forhold spiller også inn, som arbeidsoppgaver, utfordringer, mestring, kolleger, arbeidsmiljø og det å føle seg ønsket og ha noe meningsfullt å gå til.

Organisering og finansiering av pensjonsordninger kan påvirke både arbeidsgivere og arbeidstakers pensjonsatferd. For eksempel vil ikke alltid den enkelte arbeidsgiver se den direkte økonomiske konsekvensen av tidlig eller senere avgang for medarbeideren. Når ansvaret for å utbetale pensjonen er sentralisert, vil ikke utgifter som gir virkning på konsernnivå, få konsekvenser for økonomien til underliggende enheter.

God informasjon om pensjonssystemet og hvilke konsekvenser det vil ha for framtidig økonomi, vil være viktig for å kunne ta gode og realistiske valg. Pensjonsrådgivere, pensjonsleverandører og andre har en viktig rolle å formidle balan-

sert informasjon som økonomi og andre effekter av å gå av med pensjon. Å tre ut av arbeidslivet tidlig i 60-årene kan bety 20–30 år utenfor nettverk og oppgaver som ofte har vært en viktig del av livet. Konsekvensene av tidlig pensjonering kan være negative på sikt og kunnskap om dette kan bidra til at flere velger å stå lenger i arbeidslivet.

Pensjonspolitikken skal gi økonomisk og sosial trygghet og stimulere til at flere fortsetter lenger i arbeid, blant annet ved å kunne kombinere jobb og pensjon.

4.4 Et samfunn for deltakelse og inkludering

Målet om en aktiv eldrebefolkning gjelder også for mennesker utenfor arbeidslivet. Norske eldre kan i gjennomsnitt forvente å være funksjonsfriske til de er godt over 80 år. Aktive liv bidrar også til å fremme helse og til raskere helbredelse etter sykdom. Planlegging og utforming av nærmiljø, transport og teknologi må derfor i større grad bidra til at eldre kan bevege seg og delta. Frivillig sektor og kulturlivet kan også spille en viktig rolle. Deltakelse innebærer også innflytelse. Som representant for en stor gruppe i samfunnet, er det viktig at eldre blir hørt og er aktive i politiske beslutninger.

4.4.1 Frivillighet bidrar til aktive liv

Fritid og frivillighet er en god ramme for mange til å være aktive, delta i samfunnet, vedlikeholde helsen og være sosiale. Eldre mennesker har høy deltakelse i mange frivillige aktiviteter og organisasjoner. For mange er dette en anledning til å dyrke interesser og bruke andre sider av seg selv. Ved overgangen fra arbeidsliv og til pensjonisttilværelsen, vil frivillige aktiviteter kunne bidra til å opprettholde tilhørighet, innflytelse, ferdigheter, struktur, redusere ensomhet og gi meningsfulle dager.

Regjeringen vil styrke frivillige organisasjoners innsats overfor eldre mennesker for å redusere ensomhet. Kombinasjonen av ensomhet og stillesitting har mange negative effekter. Frivillig arbeid for å få flere eldre, særlig aleneboende, til å komme seg ut og bevege seg gjennom for eksempel turgrupper, er en fin måte å møte andre på. Et eksempel til inspirasjon kan være den danske Folkebevegelsen mot ensomhet hvor flere enn 36 organisasjoner, foreninger, skoler, kommuner og virksomheter har gått sammen om å utvikle tilbud

Boks 4.3 Seniorekor – helsefremmende aktivitet

Sang og det å være med i sangkor kan bidra til å styrke fellesskap og livskvalitet. I Storbritannia er det utviklet et lavterskeltilbud for eldre av typen «syng med oss»: The Silver Song Club Project. Sangklubbene samles regelmessig i lokaler tilknyttet eldresentre eller andre egnede steder i lokalmiljøet. Øktene er ledet av en person med gjennomført kursprogram og frivillige fra lokale kor og sanggrupper er medhjelpere.

Evaluering av prosjektet viser at denne modellen skaper glede, velvære, fellesskap, forbedring av hukommelse og konsentrasjon. Regelmessig og langsiktig deltakelse i kor kan bidra til å redusere inaktivitet og gi balanse i tilværelsen. Det kan gi konkrete utslag som færre legebesøk, mindre medisinbruk, mindre ensomhet, færre fallulykker og dødsfall for aldersgruppen over 65 år.

Kilde: Geriatrisk sykepleie 1–2012.

Boks 4.4 Godt Voksen ved Skullerud Sport Senter

Skullerud Sport Senter i Østensjø bydel i Oslo har seniortrening som satsingsområde. Tilbudet retter seg mot mennesker over 60 år og favner i dag over 600 medlemmer. Instruktører tilpasser treningsprogrammer og veileder slik at øvelser utføres riktig og i en hensiktsmessig progresjon.

Godt voksne har glede av gruppetrening like mye som yngre mennesker, men mange vegrer seg for å bli med på ordinære timer på grunn av høy musikk og for høyt tempo. Senteret har tilbud om gruppetimer på formiddagen som er spesielt tilrettelagt for godt voksne. Det er lagt vekt på å skape et trygt og sosialt miljø. Det er gruppetimer i spinning, funksjonell styrketrening, yoga og dans. Ved senteret er det også bygd opp en gruppe veiledere med kompetanse innenfor området rehabilitering slik at senteret kan gi et tilbud til alle som har behov for å forbedre funksjonsevnen gjennom trening, og som ønsker å komme tilbake til en hverdag hvor de kan være selvhjulpne.

Senteret har saler for gruppetrening, en kondisjonspark og en avdeling for styrketrening. Det er mulighet for å nyte en kopp kaffe, lese en avis, se på TV eller slå av en prat før eller etter en treningsøkt.

og aktiviteter. De har satt seg om mål å halvere ensomheten innen 2020.

Frivilligheten kan bidra med å motivere til en aktiv livsstil sosialt, kulturelt og fysisk, inkludere folk med svake nettverk og skape lavterskeltilbud for Eldres deltakelse. Det er særlig viktig å engasjere de minst aktive eldre, både som medlemmer av frivillige organisasjoner og som frivillige i tilknytning til for eksempel frivilligsentraler. Å endre vaner er lettere å få til sammen med andre. Det kan være mer effektivt å la seg inspirere av andre Eldres erfaringer, enn gjennom råd fra familie og myndigheter.

Eldre mennesker har mye erfaring og kunnskap og er en viktig ressurs for frivillige organisasjoner. Samtidig er frivilligheten og organisasjonene en viktig partner for kommunene i lokalsamfunnsutvikling og for tjenestetilbud til eldre. Frivilligsentraler i kommunene når mange eldre og har bidratt til å fremme Eldres deltakelse i frivillig arbeid og til å etablere gode møteplasser. En del organisasjoner har eldre som egen målgruppe og gir uformell omsorg. For å beholde og rekruttere frivillige til helse- og omsorgsfeltet skal det utarbeides en nasjonal strategi, jf. Stortingets behandling av stortingsmeldingen om morgendagens omsorg. Strategien skal utarbeides i et samarbeid

mellom KS, Frivillighet Norge og Helse- og omsorgsdepartementet.

Idrettsformål finansieres primært av overskuddet fra Norsk Tipping AS. Barn og ungdom er de prioriterte målgruppene for den statlige idrettspolitikken. Samtidig er mange eldre engasjert i den lokale idretten. Lokale lag og foreninger er viktige møteplasser på tvers av både generasjoner og andre sosiale skillelinjer. En utfordring kan være å nå de som er lite aktive og/eller har liten tilknytning til idretten fra før. Pensjonister er også en viktig ressurs i lokale idrettslag og turlag. Mange bidrar med å etablere og vedlikeholde merking av stier og turveier, tilrettelegge med informasjonstavler, benker og hyttevakter mv.

Det ligger store muligheter i å skape tilbud og arenaer som i større grad treffer Eldres ønske om fysisk aktivitet og friluftsliv. Private treningsentre henvender seg til eldre som brukere, og mange har gode tilbud både for grupper og enkeltperso-

Boks 4.5 Aktiv i 100

Aktiv i 100 er et turlag på dagtid. Det er enkle turer på stier og turveier i nærheten av der folk bor. Turene har fast tid og sted for oppmøte, og varer vel en time. Målgruppen er seniorer som ønsker å være fysisk aktive og bli en del av et sosialt turmiljø. Andre som har anledning til å gå tur på dagtid er velkomne. På noen av turene legges det inn enkle styrketreningsøvelser ute i det fri. Turene krever verken medlemskap eller påmelding og det er gratis å delta. Flere turlag har slike nærturgrupper, som for eksempel Bergen og Hordaland Turlag.

ner. Det er blitt mer vanlig med utetreningsanlegg, men få er særlig tilpasset eldre. Det sosiale aspektet ved fysisk aktivitet er en vel så viktig motivasjonsfaktor som helse.

Kosthold er viktig for at eldre kan være aktive. Å skape møteplasser eller bruke andre anledninger til å spise måltider sammen kan gi god trivsel og helsegevinst, og gi grunnlag for et variert og sunt kosthold hos eldre. Aleneboende menn er en særlig målgruppe.

For regjeringen er sivilsamfunnet og frivillig innsats en sentral struktur som er med på å bygge samfunnet nedenfra. Med flere eldre blir det viktig å mobilisere frivilligheten. Det vil gagne den enkelte eldre, kontakten mellom generasjonene og det blir gjennomført samfunnsnyttig arbeid. Hvordan frivillig sektor kan bidra i et aldrende samfunn, vil være et tema i regjeringens kontaktmøter med frivillig sektor.

Frivillig arbeid er under endring. Frivillige er ikke lenger like lojale til en enkelt organisasjon og de vil ha større frihet til å velge tidspunkt og oppgaver. Pensjonistforbundet har igangsatt et prosjekt om Morgendagens aktivitetssenter. Som del av arbeidet er det gjort en undersøkelse om eldres preferanser som utfyller bildet av en ny generasjon eldre som mer ressurssterke og individuelle.

4.4.2 Lokalsamfunn som gjør plass for aktive eldre

Utviklingen av nærmiljø og lokalsamfunn vil ha betydning for hvordan eldre innbyggere kan delta og leve mest mulig selvstendig. I kommunal planlegging må det være større oppmerksomhet på betingelser for at eldre kan leve aktive liv og føle

Boks 4.6 Tilgjengelige måltider på Hovli sykehjem

Kjøkkenet på Hovli sykehjem i Søndre Land lager mat til eldresteret, sykehjemmet og middag som hjemmetjenesten bringer ut.

Kantinen har i en årrekke vært åpen midt på dagen for alle som ønsker middagsservert. Det er mest hjemmeboende eldre som benytter seg av tilbudet, men også yngre. Tilbudet er populært for besøkende til sykehjemmet. Menyer for flere måneder legges ut på internett.

seg trygge. God tilgang til kultur, sosiale møteplasser, natur og aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer er sentralt.

Lokal planlegging og nærmiljø

Med flere eldre i befolkningen blir kommunenes kunnskap om befolkningens sammensetning og demografiske utvikling viktig for å skape livskvalitet for den enkelte og solidaritet mellom innbyggerne. Kunnskap om eldres behov og analysekompetanse av demografiske endringer vil være grunnlag for planlegging lokalt. Hvordan statlige myndigheter kan bidra med bedre data og kompetanseutvikling, vil bli vurdert i strategien om en moderne eldrepolitikk.

Aldringen slår ulikt ut mellom kommunene og mellom bydeler og bygder i kommunene. Det er en tendens til at eldre flytter til sentrumsstrøk. Hvordan eldre bor har betydning for planlegging av tjenester og fritidstilbud, næringsliv og transport. Planleggingen må også legge til rette for sosiale møteplasser og at eldre kan bevege seg, også på vinterstid. For eldre er tilgang til butikker og servicefunksjoner i nærmiljøet og sentrum viktig. Å kunne ha lett tilgang til variert utvalg av råvarer og måltidsløsninger for å handle og tilberede sunn mat hjemme er viktig. Måltider er viktige sosiale arenaer, og å tilrettelegge for felles matlaging og måltider for aleneboende eldre er et perspektiv som bør ivaretas i nærmiljøet.

Noen bydeler og kommuner kan forvente en høyere andel av eldre innvandrere, for eksempel bydelene i Groruddalen. Flere eldre med innvandrerbakgrunn får også betydning for det lokale arbeidet for aktive eldre, både når det gjelder å tilrettelegge for helsefremmende aktiviteter og i arbeidet med å ivareta dette i eldreomsorgen.

Kulturliv er vesentlig for livskvalitet. Mange eldre er blant dem som går mye på teater og konserter. Flere kulturinstitusjoner har tilrettelagte tilbud på dagtid. Frivillig kulturliv med kor, orkestre og teatergrupper har også stor betydning. Men det er sosiale variasjoner i hvem som deltar. Bibliotekene har også mange eldre brukere, og deres rolle i nærmiljøet kan utnyttes bedre til kultur- og kunnskapsformidling for eldre.

Eldre er spesielt avhengig av bolignære områder for rekreasjon og fysisk aktivitet. Det er viktig å forstå hva som kan skape barrierer for og eller motivere til fysisk aktivitet utendørs. God belysning, strødde veier, gode gangveier er noen stikkord. Til grunn for anleggsutviklingen bør det være en analyse av alderssammensetningen og behov i ulike aldre. For eldre mennesker betyr merkede løyper med benker og rasteplasser mye.

Trygghet er en forutsetning for mange for å kunne delta og bevege seg utendørs. Relativt mange eldre er urolige for å bli utsatt for vold, og kvinner er mer engstelige enn menn. Vold i nære relasjoner rammer også eldre. Men opplevelsen av utrygghet kan være mer utbredt enn det faktisk er dekning for. Med utgangspunkt i utenlandske undersøkelser og kliniske erfaringer fra Norge, kan vi anslå at fire til seks prosent av den eldre befolkningen i Norge har vært utsatt for vold og overgrep etter at de fylte 65 år. Erfaringer fra Oslo politidistrikt er at ofre for lømmetyverier ofte er eldre. Tallene viser imidlertid at eldre ikke er en særlig utsatt gruppe.

Medvirkning og kommunale eldreråd

Det er viktig å legge til rette for at eldre medvirker i lokal planlegging. Kommunale og fylkeskommunale eldreråd skal bidra til dette. En evaluering av kommunale råd utført av Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) viser at ikke kommer tidlig nok inn i utrednings- og beslutningsprosessen.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- likestillings- og integreringsdepartementet forbereder et høringsnotat om særlige medvirkningsordninger i kommunene. Det legges opp til at kommuneloven skal få en generell bestemmelse om medvirkningsordninger i kommunene for eldre, ungdom og mennesker med nedsatt funksjonsevne. De enkelte ordninger skal få detaljerte regler fastsatt i forskrifter. I arbeidet med å lage felles regler for medvirkningsordninger vil det bli sett på hvordan eldrerådene fungerer fra brukernes ståsted. Målet er å ha et regelverk som ivare-

tar de Eldres ønske om å være med på å påvirke lokalpolitiske beslutninger

Aldersvennlig samfunnsutvikling

For å støtte kommunene i å utvikle samfunn som vil være gode å leve i for eldre mennesker, vil det bli vurdert å utarbeide en sjekkliste for planlegging, inspirert av Verdens helseorganisasjons konsept for aldersvennlige byer. Et annet hjelpemiddel kan være å utvikle en eksempelsamling som viser hvordan ulike kommuner har utviklet nærmiljø som tar hensyn til alle aldersgrupper.

Verdens helseorganisasjons globale nettverk av aldersvennlige byer er et internasjonalt tiltak for å hjelpe byer til å forberede seg på to verdensomspennende demografiske trender: den raske aldringen av befolkninger og den økende urbaniseringen. Prosjektet fokuserer på de miljømessige, sosiale og økonomiske faktorene som påvirker eldre voksnes helse og trivsel. Det er utarbeidet et rammeverk som kan benyttes for å vurdere en bys aldersvennlighet og at eldre mennesker har vært aktive deltakere i prosessen.

Trygge lokalsamfunn er et veiledningskonsept og et verktøy som skal effektivisere, systematisere og forenkle kommunenes arbeid med ulykkesforebygging, og sette kommunale oppgaver innenfor sikkerhet og folkehelse inn i en samlet helhet. Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet vil legge til rette for å spre metodikken fra Trygge lokalsamfunn, i samarbeid med KS og Skadeforebyggende forum.

4.4.3 Boliger som er gode å bli gamle i

Strategien skal bidra til å gi bedre informasjon for å øke bevisstheten i befolkningen om behovet for å planlegge bosituasjon, tilrettelegge boligen for eldre år og for å starte planleggingen tidlig.

De fleste eldre ønsker å bo hjemme lengst mulig, også når de har behov for helse- og omsorgstjenester. For mange utgjør nabolaget den største kilden til tilhørighet og nettverk, og for møter mellom generasjonene. Boliger som gode å leve i og gode å bli gamle i, gir eldre økt trygghet og mer frihet til å leve aktive og selvstendige liv.

Det skjer i dag en betydelig boligbygging i Norge, og mange eldre mennesker skaffer seg leiligheter som er enklere å leve i på eldre dager. Likevel er hovedbildet at de fleste gamle vil bli boende i eksisterende hus eller leiligheter. Ikke alle har mulighet til å selge eller flytte. Mange vil

derfor ha behov for å tilpasse boligen til nye behov som eldre. Mange eldre tilhører en kjøpesterk gruppe og eier sin egen bolig, ofte med lav gjeldsbelastning. Det må likevel legges til rette for at alle eldre kan ta et selvstendig ansvar for å tilpasse egen bolig eller finne felles boformer slik at hjemmet blir et godt sted å bli gammel i.

Økt tilrettelegging for tilpassede tjenester, universell utforming og tiltak for å forebygge ulykker og gjøre boliger trygge, er en viktig forutsetning for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. I byggteknisk forskrift stilles det krav til tilgjengelighet for nye boliger med hovedfunksjoner på ett plan og for boliger der det er krav om heis. Det er behov for å øke tilgjengeligheten i eksisterende boligmasse slik at framtidens behov blir dekket. Det kan gjelde alt fra enkle tiltak inne i den enkelte boenhet, som å fjerne terskler, til større tiltak som etterinstallering av heis i boligblokker. Husbanken har låne- og tilskuddsordninger til tilpassing av bolig. Økt bruk av velferds- og smarthusteknologi kan sammen med god tilrettelegging av boligen gjøre det lettere for flere å bo lenger hjemme. Kommunene kan spille en aktiv rolle i å bevisstgjøre eldre om deres boligsituasjon og mulighetene for tilpasning av eksisterende boligmasse.

For mange eldre vil et godt alternativ til boligen de bor i nå, være å flytte til en mer lettstelt bolig, med tilgang til service- og kulturtilbud. Kommunene kan gjennom planlegging og dialog med private utbyggere legge til rette for bygging av leiligheter på det ordinære boligmarkedet som vil dekke Eldres behov. Det må også bygges leiligheter innrettet for eldre med særskilte behov. I utviklingen av gode boliger og bomiljøer er det viktig at eldre selv involveres i planlegging og utforming. Eldre kan for eksempel gi viktige innspill i kommunenes planlegging, via de lokale eldrerådene og til boligprodusenter ved utformingen av nye leilighetsprosjekt.

4.4.4 Tilgjengelig og sikker transport

Med flere eldre som brukere av transportsystemet, blir det viktig at målene om økt bruk av kollektivtransport, gange og sykkel, lar seg realisere for eldre mennesker. Flere eldre med mer ressurser og ønske å leve aktive liv, vil innebære høyere reiseaktivitet. Oppfølging av målet i Nasjonal transportplan om å bidra til sammenhengende, universelt utformede reisekjeder blir en sentral ramme for å utforme tilbud som er tilpasset eldre menneskers behov. Reisekjeden omfatter alle ledd i en reise. Gange hjemmefra til bussen, bussens

utforming, kjøp av billett og informasjon på stasjonen for å kunne planlegge reisen, er alle ledd i reisekjeden.

Reisevaneundersøkelser viser at eldre er en gruppe som ofte velger å gå, samtidig som ulykestallene på landsbasis viser at eldre er den mest utsatte aldersgruppen når det gjelder fotgjengerulykker i byer og tettsteder. Fallulykker utgjør et betydelig problem som økonomisk og velferdsmessig langt overstiger konsekvensene av trafikkulykker med fotgjengere. Det er et stort behov for å tilrettelegge bedre for gående. Gangnettet må gi effektive, trygge og sikre forbindelser mellom ulike målpunkter, uavhengig av hvem som eier veinettet, og det må etableres der folk faktisk går eller har behov for å gå. God gangatkomst til holdeplasser for kollektivtransport er viktig for å nå målet om universelt utformede, sammenhengende reisekjeder.

Gangnettet kan bestå av et mangfold av gangforbindelser med ulik karakter, slik som gater, veier, gågater, fortau, gang- og sykkelveier, gangveier, turveier og snarveier. Parker og plasser inngår også i et slikt nett av gangforbindelser. Trinnfri og slak stigning, riktig tverrfall, tilstrekkelig bredde, jevne og sklisikre overflater, rekkverk der det er behov, gode kontraster og hensiktsmessige systemer for veifinning er viktig. God belysning er vesentlig for opplevelsen av trygghet, og hvileplasser langs gangforbindelser er spesielt viktig på strekninger med stor gangtrafikk og der det er mange eldre. Det bør sikres tilstrekkelig plass til snørydding og snøopplag, slik at snøen ikke hindrer framkommeligheten.

Digitalisering og bruk av teknologi på transportsteder til informasjon, billettsystemer og innsjekking, kan være en utfordring for mange brukergrupper.

Økt gjennomsnittsalder i befolkningen har konsekvenser for trafiksikkerheten fordi risikoen for å bli drept eller hardt skadd øker vesentlig for trafikanter over 75 år. Eldre er en spesielt ulykkesutsatt trafikantgruppe, både i rollen som bilfører og som fotgjenger. Det er flere årsaker til dette. Aldring reduserer enkelte ferdigheter som er nødvendige i trafikken. Dette gjelder særlig konsentrasjon, observasjon og behandling av informasjon. I tillegg tåler eldre de fysiske påkjenningene ved ulykker dårligere enn yngre, og de kjører ofte biler med mindre passiv sikkerhet. Ulykker der eldre er involvert får derfor ofte alvorlig utfall. For å redusere antall ulykker med eldre vil regjeringen fortsatt legge vekt på krav knyttet til førerretten, videreføre oppfriskningskurs som 65+ og legge til rette for økt sikker-

het for eldre gående. Videre samarbeider Statens vegvesen med relevante aktører med sikte på å komme fram til tiltak som den enkelte aktør forplikter seg til å gjennomføre for å bedre sikkerheten for eldre trafikanter. Statens vegvesen vil i samarbeid med andre aktører utarbeide et opplegg for trafikksikkerhetskurs som avholdes på eldresentre, aktivitetssentre og lignende.

Hvert år skjer det rundt 20 000 fallulykker på gater og fortau. Mange fall skyldes mangler ved strøing av isbelagte fortau. Fallulykker som skjer på veien inngår ikke i ulykkesstatistikken for vei- og trafikkulykker, og det kan bety at risikosteder ikke blir fanget opp. Kommunen har ansvar for vintervedlikehold av kommunale veier og uteområder, mens gårdeiere har ansvar for fortau. Det er utarbeidet håndbøker og retningslinjer til drift og vedlikehold for kommunale veier. I Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2014–2017 er det foreslått en metode for gjennomgang av fakta om eldreulykker hvor berørte aktører samarbeider for å finne løsninger på trafikksikkerhetsproblemer.

Organisering av vintervedlikehold trenger ikke å være ressurskrevende. Det kan imidlertid være et paradoks at det er den ulykkesrammede, arbeidsgiveren og helsesektoren som merker utgiftene ved skader som følge av fall, mens kommunale veimyndigheter og andre veimyndigheter ikke ser den direkte effekten av manglende vintervedlikehold. Det er et samfunnsansvar å øke bevisstheten om dette. Os i Østerdalen er et godt eksempel på hvordan en kommune har redusert fall og hoftebrudd om vinteren. Her ble en frivillig organisasjon engasjert for å strø veier og fortau der eldre mennesker bodde. Forekomsten av fall har gått betraktelig ned. God skadestatistikk er en forutsetning for å vise at det er verd innsatsen, og bidrar til å forplikte administrasjon og politikere, det vises til omtale av ulykker i kapittel 6.

4.5 Teknologi og innovasjon – styrker produktivitet og deltakelse

Øke digital deltakelse og styrke teknologikompetanse

Teknologi, IKT og den digitale utviklingen gir betydelige muligheter for deltakelse og utvikling av samfunnet. Teknologiske endringer har endret våre liv på måter vi ikke trodde var mulig for kort tid tilbake, og vil fortsette å endre våre liv fremover. Regjeringen vil at det skal være like muligheter for digital deltakelse for alle innbyggere i

Norge, uavhengig av alder, kjønn, økonomi og bakgrunn.

Den økte digitaliseringen av samfunnet har imidlertid ført til mange eldre føler en viss uro for å bli utestengt eller fremmedgjort i det digitale samfunn fordi de ikke behersker IKT og internett. Dette kan også ha et demokratisk aspekt dersom eldre blir utestengt fra å delta i samfunnsdebatten som en følge av at de ikke er til stede på digitale debattforum. Arbeidet med universell utforming av IKT vil kunne bidra til flere Eldres digitale deltakelse.

Statistikk viser at mange over 60 år ikke bruker digitale verktøy og internett. Bruken avtar for mange når de har forlatt yrkeslivet, blant annet på grunn lite tilgang på oppdatering av program, utstyr og brukerstøtte. Det er derfor behov for opplæring og støtte til eldre som ønsker å ta i bruk ny teknologi eller som ønsker å videreutvikle sin kunnskap. Kommunal- og moderniseringsdepartementet har startet et arbeid for å øke befolkningens digitale deltakelse og kompetanse, og hvor innbyggere som er svake IKT-brukere vil være en hovedmålgruppe. For å nå flere eldre skal det legges vekt på å bruke møteplasser gjennom samarbeid med frivillige organisasjoner og kommunale tjenester for å spre kunnskap om bruk av IKT.

Morgendagens eldre vil være mer fortrolige med bruk av IKT og digitale verktøy, dette åpner for nye muligheter for deltakelse og mestring for neste generasjon eldre. De vil også forvente tilgang til nettet som mottakere av helse- og omsorgstjenester. Trådløse nett kan være et digitalt virkemiddel for å understøtte mål i omsorgspolitikken, men i dag mangler dette ved svært mange sykehjem.

Næringsliv og forbrukere: Innovasjonspotensial

Mange eldre er kjøpesterke. Tyske beregninger viser at gruppen 60+ tilsvarer nær en tredel av landets samlede private forbruk. Flere eldre forbrukere kan bidra til å skape nye produkter.

Framtidens løsninger vil komme fra både offentlig og privat sektor. Flere tjenester vil bli utviklet i fellesskap. Det gjelder også folkehelseområdet der bedriftene kan bidra med nye løsninger på samfunnsutfordringene som er beskrevet i denne meldingen. Offentlig sektor kan spille en viktig rolle ved å etterspørre bedre løsninger, være et hjemmemarked for norsk næringsliv og bidra til at ny kunnskap tas i bruk i den enkelte virksomhet og på tvers av sektorer. Løsningene må utvikles i et samspill mellom brukerne, offent-

lig sektor, næringslivet og kompetansemiljøene. Det betyr at offentlig sektor må være en god bestiller av nye og bedre løsninger. Et viktig ledd i å oppnå dette er å skape sterke innkjøpsmiljøer i robuste kommuner. I dag skjer produksjon og utvikling av tjenester ofte i mindre enheter og i kommuner med lite kompetanse og ressurser til å drive innovasjon. Kommunereformen vil være viktig for å få sterkere og mer innovative miljøer i norsk kommunesektor. Slike nye og sterke innkjøpsmiljøer bør i tillegg til å sikre god regeletterlevelse sørge for god behovsforankring hos innbyggerne, gi kommuneledelsen gode råd om hvordan anskaffelser kan bidra til å nå de langsiktige målene for virksomheten og lage gode rutiner for markedsdialog og leverandørutvikling.

Turistnæringen er et eksempel på en næring som tilpasser produktene til eldre reisende. Bedriftene som tar seniorers forbrukerønsker og preferanser alvorlig, vil kunne vinne i et konkurranseutsatt marked. Deres preferanser vil som hovedregel bli fanget opp via markedsmechanismen. Gåstaver er et eksempel på et produkt som selges til gruppen eldre, og som også bidrar til bedre helse. Det kan være aktuelt med målrettet informasjon mot enkelte sektorer om konsekvensene av aldringen og mulighetene for næringslivet. Innovasjon og næringsutvikling kan bidra til økonomisk vekst og samtidig løse viktige velferdsoppgaver, for eksempel velferdsteknologi.

I landbruks- og matnæringen er det potensial for å bygge videre på tilbud rettet mot eldre brukere. Grønn omsorg, og Inn på tunet, hvor gårder er ramme for velferdstjenester, og gårdsturisme er slike eksempler. Det er et stort potensial for næringsmiddelbransjen for å utvikle tilpassede måltidsløsninger, matbringertjenester m.v. Samtidig utvikler også industrien matprodukter som er spesielt innrettet for eldre mennesker som har vanskelig for å ta til seg næring.

Ny teknologi for bedre helse og velferd

Regjeringen vil ta i bruk de nye mulighetene teknologien gir for å involvere og aktivisere hver enkelt. Det er et mål at velferdsteknologiske løsninger skal være en integrert del av omsorgstjenestetilbudet innen 2020. Den nasjonale helseportalen helsenorge.no videreutvikles med nye tjenester for dialog og involvering. Her pågår det også arbeid med mobil helseteknologi (m-helse), og det etableres nå et prosjekt for å prøve ut enkelte løsninger. For å sikre at vi iverksetter de riktige tiltakene, skal det følges med på effekter og gevinster underveis. Den norske befolkningen

er aktive nettbrukere og vant til å innhente informasjon og utføre tjenester selv. Det er likevel viktig å bidra til å styrke den digitale kompetansen blant eldre.

Teknologi kan gi nye muligheter i arbeidet med aktive eldre. Velferdsteknologi bidrar til at eldre kan bo lenger hjemme. Nye selvbetjeningsløsninger og mulighet for dialog gir lettere kontakt med helse- og omsorgstjenesten og nye muligheter for å være en aktiv deltaker. Smarttelefoner, nettbrett og apper har raskt fått stor utbredelse. Mobil helseteknologi på telefoner og nettbrett kan bidra til trening og aktivitet, oppfølging av egen helse og sykdom, trygghet og forebygging. Organisering av pasientgrupper på nett eller i nettmøter kan også bidra til at eldre kan være sosiale og deltakende.

4.6 Helse- og omsorgstjenesten skal fremme aktive liv

Morgendagens brukere og pasienter av tjenestene vil ha bedre forutsetninger for å mestre plager og sykdom, med større ressurser og tilgang til teknologiske hjelpemidler. De nye eldre vil selv i større grad enn tidligere generasjoner eldre ønske å ha aktive og selvstendige liv også når de går inn i 80- og 90-årsalderen. Gode levevaner vil bidra til å kunne leve aktive liv lenger og opprettholde helse og funksjonsfriskhet. Det gir muligheter for helse- og omsorgstjenesten til å legge til rette for veiledning, behandling og rehabilitering som tar utgangspunkt i brukere og pasienters ønske om autonomi og ansvar for egen helse og tilfriskning.

4.6.1 Styrke arbeidet med livsstilsendring

Helse- og omsorgstjenesten kan spille en viktig rolle gjennom livsstilsveiledning for gamle og de eldste eldre. For mange er sykdom et vendepunkt, hvor pasienten blir motivert for endring av levevaner. Helsedirektoratet skal lage en veileder til helsestjenesten om helsefremmende aldring, om levevaner og individuell rådgivning, og det skal utarbeides informasjon om helse og livsstil som henvender seg til eldre. Her vil også rådgivning om legemidler, psykisk helse og fallforebygging inngå. Kommunen har ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Veiledning av brukere og pasienter kan være viktig både tidlig i et sykdomsforløp, gjerne før sykdom har oppstått, eller i stedet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner har etablert frisklivstil-

Boks 4.7 Velferdsteknologi som bidrag til bedre kosthold

Maten er ikke gitt før den er spist, er et tverrfaglig samarbeidsprosjekt i regi av næringsklyngen NCE Culinology i Måltidets Hus i Stavanger. Målet er å få fram idéer til tiltak for å forebygge feil- og underernæring og ivareta gode måltider gjennom alderdommen. Et av delprosjektene gjelder bruk av ny teknologi for å tilpasse mattilbudet. Prosjektet er finansiert med midler fra InnoMed som er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren. Nettverket er etablert på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet.

Teknologi kan bidra til at hjemmeboende, også personer med demens, kan opprettholde god ernæring, og få mat de ønsker til riktig tid. Eksempler kan være løsninger som gjør det lett å bestille mat via visuelle lenker på en skjerm, innretninger som minner en på å spise, og smarte redskap både for bestilling og tilberedning. Det finnes i dag smarte kjøleskap som kan fortelle at de snart er tomme. Smarthus-teknologien kan kanskje videreføres til oppvarmingsenheter og kobles til klokker? Kanskje kan et trykk på nettbrettet være nok for at maten skal varmes opp på riktig måte?

I prosjektet er målgruppene friske eldre, hjemmeboende med hjemmetjenester, eldre i institusjon og akutt syke. For de to første gruppene handler mat om forebygging, for de to siste blir maten en del av behandlingen. Ett eksempel er hjemmeboende personer med demens. Hvordan sikre at livskvalitet og helse ivaretas best mulig for denne gruppen? Hvordan bidra til at de spiser næringsriktig mat flere ganger hver dag, når mange verken klarer å følge med på klokken eller benytte bestikk?

bud for å gi forebyggende helsetjenester og individuell veiledning. Frisklivssentralene kan være et godt tiltak for helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot eldre som en av flere aktuelle grupper.

Kostholdet er viktig hele livet, og god ernæring har betydning for god helse i eldre år. Mange eldre har et godt kosthold, men blant neste generasjon eldre vil også mange dra med seg uheldige

Boks 4.8 Fire råd for en god aldring

Folkehelseinstituttet framhever fire nøkkel-faktorer som spesielt viktige for en god aldring:

- bruk hodet
- beveg deg
- vær sosial
- spis sunt

kostvaner. Kompetanse om ernæring i helse- og omsorgstjenesten blir derfor viktig. Kostrådene for yngre eldre er de samme som for resten av befolkningen. For en del blir imidlertid matlysten mindre, som gjør at sammensetningen av kostholdet blir viktigere med tilstrekkelig vitaminer, mineraler og fiber. Kosthåndboken er en viktig veileder for helse- og omsorgstjenesten i ernæringsarbeidet, og den inneholder generelle kostråd og særskilt ernæringsbehandling for ulike diagnoser. Betydningen av et variert og tilstrekkelig kosthold er synliggjort i verdighetsgarantien. Ernæring er viktig i forebygging, behandling, habilitering og rehabiliteringsarbeid. Å forebygge underernæring har målbart gunstige effekter for den enkelte når det gjelder livskvalitet, sykkelighet og dødelighet. Faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring har gitt økt oppmerksomhet og bedre oppfølging. Retningslinjen har også gitt grunnlag for tilsyn, som har bidratt til bedring på ernæringsområdet i helse- og omsorgstjenesten. Måltider er viktige sosiale arenaer, og eldre spiser mer når det legges til rette for felles måltider.

En 70-åring som blir mer fysisk aktiv kan vinne tre leveår med god helse. Trening og daglig aktivitet hjelper på en lang rekke kroniske sykdommer, og bedrer helse og livskvalitet i eldre år. Det må legges større vekt på fysisk aktivitet i rehabilitering av pasienter, det forebygger muskel- og skjelettsykdommer, opprettholder god kondisjon og virker positivt på den psykiske helsen.

Å slutte å røyke har umiddelbar virkning på risiko for hjerte- og karsykdommer, og reduserer faren for utvikling av kols. Med en eldrebefolkning som har høyere alkoholkonsum enn tidligere og hvor særlig kvinner har økt alkoholkonsum, blir også arbeidet med å fange opp alkoholbruk viktig.

Med økende alder øker sannsynligheten for funksjonstap, sykdom, tap av arbeid, partner og venner. Slike store endringer i livssituasjonen kan

føre til ensomhet og psykiske plager. Helse- og omsorgstjenesten kan bidra til å møte disse utfordringene gjennom å forebygge passivisering, isolasjon, rusproblemer, angst og depresjon, styrke tjenestetilbudet til eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer og styrke tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.

4.6.2 En helhetlig tilnærming

Behovet for at helsepersonell har en helhetlig tilnærming til Eldres helse illustreres i NOU 2011: 11 om innovasjon i omsorg. Utredningen tar utgangspunkt i de vanligste utfordringene omsorgstjenestene møter: Fall, ensomhet og kognitiv svikt som er tre faktorer som påvirker hverandre gjensidig og berører de fleste fagområder i helse- og omsorgssektoren. Redusert allmenntilstand på ett område får gjerne konsekvenser for andre, som igjen gir ringvirkninger på andre områder i livet. Ubehagelige opplevelser med fall fører gjerne til redsel for nytt fall, med tilbaketrekning, sosial isolasjon og manglende aktivitet som resultat. Mangel på sosial kontakt og stimulans kan føre til raskere utvikling av kognitiv svikt. Kognitiv svikt kan føre til glemsomhet, manglende koordinasjon og mindre oppmerksomhet overfor risiko, som igjen kan øke sannsynligheten for fall. Fallulykker og angsten for fall er ofte starten på en negativ spiral for dem som rammes. Utredningen peker på at den negative spiralen må snus, ved hjelp av forebyggende tiltak, innovative grep og fornuftig bruk av teknologi.

Helse- og omsorgsdepartementet vil videreutvikle tilbudet gjennom helhetlige og flerfaglige tjenester. Videre vil samarbeid med frivillige organisasjoner og styrket tilbud til pårørende gi bedre mulighet til å redusere isolasjon og forverring.

For en effektiv helse- og omsorgstjeneste trengs et kjønnsperspektiv på Eldres helse. Kvinner har oftere kroniske lidelser, smerter og funksjonsnedsettelse. I mannsrollen ligger også utfordringer som helse- og omsorgspersonell kan være mer bevisst på. Menn er ofte sene til å oppsøke helsetjenesten ved problemer. Ensomhet kan ramme menn sterkere enn kvinner. Blant eldre menn er mange fra en generasjonen som ikke har vært vant til å lage mat selv, som gjør at de kan utvikle uheldige kostvaner som kan gi dårligere fungering på sikt.

Fallforebygging

Regjeringen vil intensivere arbeidet for forebygging av fallulykker og har som mål å oppnå ti pro-

sent reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018. Fallforebygging skal inkluderes i arbeidet med kvalitetsindikatorer, hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Et hoftebrudd for gamle mennesker kan gi betydelig reduksjon i helse og livskvalitet, høy dødelighet, og store kostnader for helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sammenstille erfaringer fra utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk og videreutvikle modeller. Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakke for å forebygge fall i sykehjem og sykehus videreføres i pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018).

Riktigere legemiddelbruk

Regjeringen skal denne våren legge fram en stortingsmelding om legemiddelpolitikken, i den vil riktig legemiddelbruk og pasientsikkerhet, herunder for eldre, være viktige tema.

I følge Folkehelseinstituttet utgjør legemiddelbruken hos eldre nesten halvparten av all legemiddelbruk i Norge. Over 90 prosent av befolkningen over 65 år bruker minst ett reseptpliktig legemiddel, og over 60 prosent av disse fikk i 2011 utlevert mer enn fem legemidler. Flere eldre har mange sykdommer og bruker mange legemidler samtidig. Dette øker sjansen for unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner, som trøtthet og mindre matlyst. Eldre er sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Det må sikres god informasjonsflyt mellom sykehus, legevakt, fastleger, sykehjemsleger og personalet i hjemmetjenesten og i sykehjemstjenesten. Det er viktig med et systematisk samarbeid mellom fastlegen og andre som yter tjenester til pasienter med sammensatte behov, og oppdaterte legemiddellister og jevnlig legemiddelgjennomgang for den enkelte pasient.

4.6.3 Helse- og omsorgstjenesten må planlegge for en aldrende befolkning

Planlegging og utforming av morgendagens helse- og omsorgstjeneste må legge den økte andelen eldre i bruker- og pasientgruppen til grunn. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten stilles overfor sammensatte utfordringer og må planlegge og iverksette nødvendige endringer for å møte aldringen.

Det vil være geografiske og lokale variasjoner i andelen eldre. Fremskrivninger viser at andelen eldre som bor i distriktene og i mindre kommuner vil bli høyere. Skrøpelige og syke eldre vil ha

behov for tjenester i geografisk nærhet. Det er et mål at den eldre pasienten skal sikres gode pasientforløp gjennom hele tjenesten, både før, i og etter sykehusopphold. Samhandlingsreformen har bidratt til bedre tilgang på helse- og omsorgstjenester nært der folk bor, blant annet gjennom at kommunene skal ha døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I de lovpålagte samhandlingsavtalene inngår en plikt for kommunene og det regionale helseforetaket til å samarbeide slik at pasientene mottar et helhetlig tilbud. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom de kommende stortingsmeldingene om primærhelsetjenesten og Nasjonal helse og sykehusplan bidra til å planlegge en helse- og omsorgstjeneste med kapasitet og kompetanse til å møte framtidige behov. Blant annet vil bedre lokalmedisinske tilbud være viktig for de eldre innbyggerne.

Kommunene vil i framtiden ivareta brukere og pasienter med endrede og mer sammensatte behov. Selv om det er flere eldre, har andelen med hjelpebehov vært stabil, noe som reflekterer bedre helsetilstand i eldrebefolkningen som helhet. Liggetiden i sykehus er kortere enn før, mer behandling gis poliklinisk og de fleste tilstander kan og bør følges opp mens personen bor hjemme eller i kommunal institusjon. Sykdomsbildet og behandlingstilbudet har endret seg og pasientgruppen er mer mangfoldig. Dessuten har brukere og pasienter fått styrket rettighetene og muligheten til å medvirke i behandlingen, og de har tydeligere ønsker og forventninger til helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgspersonell er en nøkkelressurs for å fremme aktive eldre i tjenestetilbudet. Helseprofesjonsutdanningen og velferdsutdanningene må legge mer vekt på kunnskap om aldring og Eldres helse. Geriatri og gerontologi er viktige fagområder. I geriatrikkt arbeid kreves en helhetlig behandlingsform basert på tverrfaglig samarbeid og kompetanse. Geriatri er derfor ikke bare en medisinsk spesialitet, men også et kunnskapsområde for andre involverte yrkesgrupper der sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og ernæring er sentrale. Kunnskap om legemiddelbruk er viktig.

Ny kunnskap om betydningen av levevaner som del av behandling og rehabilitering av kronisk sykdom må vektlegges mer i utdanningene for at helse- og omsorgstjenestene skal dreie mot forebygging, helsefremming og tidlig innsats mot eldre. Det vises til nærmere omtale i Meld. St. 13. (2011–2012) Utdanning for velferd.

Aktiv omsorg

Perspektivet om å fremme aktive eldre skal også omfatte en framtidsrettet og god helse- og omsorgstjeneste. Det må legges større vekt på aktivisering, både sosialt og fysisk og gi økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov. Alle årene i livet, også de siste, må ha et meningsfylt innhold. Omsorgstilbudene skal bygges videre ut for å gi alle som trenger det et tilbud med kvalitet og aktivitet. Det er behov for en faglig omlegging knyttet til rehabilitering, aktivisering, egenmestring og veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring og bruk av velferdsteknologi. En slik satsing vil kreve større tverrfaglig bredde i helse og omsorgssektoren, med større vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Kultur, aktivitet og trivsel bør være helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig helse og omsorgstilbud. Undersøkelser viser at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort, særlig for beboere i sykehjem, omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand.

Det er de senere årene utviklet mye kunnskap om effekter av systematisk og integrert bruk av musikk og andre kulturuttrykk i behandling og daglige aktiviteter i omsorgstjenestene. For å utvikle og spre miljøterapeutiske metoder og arbeidsformer er det opprettet et nasjonalt kompetansemiljø for kultur, helse og omsorg tilknyttet Levanger kommune i samarbeid med fag- og forskningsmiljøer. For å styrke den aktive omsorgen og sette sosiale og kulturelle behov i sentrum, er det iverksatt en nasjonal sertifiseringsordning for livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre.

Demensplan 2020

For å bedre forholdene for personer med demens og deres pårørende, har regjeringen satt i gang arbeidet med å utforme Demensplan 2020. Målet er å skape et demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Et viktig prinsipp er åpenhet og inkludering. Regjeringen vil motvirke diskriminering og stigmatisering av personer med demens og deres pårørende, og vil derfor sikre økt kunnskap og kompetanse blant pårørende, ansatte og i allmennheten. Framtidens helse- og omsorgstjeneste skal være preget av samarbeid mellom personer med demens, pårørende, frivillige organisa-

sjoner, det offentlige, fagmiljøer og lokalsamfunn. Som del av regjeringens visjon om å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste og flytte makt til brukerne, utarbeides planen i et tett samarbeid med brukerne og deres pårørende. Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2014 gjennomført sju dialogmøter. Innspillene fra møtene skal sammen med erfaringer fra dagens plan og oppdatert kunnskap danne grunnlag for utkast til en ny plan, som skal sendes på en bred høringsrunde og legges fram høsten 2015.

Tallet på mennesker med demenssykdommer forventes å bli fordoblet i løpet av 35 år. Den sterke veksten vil skje om 10–15 år. Dette gir tid til å planlegge og investere langsiktig i kompetanse, teknologi og bygningsmasse.

En av de viktigste oppgavene blir å innrette lokalsamfunnet på denne situasjonen og legge forholdene bedre til rette for mennesker med demens og deres nærmeste, som ofte bærer de tyngste byrdene. Godt utbygde hjemmetjenester og aktivitetstilbud spiller en avgjørende rolle.

Det viktigste symptomet eller kjennetegnet på demens er nedsatt hukommelse. Demens medfører også svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personer som rammes av demens, får vansker med å praktisere ferdigheter eller å mestre hverdagsrutiner, og har ofte et svært sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder. For helse- og omsorgstjenestene innebærer det store utfordringer å planlegge, dimensjonere og tilrettelegge for en helhetlig og sammenhengende omsorgskjede til personer med demens og deres pårørende.

Kommunene har i økende grad satt demens på dagsorden og iverksatt tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens ved oppfølging av Demensplan 2015. Gjennom planens tre hovedsaker: tilpasset dagtilbud, tilrettede boliger og økt kompetanse, har mange personer med demens og deres pårørende fått et bedre omsorgstilbud.

Det er fortsatt utfordringer og mangler i tjenestetilbudet. Det er spesielt behov for økt oppmerksomhet om utredning og diagnostisering av demens, oppfølging etter diagnostisering, mer aktivitet i hverdagen både for hjemmeboende og for sykehjemsbeboere og et bedre tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens. Videre må dagens og framtidens boliger tilpasses personer med demens. Brukere må involveres mer i avgjørelser som angår dem.

4.7 Mer kunnskap om eldrebefolkningen

Bedre kunnskap om den eldre befolkningen er en viktig forutsetning for at samfunnet kan møte aldringen. Forskningsmiljøene må være mer opptatt av aldringen som fenomen og de samfunnsmessige og individuelle konsekvenser. Strategien for en moderne eldrepolitikk skal bidra til å samordne og styrke aldersforskningen i Norge.

Med målet om lengre yrkesliv, blir det viktig å få fram kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse for eldre arbeidstakere og hvordan tilknytning til arbeidslivet kan være helsefremmende. Det er behov for å styrke kompetansen om forhold i arbeidslivet som fremmer helse og forhold som gir risiko for helseproblemer. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet vil bidra til å belyse kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse i et lengre arbeidsliv.

Det er et særlig behov for livsløpsstudier, som Norlag-studien i regi av Nova ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er en samfunnsvitenskapelig undersøkelse som belyser ulike aspekter ved eldres liv over generasjoner, og den har gitt viktig informasjon til myndighetene om ulike utviklingstrekk i eldrebefolkningen. Det er aktuelt å utvide undersøkelsen til også å omfatte helsemessige forhold, og en bedre belysning av sammenheng mellom arbeid og helse over tid.

Det er behov for å få fram god informasjon om den demografiske utviklingen, og forholdet mellom generasjonene i lys av aldersbæreevnen. Variasjoner i alderskohortene må belyses. Utfordringer for aldersgruppen 60–90 år er annerledes enn de vil være for dagens 40–50 åringer som vil være morgendagens eldre. Det er behov for bedre statistikk om demografiske forhold, befolkningssammensetning og -framskrivninger. Det er også behov for kompetanse i kommunene og på tvers av sektorer for å analysere dataene og vurdere konsekvensene av slike forhold. Kommuner har behov for kompetanse og verktøy for å fremme et mer aldersvennlig samfunn.

Flere forskningsprosjekter i regi av Norges forskningsråd belyser aldring som del av sine områder. Det er ønskelig å få fram denne ulike forskningen, samordne bidrag fra ulike forskningsmiljøer og faglige tilnærminger for å få en mer helhetlig forståelse av konsekvensene av aldringen i befolkningen. Aldringen må følges både med demografisk, samfunnsvitenskapelig og medisinsk perspektiv.

Flere miljøer bidrar til kunnskap om eldre og aldring gjennom statistikk, dokumentasjon og forskning, blant annet Statistisk sentralbyrå med befolkningsdata, Nova med studier av eldre, forskningsprogrammet Velferd, arbeidsliv og migrasjon i regi av Norsk forskningsråd, og helseanalyser og forskning i regi av Folkehelseinstituttet.

Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet vil vurdere om Norge skal

slutte seg til Active Ageing Index (AAI). Indeksen viser hvordan ulike land, og også regioner, fremmer aktiv aldring langs dimensjoner som arbeid, deltakelse, helse og trygghet og aldersvennlige omgivelser. Indeksen er et verktøy for å måle potensial hos eldre mennesker og i samfunnet for en aktiv og sunn aldring. Indeksen er et samarbeidsprosjekt mellom EU og FN.

Boks 4.9 Aktive eldre

Regjeringen vil:

- Utarbeide en strategi for en moderne eldrepolitikk som omfatter alle sektorer
- Heve arbeidsmiljølovens aldersgrense for opphør av arbeidsforhold fra 70 til 72 år og sette en nedre grense for adgangen til bedriftsinterne aldersgrenser på 70 år
- Gjennomgå alle lovbestemte aldersgrenser i samarbeid med partene i arbeidslivet
- Heve aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon
- Vurdere behovet for et utvidet vern mot aldersdiskriminering i forbindelse med arbeidet med en felles likestillings- og ikke-diskrimineringslov
- Legge fram en stortingsmelding om livslang læring, herunder videreutvikle karriereplanlegging og kompetanseutvikling for lengre yrkesliv
- Styrke støtten til frivillige organisasjoners arbeid for aktive eldre
- Styrke opplæring i bruk av IKT og digitale verktøy for eldre brukere
- Styrke beslutningsstøtten for fastlegenes sykemeldingsarbeid for å redusere helserelatert avgang fra arbeidslivet
- Inkludere fallforebygging i arbeidet med kvalitetsindikatorer, hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet for å redusere forekomsten av hoftebrudd og fallulykker
- Samordne og fremme norsk aldersforskning, herunder livsløpsstudier og kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse i lys av et lengre yrkesliv

Del II
Videreutvikle det tverrsektorielle
folkehelsearbeidet



Figur 5.1

5 Et sterkere sosialt sikkerhetsnett

Regjeringen vil jobbe for at Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom. Gode levekår og sosial inkludering er fundamentet for å nå målet om flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller. Sentrale elementer er grunnleggende økonomisk trygghet, tilknytning til utdanning og arbeidsliv og trygge oppvekstvilkår.

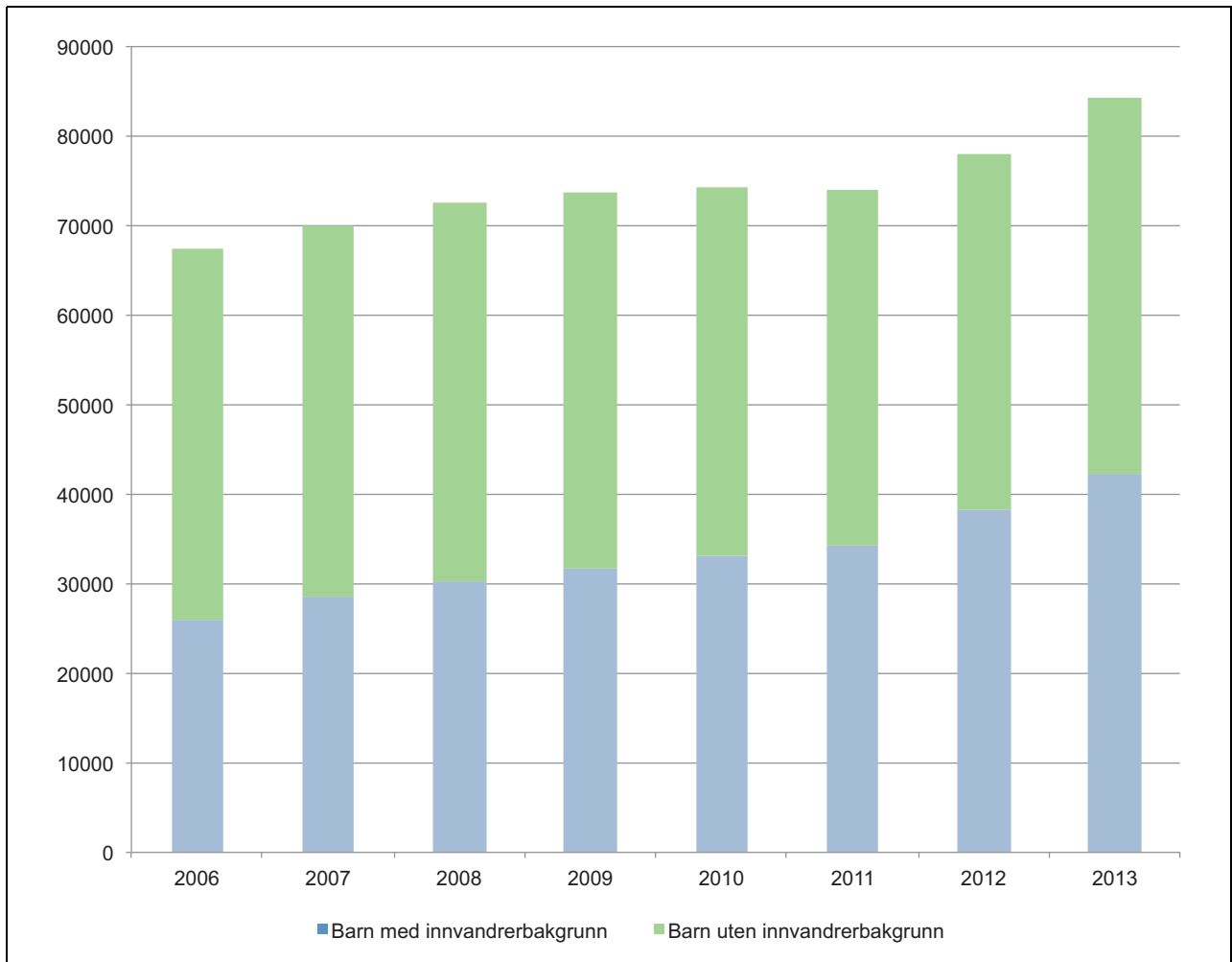
Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse henger nært sammen med velferdsutvikling og forskjeller i levekår og inntekt. Høy sysselsetting, universelle velferdsordninger og et godt utbygd utdanningssystem har bidratt til færre fattige og jevnere inntektsfordeling i Norge sammenliknet med andre land. Likevel er det mennesker som står utenfor viktige sosiale arenaer blant annet på grunn av dårlig økonomi eller dårlige levekår. Regjeringen vil tette hullene i sikkerhetsnettet for grupper som i dag faller igjennom, og sikre mer likeverdige vilkår særlig for barn som vokser opp i fattige familier. Barns rett til en trygg oppvekst og sosial deltakelse er grunnleggende.

Regjeringen vil legge fram en strategi mot barnefattigdom og konsekvenser av fattigdom for barn og ungdom. Økt differensiering av foreldrebetaling i barnehage og av stipend til skoleelever i videregående opplæring er viktige virkemidler for at ikke familiens økonomi skal avgjøre om barnet eller ungdommen får ta del i tilbudene. Regjeringen vil styrke familiens stilling og det skal legges fram en stortingsmelding om familiepolitikken i 2016. Videre vil regjeringen gi alle småbarnsfamilier et barnehagetilbud av god kvalitet, og det gjennomføres blant annet kompetanseheving for ansatte i barnehagene. Flere elever og lærlinger skal gjennomføre videregående opplæring, og det er satt i gang tiltak som skal bidra til dette. Regjeringen vil forsterke innsatsen overfor barnefamilier og unge som ikke bor bra. Det er behov for nytenkning og oppmerksomhet på samfunnsplanlegging som virkemiddel for å forebygge og redusere sosial ulikhet. Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om livslang læring og utenfor-skap. Målgruppen for meldingen er grupper som har falt ut av arbeidslivet eller som har høy risiko for å gjøre det. Regjeringen vil også legge fram en stortingsmelding om likestilling mellom menn og kvinner.

5.1 Grunnleggende økonomisk og sosial trygghet

Folketrygden skal gi økonomisk trygghet ved å sikre den enkelte inntekt og kompensere for særlige utgifter ved blant annet arbeidsløshet, aleneomsorg for barn, sykdom og uførhet. Samtidig skal trygdeordningene bidra til utjevning av inntekt og levekår og hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv. Deltaelse i arbeidslivet gir for de fleste en betydelig velferdsgevinst. Arbeid er også det viktigste for å unngå fattigdom og sosial eksklusjon. Høy sysselsetting gir samfunnet verdiskaping og et trygt økonomisk grunnlag for velferden.

Det er særlig viktig å forhindre fattigdom i barnefamilier. Fattigdom rammer barn. De kan ikke lastes for den situasjonen foreldrene er i. Regjeringen vil videreutvikle samarbeidet på tvers av sektorene og legge fram en strategi mot barnefattigdom i 2015. Strategien skal omfatte forebyggende tiltak og bidra til å redusere negative konsekvenser og belastningen for barn som vokser opp i fattige familier. Strategien skal bygge på regjeringsplattformen og samarbeidsavtalen. Inntektsnivået i en barnefamilie kan ha stor betydning for barnas utdanning, yrkesvalg og tilknytning til arbeidslivet, som igjen har betydning for helse og trivsel. Lav familieinntekt kan medføre ekskludering fra viktige sosiale arenaer og gi dårlige boforhold. Overføringer til barnefamilie bidrar, sammen med tiltak for å øke arbeidsmarkedstilknytningen, til å bedre levekårene og legger grunnlaget for bedre helse. De største overføringene til barnefamilie i Norge er foreldrepenger, barnetrygd og kontantstøtte. Foreldrepenger skal sikre foreldrene inntekt slik at de kan være hjemme med barnet den første tiden etter fødsel eller adopsjon. Vilkårene for å få rett på foreldrepenger er yrkesaktivitet med pensjonsgivende inntekt i minst 6 av de 10 siste månedene. I tillegg må inntekten overstige halvparten av folketrygdens grunnbeløp. Engangsstønad gis til mødre som ikke har rett til foreldrepenger. Denne satsen ble økt med virkning fra 2015.



Figur 5.2 Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt.¹ Barn under 18 år med og uten innvandrerbakgrunn

¹ Gjennomsnittlig inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU) i en treårsperiode under 60 prosent av mediangjennomsnittet i samme treårsperiode.

Kilde: Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger. Statistisk sentralbyrå.

Familiens økonomiske kår kan være til hinder for bruk av barnehage. Regjeringen ønsker å avhjelpe dette gjennom økt differensiering av foreldrebetaling i barnehagene. I 2015 blir det innført moderasjonsordninger som medfører at lavinntektsfamilier ikke skal betale mer enn seks prosent av inntekten for en barnehageplass. Differensiering av stipend til skoleelever i videregående opplæring skal gi flere unge bedre muligheter til å gjennomføre grunnopplæringen. Som et ledd i innsatsen mot fattigdom gis det tilskudd til tiltak gjennom nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom, se kapittel 2 Psykisk helse i folkehelsearbeidet. Det gis også tilskudd i kommunene for å forebygge og redusere fattigdom blant barn og unge og barnefamilier som er i kontakt med de sosiale tjenestene i Nav-kontoret. De sosiale tjenestene i arbeids- og velferdsforvaltningen skal

bidra til sosial og økonomisk trygghet for vanskeligstilte og fremme overgang til arbeid og selvforløp. Regjeringen har fremmet et lovforslag for Stortinget om endringer i sosialtjenesteloven som vil medføre at kommunene skal stille krav til aktivitet for mottakere av økonomisk stønad, med mindre tungtveiende grunner taler mot det. Det tas sikte på iverksettelse 1. juli 2015.

Aktivitet og egeninnsats for å få en tryggere økonomi og bedre velferd er bra også for barn og unge. Regjeringen vil likestille barn og unge i familier som mottar stønad til livsopphold, med barn og unge i familier med bedre økonomi. Regjeringen tar sikte på å fremme et lovforslag tidlig i 2015 om å skjerme barns og unges inntekter når familiens behov for økonomisk stønad vurderes og beregnes.

5.2 Trygge oppvekstvilkår

Gode oppvekst- og levekår for barn og ungdom er høyt prioritert av regjeringen. Alle skal ha et likeverdig tilbud og like muligheter. Sentralt står arbeid for å motvirke marginalisering, å bidra til å jevne ut forskjeller i levekår og å fremme medvirkning og deltaking for barn og unge på alle områder i samfunnet. En god barndom er en tilværelse der barnet har trygg og stabil tilknytning til omsorgspersoner, tilstedeværelse av gode voksenmodeller og barnehage, skole og nærmiljø som bidrar til positiv utvikling. Regjeringen vil bidra til gode oppvekstvilkår gjennom å styrke familiens stilling og styrke kvaliteten i barnehager og skoler.

5.2.1 Familiepolitikken

Familiene er våre sterkeste sosiale fellesskap, og er viktige tradisjons- og kulturbærere. En familie som skaper og sikrer en trygg ramme om barns oppvekst er viktig, uavhengig av familieform. Regjeringen vil legge til rette for mer valgfrihet og fleksibilitet for familiene, og vil legge fram en egen stortingsmelding om familiepolitikken i 2016. Meldingen vil blant annet rette fokus mot familiens betydning for barns oppvekstvilkår, viktigheten av

Boks 5.1 Offentlig utvalg om levekår for personer med utviklingshemming

Da Stortinget behandlet Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming, stilte et samlet storting seg bak arbeids- og sosialkomiteens tilråding. Tilrådingen gikk ut på å nedsette et bredt sammensatt utvalg som skal foreslå egnede og konkrete tiltak som styrker grunnleggende rettigheter til personer med utviklingshemming, herunder deres autonomi, privatliv, familieliv og samfunnsdeltakelse. Utvalget ble oppnevnt av Kongen i statsråd 3. oktober 2014, og holdt sitt første møte 24. november. Osmund Kaldheim, rådmann i Drammen kommune, leder utvalget som har i alt ni medlemmer. Det skal også oppnevnes en bredt sammensatt referansegruppe for utvalget. Utvalget skal levere sin utredning innen 1. juni 2016.

velfungerende familier, tiltak for å støtte opp om familiene og sikkerhetsnett når familiene svikter.

Boks 5.2 FNs konvensjon om barnets rettigheter

FNs konvensjon om barnets rettigheter ble vedtatt av FNs generalforsamling 20. november 1989, og ratifisert av Norge 8. januar 1991. 1. oktober 2003 ble barnekonvensjonen tatt inn i norsk lov. Barnekonvensjonen går foran dersom det skulle oppstå konflikt mellom reglene i norsk lov og barnekonvensjonen.

Barn har behov for spesiell beskyttelse, derfor har de sine egne rettigheter uttrykt i barnekonvensjonen. Den gir barna de samme grunnleggende rettigheter, uansett hvem de er og hvor de bor. Rettighetene er politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle og gjelder alle under 18 år, uavhengig av nasjonalitet, kjønn, sosial status, religion og kultur. Konvensjonen kan inndeles i fire hovedområder. Alle barn har rett til: liv og helse, skolegang og utvikling, deltagelse og innflytelse og omsorg og beskyttelse. Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som angår barn. Alle offent-

lige organer og ansatte er pålagt å oppfylle og respektere barnets rettigheter slik de uttrykkes i konvensjonen.

Barnekonvensjonen er forpliktende for kommunene på lik linje med annen norsk lov. Det er derfor viktig at kommunene setter barnekonvensjonen på dagsorden, slik at deres arbeid og tilbud er i tråd med konvensjonen.

Barnekonvensjonen har bidratt til at barns rettigheter har fått større gjennomslagskraft i norske domstoler og at barnets perspektiv er viktig i alle saker som angår dem. Det legges også mer vekt på at barn fra alle sosiale lag skal sikres sosial deltagelse i tråd med konvensjonens henvisning til at barn har rett til hvile, fritid, lek og deltagelse i kulturliv.

Det siste året er det gjort flere endringer både i barnevernloven og barneloven som styrker barnas rettigheter.

Menneskets egenverdi og selvrespekt står sentralt i regjeringens familiepolitikk. Barn og familier er forskjellige og de har ulike behov. Derfor må hver enkelt familie sikres fleksibilitet og frihet til å velge løsninger som passer best for dem. Velfungerende familier gir trygghet og tilhørighet, og skaper rom for utvikling. Barn har rett til begge foreldre, og det er foreldrenes ansvar å gi barna trygghet, omsorg og kjærlighet. Det er viktig at samfunnet har gode ordninger for å ivareta barn som likevel ikke opplever dette i hjemmet.

Regjeringen vil bygge ut og videreutvikle tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Godt foreldreskap starter i svangerskapet. Det er her foreldrenes tilknytning og omsorg for barnet legges. Hovedoppgaven for det offentlige er å sørge for gode rammebetingelser for familiens omsorgsoppgaver og tilby råd og veiledning. Svangerskapsomsorgen og helsestasjonene er grunnleggende tjenester som skal bidra til gode og trygge foreldreskap og trygge barn og unge. Regjeringen er også opptatt av å gi foreldre som sliter med ulike vansker, kriser og konflikter den støtten de trenger for å være gode omsorgspersoner for sine barn. Tiltak som styrker samspill og tilknytning mellom barn og foreldre kan forebygge omsorgssvikt. Se nærmere omtale av familievern og barnevern i kapittel 2 Psykisk helse i folkehelsearbeidet.

5.2.2 Barnehage og grunnopplæring

Det er viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og å oppleve mestring. Innsats for å øke gjennomføring i utdanningen må ta utgangspunkt i et livsløpsperspektiv. Barnehage, skole, nærmiljø og tjenester som jobber inn mot barn og familier må i fellesskap arbeide for god sosial, kognitiv, emosjonell og fysisk utvikling hos barn og unge.

Barnehagen og grunnopplæringen skal i henhold til sine respektive formålsparagrafer bygge virksomheten på verdier forankret i blant annet menneskerettighetene. Barn og unge skal møtes med tillit og respekt og de har rett til medvirkning. Barnehager og skoler av god kvalitet kan bidra til å gi barn mer like muligheter.

Barnehagetilbud av god kvalitet til alle

Barnehagepersonalets kompetanse er den viktigste enkeltfaktoren for barnehagebarnas trivsel og utvikling. Regjeringen har satt i verk flere tiltak for økt kompetanse for de ansatte i barnehagen.

Et godt fagmiljø og muligheter for videreutdanning vil bidra til at flere barnehagelærere ønsker å jobbe i barnehagen og gjøre det mer attraktivt å bli værende. Det mangler i dag 4400 barnehagelærere for å oppfylle pedagognormen i barnehageloven uten bruk av dispensasjoner. Det er store variasjoner mellom enkeltbarnehager når det gjelder personalets kompetanse, antall barn per pedagogisk leder og per barnehagelærer. Andel personale med relevant utdanning varierer fra 33 prosent til 79 prosent. Satsing på kompetanseheving og oppfylning av pedagognormen er derfor viktige tiltak for å bedre kvaliteten i barnehagen. Det er satt i gang en rekke kompetansetiltak både for pedagoger og faglærte og ufaglærte assistenter. Kompetansestrategien Kompetanse for framtidens barnehage gjelder for perioden 2014–2020 og innebærer kompetanseutviklings tiltak for alle ansattegrupper, arbeidsplassbasert barnehagelærerutdanning og fagskoletilbud i oppvekstfag. I tillegg har regjeringen styrket lederutdanningen for barnehagestyrere.

Barnehagen er viktig i integreringsarbeidet. Evaluering av forsøk med gratis kjernetid i barnehager viser at forsøket har bidratt til at flere barn med innvandrerbakgrunn går i barnehage og at de klarer seg bedre på skolen enn barn med innvandrerbakgrunn som ikke har gått i barnehage. Barna som har vært omfattet av forsøket skårer bedre i lesing og matematikk på prøver i første og andre klasse enn barn med innvandrerbakgrunn i bydeler som ikke tilbyr gratis kjernetid. Videre viser evalueringen at innholdet i barnehagen er viktig for å gi et best mulig støttende og utviklende språkmiljø. Regjeringen ønsker å gi flere familier tilbud om gratis kjernetid i barnehage. I løpet av 2015 innføres en nasjonal ordning med gratis kjernetid i barnehage for fire- og femåringer i familier med lav inntekt. Barna vil få tilbud om gratis opphold i barnehage fire timer per dag, totalt 20 timer i uka.

I Bydel Gamle Oslo, Bergen og Drammen har forsøket fra høsten 2014 rettet seg mot barn i familier med lav inntekt. Det stilles krav om at foreldre til barn i forsøket skal delta i aktiviteter som er tilpasset den enkeltes ressurser og behov. Foreldrene må delta i norskopplæring, annen opplæring, utdanning eller arbeid. Erfaringer fra forsøket med aktivitetsplikt vil bli oppsummert i løpet av 2015. Det vil fortsatt bli fordelt utviklingsmidler til kommuner, blant annet til forsøk med aktivitet for foreldre.

Barnehagen er en arena hvor foreldrene både kan få støtte, kunnskap og veiledning av de ansatte og mulighet for et sosialt fellesskap med

andre foreldre. Et godt samarbeid mellom barnehagen og foreldrene kan ha stor betydning for barnets utvikling. For at barnehagen skal være i stand til å gjøre en god jobb på disse områdene, må barnehagepersonalet ha god kompetanse, barnehagen må ha nok ressurser og kommunen må legge til rette for et godt tverrfaglig samarbeid. Regjeringen arbeider med en helhetlig gjennomgang av barnehageloven med sikte på å fremme lovendringsforslag for Stortinget i årene fremover. Også barnehagens rammeplan skal revideres i samsvar med lovendingene. Et konkret lovfor-slag er til behandling etter en høringsprosess høsten 2014. Forslaget presiserer barnehagens plikt til å dokumentere og vurdere det pedagogiske arbeidet, blant annet for bedre å følge med på barnas trivsel i hverdagen og for å oppdage og følge opp barn med særlige behov for hjelp og støtte.

Kunnskapsdepartementets femårige satsing Kompetanse for mangfold i perioden 2013–2017 skal bidra til at kompetansen om flerspråklighet og flerkulturalitet heves i alle deler av utdannings-systemet, slik at barn, unge og voksne med innvandrerbakgrunn får et tilbud tilpasset sine behov og et godt læringsutbytte. Satsingen har bakgrunn i Meld. St. 6 (2012–2013) En helhetlig integreringspolitikk. Mangfold og fellesskap. Utvalgte barnehager, grunnskoler, videregående opplæring og voksenopplæring fra alle fylker skal delta i satsingen. Fylkesmannen administrerer satsingen lokalt, og har et spesielt ansvar for å bidra til økt kompetanse om regelverket på feltet. I løpet femårsperioden skal totalt 600 virksomheter delta. Det er universitets- og høyskolesektoren som tilbyr kompetansehevende tiltak. Kompetanseutvikling skal blant annet skje som etterutdanning i barnehagene og på skolene og retter seg direkte mot alle ansatte i virksomheten. Andre yrkesgrupper, som ansatte i pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT), er også målgruppe for satsingen. Det utvikles dessuten ulike videreutdanningstilbud og egne etterutdanningstilbud til skoleeier og barnehagemyndighet. Mer informasjon om satsingen er tilgjengelig på utdanningsdirektoratet.no.

Flere skal gjennomføre videregående opplæring

Regjeringen vil øke gjennomføringen i videregående opplæring fra dagens 70 prosent til 90 prosent. Det er satt i gang flere tiltak som skal bidra til dette. Program for bedre gjennomføring (2014–2017) er en videreføring av arbeidet med tiltakene fra Ny GIV, Overgangs- og Oppfølgingsprosjektet. Målgruppen er elever som står i fare for ikke å gjennomføre videregående opplæring, og ungdom

mellom 15 og 21 år som står utenfor opplæring og arbeid. Programmet skal inneholde nasjonale, regionale og lokale tiltak. Hensikten er å identifisere tiltak som enten kan bidra til å forebygge frafall eller å få ungdom tilbake til opplæringen slik at de kan fullføre og bestå. Kunnskapsdepartementet har i samarbeid med fylkeskommunene identifisert risikofaktorer og kritiske faser, hvor det er særlig viktig å sette inn tiltak. For å styrke kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med utsatte barn og unge under 24 år (0–24 samarbeidet), er det etablert et forpliktende samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Samarbeidet skal avdekke felles utfordringer og fremme felles tiltak og strategier for bedre oppfølging av utsatte barn og unge. Det overordnede målet med 0–24 samarbeidet er økt gjennomføring i videregående opplæring, redusert utenforskap og at flere inkluderes i arbeidslivet. Samarbeidet er innrettet mot fire hovedområder:

- felles utfordringer i arbeidet med utsatte barn i og utenfor barnehage
- felles utfordringer i arbeidet med å forebygge frafall i skolen
- felles utfordringer med å følge opp de som har falt ut av skolen
- system- og regelverksutfordringer

Ambisjonene med 0–24 samarbeidet er å bidra til bedre koordinerte statlige initiativ ut mot sektorene og et mer samordnet regelverk som kan bidra til å gjøre det lettere for kommunene å tilby helhetlige og koordinerte velferdstjenester lokalt, knyttet til utdanning, barnevern, helsetjenester og Nav. Departementene har gitt likelydende oppdrag til direktoratene som skal utarbeide faglige anbefalinger. Tverrfaglige innsats skal bidra til at flere lykkes i skolen og fullfører videregående opplæring.

Fra 2014 opprettet Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, som en videreføring av Los-prosjektet, tilskuddsordningen for oppfølgings- og losfunksjoner for ungdom. 26 kommuner og bydeler mottar midler gjennom ordningen. Tilskuddsordningen er rettet mot ungdom i alderen 14 til 23 år som er i særlig risiko for å falle utenfor skole og arbeid. Ungdommene skal få en person å forholde seg til – en los – som sørger for tett oppfølging og som bidrar til at ungdommene bedre klarer å nyttiggjøre seg av tilbud som gis i skolen eller av andre.

Boks 5.3 Forsøk med gratis SFO

Høsten 2013 ble det satt i gang forsøk med gratis deltids plass i skolefritidsordning (SFO) for første til fjerde trinn ved Mortensrud skole i Søndre Nordstrand som del av områdesatsingen Oslo Sør. Forsøket skal teste ut om deltakelse i SFO (i Oslo kalt Aktivitetsskolen) kan bidra til at elever får bedre forutsetninger for å lykkes i skolen og om tilbudet fører til at skolekretsen blir mer attraktiv.

Skolen rapporterer om at deltakelsen i SFO økte fra 30 prosent i skoleåret 2012–2013 til 93 prosent i skoleåret 2014–2015, og at andelen skolestartere som har søkt seg til en annen skole har sunket fra 45 til 34 prosent. Videre har skolens resultater på Oslo-prøven i naturfag på fjerde trinn og på nasjonale prøver i lesing på femte trinn vist fremgang fra 2013 til 2014. På en skole som i utgangspunktet hadde svært lav deltakelse i SFO, og hvor mange barn har vedtak om særskilt språkopplæring, er SFO blitt en viktig, ny arena for språkopplæring og sosialt samspill.

Med Lærerløftet – På lag for kunnskapsskolen, har regjeringen startet opp flere reformer som til sammen skal skape en bedre skole. Kompetansen skal styrkes gjennom å gjøre grunnskolelærerutdanningene om til masterutdanninger, skjerpe opptakskravene og satse på etter- og videreutdanning og utvikle karriereveier for lærere. Regjeringen vil også styrke fag- og yrkesopplæringen for å legge til rette for at flere kan gjennomføre en fag- og yrkesutdanning. Regjeringen har tre hovedmål for yrkesfagløftet: tettere samarbeid mellom skole og næringsliv, mer fleksible løp i fag- og yrkesopplæringen og bedre kvalitet og relevans i opplæringen. Det er lagt vekt på tiltak som bedrer vilkårene for bedrifter og styrker kvaliteten på opplæringen, blant annet økt lærlingetilskudd, ekstra tilskudd til bedrifter som tar inn elever med særskilte behov og midler til kompetansehevingstiltak for yrkesfaglærere. Viktige tiltak framover er en gjennomgang av tilbudsstrukturen i de yrkesfaglige programmene for å sikre ungdom en fagutdanning som er etterspurt i arbeidslivet, en strategi som skal øke antall lærlinger i staten, øke rekruttering til yrkesfaglærerutdanningene og sørge for gode etter- og videreutdanningsmuligheter.

5.3 Sosial boligpolitikk

Visjonen for det boligsosiale arbeidet er at alle skal bo godt og trygt. Regjeringen vil forsterke innsatsen overfor barnefamilier og unge som ikke bor bra. Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet la i 2014 fram en nasjonal strategi om boligsosialt arbeid Bolig for velferd (2014–2020). Strategien retter en særlig innsats mot barnefamilier og unge og det er fastsatt følgende nasjonale resultatmål:

- Utleieboliger for barnefamilier skal være av god kvalitet og i et trygt bomiljø.
- Midlertidig botilbud skal bare unntaksvis benyttes av barnefamilier og unge, og slike opphold skal ikke vare mer enn tre måneder.
- Bostedsløshet blant barnefamilier og unge skal forebygges og reduseres.

Nytenkning og oppmerksomhet på samfunnsplanlegging som virkemiddel er nødvendig for å forebygge og redusere opphoping av sosial ulikhet i enkelte områder. Det er viktig for å styrke lokale, regionale og nasjonale myndigheters evne til å utvikle områder som er attraktive og tilgjengelige for ulike grupper, og for å forebygge at det utvikles bomiljøer som forsterker sosiale forskjeller. Gode boforhold er viktig for å kunne stå i et utdanningsløp, danne familie, ha en stabil tilknytning til arbeidslivet og ta vare på helsen. Boligen er også en ramme for sosialt liv og gir tilhørighet til nærmiljø og lokalsamfunn.

Kommunene har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet, men staten må bidra. Selv om de aller fleste bor svært godt i Norge i dag, gjelder ikke dette alle. Dårlige boforhold eller bostedsløshet kan ha store negative konsekvenser for helse og livskvalitet. Det blir vanskeligere å ta imot og ha nytte av helse-, omsorgs- og velferdstjenester, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet. En utrygg bosituasjon kan hindre integrering, og gjøre veien til kriminalitet, rusproblemer og psykiske vansker kortere. Særlig alvorlig er det når boligen og bomiljøet virker negativt på oppvekstvilkårene for barn og unge. Trangboddhet og dårlig fysisk standard kan føre til dårlig helse og innsnevret muligheten for oppfølging av skolearbeid og samvær med venner. Det er uheldig for barn å bo i midlertidige botilbud som asylmottak, krisesentre osv. Mange som har fått innvilget asylsøknaden oppholder seg i asylmottak for lenge mens de venter på bosetting i

en kommune. Høsten 2014 ventet vel 5000 personer i asylmottak på å bli bosatt. Prognosene for 2015 viser at det er behov for å bosette i underkant av 13 000 flyktninger. Regjeringen har iverksatt flere tiltak for at bosettingen skal gå raskere, blant annet gjennom tett dialog med kommunene, økning i integreringstilskudd til kommunene og økning i Husbankens tilskudd til utleieleiligheter. Integreringstilskuddet skal gi kommunene en rimelig kostnadsdekning for bosetting av flyktninger, og bidra til at kommunene kan tilby gode introduksjonsprogrammer.

5.4 Tilknytning til arbeidslivet

Det norske arbeidslivet er preget av svært høy jobbtillfredshet og engasjement. Når arbeidsmiljøforholdene er gode er arbeidsdeltakelse positivt for både helse og trivsel. Arbeid bidrar til økonomisk trygghet, bedre boligstandard, sosiale nettverk, identitet og økt handlefrihet. Det å være i arbeid kan også ha viktige sosiale og psykologiske funksjoner. Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og bidrar til bedre selvbilde. 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.

Regjeringen vil styrke arbeidslinjen i arbeids- og velferdspolitikken og arbeider på bred front for å inkludere flere mennesker i arbeidslivet. 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 mennesker med nedsatt funksjonsevne, unge mennesker med avbrutt utdanning eller innvandrere som mangler nødvendige kvalifikasjoner.

Regjeringens arbeid for å øke sysselsettingen skal ivareta behovene til hver enkelt. Et viktig virkemiddel er Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Partene i arbeidslivet har inngått ny avtale for perioden 4. mars 2014 til 31. desember 2018. Det overordnede målet for IA-samarbeidet er å bedre arbeidsmiljøet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Det er videre fastsatt tre delmål for avtalen: 1) en reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001, 2) økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne, og 3) forlengelse av yrkesaktivitet etter fylte 50 år med ett år, sammenliknet med 2009. For å øke sysselsettingen og inkluderingen skal innsatsen under delmål to primært rettes mot unge som har behov for arbeidsrettet bistand og som med hensiktsmessig oppfølging og tilrettelegging kan formidles til jobb.

I 2013 vedtok Stortinget å ratifisere FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Likevel møter mennesker med nedsatt funksjonsevne fortsatt barrierer som hindrer like muligheter til aktivitet og deltakelse. De aller fleste har utdanning og arbeid som målsetting, og har forventninger om å leve frie og selvstendige liv. Regjeringen vil arbeide for å følge opp konvensjonens intensjon om et samfunn med plass til alle uavhengig av funksjonsevne, blant annet ved å legge bedre til rette for mennesker med nedsatt funksjonsevne i arbeidsliv og dagligliv. Folketrygden dekker utgiftene til en rekke hjelpemidler for å bedre arbeidsevnen og funksjonsevnen. Kommunene skal ha tilbud om praktisk bistand organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Stortinget vedtok i juni 2014 en ny lov som rettighetsfester tilbudet.

Arbeidsmarkedstiltaket funksjonsassistanse i arbeidslivet bidrar til at personer med sterk funk-

Boks 5.4 S.T.O.L.T

S.T.O.L.T. i Groruddalen i Oslo er kriminalitetsforebyggende, sysselsettings- og integreringsprosjekt. Prosjektet er støttet av Nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom.

S.T.O.L.T. – Samarbeid, Trygghet, Omsorg, Likheter, Trivsel ansetter og utdanner eldre ungdom til å hjelpe yngre risikoutsatt ungdom med å takle kriminalitet, fattigdom og rus.

S.T.O.L.T. har utviklet et seks måneders ungdomsarbeiderprogram. Programmet retter seg mot unge voksne i Bydel Bjerke, Bydel Alna, Bydel Grorud og Bydel Stovner i alderen 18 til 30 år, som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet og som har behov for aktivisering, kompetansebygging og tett oppfølging. Deltakerne gjennomgår en solid kompetanseheving bestående av både teori og praksis, og tett individuell oppfølging under hele undervisningsperioden. Målet er at deltakerne gjennom veiledning, opplæring og praksis vil få en kompetanse og et forankret grunnlag for sosial kontroll. Programmet, som ledes av Bydel Alna, skal bidra til å påvirke og forebygge konflikter, og motivere og aktivisere ungdom på en positiv måte.

sjonsnedsettelse kan være i arbeid. Tiltaket bidrar til nødvendig tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen. Tiltaket er utvidet og styrket både i 2014 og 2015.

I 2015 vil regjeringen legge fram en melding til Stortinget om livslang læring og utenforskap. Meldingen skal omhandle virkemidler innenfor utdannings-, integrerings- og arbeidsmarkedspolitikken. Målet er å utvikle en samordnet og helhetlig politikk for voksne med lite utdanning, svake grunnleggende ferdigheter eller ikke anerkjent kompetanse for å styrke deltakelsen i arbeids- og samfunnsliv. Målgruppen er personer som har falt ut av arbeidslivet eller som har høy risiko for å gjøre det. Se også omtale av tiltak for ungdom som står utenfor skole og arbeidsliv under 5.2.2.

Sysselsettingen blant innvandrere er lavere enn for befolkningen som helhet. I 2013 var sysselsettingen blant innvandrere om lag 63 prosent, mens andelen sysselsatte i hele den norske befolkningen var på nærmere 69 prosent. Det er et overordnet mål for integreringspolitikken at innvandrere, både kvinner og menn, skal få brukt egne ressurser og bidra til fellesskapet. Nøklene til integrering er deltakelse i arbeidslivet og gode norskkunnskaper. Det er stor variasjon blant innvandrere når det gjelder kvalifikasjoner og arbeidsdeltakelse. Mange innvandrere kommer til Norge med høy kompetanse, utdanning, arbeidserfaring og gode ferdigheter i flere språk. Andre har lite eller ingen utdanning. Uavhengig av kompetanse mangler nyankomne innvandrere som regel norskkunnskaper og kunnskaper om det norske samfunnet og arbeidsmarkedet. For å få flere innvandrere til å gjennomføre introduksjonsprogrammet og for å bedre kvaliteten i opplæringen, foreslår regjeringen endringer i introduksjonsloven. Forslagene innebærer blant annet at ansvaret for å ta initiativ til å starte opplæringen overføres fra den enkelte innvandrer til kommunen og at det åpnes for inntil ett års permisjon fra introduksjonsprogrammet ved deltakelse i ordinært arbeid. Målet er at flere skal gjennomføre opplæring i norsk og samfunnskunnskap innenfor fristen i introduksjonsloven. Videre er det et mål å legge til rette for en fleksibel overgang til arbeidslivet. Årlig deltar om lag 37 000 personer i opplæring i norsk og samfunnskunnskap, og om lag 13 700 personer deltar i introduksjonsprogrammet.

5.4.1 Et arbeidsliv for alle

Arbeids- og sosialdepartementet la i desember 2014 fram for Stortinget en lovproposisjon om

endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven, jf. Prop. 39 L (2014–2015). Lovforslagene gjelder endringer i arbeidsmiljølovens bestemmelser om midlertidige ansettelser og endringer i sosialtjenesteloven om innføring av plikt til å stille vilkår om deltakelse i aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad til livsopphold. Proposisjonen inneholder også en egen meldingsdel som drøfter strategier og forslag for å inkludere flere i ordinært arbeidsliv, både for å bidra til at flere kan delta i arbeidslivet og for å motvirke at arbeidstakere faller ut av arbeidslivet. Konkret drøftes den videre utviklingen av inntektssikringsordningene og endringer i arbeidsmarkedstiltakene. Utgangspunktet er regjeringens mål om et trygt, fleksibelt og familievennlig arbeidsliv med plass til alle, og som sikrer høy sysselsetting og lav arbeidsledighet. Meldingsdelen i lovproposisjonen presenterer tre hovedstrategier: forslag om utvidet adgang til midlertidig ansettelse, forslag om å styrke virkemidler som kan bidra til økt arbeidsinkludering, som lønnstilskudd, og Arbeids- og velferdsetatens arbeid med kvalitetssikring og kompetanseutvikling.

Inntektssikringsordningene i folketrygden skal videreutvikles for å gi økonomisk trygghet for den enkelte og understøtte målet om høy yrkesdeltakelse. Regjeringen vil arbeide for å øke bruken av tiltaksplasser innenfor ordinært arbeidsliv og forenkle og målrette tiltaksapparatet. Målet er å gi flere som i dag står utenfor arbeidslivet muligheten til å få prøvd seg i arbeidslivet og få relevant jobberfaring.

Regjeringen vil i 2015 legge fram en stortingsmelding om likestilling mellom menn og kvinner, der oppmerksomheten rettes mot utvalgte samfunnsområder med særlige likestillingsutfordringer. Aktuelle områder er blant annet oppvekst og utdanning, arbeidsliv og entreprenørskap, vold og overgrep og helse. Både kvinners og menns utfordringer vil bli belyst, og meldingen vil ha et tydelig innvandrerperspektiv.

5.4.2 Redusere sykefraværet og avgang fra arbeidslivet

Det å stå utenfor arbeidslivet kan påvirke helse og trivsel uavhengig av hva som er årsaken. Utstøting fra arbeidslivet kan ha konsekvenser i form av tapt nettverk og sosial isolasjon, mindre forutsigbar økonomi, tap av anseelse og bekymringer for framtiden.

Det er et mål for arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv at flere med nedsatt funksjonsevne skal kunne være i arbeid. Et virkemiddel er

muligheten til å kombinere arbeid med ytelser fra folketrygden. Å ha et arbeidsforhold øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid etter sykdom. Sannsynligheten for å motta en trygdeytelse i tiden etter utløpet av sykepengeperioden er lavere for de med gradert ytelse sammenliknet med mottakere av fulltids sykmelding. Gradert sykemelding er derfor et spesielt viktig virkemiddel for å hindre frafall og utstøting fra arbeidslivet.

Det er dokumentert variasjon i bruken av gradert sykmelding. Regjeringen ønsker å legge til rette for større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingspraksis, og vil innføre et beslutningsstøttesystem for sykmeldere. Det er igangsatt et arbeid i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet med sikte på innføring så raskt det er forsvarlig. Arbeids- og sosialdepartementet har videre tatt initiativ til et forsøk med ny medisinsk vurdering av en annen lege enn pasientens fastlege innen utgangen av seks måneders sykmelding. Den nye legen skal vurdere om arbeidsevnen er nedsatt i en slik grad at personen ikke kan være i arbeid, om personen vil kunne være i aktivitet eller på arbeidsrettede tiltak og hvor stor grad arbeidsevnen er nedsatt. Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått ansvar for å gjen-

nomføre forsøket. Arbeids- og sosialdepartementet har også satt i gang forsøket Sykmeldt i jobb. Målet er å bidra til å aktivisere sykmeldte som i liten grad kan yte en produktiv innsats. Tiltaket vil bli vurdert opp mot økt bruk av gradert sykmelding, eventuelt i kombinasjon med tilretteleggingstilskudd.

Regjeringen har som mål at gradert uføretrygd skal tas i bruk i større grad enn i dag, og at uføregraden i hvert tilfelle skal reflektere den reduserte arbeidsevnen eller inntektsevnen. Arbeid og aktivitet vil i mange tilfeller være helsebringende for personer med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser som er de dominerer diagnosene blant mottakere av helserelaterte ytelser.

Ny uføretrygd, som ble innført 1. januar 2015, skal på samme måte som uførepensjon gi en varig inntektssikring. Nye avkortingsregler vil imidlertid gjøre overgangen fra uføretrygd til arbeid smidigere for uføre som har mulighet til å forsøke seg i arbeid eller øke stillingsandelen. I motsetning til tidligere ordning, vil den nye ordningen innebære at det alltid vil lønne seg for den enkelte å være i arbeid.

Boks 5.5 Sterkere sosialt sikkerhetsnett

Regjeringen vil:

- Legge fram en strategi mot barnefattigdom som skal omfatte forebyggende tiltak rettet mot barn og ungdom som vokser opp i lavinntektsfamilier
- Legge fram en stortingsmelding om familiepoltikken i 2016
- Legge fram en stortingsmelding om likestillingspolitikken i 2015
- Forsterke innsatsen overfor barnefamilier og unge som ikke bor bra, gjennom Bolig for velferd Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)
- Bedre kvaliteten i barnehagene gjennom kompetanseutvikling for alle ansattegrupper og økt rekruttering av barnehagelærere
- Bedre moderasjonsordningene og innføre en ny nasjonal ordning med gratis kjernetid i barnehage for fire- og femåringer i familier med lav inntekt
- Gi flere som i dag står utenfor arbeidslivet muligheten til å få prøvd seg i arbeidslivet og få relevant jobberfaring
- Styrke lærerkompetansen gjennom Lærerløftet – På lag for kunnskapsskolen
- Bidra til at flere gjennomfører videregående skole gjennom Program for bedre gjennomføring i videregående opplæring og 0–24 samarbeidet rettet mot utsatte barn og unge
- Styrke kvalitet og relevans i fag- og yrkesopplæringen for å dekke arbeidslivets framtidige kompetansebehov og gi flere mulighet til å fullføre en fagutdanning
- Legge fram en stortingsmelding om livslang læring og utenforskap
- Fremme et lovforslag om å skjerme barn og unges inntekter når familiens behov for økonomisk stønad vurderes og beregnes
- Innføre krav til aktivitet for mottakere av økonomisk stønad, jf. lovforslag til Stortinget om endringer i sosialtjenesteloven

6 Lokalsamfunnsutvikling, miljø og helse

Regjeringen har som mål å utvikle et mer helsefremmende miljø og beskytte befolkningen mot miljøfarer som støy, luftforurensning, miljøgifter, stråling, dårlig inneklimate, risiko for ulykker og skader, og mat- og vannbårne sykdommer. Hensynet til befolkningens helse og trivsel skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Gode lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet og utvikling av sosiale nettverk som bidrar til trivsel, tilhørighet og god helse.

Politikken på dette området bygger videre på de overordnede rammene fra Meld. St. 34 (2012–2013). I tillegg vil regjeringen rette oppmerksomheten mot områder som krever en særlig innsats framover. Det gjelder arbeidet for å bedre barn og unges arbeidsmiljø i barnehage og skole, innsatsen mot antimikrobiell resistens, følge opp nasjonale mål på vannområdet, sikre et samfunn med trygg mat, trygge produkter og redusert eksponering for miljøgifter, redusere eksponeringen for radon og fastsette sektorvise mål for reduksjon i skader og ulykker. Regjeringen vil legge fram en tverrsektoriell strategi mot antimikrobiell resistens og en gjennomføringsplan for å nå de nasjonale målene for drikkevann. Regjeringen vil legge fram en handlingsplan for arbeidet med miljøgifter. Regjeringen vil forsterke det ulykkesforebyggende arbeidet. Regjeringen vil lage en samlet strategi om seksuell helse med tiltak rettet mot alle livsfaser.

6.1 Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling

Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling er et utviklingsområde i folkehelsepolitikken. Mennesker må i større grad settes i sentrum for planlegging og utvikling. Befolkningsutviklingen er et viktig grunnlag for planlegging både nasjonalt, regionalt og lokalt. I Norge forventes folketallet å øke sterkt de neste 50 årene. I 2060 vil det trolig bo 7 millioner mennesker i Norge. Eldre vil utgjøre en stor andel av befolkningen. Utviklingen med at flere flytter til byer og større byområder vil fortsette. Om lag 80 prosent av landets innbyg-

gere bor i dag i byer og tettsteder. Nær 45 prosent av befolkningen bor i de fire storbyregionene.

Regjeringen ønsker en mer klimavennlig byutvikling, og er derfor opptatt av å se planlegging av boliger, samferdsel, kollektivtransport og næringsutvikling i sammenheng slik at veksten blir bærekraftig. Byer og tettsteder i vekst gir god anledning til å bygge inn kvaliteter i nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Sentrale elementer er å skape bærekraftige byer og tettsteder, korte ned avstander mellom ulike gjøremål, redusere transportbehovet, styrke grunnlaget for miljøvennlig transport og ta vare på og styrke miljøkvaliteter i planleggingen. God planlegging gir gode steder og lokalsamfunn.

6.1.1 Nærmiljøet en viktig arena for folkehelsearbeid

Nærmiljøet er det fysiske miljøet som omgir oss der vi bor. Det kan omfatte hele spennet fra tett utbygde områder til spredtbygde strøk og inneholder alt fra boligområder til parker, plasser og friområder, og det inkluderer handel og service, kulturinstitusjoner og institusjoner som barnehager, skoler og helsetjenester. Nærmiljøet består også av et psykososialt rom, blant annet knyttet til kulturaktiviteter og opplevelse av trygghet, sosiale møteplasser og ved at estetisk kvalitet kan påvirke folks trivsel og følelse av stolthet og identitetstilknytning. I mange kommuner er kultur-, forenings- og organisasjonsliv den viktigste møteplassen utenom jobb og skole. Hva som i praksis fungerer som nærmiljø vil være avhengig av individets aksjonsradius. Barn, unge og eldre har ulik aksjonsradius, og nærmiljøet er særlig viktig hvis aksjonsradius er begrenset for eksempel ved funksjonsnedsettelse.

Ifølge Verdens helseorganisasjon består sunne byer av et fysisk miljø som fremmer helse, rekreasjon, trygghet, sosiale møteplasser, god tilgjengelighet, stolthet og kulturell identitet. Utforming av utemiljøer, bygg og offentlig rom har betydning for tilgjengelighet, fysisk aktivitet, trygghet og sikkerhet, psykisk helse og deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter.

En studie fra Storbritannia viser at tilgang til grøntområder gir lavere sosial ulikhet i helse. Grøntområder stimulerer til fysisk aktivitet og kan virke stressreducerende, som igjen reduserer dødelighet. Fysisk tilrettelegging i nærmiljøet vil også bidra til å forebygge ulykker. Personskadedata 2013 viser at «bolig, boligområde» er vanligste skadested for innrapporterte skader, og utforming av trygge nærmiljø vil derfor være viktig.

Gode steder, bo- og nærmiljøer skal gi muligheter for aktiv, sosial og trygg livsutfoldelse for alle. Slike hensyn må ivaretas i den generelle samsfunns- og arealplanleggingen, i regionalt og lokalt utviklingsarbeid og i tilrettelegging og utforming av våre bygg og fysiske omgivelser. I planarbeidet bør det også være oppmerksomhet på hvordan tilbud om sunn og usunn mat og drikke der folk ferdes påvirker kostvaner og helse, og hvordan det kan tilrettelegges for muligheter for å tilberede mat og spise felles måltider. Kommunene kan, som eier av virksomheter og eiendommer, legge til rette for at sunne valg skal bli naturlige valg i hverdagen. Helsedirektoratet har som ledd i implementering av folkehelseloven, utviklet en veileder for hvordan folkehelse kan fremmes i planprosesser. Veilederen er tilgjengelig på kommunetorget.no.

I de store byområdene vil innføring av helhetlige bymiljøavtaler bli et viktig virkemiddel for å få til sunnere byer og byområder. Bymiljøavtalene skal omfatte avtaler om utviklingen av transportinfrastrukturen og transporttilbudet i de ni største byområdene. Disse avtalene skal inneholde mål og virkemidler for økt kollektivandel, sykling og gange, tiltak for redusert bilbruk som oppfølging av klimaforliket, og overordnede arealføringer som bygger opp under miljøvennlig transport. Arealdisponering er en viktig del av bymiljøavtalene, og det er en forutsetning for inngåelse av avtale at det foreligger en regional eller interkommunal areal- og transportplan som bidrar til å nå målene i klimaforliket. Disse forutsettes videre fulgt opp i kommunal planlegging. Arealdimensjonen i bymiljøavtalene er et nytt grep for å sette krav til effektiv arealbruk, økt boligbygging i knutepunkter og tilrettelegging av nødvendig infrastruktur.

Arealdimensjonen i bymiljøavtalene skal følges opp gjennom egne utviklingsavtaler. Utviklingsavtaler på planområdet er et nytt verktøy for å forenkle og målstyre arealplanleggingen i byregioner. For å ivareta koplingen til bymiljøavtalene og planlegging etter plan- og bygningsloven, vil utviklingsavtaler inngå i og styrke handlingsprogrammet til regionale bolig-, areal- og transport-

Boks 6.1 Boligområder og folkehelse – hva er sammenhengen?

Rapporten Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? som Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) publiserte i 2014 viser at:

«Barn er spesielt utsatt for helserisiko ved å bo i belastede boligområder. Dette gjelder både for utslipp, støy, konsentrasjon av fattigdom og mangel på tilgang til grønt- og friluftsområder. Barn som bor i belastede områder har større risiko for å ha overvektsproblemer enn andre barn. I Norge er det vist til at mange barn ikke har tilgang til leke- og rekreasjonsområder, og at de bor i områder som er trafikkfarlige. Det er forskjeller mht foreldres utdanningsnivå og geografi. Barn påvirkes negativt av å bo i utrygge bomiljøer».

planer som omfatter byregionene. Regjeringen mener det er viktig at alle berørte statlige sektorinteresser deltar i planprosessene til regional areal- og transportplaner slik at oppfølgingen av regionale og kommunale planer blir forutsigbare og innsigelser unngås. Dette vil bidra til at kommunal planlegging og arealdisponering skjer i tråd med føringene gitt i regional- eller interkommunal plan og at disse er i tråd med klimaforliket. Regjeringen går inn for at det utarbeides grunnlag for forpliktende utviklingsavtaler basert på handlingsprogrammet til regionale eller interkommunale planer. I første omgang er dette aktuelt for blant annet Osloområdet, Bergensområdet, Trondheimsområdet og Stavangerregionen.

Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging er innført som et verktøy for å bidra til et godt og produktivt samspill mellom kommuner, stat og utbyggere for å sikre god steds- og byutvikling.

Det femårige programmet Plansatsing mot store byer startet i 2013. Programmet er rettet mot de største byområdene med den sterkeste befolkningsveksten, og skal medvirke til framtidig byplanlegging, bedre bymiljø og tilrettelegging for økt boligbygging. Flere av prosjektene omhandler prinsipper og planlegging for kompakt og grønn byutvikling, og tiltak for å øke befolkningens fysiske aktivitet og bruk av utearealene og det bymessige friluftslivet i hverdag og helger. Viktige mål er å styrke kompetansen og kapasiteten og bidra til mer samarbeid på tvers av sektor-

og kommunegrensene. En viktig del av programmet er tilskudd og nettverksarbeid knyttet til plan-samarbeid innenfor bolig-, areal- og transportplanlegging og pilot- og forbildeprosjekter som synliggjør en bærekraftig og aktivitetsfremmende bolig- og bypolitikk. Ut over de fire største byområdene er det også gitt støtte til prosjekter i Drammen (bynært friluftsliv) og Fredrikstad (nærhetsbyen, Case Fredrikstad).

Hvert fjerde år skal regjeringen presentere sine samlede forventninger til statlig, fylkeskommunal og kommunal planlegging. Nye nasjonale forventninger vil foreligge i løpet av 2015.

6.1.2 Nærmiljøsatsinger og utviklingsarbeid

Å sette mennesker i sentrum for samfunnsutvikling handler om å planlegge nye boligfelt slik at barn og unge som vokser opp har et nærmiljø der de kan møtes og være aktive. Det handler om at det blir laget gangveier utenfor eldresentrene som gjør det mulig å ta med rullatoren ut på tur. Det handler om å planlegge og tilrettelegge også for andre mennesker med nedsatt funksjonsevne. Vi trenger et godt utbygd kollektivtilbud og service-tilbud og butikker i nærheten av hjem og arbeidsplass. Omgivelsene må innby til lek og fysisk utfoldelse, enten det er i skolegården, i barnehagen eller i nærmiljøet, og det må være god tilgang til parker og plasser, natur og rekreasjonsområder og kulturopplevelser.

Helsemyndighetene samarbeider om pågående nærmiljøsatsing i regi av Miljødirektoratet, og deltar i det tverretatlige Forum for stedsutvikling, i faglig storbynettverk for samordnet bolig, areal- og transportplanlegging og plansatsing mot store byer under ledelse av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Det er behov for å styrke faktorer i nærmiljø og lokalsamfunn som bidrar i det lokale folkehelsearbeidet.

Et toårig program Folkehelse og nærmiljøkvaliteter er gjennomført i samarbeid med 25 kommuner. Målet har vært å utvikle kunnskap om hvordan nærmiljøfaktorer kan påvirke folks helse og trivsel og utvikle tverrsektoriell kompetanse om betydningen av gode nærmiljøer og gjennomføring av tiltak. Høgskoler og universiteter har vært involvert i kompetanseoppbyggingen i samarbeid med fylkeskommuner. På bakgrunn av erfaringer og evalueringen, skal det igangsettes et utviklingsarbeid for å styrke faktorer i nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse. Helse-direktoratet har fått i oppdrag å tilrettelegge utviklingsarbeidet i et utvalg kommuner i samarbeid med berørte parter. Det skal legges til rette

for medvirkning av befolkningen i kartlegging og identifisering av kvalitativ kunnskap om nærmiljøkvaliteter som påvirker helse og trivsel. Arbeidet er et ledd i implementeringen av folkehelse-loven og skal bidra til å gi bedre kunnskapsgrunnlag for kommunale planprosesser og tiltak for å fremme innbyggernes helse, livskvalitet og trivsel. Basert på kunnskap og erfaring med nærmiljøutvikling skal det utvikles metodikk for arbeidet med nærmiljøutvikling som kan tas i bruk i relevante utdanninger. Regjeringen vil bidra til utvikling av helsefremmende byer og lokalsamfunn gjennom at dette ivaretas i bymiljøavtalene.

På bakgrunn av god erfaring fra plansamarbeidet mellom Oslo og Akershus om areal- og transportplanlegging støtter regjeringen nå plansamarbeid i de tre store byområdene rundt Bergen, Trondheim og Stavanger. Målet er å oppnå en mer helhetlig lokalisering av boligbygging, handel og arbeidsplasser sammen med effektive areal- og transportløsninger. Regjeringen støtter også forskning på disse temaene gjennom ulike forskningsprogrammer.

I plansatsingen mot store byer er det aktuelt å se nærmere på Bergens strategi med å legge hovedvekten av boligbyggingen innenfor de nye senterområdene og ved kollektivholdeplassene langs bybanen. Bergen gjennomfører to prosjekter for å se på hva som skal til for å sikre kvaliteter i utvikling av nye senterområder. Tema for prosjektene er utforming av de enkelte byggeprosjektene med vekt på attraktive uteområder, uterom i tett by, funksjonsblanding i det urbane området, grønn struktur og rekreasjonsområder, tilgjengelighet til daglige funksjoner og gangavstand til kollektivtransport og hovedsykkelvegnettet.

Kunnskap og erfaringer fra Plansatsingen mot store byer og det seksårige programmet Framtidens byer som ble avsluttet i 2014, vil bli gjort tilgjengelig gjennom nettbasert formidling.

6.1.3 Områdesatsinger

Enkelte områder i større byer har utfordringer av et slikt omfang at det er behov for særlige områdesatsinger. Det kan være utfordringer knyttet til levekår og sosiale problemer og til forfall og manglende vedlikehold av de fysiske omgivelsene. Slike områdesatsinger kan bidra til at flere virkemidler ses i sammenheng og bidra til å skape synergieffekter mellom statlige og kommunale tiltak for å snu en negativ utvikling i et område.

Regjeringen har inngått langsiktige samarbeidsavtaler med Oslo kommune om felles områdesatsinger for å bedre levekårene i fire bydeler i

Boks 6.2 Rockeverksted og kafé med utsikt på Veitvet

Groruddalssatsingen har hatt gode resultater på Veitvet og Sletteløkka. En kartlegging i 2009 viste at det eksisterte 60–70 kulturgrupper på Veitvet deriblant mange dansegrupper. Gruppene hadde lite kontakt med hverandre og manglet øvingslokaler.

På spørsmål om hva gruppene hadde behov for, var svaret øvingslokaler. Det er nå under realisering et kultur- og nærmiljøsentersom skal romme alt fra rockeverksted og systue til frisør og en stor kafé med takterrasse og utsikt. På dagtid vil bydelens tilbud som jobbsenter, pedagogisk fagsenter og frisklivssentralen være åpne. På kvelden kan ulike kulturgrupper bruke lokalene. Kaféen blir en møteplass for mennesker i alle aldre og med bakgrunn i ulike kulturer.

Kilde: Årsmelding for Groruddalssatsingen 2013.

Groruddalen og i bydelen Søndre Nordstrand gjennom Handlingsprogram Oslo sør. I tillegg er det fra 2014 iverksatt områdesatsinger i Indre Oslo Øst og i bydel Fjell i Drammen kommune. Satsingene omfatter infrastrukturiltak for å motvirke sosiale forskjeller i helse og livskvalitet og for å sikre bedre levekår, miljøopprusting og bærekraftig sosial utvikling.

6.1.4 Helsefremmende transportløsninger

Klimaforliket følges opp i Meld. St. 26 (2012–2013) Nasjonal transportplan 2014–2023. Klimaforliket har som uttrykt mål at veksten i persontransporten i byer og tettsteder skal skje med kollektiv transport eller med sykkel og til fots.

Nasjonal gåstrategi og Nasjonal sykkelstrategi har som mål at andelen gående og syklende skal økes. I dag foregår 21 prosent av alle daglige reiser til fots, jf. Reisevaneundersøkelsen 2013–2014. Målet er at andelen gående skal ligge mellom 20 og 40 prosent og være høyest i storbyene. Gange er den vanligste aktiviteten i alle aldersgrupper, og dette er en aktivitet med potensial for økt hverdagsaktivitet. Det må derfor gjennom planlegging og tilrettelegging gjøres mulig, attraktivt og trygt å gå, samtidig som det også sørges for vintervedlikehold av gangveier og strøing når det er nødvendig. Glatte veier og fortau og mangelfull snørydding eller strøing av gangarealene

er årsak til mellom 35 og 45 prosent av skadde fotgjengere årlig.

Behov for raskere og bedre tilrettelegging for gående

Enkelte byer og tettsteder har velfungerende nett for gående og god tilgjengelighet til holdeplasser, mens svært mange steder preges av mer tilfeldige gangforbindelser og manglende tilgjengelighet til kollektivsystemet. Det er et stort behov for å tilrettelegge bedre for gående. Gangnettet må gi effektive, trygge og sikre forbindelser mellom ulike målpunkter, uavhengig av hvem som eier vegnettet, og etableres der folk faktisk går eller har behov for å gå. God gangatkomst til holdeplasser for kollektivtransport er viktig for å nå etappemålet i Nasjonal transportplan (NTP) om universelt utformede, sammenhengende reisekjeder.

Et systematisk arbeid for å planlegge, etablere og utbedre lokale gangnett er nødvendig slik at det blir attraktivt, enkelt, sikkert og effektivt å gå for alle. En plan for drift og vedlikehold er også viktig for å opprettholde god framkommelighet gjennom hele året. Få kommuner og fylkeskommuner har slike planer eller strategier. Det bør utarbeides lokale planer for gående som følger opp nasjonale og lokale mål. Kommunene bør ha hovedansvaret for strategiarbeidet. De lokale gåstrategiene må ses i sammenheng med planer for tilrettelegging for syklende og kollektivreisende.

Det ble i 2014 etablert en belønningsordning for bygging av sykkelveger. Tilskuddsordningen skal rettes mot kommunalt- og fylkeskommunalt sykkelvegnett. Målet er at sykkeltrafikken i Norge utgjør åtte prosent av alle reiser innen 2023. Dette innebærer at syklingen minst må dobles i omfang og mest i de store byene og at 80 prosent av barn og unge går eller sykler til skolen. God infrastruktur for sykkel og gange må gjøre det både mulig og trygt å velge aktiv transport.

6.2 Arbeidsmiljøet i barnehager og skoler

Regjeringen vil foreta en gjennomgang og oppdatering av regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler. Gjennomgangen skal ha som mål å etablere et helhetlig regelverk som tydeliggjør ansvar og krav til barnas arbeidsmiljø, sikrer barnas rettigheter og samordner tilsynsordninger. Systemer for informasjon til kommunens ledelse, barn, foreldre og allmennheten

skal vurderes. I gjennomgangen skal det vurderes en revisjon av forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, harmonisering av regelverket i opplæringsloven, barnehageloven og folkehelseloven, samordning av bestemmelser om internkontroll og eventuelt en egen lov om barnas arbeidsmiljø. Gjennomgangen skal blant annet legge til grunn NOU 2012: 1 Til barnets beste, Meld. St. 20 (2012–2013) På rett vei, Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens barnehage og kartleggingene av godkjenningsstatus for skoler fra 2007, 2009 og 2013. I tillegg vil NOU 2015: 2 som inneholder en vurdering av de samlede virkemidlene for å skape et godt psykososialt skolemiljø, være viktig som grunnlag for arbeidet. Erfaringene med klage- og tilsynsordningene og kunnskap om den faktiske etterlevelse av relevant regelverk vil være en nødvendig del av gjennomgangen.

Barn og unges rett til et godt arbeidsmiljø

Etter gjeldende rett er både det fysiske og det psykososiale miljøet regulert i regelverk som ligger under Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelseloven og forskrift 1. desember 1995 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler stiller krav om at barnehager og skoler skal planlegges, bygges, tilrettelegges og drives slik at kravene til fysisk og psykososialt arbeidsmiljø oppfylles. Barnehagene og skolene skal ha et tilfredsstillende inneklima, og det stilles krav til rengjøring, vedlikehold, lydforhold, sanitære forhold m.v. Det stilles også krav til tilrettelegging for aktivitet og hvile, egnede muligheter for bespisning som også ivaretar måltidets sosiale funksjoner. Alle barnehager og skoler skal være godkjente, og for å få godkjenning skal kravene i forskriften være oppfylt.

Opplæringsloven kapittel 9a gir elevene i grunnskolen og i videregående skole rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Opplæringsloven § 9a-2 stiller krav til at det fysiske miljøet skal være i samsvar med de faglige normer som fagmyndighetene til enhver tid anbefaler. Bestemmelsen inneholder de samme kvalitative krav til det fysiske miljøet som forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Kravene til psykososialt miljø følger av § 9a-3. Barnehageloven gir ikke barna en eksplisitt individuell rettighet til en godt fysisk og psykososialt miljø. En rekke bestemmelser i barnehageloven og forskrift om rammeplan har likevel som formål å sikre barnas fysiske og psykiske miljø i barnehagen. Arbeidsmiljøloven regulerer de ansattes arbeidsmiljø.

Boks 6.3 Barns innemiljø

Innemiljø har stor betydning for helsen og i dag tilbringer folk om lag 90 prosent av tiden innendørs. Barn og unge er spesielt sårbare og utsatte for påvirkninger i innemiljøet, og har et større forbruk av luft i forhold til størrelsen sammenliknet med voksne. Basert på Verdens helseorganisasjons definisjoner kan innemiljøet beskrives ved hjelp av fem faktorer:

1. Det termiske miljø (temperatur)
2. Det atmosfæriske miljø (luften vi puster i)
3. Det akustiske miljø (lyd)
4. Det aktiniske miljø (stråling)
5. Det mekaniske miljø (utstyr i våre nære omgivelser inne)

I tillegg inkluderer innemiljøet estetisk miljø og psykologisk og sosialt miljø.

Luften i innemiljøet er en kompleks blanding av stoffer og kan inneholde forurensninger fra partikler (støv med og uten allergener, mugg, bakterier, osv. og gassformige forurensninger fra kjemikalier, stoffskifteprodukter (blant annet CO₂), fukt eller radon. Årsaker til dårlig innemiljø kan for eksempel være dårlig vedlikehold, byggkonstruksjon og renhold.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet gjennomførte i 2013 en kartlegging av godkjenningsstatus for skoler. Kartleggingen viser at mer enn 300 000 elever går på skoler som ikke er godkjente. Manglende vedlikehold av skoler og barnehager er et folkehelseproblem. I tillegg viser undersøkelsen generelt manglende tilsyn med skolene. Nesten halvparten av alle skoler mangler vedlikeholdsplan. Vi vet mindre om status i barnehager. Det bør være en selvfølge at ingen barn skal bli syke av å gå på skole eller i barnehage.

Betydning av godt miljø for barn og unge

Astma og allergi er svært utbredt. Undersøkelser viser at 10–20 prosent av alle tiåringer har eller har hatt astma, kanskje flere. Data fra Reseptregisteret kan tyde på at antallet personer med astma og allergisykdom har økt de siste 20–30 årene. Barn er spesielt utsatte og sårbare. Jo yngre barna er, desto mer følsomme er de. For eksempel er spedbarn ti ganger så følsomme for skadelige effekter av støveksponering som voksne. Barn med astma har økt risiko for å utvikle kols som

Boks 6.4 Lekeareal i barnehage

Veiledende norm for barns lekeareal inne er 4 kvadratmeter netto per barn over tre år og om lag en tredel mer (om lag 5,3 kvadratmeter) per barn under tre år. Utearealet i barnehagen bør være om lag seks ganger så stort som leke- og oppholdsarealet inne. Til dette arealet regnes ikke parkeringsplass, tilkjørselsveier og lignende.

En doktorgradsavhandling fra 2014 viser endringer i gjennomsnittsstørrelsen på utearealet per barn i barnehager i Oslo kommune. Avhandlingen viser at det i barnehager bygget etter 2006 er 12,6 m² mindre areal per barn enn i barnehager bygget før 1975. Samtidig har arealet til parkeringsplasser og atkomstveier holdt seg nesten uendret. Samlet sett konkluderer avhandlingen med at det å gjøre størrelsen på barnas uteareal til en diskuterbar størrelse ser ut til å ha ført til en betydelig reduksjon.

Kilde: Nilsen, A.H. (2014): Changes in play area size in kindergartens: Tensions in the role of the landscape architect, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU).

voksne. Kols er en av våre store folkesykdommer, og er en viktig årsak til mange tapte leveår i god helse. Personer som har hatt astma og allergi som barn, vil også i større grad være utsatt for å påvirkes av allergener senere i livet.

Det er et mål å stanse veksten og på sikt redusere forekomsten av astma og allergi, spesielt hos barn. Kunnskap om betydningen av fukt og mugg i bygninger tyder på at dette er forhold som ikke bare bidrar til forverring av sykdommen, men også til utvikling av astma.

Barn tilbringer mye av dagen i barnehagen og i skolen. Et godt fysisk og psykososialt barnehage- og skolemiljø er en forutsetning for en god hverdag og skaper vilkår for en positiv utvikling. Siden skolen er obligatorisk og de aller fleste barn går i barnehagen, har myndighetene et spesielt ansvar for å sikre et godt fysisk og psykososialt miljø i barnehage og skole.

Andre tiltak for å fremme et godt barnehage- og skolemiljø

Det er en forutsetning for god læring og utvikling og en god barnehage- og skolehverdag at miljøet er forsvarlig og i samsvar med regelverket. Regje-

ringen vil legge til rette for mer og bedre informasjon til kommunens ledelse, foreldre, elever og allmennheten om godkjenningsstatus for skoler gjennom kanaler som er offentlig tilgjengelige, for eksempel gjennom Kostra og folkehelseprofilene. Det skal også gjennomføres tiltak for å bedre skolens etterlevelse av informasjonsplikten til elever og foreldre dersom skolen ikke er godkjent. Helsedirektoratet utga i 2014 to nye veiledere: Miljø og helse i barnehagen og Miljø og helse i skolen. Veilederne angir forutsetninger for god praksis og skal bidra til økt kunnskap om etterlevelse av krav i folkehelseloven, opplæringsloven og barnehage-loven som kan gi alle barn et godt barnehage- og skolemiljø.

Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Arbeidstilsynet og Direktoratet for byggkvalitet (DIBK), gjennomfører i 2014 og 2015 et landsomfattende kursprogram for kommunene i samarbeid med Fylkesmennene: Krafttak for et bedre fysisk skolemiljø. Formålet med kursene er å øke kommunenes interesse for og kompetanse om konsekvensene av helseskadelig innemiljø. Målet er at alle elever i skolene, og barna i barnehagene får et fysisk miljø som kan godkjennes etter gjeldende lover og forskrifter. De sentrale temaene for kursene har vært: utbedring av eksisterende bygningsmasse og forhold som primært har betydning for elevenes/barnas helse, trivsel og læring.

Ved å ta vare på byggene ved god forvaltning, drift og vedlikehold tar vi vare på store nasjonale materielle verdier, men vel så viktig er at vi samtidig også tar vare på helsen og trivselen til menneskene i bygget. Dette er både kommunenes og de andre skoleeierens ansvar.

Det pågår arbeid med å utvikle bedre styringsdata for drift og vedlikehold av offentlige bygg, blant annet gjennom verktøyet IK-bygg. Vedlikehold fremstår i dag ofte som en kostnad, ikke som en investering. Det synliggjøres ikke at manglende vedlikehold i realiteten er en kostnad for kommunene ved at bygningsmassen forringes. Hvorvidt kommunen håndterer vedlikehold av sin bygningsmasse på en god måte avhenger også av hvordan kommunen organiserer sine virksomheter.

6.3 Antimikrobiell resistens

Regjeringen vil legge fram en tverrsektoriell strategi mot antimikrobiell resistens. Dette er i tråd med anbefalingene fra Verdens helseforsamling og rådene fra den tverrsektorielle ekspertgrup-

pen som har gitt regjeringen råd om hvordan Norge bør møte utfordringene med antimikrobiell resistens. Ekspertgruppen ble oppnevnt i 2013 av Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og daværende Fiskeri- og kystdepartementet og Miljøverndepartementet. Ekspertgruppen pekte særlig på at det er behov for en bred faglig tilnærming og et bredt samarbeid på tvers av sektorer for å møte utfordringene. Det er nødvendig å tenke helhetlig i planlegging av tiltak mot antimikrobiell resistens. Det er nødvendig med en samlet innsats på tvers av ulike fagområder og departementer. Ekspertgruppen har foreslått innsats innenfor åtte tiltaksområder som i stor grad er gjennomgripende for alle fire departementer: Kartlegging av antibiotikaresistens, sanering av bærere av mikrober, smittevern, vaksinebruk, bedre diagnostikk, fornuftig bruk av antibiotika, utrede konsekvenser av økt resistens, regelverksendringer.

Helhetlig tilnærming

Antibiotika og andre antimikrobielle midler har reddet millioner av menneskeliv. Samtidig har bruk og feilbruk av antimikrobielle midler til mennesker og dyr ført til en kraftig økning i forekomsten av bakterier som er motstandsdyktige mot behandling. Globalt representerer dette en alvorlig helsetrussel.

I Norge har forebygging i hele matproduksjonskjeden og restriktiv bruk av antimikrobielle midler ført til at antibiotikaresistente bakterier fortsatt er et begrenset problem, både når det gjelder mennesker og dyr. Norske statsborgere reiser imidlertid stadig mer, både for å oppleve nye steder og for å få medisinsk behandling. Mennesker og matvarer krysser landegrensene hyppigere enn noen gang tidligere. Dette vil føre til større utfordringer med antimikrobiell resistens også i Norge i tiden som kommer.

Det blir også lagt stor vekt på hensynet til forebygging av antimikrobiell resistens når EU nå utvikler nye regelverk om mattrygghet, dyrehelse og bruk av medisinfôr og legemidler til dyr. Disse regelverkene ligger innenfor EØS-avtalens virkeområder og blir også gjennomført i norsk rett etter innlemmelse i EØS-avtalen.

Utfordringene er svært forskjellige fra land til land. Forskjellene er særlig store mellom rike og fattige land. Noen land mangler regulering av og kontroll med produksjon, omsetning og bruk av antimikrobielle midler, både til folk og dyr. Forbruket er høyt og miljøbelastningen stor. Noen land tillater bruk av antimikrobielle midler i fore-

byggende eller vekstfremmende øyemed til dyr og i matproduksjonen. Andre land tillater bare bruk til dyr i dokumenterte sykdomstilfeller. Befolkningens og myndighetenes holdning til omsetning, forskrivning og bruk er også svært varierende fra land til land. Det er svært mangelfull kartlegging av bruk av antimikrobielle midler og forekomst av resistens globalt. Løsningene og handlingsplanene må tilpasses forholdene i de enkelte land for å gi størst mulig effekt.

Styrke kunnskapsgrunnlaget

Det er først og fremst behov for å skaffe et solid kunnskapsgrunnlag som basis for politikken på dette området. Det er fortsatt mange kunnskaps hull, ikke minst når det gjelder forekomst av antimikrobiell resistens, hvilke faktorer som kan påvirke utvikling av resistens, hvordan resistente bakterier og resistensgener utvikles og spres i miljøet og hvordan de spres fra miljøet til dyr og mennesker. Men det er også et akutt behov for nye antibiotika. Når det gjelder forskning på området, vil Regjeringen prioritere forskningsprogrammet Joint Programming Initiative – Antimicrobial Resistance (JPI-AMR) i EU, hvor Norge deltar sammen med 18 andre europeiske land og Canada. Andre land er også velkomne til å delta.

Helsetjenesten

I Norge har vi et relativt lavt forbruk av antibiotika til mennesker, men det har vært en jevn økende trend de siste åtte til ti årene. Forbruket av penicilliner er for eksempel fordoblet fra midten av 1970-tallet fram til 2012. Forbruket er høyest hos voksne kvinner (om lag 30 prosent høyere enn for menn i samme aldersgrupper). Forbruket er lavere i Helseregion Nord enn i de tre sørlige helseregionene. Forskjellene i forbruk skyldes sannsynligvis forskjeller i forskrivningspraksis og i noen grad forskjeller i forventninger hos publikum. Tilgang til medisinske tjenester kan også spille en rolle, men det er mange områder i den sørlige delen av landet hvor det også er lang avstand til lege.

I Sverige er det nylig innført mål for forskrivning av antibiotika (250 resepter per 1000 innbyggere per år). Norge bør fastsette tilsvarende mål. En arbeidsgruppe oppnevnt av Folkehelseinstituttet arbeider nå med mål som tar sikte på å redusere forskrivningen av antibiotika ved luftveisinfeksjoner med 20 prosent.

En rekke studier viser at det er vanskelig å påvirke folks vaner. Det gjelder også legers for-

Boks 6.5 Mikrobene slår tilbake – Smittevern i Norge for fremtiden

Sammenliknet med mange andre land er sykdomsbyrden forårsaket av infeksjoner, omfanget av helsetjenesteassosierte infeksjoner og av resistens mot antimikrobielle midler lav i Norge. Denne heldige situasjonen kan i stor grad tilskrives et godt forebyggende smittevernarbeid. Norge har gode, nasjonale vaksinasjonsprogrammer med høy oppslutning, lavt forbruk av antibiotika, god dyrehelse og høy grad av mattrygghet.

Utfordringsbildet når det gjelder smittevern, endrer seg som følge av situasjonen utenfor Norge. Nye teknologiske muligheter gjør at begrepet smittevern stadig endres og utfordres. Det er behov for å videreutvikle og styrke smittevernet i Norge.

Eksempler på utfordringer er den økende forekomsten av antibiotikaresistente mikroorganismer i samfunnet. De globale, infeksjonsassosierte helsetruslene er i endring. Det er stadig trusler om pandemier. Utbruddet av Ebola i Vest-Afrika viser at også uventede infeksjoner kan skape en internasjonal situasjon. Nasjonalt

pasientsikkerhetsprogram estimerer at om lag 13 prosent av norske pasienter på sykehus utsettes for uønskede hendelser, der helsetjenesteassosierte infeksjoner utgjør en betydelig andel. Mat- og vanntryggheten er god, men utfordres kontinuerlig. Det utvikles stadig nye vaksiner som skaper behov for endringer i barnevaksinasjonsprogrammet.

Vi lever i et økologisk system der smittevern må relateres til samspillet mellom folkehelse, dyrehelse og miljøhelse. Antimikrobiell resistens krever en helhetlig tilnærming og samlet innsats på tvers av ulike fagområder og departementer. Ved hjelp av moderne teknologi ser vi sammenhenger mellom normalfloraen for eksempel i tarmsystemet og risiko for ikke-smittsomme sykdommer. Dette utfordrer smittevernbegrepet og gir grunnlag for å tenke nytt også i forholdet mellom smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer. Smittevernet bør betraktes fra et befolkningsperspektiv, både med hensyn til forebygging, utbruddsoppklaring og intervensjon, og evaluering.

skrivningsvaner. Prosjekter hvor leger arbeider sammen i faglige grupper (fagfelle-vurdering) har vist seg å være effektive tiltak. Det er også utviklet et dataspill (E-bug) til bruk i skolen hvor barn kan lære om smittespredning og effektive hygieniske tiltak.

Kompetansesenteret for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten skal bidra til ansvarlig og rasjonell antibiotikabruk i sykehus gjennom kompetansestøtte til implementering av den nye retningslinjen for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten. I tillegg arbeides det med metodeutvikling for å kunne gi valide resultater på sammenhenger mellom antibiotikabruk og antimikrobiell resistens. Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) har utviklet liknende retningslinjer for allmennpraksis.

Snow-prosjektet (2007–2012) er utviklet og drevet av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (Tromsø), som har vært et samarbeidsprosjekt mellom denne institusjonen, Tromsø Telemedicine Laboratory, Universitetet i Tromsø, Helse Nord IKT og Norsk Helsenett. Hovedfokuset har vært å kunne gi lokal og regional epidemiologisk informasjon hovedsakelig til allmennpraktikere, med vekt på infeksjoner med agens som til dels feilaktig generer høyt antibioti-

kaforbruk. Dette gjelder spesielt ulike luftveisvirus. Resultatene benyttes til å få et overblikk over «hva som går», for å hindre unødvendig bruk av antibiotika. Folkehelseinstituttets overvåkingssystem Sykdomspulsen benytter noe av samme idé når det gjelder innsamling av data fra allmennpraktikere, men mangler mulighet til sammenstilling med data fra laboratoriene.

Et annet viktig tiltak vil være diagnosekoder på alle antibiotikaresepter. Det er viktig å ha god oversikt over hvorfor ulike antibiotika forskrives. I dag mangler vi imidlertid oversikt over hvilke typer antibiotika som brukes i behandlingen av de ulike infeksjonssykdommene, noe som gjøre det vanskelig å vurdere om dagens forskrivningspraksis er optimal. Helsedirektoratet er bedt om å vurdere mulige løsninger for å innføre krav om diagnosekoder på alle antibiotikaresepter, herunder behov for juridiske og tekniske rammer.

Matproduksjonskjeden

Det er behov for tiltak både nasjonalt og internasjonalt for å kontrollere og redusere forbruket av antimikrobielle midler i matproduksjonskjeden. Havbruksnæringen i Norge er i så måte et eksempel til etterfølgelse ved at behovet for antimikrobi-

elle midler er redusert til et minimum etter satsing på forskning, fokus på hygiene og utvikling av effektive vaksiner mot tapsbringende sykdommer. Kun 1–2 prosent av samlet forbruk av antimikrobielle midler i Norge var til fisk i 2013. Tilsvarende tall for forbruk til mennesker og andre dyr enn fisk, var henholdsvis 85 prosent og 13 prosent. Forbruket av antimikrobielle midler i norsk husdyrhold er lavest i Europa. To vesentlige grunner til dette, i tillegg til god dyrehelse, er myndighetenes aktive rolle for å sikre restriktiv bruk av antibiotika og lovbestemmelsen om at veterinærer ikke skal ha fortjeneste på salg av legemidler. Likevel er det viktig å ha oppmerksomhet rettet mot korrekt og lavest mulig bruk av antimikrobielle midler til dyr. Statens legemiddelverk har utviklet terapianbefalinger for en rekke dyresykdommer til bruk for veterinærer. Forskrivning og bruk av antimikrobielle midler til dyr overvåkes ved at Mattilsynet mottar data fra apotekene og forleverandørene via det elektroniske veterinære legemiddelregisteret. Dataene rapporteres i den årlige Norm/Norm-vet rapporten.

På internasjonalt nivå er det viktig å få bedre kontroll med produksjon, omsetning og bruk av antimikrobielle midler. Tiltakene må tilpasses forholdene i de enkelte land. Blant de landene som er medlem i Verdens dyrehelseorganisasjon, er det en stor andel som mangler systemer for kontrollert produksjon, omsetning, forskrivning og bruk av antimikrobielle midler. Dette gjelder særlig land i de delene av verden der forekomsten av antimikrobiell resistens er høy. Det er grunn til å

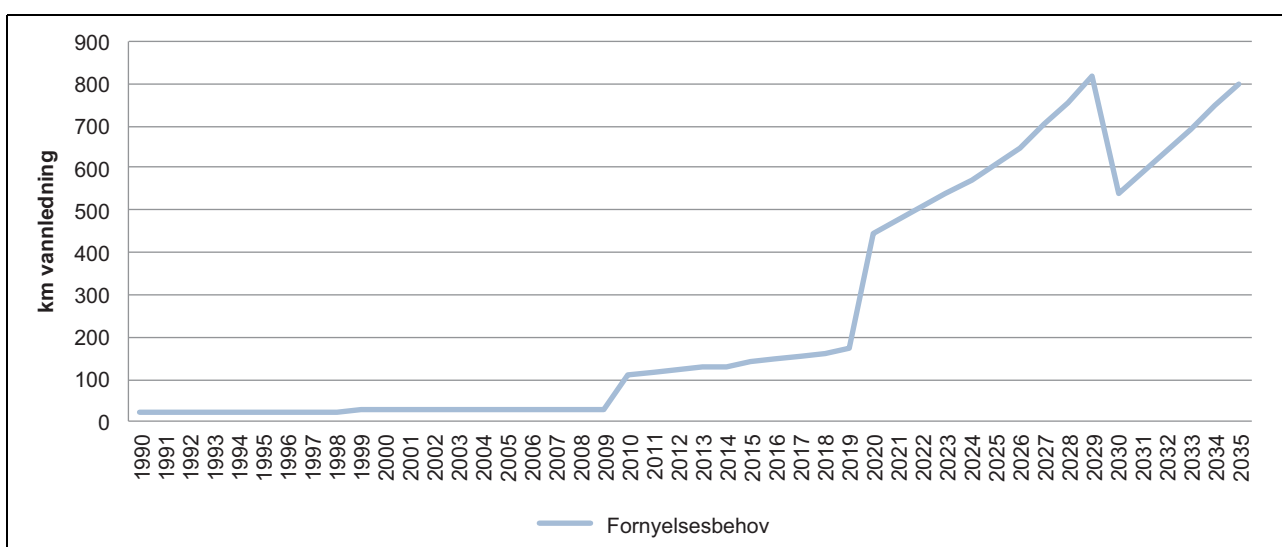
anta at effektive tiltak i disse landene, vil ha stor betydning for hvor effektivt antimikrobiell resistens kan bekjempes på globalt nivå og samtidig opprettholde verdenshandelen.

6.4 Nasjonale mål for trygt drikkevann

Regjeringen fastsatte 22. mai 2014 nasjonale mål på vannområdet knyttet til Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse (vannprotokollen). Målene vil bli fulgt opp med en gjennomføringsplan for Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å nå målene.

Mattilsynet har gjennom sitt tilsyn avdekket at det på en rekke steder er store mangler ved drikkevannsforsyningen. Folkehelseinstituttet slår i Folkehelse rapporten 2014 fast at dårlig ledningsnett er et stort problem. Andre rapporter omtaler også forbedringsbehov ved vannforsyningssystemene og vedlikeholdsetterslep for ledningsnettet¹. Bildet bekreftes i Norsk Vanns rapport Investeringsbehov i vann- og avløpssektoren fra våren 2013. Andre norske utfordringer har sammenheng med spredt bosetning med mange små vannforsyningssystemer og omfattende bruk av overflatevann. På bakgrunn av dette antas vannbåren smitte å utgjøre et større helseproblem i Norge enn i sammenlignbare land. Flere forhold peker i retning av at bygging, drift og kontroll av

¹ State of the Nation. Rapport fra Rådgivende Ingeniørers Forening mars 2010.



Figur 6.1 Fornyelsesbehov på vannledningsnettet per år

Figuren viser fornyelsesbehovet per år fram til 2035 for det offentlig eide vannledningsnettet. Fornyelsestakten har vært lavere enn behovet, noe som har medført et etterslep på 843 km. I tillegg øker behovet fram mot 2030.

Kilde: Norsk Vann, 2014. Sluttrapport fra Norsk Vanns arbeidsgruppe for ledningsfornyelse.

Boks 6.6 Gravefri tilstandsvurdering av vannledningsnettet

Vann- og avløpsetaten i Oslo kommune forvalter et stort ledningsnett som forsyner byens 600 000 innbyggere med drikkevann. Årlig bruker Oslo kommune om lag 140 millioner kroner på vedlikehold av vannledninger, på bakgrunn av matematiske modeller og statistikk. Vann- og avløpsetaten ønsker best mulig beslutningsgrunnlag ved utvelgelse av hvilke ledninger som skal rehabiliteres eller må skiftes ut, og ved valg av rehabiliteringsmetoder. Vann- og avløpsetatens erfaringsmessige tallmaterieell fra tradisjonell graving for tilkobling fra hus til hovedvannledning viser at ny gravefri løsning vil kunne gi en økonomisk besparelse på om lag 40 prosent. Dette kommer i tillegg til innspart arbeidstid som også utgjør om lag 40 prosent.

I løpet av 2014 og 2015 utfordrer Vann- og avløpsetaten markedet til å komme opp med løsninger som dekker behovet for gravefri tilstandsvurdering av vannledninger. Absolutte krav til

resultatet av tilstandsvurderingen er best mulig informasjon om solid gjenværende tykkelse og dokumentert samsvar mellom målte og verifiserte resultater. I samarbeid med KS/NHOs leverandørutviklingsprogram er det gjennomført en dialogkonferanse for alle tilbydere i markedet og deretter en tilbudskonferanse for de firmaene som vet kan være med i en konkurranse om oppdraget. Beslutningen om hvem som får oppdraget avgjøres trolig i løpet av 2015.

Potensialet for gravefri tilstandsvurdering er stort og inkluderer på den ene siden samfunnsmessige fordeler og besparelser innenfor økonomi, miljø og forstyrrelser i byrommet, og på den andre siden fortjeneste for utvikler og leverandør av teknologien. Behovet er ikke unikt for Oslo kommune, men vil gjelde for de fleste av landets kommuner og sannsynligvis også i andre land med tilsvarende ledningsinfrastruktur som Norge.

vannforsyningssystemene blir en stadig mer krevende oppgave. Stor reisevirksomhet, økt urbanisering og varmere og våtere klima har medført større hygienisk press på vannforsyningssystemene.

De nasjonale målene

Målene under vannprotokollen skal bidra til å forbedre tilstanden på vannforsyningen og forebygge og redusere forekomsten av vannbårne sykdommer. Det er satt mål med sikte på forbedring av drikkevannskvaliteten, redusert omfang av vannbårne sykdommer, økt leveringssikkerhet, forbedret avløpsnett og økt informasjon til forbrukerne.

Målene skal bidra til å oppnå standarden som er fastsatt i drikkevannsforskriften og vannforskriften. De fastsatte målene går i hovedsak ikke lenger enn kravene i dagens forskrifter, men på enkelte områder er det nødvendig å tydeliggjøre kravene, for eksempel kravet om vedlikehold av ledningsnettet. Drikkevannsforskriften vil derfor bli endret. Det er viktig å gjøre de ansvarlige oppmerksomme på sine plikter, særlig å stimulere til en raskere oppgraderingstakt. Til hvert mål er det foreslått eksempler på tiltak. Tiltakene er fleksible og styrken på tiltakene som blir valgt, er avgjørende for hvor fort målene nås. Bransjeorganisasjonen Norsk Vann er av Helse- og omsorgsdepar-

tementet invitert med i utarbeidelsen av gjennomføringsplanen for å nå målene.

Kommunenes ansvar

Det er vannverkseier som har ansvar for å sikre at forbrukerne får drikkevann som oppfyller forskriftskravene og at rutiner, vedlikehold og beredskap er tilfredsstillende. Hovedinnsatsen må gjøres av vannverkseierne. I praksis betyr det at kommunene står sentralt siden de ofte er vannverkseier og i tillegg er ansvarlig for forebyggende helse- og miljøarbeid.

Folkehelseinstituttet og Mattilsynet har, basert på Norsk Vann Rapport B 17/2013, anslått det samlede kommunale investeringsbehovet i ledningsnettet for drikkevann til om lag 2 mrd. kroner årlig i en innledende periode. Dette er investeringer som må finansieres ved økninger i vann- og avløpsgebyret. Enkelte vannverk vil ha vanskeligheter med å gjennomføre forbedringer uten betydelig økning av gebyrene, som følge av spredt bosetting, store avstander og manglende vannfaglig kompetanse. Dette vil ofte gjelde mindre vannverk. Større enheter vil enklere kunne løse sektorens utfordringer. Større kommuner kan være et viktig virkemiddel for å hjelpe sektoren med å ta tak i det store vedlikeholdsettersepet i vann- og avløpssektoren.

I større kommuner vil kostnadene ved oppgraderinger og drift kunne fordeles mer jevnt og gjøre det lettere å få til nødvendige forbedringer enn i områder der det er få abonnenter å fordele oppgraderingskostnader på. Mindre kommuner har i dag også problemer med å rekruttere og opprettholde kompetanse på drift, vedlikehold og utvikling innen vann- og avløpssektoren. Større kommuner med god kapasitet og kompetanse vil lettere kunne oppgradere drikkevannsberedskapen og leveringssikkerheten. Dette skyldes en kombinasjon av at fagmiljøer i mindre kommuner blir for små til å være attraktive og at kommunene ikke har tilstrekkelig grunnlag for å ha egne fagstillinger på området.

Bidrag fra nasjonale myndigheter

Mattilsynet og Folkehelseinstituttet har ansvar for å følge opp de nasjonale tiltakene på Helse- og omsorgsdepartementets område. Nasjonale myndigheter skal bidra til å gjøre vannverkseierne oppmerksomme på pliktene etter regelverket og stimulere til økt oppgraderingstakt for ledningsnett. Mattilsynet og Folkehelseinstituttet skal være pådrivere for vannverkseierne når det gjelder informasjon om og iverksetting av tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennomgå regelverket om drikkevann og vannforsyning, blant annet for å få mer presise krav til beredskap og vedlikehold av ledningsnett. Det tas samtidig sikte på at en ny forskrift skal tilpasses de endringene som situasjonen på vannområdet krever og nye endringer i EUs regelverk om vannforsyning. Ny forskrift vil bli sendt til høring i 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Mattilsynet prioritere tilsyn med drikkevann og følge opp manglende etterlevelse av regelverket ved å benytte nødvendige virkemidler, selv om dette vil medføre kostnader for vannverkene. Det skal om nødvendig gis pålegg om oppgraderinger av ledningsnett og andre forbedringer som er nødvendige for å trygge vannkvaliteten. Bruk av tvangsmulkt for å framtvinge gjennomføring bør vurderes. Folkehelseinstituttet skal prioritere oppfølgingen av målene blant annet ved å gi informasjon til vannverkene om vannbåren smitte og ta del i vannprotokollens program for sykdomsbekjempelse. Folkehelseinstituttet skal prioritere å styrke forskningen på sykdomsbyrde og utbruddsoppløring og opprettholde og fremskaffe nasjonal kompetanse om vannbårne smittestoffer. God kompetanse og analysekapasitet er nødvendig ved oppløring av utbrudd.

Informasjon til abonnentene om tilstanden til vannverket de forsynes av, kan være et viktig virkemiddel. Kommuneprofilene og Kommunehelsestatistikkbank fra Folkehelseinstituttet skal gi kommuner informasjon om forhold som innvirker på helsen til befolkningen. Disse skal utvikles i samarbeid med Mattilsynet slik at det framgår hvordan status er i kommunen for drikkevann, ledningsnett og badevann. Informasjon om beredskap og mulighet for reservevannforsyning eller nødvann bør være tilgjengelig. Dette for at forbrukerne skal være bedre informert og lettere skal kunne stille krav om nødvendige tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil følge nøye med på utviklingen innen sektoren som ledd i oppfølgingen av vannmålene og særlig på at alle avvik fra regelverket som blir funnet ved tilsyn blir lukket.

Internasjonalt samarbeid

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på å fortsette det internasjonale samarbeidet på vannområdet. Norge vil fortsatt følge opp vannprotokollen og har i perioden 2013–2016 et samarbeid med Verdens helseorganisasjon og vannprotokollen om spørsmål om sykdomsbyrde og vannovervåking. Det arbeides også med et nordisk-baltisk forskningssamarbeid på området.

6.5 Mattrygghet

På samme måte som tilgang til trygt drikkevann, er tilgang til trygg mat en grunnleggende forutsetning for god folkehelse. Dette krever kontinuerlig utvikling av et faglig oppdatert og brukervennlig regelverk og aktiv innsats fra den enkelte virksomhet for å sikre trygg mat.

Mattryggheten er ivaretatt gjennom bestemmelsene i matloven. Norsk regelverk på matområdet er i hovedsak harmonisert med EU-regelverket. Regjeringen forutsetter at Mattilsynet gjennom utøvende tilsyn i virksomhetene har løpende oppmerksomhet rettet mot at kravene til mattrygghet etterleveres i hele matproduksjonskjeden.

Regjeringen ønsker å legge til rette for en enklere, mer enhetlig og effektiv forvaltning og bedre styring. I tråd med dette er antall forvaltningsnivåer i Mattilsynet redusert fra tre til to og antall regioner fra åtte til fem. I Mattilsynets strategi fram mot 2020 legges det vekt på å utvikle en fleksibel organisasjon som fremmer samhandling og effektiv utnyttelse av faglig kompetanse i organisasjonen. Ressurser skal overføres fra styre- og

støttefunksjoner til det utøvende tilsynet. Målet er å være mer synlig og gjennomføre flere tilsyn.

I tillegg til å føre tilsyn med at krav til mattrygghet etterleveres i virksomheter som produserer eller omsetter mat, overvåker Mattilsynet hvert år forekomsten av aktuelle uønskede stoffer, for eksempel legemiddelrester og miljøgifter, i maten. Resultatene viser at det er svært få overskridelser av de grenseverdiene som er fastsatt i regelverket. I oppdrettsfisk er det ikke gjort noen funn av ulovlige stoff eller uønskede stoff over grenseverdiene de siste 12 årene, og innenfor landbruket er det også svært få overskridelser. Nye typer næringsmidler og føرمidler kan gi nye utfordringer i forhold til uønskede stoffer. For å sikre trygg mat i framtiden, er det viktig å være i forkant når det gjelder kartlegging og forskning på potensielt nye typer uønskede stoffer i mat.

Norge har en av Europas laveste forekomster av smitte fra matvarer. Dette har sammenheng med at forekomsten av de fleste smittestoffer er relativt beskjeden i norskproduserte matvarer og blant norske husdyr. Årsak til Norges gunstige status er målrettet og effektiv bekjempelse av smittestoffer blant norske husdyr og et godt utbygd tilsyn med all produksjon og omsetning av mat. Det har vært drevet et systematisk forebyggende arbeid i en årrekke, god dialog med bransjeorganisasjonene og et importregime med tydelige krav til import av kjøtt, levende dyr og dyrefôr. Det systematiske forebyggende arbeidet har vært medvirkende til befolkningens gode helse og høye levealder.

God hygiene i alle ledd i matproduksjonskjeden, fra og med primærproduksjonsleddene til og med omsetningsleddene til forbrukerne, er avgjørende for at maten vi spiser skal være trygg. Samtidig som maten i Norge aldri har vært tryggere når det gjelder forekomst av smittestoffer, opplever vi globalisering av matmarkedet og økning både i lovlig og ulovlig import av mat fra land der smittepresset er større enn i Norge. Følgene av hygienesvikt kan dermed bli langt mer omfattende enn tidligere.

Rapporter fra Mattilsynet og Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) viser at kunnskap om kjøkkenhygiene og håndhygiene er mangelfull i deler av næringsmiddelbransjen og blant folk flest. Mye mat kastes fordi den er dårlig håndtert eller fordi holdbarhetsmerkingen misforstås. For å møte utfordringene vil regjeringen styrke Mattilsynets informasjonsrettede arbeid overfor befolkningen. Det må gjøres i dialog med de aktuelle bransjeorganisasjonene. Viktigheten av god kjøk-

kenhygiene skal ha en naturlig plass i faget Mat og helse i skolen.

Regjeringen vil styrke tilsynet med serveringsvirksomheter og øke forbrukernes mulighet for å ta informerte valg. Smilefjes er dels en tilsynsordning med at hygieneregelverket etterleveres, dels en informasjonsordning som opplyser forbrukerne om de hygieniske forholdene i serveringsvirksomheten ved hjelp av et lett synlig symbol. Forsøksordningen i region Trøndelag og Møre og Romsdal som har pågått siden 2007, har gitt gode resultater og fått anerkjennelse både fra forbrukerne og fra bransjen. Smilefjesordningen har ført til bedre etterlevelse av regelverket og mindre behov for oppfølgingsbesøk etter inspeksjoner. Regjeringen har derfor bedt Mattilsynet å gjøre ordningen landsdekkende. Mattilsynet har i 2014 iverksatt et prosjekt med sikte på å innføre en landsdekkende ordning i løpet av 2015.

Tiltak mot radioaktiv forurensning i dyr, fôr og næringsmidler

Norge var det landet utenfor tidligere Sovjetunionen som fikk mest nedfall av radioaktivt cesium etter reaktorulykken i Tsjernobyl i april 1986. Fortsatt er det nødvendig å foreta målinger og treffe mottiltak i landbruket for at nivåene av radioaktivt cesium i kjøtt og melk skal være under gjeldende tiltaksgrenser.

Måleutstyret er foreldet og utslitt. For å opprettholde tilstrekkelig beredskap kjøpes det nå inn nye måleinstrumenter og opplegget for målinger og mottiltak i landbruksproduksjonen gjennomgås.

På oppdrag fra Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet Statens strålevern og Mattilsynet i 2013 Strategi for forvaltning av radioaktivitet i fôr og næringsmidler. På bakgrunn av strategien har Statens strålevern og Mattilsynet utarbeidet en gjennomføringsplan for forvaltning av radioaktiv forurensning i levende dyr, fôr og næringsmidler, inkludert drikkevann. Denne planen gjelder for normalsituasjonen, ved hendelser og ved langtidsoppfølgingen etter hendelser.

Hensikten med å utarbeide en strategi og tilhørende gjennomføringsplan, er å legge grunnlaget for relevante mottiltak på matområdet dersom det skjer en strålingshendelse, og for å redusere stråledosen til befolkningen og derved redusere helseskade og antall dødsfall. Dokumentasjon basert på langsiktig og omfattende overvåkning

er nødvendig for å sikre markedsadgang, både hjemme og ute.

Viktige tema i gjennomføringsplanen er framtidig organisering av nødvendig måle- og laboratoriekapasitet og gjennomgang av behovet for kartlegging, overvåkning og kontroll for å sikre trygg mat, drikkevann, fôr og innsatsvarer med hensyn til radioaktiv forurensning. Styrking og opprettholdelse av strålevernkompetanse er omtalt. Dessuten vil regelverk, tiltaksgrenser og tiltaksstrategier bli gjennomgått.

6.6 Trygg hverdag, trygt miljø, trygge produkter

I hverdagslivet er vi omgitt av mange kjemiske stoffer – både naturlige og menneskeskapt, nyttige og uønskede, og ufarlige og potensielt farlige for folks helse og for miljøet rundt oss. God regulering av miljøgifter og andre helse- og miljøfarlige kjemikalier er en viktig forutsetning for et sunt miljø, trygg mat, trygt drikkevann og god helse hos folk og dyr. Kjemikaliepolitikken er derfor tett knyttet til folkehelsepolitikken. Regjeringen legger i 2015 fram en handlingsplan for arbeidet med miljøgifter.

Nasjonale mål

Det er et nasjonalt mål at bruk og utslipp av kjemikalier som utgjør en alvorlig trussel mot helse og miljø skal stanses eller reduseres så langt som mulig innen 2020. Det er identifisert en liste med rundt 30 prioriterte kjemikalier som er omfattet av dette målet: miljøgiftene på den nasjonale prioritetslisten. Videre er det et nasjonalt mål at risiko for at utslipp og bruk av andre kjemikalier forårsaker skade på helse og miljø skal minimeres. For de fleste av de 30 prioriterte miljøgiftene er bruk og utslipp kraftig redusert fra 1995 og fram til i dag. Utslippene av flere av stoffene er redusert med mer enn 90 prosent. Likevel er det vesentlige utfordringer som gjenstår og det er fortsatt stor bruk av flere nye miljøgifter. Miljøgifter i produkter er en økende kilde til utslipp. Det er behov for ytterligere reduksjoner fram mot 2020 og myndighetene arbeider kontinuerlig for å klare dette.

Handlingsplan om miljøgifter

Regjeringen vil i 2015 legge fram en egen handlingsplan om miljøgifter. Handlingsplanen skal være konkret og gi god og helhetlig styring for de berørte i arbeidet med å nå 2020-målet om miljø-

gifter. Handlingsplanen vil blant annet omtale internasjonale og nasjonale tiltak, tilsyn og kontroll, forbrukerinformasjon og bransjedialog.

Internasjonalt arbeid nødvendig

Internasjonale reguleringer – globalt og gjennom EØS-samarbeidet – er det viktigste virkemidlet for å stanse bruk og utslipp av miljøgifter og redusere risiko for negative effekter fra andre helse- og miljøfarlige kjemikalier. Utslipp og spredning av slike kjemikalier er en global utfordring, og de spres til Norge med luft- og havstrømmer og gjennom handel med produkter. Derfor er det mer effektivt hvis flere land blir enige om forbud og reguleringer som gjelder bredt, og som kan utfordre internasjonalt handelsregelverk. Norge har dessuten et godt felles europeisk regelverk å jobbe ut fra, EUs kjemikalierregelverk REACH. Norge kan gjøre en stor forskjell ved å arbeide for strengere regulering i EU og i globale avtaler.

Kontroll, tilsyn og beredskap

Helse- og matmyndighetene vurderer i samarbeid med miljømyndighetene tiltak for sikre en trygg hverdag i tråd med de nasjonale målene.

Det er en rekke nasjonale virkemidler som benyttes for å styrke arbeidet på kjemikaliefeltet. Det stilles strenge utslippskrav til industrien, og det er satt krav til forsvarlig håndtering av avfall. Kontroll og tilsyn av produkter er vesentlig styrket de siste årene og ligger på et høyt nivå. Det satses videre på forskning og overvåking av miljøgifter for bedre kartlegging og kunnskap. Alt dette bidrar til å begrense mengden av helse- og miljøfarlige kjemikalier som befolkningen utsettes for i det daglige.

Helsemyndighetene samarbeider med de andre beredskapsstatene om en gjennomgang av regelverk knyttet til helseberedskap ved kjemikaliehendelser, herunder gjennomgang av varsling ved miljø- og kjemikaliehendelser og rutiner for å sikre at det gjøres vurderinger for befolkningens helse. Hendelser som har konsekvenser for befolkningens helse, kan også ha betydning utenfor landegrensene. Norge deltar i varslingssystemene til internasjonalt helseregulering i regi av Verdens helseorganisasjon (IHR) og EUs system for varsling EWRS.

Konsentrasjonene av de farligste kjemikalierne i miljøet skal bringes ned mot bakgrunnsnivået for naturlig forekommende stoffer og tilnærmet null for menneskeskapt stoffer. Føre-var-prinsippet er et viktig styrende prinsipp for myndighe-

nes 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 det kreves tillatelse for å drive 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 vurdere om det finnes alternativer til farlige kjemikalier. Virksomhetene skal i så fall velge dette alternativet, dersom det kan skje uten urimelig kostnad eller ulempe. Folkehelseovens 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.

Oppmerksomheten har særlig vært rettet mot tungt nedbrytbare og giftige stoffer som kan hope seg opp i organismer og føres videre i næringskjedene. Disse har vært ansett som de farligste stoffene. De senere årene har det blitt økt oppmerksomhet på uønskede helseeffekter av lett nedbrytbare helse- og miljøfarlige kjemikalier. Som eksempel kan nevnes ftalater, bisfenol A og enkelte andre stoffer som finnes i en rekke forbruksvarer, matemballasje, kosmetikk og kroppspileieprodukter. Stoffene som tilsettes, kan samvirke med uønskete fremmedstoffer. Et problem som har fått økt oppmerksomhet den senere tid er effektene av utslipp av mikroplast (ørsmå plastpartikler), blant annet fra tilsetning av dette i kosmetikk og vaskemidler, som for eksempel skrubbekremer. Mikroplast kan i seg selv inneholde helse- og miljøfarlige kjemikalier, men tiltrekker seg også slike stoffer fra andre kilder, for eksempel i vannmiljø. Mikroplast blir dermed en kilde til opptak av helse- og miljøfarlige kjemikalier i organismer som kan føres videre i næringskjedene.

For helse- og miljøfarlige kjemikalier generelt er det behov for å kunne vurdere ulike stoffers virkning, alene eller sammen med andre stoffer, og å se tilførsel fra ulike kilder og ved ulike ekspo-

Boks 6.7 Nytt-risikovurdering ved å spise fisk

Helsemyndighetene anbefaler at befolkningen spiser mer fisk. Et kosthold med mer fisk har en rekke positive helseeffekter, for eksempel bidrar det til å redusere risikoen for hjertekarsykdommer og til optimal utvikling av nervesystemet hos foster og spedbarn.

I 2014 kom Vitenskapskomiteen for mattrygghet med en nytte-risikovurdering av fisk i det norske kostholdet. Vitenskapskomiteen konkluderer med at de positive helseeffektene av å spise fisk klart oppveier den ubetydelige risikoen som dagens nivåer av miljøgifter og andre kjente fremmedstoffer i fisk representerer. Vitenskapskomiteen påpeker at det derfor ikke er grunn til å si at kvinner i fruktbar alder og jenter bør begrense inntaket av fet fisk ut fra et helseperspektiv. Denne type kunnskap er viktig for trygt å kunne gi befolkningen kostholdsrad. Rapporten er tilgjengelig på: <http://www.vkm.no/>

neringsformer i sammenheng. Mattilsynet vil for eksempel i 2015 foreta analyser av matkontaktmaterialer av papp og papir med hensyn til innhold av fluorerte stoffer. Matloven og kosmetikkloven har som formål å sikre helsemessig trygge næringsmidler og trygg kosmetikk. Vitenskapskomiteen for mattrygghet og kunnskapsinstitusjoner på matområdet bistår miljø- og helsemyndighetene i risikovurderinger for eksponeringer av ulike miljøgifter og helse- og miljøfarlige kjemikalier i den norske befolkningen. Miljøgifter skal inngå i vurderingen av ulike miljøbelastningers relative betydning for sykkelighet, som innebærer en systematisk gjennomgang av dagens og framtidig risiko for befolkningens helse knyttet til miljøgifter. Det er spesielt viktig med innsats overfor barn og unge.

6.7 Redusere eksponeringen for radon

I følge Verdens helseorganisasjon er radon nest hyppigste årsak til lungekreft, etter aktiv røyking, og anslås å forårsake årlig rundt 300 lungekrefttilfeller i Norge. Norge er blant de landene i verden med høyest gjennomsnittlig konsentrasjonen av radon i inneluft.

Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge (2009–2014) ble utgitt i samarbeid med tidligere Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Miljøverndepartementet. Med bakgrunn i å maksimere helsegevinsten har strategien to målsettinger. Regjeringen vil: 1) arbeide for at radonnivåene i alle typer bygninger og lokaler ligger under gitte grenseverdier, og 2) bidra til å senke radoneksponeringen i Norge så langt ned som praktisk mulig. Det siste målet er av betydning da enhver reduksjon av den totale eksponeringen gir reduksjon i kreft, også under grenseverdiene. I dette målet ligger det en forholdsmessighet, hvor samfunnsøkonomiske vurderinger inngår. Strategien består av seks delstrategier: radon i arealplanleggingen, radon og oppfølging av nye boliger, radon i eksisterende boliger, lokalsamfunn i Norge med særdeles alvorlige radonproblemer, radon i bygninger, og lokaler og radon i arbeidslokaler.

Strategien er evaluert. Evalueringen viser at mye av arbeidet med å nå strategiens mål er gjort, men at det fortsatt gjenstår viktig arbeid. Den viser også at det er viktig med en koordinering av

radonarbeidet, og at et tverrsektorielt samarbeid er positivt. Regjeringen vil videreføre strategien i perioden 2015–2020.

6.8 Forebygge skader og ulykker

Det er behov for å forsterke innsatsen for å skape et godt og helhetlig ulykkesforebyggende arbeid. En alvorlig skade i ung alder påvirker helsen resten av livet og gir mange tapte leveår med god helse. Arbeidet med å forebygge skader og ulykker har vært forankret i Ulykker i Norge – nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014. Arbeidet går i riktig retning, men målene er foreløpig ikke nådd. For å kunne fastsette nasjonale mål på skader og ulykker både totalt og innenfor flere sektorer, er det behov for bedre oversikt over ulykker og for å utvikle kost- nyttevurderinger av tiltak. Regjeringen vil videreføre strategien i fire nye år fram til 2018.

Den nasjonale strategien for å forebygge ulykker har bidratt til bedre samarbeid om innsatsen mot ulykker fra statlig hold og gitt bedre oversikt over de nasjonale utfordringene. På lokalt nivå er det lagt til rette for samarbeid gjennom veiledningsheftet Lokal ulykkesforebygging – systematisk og tverrfaglig arbeid. Helsedirektoratet har utgitt rapporten Fallforebygging i kommunen – Kunnskap og anbefalinger.

Boks 6.8 Strategi for å forebygge skader og ulykker

De overordnede målene for strategien er innen strategiperioden å:

- Være i stand til å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av skader og ulykker, totalt og innenfor aktuelle sektorer
- Forbedre det tverrsektorielle arbeidet med forebygging av ulykker

Strategien har fem delmål:

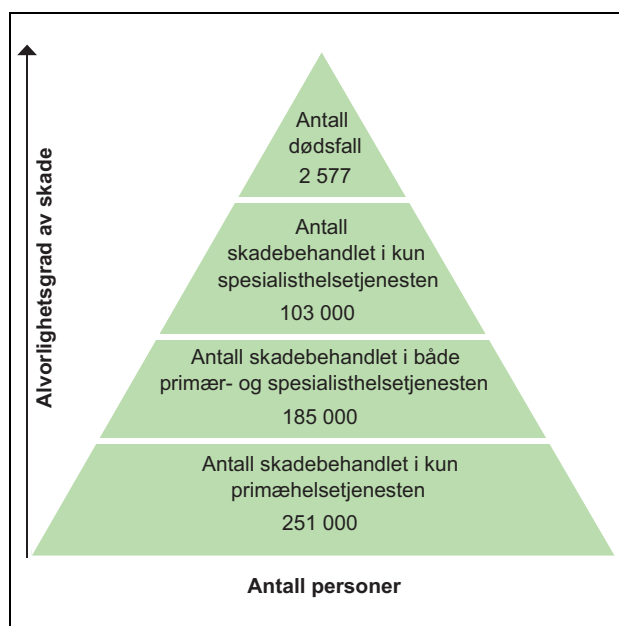
- Sikre oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader i Norge, herunder forekomst, årsak og effektive forebyggende tiltak
- Videreutvikle og styrke det lokale og regionale skadeforebyggende arbeidet
- Styrke samarbeidet mellom det frivillige, det offentlige og næringslivet
- Gjennomgå organisering av det ulykkesforebyggende arbeidet på områdene hjem, fritid, opplæring og høyere utdanning, herunder ansvarsdeling og samarbeid
- Sikre en hensiktsmessig nasjonal organisering av det skade- og ulykkesforebyggende arbeidet

Boks 6.9 Skadeforebyggende forum

Skadeforebyggende forum bringer aktører innen skadeforebygging sammen og er et kontakt- og samarbeidsorgan for det skadeforebyggende arbeid i Norge. Nettverket består av privat næringsliv, offentlige instanser og frivillige organisasjoner. Skadeforebyggende forums rolle er å dele erfaring og spre informasjon i de ulike nettverkene og koordinere møtevirksomhet på nasjonalt nivå.

Forumet har fem spesielle satsningsområder:

- Skadeforebyggende arbeid på lokalt nivå, Trygge lokalsamfunn
- Drukningssulykker
- Sikkerhet for barn og unge
- Eldreulykker
- Innhenting og bruk av skadedata



Figur 6.2 Det totale skadebildet per år i gjennomsnitt, 2009–2011

Figuren viser at i overkant av 100 000 personer rammes årlig av skader som behandles direkte på sykehus, mens den største gruppen av pasienter har skader som ferdigbehandles i primærhelsetjenesten

Kilde: Dødsårsaksregisteret (Dår), Norsk pasientregister (NPR), Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR).

Forsikringsbransjen er en viktig partner i det ulykkesforebyggende arbeidet og Finans Norge og Helse- og omsorgsdepartementet gikk i 2013 sammen om å fornye en fem års avtale som gir midler til Skadeforebyggende forum, et nasjonalt kontakt- og samarbeidsorgan.

Skadeforebyggende Forums arbeid med trygge lokalsamfunn skal styrkes. Trygge lokalsamfunn er en modell for lokal skadeforebygging som bygger på politisk forankring, livsløpsperspektiv, tverrsektorielt samarbeid, skadedata, bred medvirkning, risikovurdering og kunnskapsbaserte tiltak. Monitorering og lokale data på fall er et viktig element for å få til systematisk arbeid på fallulykker. Det skal vurderes å lage nasjonale kvalitetsindikatorer på fall i forbindelse med arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer.

Bedre oversikt over ulykker

For å kunne tallfeste nasjonale mål på ulykker, totalt og i aktuelle sektorer er det behov for bedre datagrunnlag. Det finnes ikke et nasjonalt register med entydig statistikk over personskader, og de fleste ulykkes- og skaderegistrene preges av mangelfull dekningsgrad og kvalitet. Det mangler

også informasjon om skader som behandles i primærhelsetjenesten.

Norsk Pasientregister er sentralt for å få informasjon om ulykker hjemme, i skole og barnehage, organisert idrett og friluftsliv. Dette er ulykker som totalt utgjør om lag to tredeler av alle ulykker, og medfører både mye tap av liv og helse og store samfunnsøkonomiske kostnader. Data er viktig for å synliggjøre ulykker som problem og kunne forebygge dem. Det er stor underrapportering på ulykker. Delmålet om å sikre oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader i Norge, ble ikke nådd under forrige strategiperioden. Dette målet er grunnleggende for et effektivt skadeforebyggende arbeid i Norge og vil være et prioritert innsatsområdet også neste strategiperioden, både gjennom Norsk Pasientregister og andre kilder. Det skal utgis en ny rapport over ulykkesbildet i Norge i 2016. Over 50 prosent av alle skader kommer ikke inn på sykehus, men behandles hos legevakt og allmennlege. I utredningen om et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister skal det vurderes om skadedata skal inngå.

Boks 6.10 Prosjektet sykkelulykker i Oslo

Prosjektet sykkelulykker i Oslo illustrerer hvorfor gode skadedata er en nødvendig forutsetning for effektivt ulykkesforebyggende arbeid. I en ettårs periode er det registrert 2184 sykkelulykker på Skadelegevakten i Oslo. Disse ulykkene er ikke tidligere fanget opp i statistikken. Bedre data om sykkelulykker viser at problemet ikke er påkjørsel fra biler, slik mange har trodd, men singelulykker eller syklistene som kolliderer.

Med denne kunnskapen blir tiltakspakken en annen. Oslo skadelegevakts kartlegging av sykkelulykker gir oss en bedre oversikt, slik at de som bygger veier, som Oslo kommune og Statens vegvesen, skal kunne forebygge og legge til rette for sykling. Skadedata med god og detaljert informasjon er viktig for å kunne sette i verk tiltak. Så lenge skadeomfanget er usikkert og uklart, er det vanskelig å skape oppmerksomheten om problemet og få ansvarlige til å se nytten av å iverksette forebyggende tiltak. Gode skadedata forplikter de som sitter med virkemidlene. Prosjektet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Vegdirektoratet og Oslo skadelegevakt.

Boks 6.11 Nedgang i landbruksulykker i Os

Os kommune i Hedmark har 25 prosent ansatte i landbruket. Kommunen har i flere år arbeidet systematisk med forebygging av ulykker i landbruket. I perioden 1993 til 2013 har landbruksulykkene falt fra 30 prosent til 12 prosent prosent av samlede antall ulykker. Kommunens kartlegging viser at 40 prosent av ulykkene er relatert til dyrehold, ofte i forbindelse med melking. Brudd og klemskader er vanlige. Kommunen gjennomførte i denne perioden registrering av lokale skadedata, etablerte aktive nettverk på tvers av sektorer og sørget for politisk forankring av arbeidet.

Registrering lokalt skaper eierforhold til data og gjenkjennbare stedsangivelser. Registre-

ringen foregår ved legekantoret i kommunen og uthenting og presentasjon av data utføres av kommuneoverlegen. Aktive lokale nettverk med realistiske forventninger, og en arena hvor tanker kan luftes mer eller mindre forpliktende er viktig. Det bidrar til at ulykkesforebygging eies av de som har virkemidler til å forebygge. Samarbeid mellom bedriftshelsetjenesten landbrukshelse og de ulike landbruksorganisasjoner i kommunen er styrket. Ulykker drøftes årlig i kommunestyret, hvor de lokale dataene gir betydning til arbeidet og forplikter politikerne til videre innsats.

For å få flere til å rapportere inn og øke kvaliteten i skadedata fra Norsk Pasientregister har HelseDirektoratet etablert en arbeidsgruppe med regionale helseforetak og dataleverandører.

godt strødde gangveier eller tilpasning i hjemmet være enkle tiltak for å bidra til å forebygge fall. Informasjon om betydningen av styrke- og balanse trening, ernæring og legemiddelgjennomgang

Forbedre det tverrsektorielle arbeidet

Forebygging av ulykker krever samarbeid på tvers av sektorer, både på statlig og lokalt nivå, og samarbeid med privat og frivillig sektor. Derfor er det av stor verdi å ha en koordinert og prioritert innsats. Samarbeidet på direktoratsnivå som er etablert med den nasjonale strategien skal videreføres og det skal arrangeres kontaktmøter om skade- og ulykkesforebygging som skal legge til rette for samarbeidet mellom departementer.

Ulykker er en viktig del av arbeidet med folkehelse, og flere indikatorer på ulykker skal utgis og være tilgjengelig for kommunen i statistikkbanken Ulykkesforebygging vil også inngå i evalueringen av kommunenes arbeid med folkehelse. Skadeforebyggende Forum drifter nettverket av Trygge lokalsamfunn, og arbeidet med å spre metodikken skal intensiveres. Hver enkelt sektor har en viktig oppgave i å definere og bruke sine virkemidler for å forebygge ulykker. Sektorene skal redegjøre for oppfyllelse av mål- og ansvarsområde innen den nasjonale strategien på ulykker.

10 prosent reduksjon i hoftebrudd fram til 2018

Forebygging av fallulykker skal forsterkes. Innsatsen må ses i sammenheng med målet om at flere eldre skal bli boende hjemme. For å redusere fall må det jobbes tverrsektorielt. For eksempel kan

Boks 6.12 Effektive tiltak for å forebygge fall hos hjemmeboende eldre

I en kunnskapsoppsummering som omfatter 159 randomiserte intervensjonsstudier med til sammen 79 000 deltakere konkluderes det med at følgende tiltak er effektive for å forebygge fall hos hjemmeboende eldre:

- Gruppetrening eller hjemmetrening som består av styrke, balanse, bevegelighet, koordinasjon og/eller utholdenhet
- Tai chi (en gammel kinesisk kampkunstform som består av en rekke nøye definerte bevegelsesmønstre utført rytmisk og rolig med bestemte fotstillinger og kroppsholdninger)
- Målrettede og sammensatte tiltak på områder der vedkommende har høy risiko
- Vurdering og gjennomføring av tiltak i hjemmemiljøet
- Gradvis innstilling av (seponering) av psykofarmaka
- Pacemaker til personer med sinus carotidus syndrom (som kan gi svimmelhet)

Kilde: Gillespie et al., Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review), The Cochrane Library 2012, Issue 9

er viktig. Regjeringen har som mål å redusere hoftebrudd med 10 prosent innen 2018. Målet skal nås ved å ivareta fallforebygging i pågående utviklingsarbeid knyttet til tjenestene, hjemmebesøk, pasientsikkerhetskampanjen og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Kommunene kan tilby hjemmebesøk, gruppeundervisning og/eller trening til hjemmeboende eldre for å forebygge fall. Slike tilbud har vist gode resultater med opp mot 30 prosent reduksjon i hoftebrudd. Se også omtale i kapittel 4 Aktive eldre.

6.9 Seksuell helse

Regjeringen vil lage en samlet strategi om seksuell helse. Strategien vil ha et livsløpsperspektiv med tiltak rettet mot alle livsfaser. Arbeidet skal ses i sammenheng med den kommende ungdomshelsestrategien og annet pågående arbeid. Regjeringen har foreslått at helsesøstre og jordmødre skal få forskrivningsrett på alle typer hormonell prevensjon og kobberspiral, uavhengig av tjenestested. Det tas sikte på å kunne vedta ny forskrift våren 2015. Tiltaket vil gjøre alle typer prevensjon lettere tilgjengelig for kvinner i fertil alder.

Informasjon og ferdighetstrening når det gjelder seksualitet må skje tidlig nok til at barn og ungdom har nødvendig handlings- og mestringsstrategier når det er aktuelt. Skoleundervisningen må være ferdighetsorientert, og opplæringen må skje før barn og ungdom trenger den. Undervisningen må inkludere kjønns- og minoritetsperspektiver.

God handlingskompetanse og et positivt forhold til egen kropp og seksualitet er avgjørende for seksuell glede, for å utvikle en trygg seksuell identitet og sikrere seksuelle handlingsmønstre.

Strategier for å fremme seksuell helse blant ungdom i Norge legger vekt på dette. Ungdoms seksuelle liv har forandret seg betydelig på få år. Endrede seksuelle handlingsmønstre skaper nye risikoområder som krever god handlingskompetanse. Ungdom møter seksualitetens uttrykksformer, blant annet gjennom internett og sosiale medier. Generelt har norsk ungdom god seksuell helse. Det er sosial ulikhet i seksuell helse og i håndtering av uønsket graviditet. Abort er mer utbredt blant kvinner med kort utdanning, mens kvinner med lang utdanning oftere bruker nødprevensjon. Det er fremdeles et betydelig potensial for å forebygge uønsket svangerskap og abort gjennom lettere tilgang til prevensjon.

Frivillige organisasjoner gjør en viktig jobb i arbeidet for å sette seksuell helse på dagsorden. Organisasjonen Sex og Politikk har utviklet undervisningsmateriell og står bak opplegget Uke sex med støtte fra Kunnskapsdepartementet, Helsedirektoratet og Justis- og beredskapsdepartementet. Videre er organisasjonen Sex og samfunn en viktig aktør. Organisasjonen har jobbet med unge menneskers seksuelle og reproduktive helse i mer enn 40 år. Arbeidet inkluderer poliklinikk med gratis tjenester til alle under 25 år, undervisning og hospitering, kursvirksomhet, prosjektvirksomhet og utarbeidelse av informasjons- og undervisningsmateriell. Organisasjonen har siden 1992 tilbudt alle tiendeklasser seksualundervisning, en ordning som ble gjort obligatorisk for skoler i Oslo i skoleåret 2009–2010. Ordningen støttes av Helsedirektoratet og Oslo kommune. Røde Kors ungdom og Hiv Norge er andre sentrale aktører som bidrar til å sette fokus på temaet gjennom viktig informasjonsarbeid.

Arbeidet for å forebygge vold og seksuelle overgrep er omtalt i kapittel 2 Psykisk helse i folkehelsearbeidet.

Boks 6.13 Lokalsamfunnsutvikling, miljø og helse*Regjeringen vil:*

- Foreta en gjennomgang og oppdatering av regelverk for barn og unges arbeidsmiljø i barnehager og skoler
- Utarbeide en tverrsektoriell strategi mot antimikrobiell resistens som skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget og utvikle tiltak på tvers av sektorer
- Sette konkrete mål som tar sikte på å redusere forskrivning av antibiotika, vurdere innføring av diagnosekoder på antibiotikareseppter og legge til rette for økt bruk av fagfelleveiledning
- Følge opp de norske målene fastsatt under Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse
- Gjennomgå lovgivningen på drikkevannsområdet for å møte framtidens utfordringer
- Utvikle Kommunehelse statistikkbank for å gi bedre status om kommunenes drikkevann
- Innføre en landsdekkende smilefjesordning i serveringsnæringen
- Følge opp strategi og gjennomføringsplan for forvaltning av radioaktivitet i fôr og næringsmidler
- Legge fram en egen handlingsplan for myndighetenes arbeid med miljøgifter
- Videreføre arbeidet med å redusere radoneksposering
- Videreføre den nasjonale ulykkesstrategien og forsterke det tverrsektorielle samarbeidet for å forebygge ulykker som medfører personskade

7 Støtte til folkehelsearbeidet i kommunene

Regjeringen vil trappe opp innsatsen og videreutvikle nasjonale tiltak for å støtte det lokale folkehelsearbeidet. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene. Utvikling av metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet er en viktig del av innsatsen. Innholdet i folkehelseprofilene skal utvides, den faglige støtten til kommunene skal styrkes og statlige føringer skal koordineres bedre.

Kommunene har etter folkehelseloven ansvar for å ha oversikt over helseutfordringene i egen befolkning og plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte utfordringene. Nasjonale myndigheter skal bistå kommunene med nødvendige verktøy og kompetanse til å gjennomføre kravene i loven. Helsedirektoratet, fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt er gitt konkrete oppgaver i arbeidet med å bistå kommunene. Fylkesmannen skal være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom råd og veiledning, formidling av statlige forventninger og er tilsynsmyndighet etter folkehelseloven. Helsedirektoratet skal som nasjonalt fagorgan være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid og iverksetter av nasjonal politikk. Folkehelseinstituttet skal gjøre data fra nasjonale kilder tilgjengelig for fylkeskommuner og kommuner gjennom folkehelseprofiler og Kommunehelse statistikkbank.

Det har vært en positiv utvikling av folkehelsearbeidet i kommunene de siste årene, ikke minst som konsekvens av innføring av folkehelseloven. Det er økt forståelse for betydningen av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, folkehelsearbeidet er mer strategisk forankret i kommunene og arbeidet med å få oversikt over helsetilstanden til innbyggerne har skutt fart. Utfordringen er å ta vare på og støtte opp under den positive utviklingen og legge til rette for den samme utviklingen i alle kommuner. Helsedirektoratet rapporterer om at det er stor entusiasme og aktivitet og at mange kommuner jobber aktivt for å fremme helse og trivsel. Samlet sett er det imidlertid stor variasjon i hvor systematisk kommunene følger opp dette arbeidet.

Nasjonale virkemidler for å sikre mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap

i folkehelsearbeidet er omtalt i kapittel 8 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

7.1 Styrke kapasitet og kompetanse

Regjeringen mener det er behov for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse til folkehelsearbeidet i kommunene. Folkehelsearbeid er en del av kommunenes samfunnsoppdrag og kommunene har et fortrinn gjennom å være nær dagliglivet gjennom universelle arenaer som barnehage, skole og nærmiljø, tilrettelegging for sosiale arenaer og samarbeid med frivillige. Kommunene har etter hvert fått god oversikt over utfordringene, men har for lite kompetanse på hvordan hensyn til folkehelse kan ivaretas i planlegging og i utforming av tiltak.

7.1.1 Program for folkehelsearbeid i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med kommunesektoren sette i gang et utviklingsarbeid med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene. Formålet er å bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse. Programmet skal rettes inn mot psykisk helse og rusforebygging. Barn og unge vil være en prioritert målgruppe. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet og programmet vil være et viktig virkemiddel for å integrere dette perspektivet i lokalt folkehelsearbeid.

Det er behov for sterkere virkemidler for å støtte det lokale folkehelsearbeidet. Programmet skal bidra til å styrke den tverrsektorielle innretningen og den politiske forankringen av folkehelsearbeidet. Videre skal programmet bidra til å utløse lokalt engasjement og gi drahjelp til lokale aktiviteter. Programmet skal bidra til å hindre utstøting og styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet. Aktuelle eksempler kan være å skape sosiale møteplasser, legge til rette for rusfrie tilbud, tilbud om åpen barnehage, tiltak for å styrke foreldre

ferdigheter, helsefremmende skoler og fritidsaktiviteter knyttet til skole og SFO.

Programmet bør innrettes slik at det legger til rette for utvikling av strukturer for å ivareta folkehelsearbeidet, utvikling av analysekompetanse og andre kompetansehevende tiltak eller utvikling av konkrete folkehelseiltak. Kommunene har behov for økt kompetanse for å foreta gode analyser av lokale folkehelseutfordringer og lokale datainnsamlinger.

7.1.2 Sterkere faglig støtte til kommunene

Fylkesmennene skal følge med på hvordan kommunene følger opp folkehelseoven som en 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 oversikt over folkehelseutfordringene etter loven. Disse oversiktene skal gi grunnlag for planstrategiene som skal foreligge i 2016. Det kan være aktuelt å vurdere om fylkesmannen bør styrke dialog med og veiledning av kommunene, for eksempel gjennom møter med kommunene i forbindelse med oppstart av planarbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgår nå kunnskaps- og kompetansesentre som er organisert utenfor helseforetakene. Kompetansesentrenes støtte til kommunene kan omfatte hjelp til kartlegging og støtte ved utforming av tiltak. Rollen til kompetansesentrene må ses i sammenheng med fylkesmannens, fylkeskommunens og eventuelt andre aktørers rolle.

Helsetjenesten er en premissleverandør når det gjelder å ivareta helsehensyn. Data og rapportering fra kommunehelsetjenesten bidrar til et helhetsbilde av helsetilstanden og risikofaktorene blant innbyggerne. Ulike former for screening, for eksempel veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bidrar med grunnlagstall for prioritering av innsatsområder i helsetjenesten så vel som i andre sektorer, og muliggjør innsats innenfor ulike levevaneområder. Erfaringsbasert kunnskap fra møtet med brukere og pasienter kan også være nyttig i kommunenes oversiktsarbeid.

Helsetjenesten skal bidra til å utvikle, gjennomføre og evaluere metoder og tiltak som kan brukes i helsetjenesten eller i andre samfunnssektorer for å bedre folkehelsen. Helsetjenesten har kunnskap om helseforhold, påvirkningsfaktorer og effektive tiltak, og bør bruke kunnskapen som grunnlag for grupperettede og befolkningsbaserte tiltak i tillegg til individrettet arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan være en bidragsyter inn i helse- og miljøspørsmål i kom-

Boks 7.1 Samhandlingsbarometeret i Sogn og Fjordane

Samhandlingsbarometeret er ein nettstad som skal gjere kunnskap tilgjengeleg for kommune- og spesialisthelsetenesta i Sogn og Fjordane, og styrke grunnlaget for samarbeid mellom sektorane. Nettstaden er utvikla i eit samarbeid mellom Helse Førde, kommunane og Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Nettstaden vil vere under kontinuerleg utvikling og innehalde data og prosjektarbeid av og i frå kommunane og helseforetaket. Formålet er å samle og presentere tilgjengeleg statistikk og annan informasjon som er særleg relevant for samhandling mellom helseforetaket og kommunane. Dette gjeld mellom anna informasjon om tilvisingspraksis og forbruk av spesialisthelsetenester, og indikatorar frå kommunane der ein ser føre seg at det vil skje endringar i samband med samhandlingsreforma. Å bygge ut nettstaden med nasjonale og lokale data som er relevante i høve til folkehelsearbeid, vil vere prioritert. Det skal organiserast nettverk i tilknytning til barometeret for analyse, refleksjon og drøfting av tiltak som statistikken gir grunnlag for.

Kilde: statistikk.samhandlingsbarometeret.no

munen, for eksempel kan skolehelsetjenesten påpeke og samarbeide med skoler om å bedre skolemiljøet eller varsle om levekårsutfordringer i enkelte boområder.

Spesialisthelsetjenestens kunnskap og kompetanse kan nyttiggjøres bedre i folkehelsearbeidet. Spesialisthelsetjenestens primæroppgave er å drive avansert behandling, men tjenesten har sterke fagmiljøer som kan utnyttes på en bedre og mer systematisk måte i det lokale folkehelsearbeidet. Det kan for eksempel være aktuelt å vurdere hvordan samhandlingsavtalene kan brukes på en måte som gir bedre forebyggende arbeid og tilfører kompetanse til kommunene.

7.2 Utvikle og spre metoder og verktøy

I arbeidet med å implementere folkehelseoven skal folkehelseprofilene videreutvikles og tilgangen på data til bruk i planleggingen skal bedres. Det skal også legges mer vekt på å utvikle og formidle god praksis og gode modeller.

7.2.1 Helsedata på kommunenivå

Folkehelseprofilene

Nasjonalt folkehelseinstitutt har siden 2012 laget folkehelseprofiler med data fra sentrale registre om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for kommuner og fylkeskommuner. Profilene er egnet til å få inntrykk av status på helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Statistikkområdene som inngår i profilene er data om befolkning og levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Folkehelseprofilene skal hjelpe lokale og regionale myndigheter med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Det er meningen at profilene skal suppleres med regional og lokal kunnskap.

Folkehelseinstituttet arbeider med å skaffe nye datakilder slik at innholdet i profilene kan utvides. Kommunene etterlyser blant annet flere data om helsefremmende faktorer og data om forskjeller innad i kommunene. Det skal utvikles flere indikatorer som på en enkel måte kan brukes for å beskrive levekår og faktorer som har betydning for innbyggernes psykiske helse og livskvalitet. Det skal presenteres mer data på bydelsnivå. For å kunne videreutvikle folkehelseprofilene er det behov for å bedre datagrunnlaget, utarbeide statistikk på bydelsnivå og gjøre det enklere å få tilgang til nødvendige data fra Statistisk sentralbyrå. I dag gjør for eksempel begrensninger i tilgang på data det vanskelig å presentere data om sosiale helseforskjeller. Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå har inngått en intensjonsavtale og en rammeavtale for å bedre tilgangen til data til folkehelseprofilene.

Et av tiltakene i Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014–2017) er at helsemyndighetene i samarbeid med justismyndighetene, barnevernmyndighetene og andre skal vurdere indikatorer for omfang av vold i nære relasjoner som kan gjøres tilgjengelig for kommunene. Folkehelseinstituttet har etablert en arbeidsgruppe som skal kartlegge hvilke tilgjengelige datakilder som finnes og hvor godt egnet disse er til å utvikle indikatorer på omfang av vold i nære relasjoner på kommunalt nivå. Gruppen består i tillegg til Folkehelseinstituttet av Helsedirektoratet, Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Politidirektoratet. Velferdsforskningsinstituttet Nova og Arbeids- og velferdsdirektoratet er også invitert til å delta i arbeidet.

Kommunene skal etter plan- og bygningsloven ivareta samisk samfunnsliv i planarbeidet og har behov for kunnskap om den samiske befolkning-

Boks 7.2 Folkehelseprofilene og Kommunehelsa statistikkbank

Folkehelseprofilene er unike rapporter for hver enkelt kommune og fylkeskommune. I profilene presenteres noen hovedtrekk ved befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, i form av korte tekster og enkle diagrammer. Profilene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Nøkkeltallene er valgt ut i fra hvilke data som er tilgjengelige, forebyggingspotensial og kjente folkehelseutfordringer. Opplysningene er fortolket statistikk fra ulike nasjonale registre. Denne typen informasjon er særlig egnet for å se hovedtrekk, trender og utvikling over tid, og som grunnlag for sammenlikninger. Folkehelseprofilene publiseres første kvartal hvert år sammen med årlig oppdatering av statistikkbanken.

Kommunehelsa statistikkbank kan benyttes for mer detaljert statistikk. Statistikkbanken er et nettbasert verktøy der det finnes flere indikatorer og muligheter for å vise statistikk fordelt på kjønn og aldersgrupper. Tallmaterialet kan fremstilles i form av tabeller, diagrammer eller kart.

gen. Folkehelseinstituttet vil i samarbeid med Senter for Samisk helseforskning vurdere hvordan data fra helse- og levekårsundersøkelsene som er gjennomført i kommuner i nord med både samisk og norsk bosetning (Saminor), kan brukes som grunnlag for å formidle kunnskap om samisk helse. I tillegg er det aktuelt å vurdere andre muligheter for å få fram data om samisk helse. Se nærmere omtale av Saminor i kapittel 8 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Fylkeshelseundersøkelser

Arbeidet med fylkeshelseundersøkelser skal videreutvikles. Folkehelseinstituttet utvikler nå maler for undersøkelsene i samarbeid med fylkeskommuner, KS og Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet gjennomfører i samarbeid med noen fylkeskommuner pilotundersøkelser i 2015. Arbeidet skal samordnes med de Europeiske helseundersøkelsene (EHIS).

Fylkeshelseundersøkelsene har som formål å gi kommunene data om helse- og sosiale forhold for å kunne gi bedre forutsetninger for å planlegge, iverksette og evaluere effekten av tiltak.

Folkehelseinstituttet er i forskrift om oversikt over befolkningens helse gitt i oppgave å utforme maler for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelsene. I forskriften ligger det en forventning om at fylkeshelseundersøkelser skal gjennomføres etter maler fra nasjonale helsemyndigheter.

Ungdata

Ungdata er et system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser. Temaene omfatter skole, familie, venner og fritidsaktiviteter og spørsmål om helse og levevaner, rus, kriminalitet og syn på framtiden. 283 av landets kommuner har i løpet av perioden 2010 til 2013 gjennomført Ungdata-undersøkelser. Det er Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova) ved Høgskolen i Oslo og Akershus og de regionale kompetansesentrene for rusfeltet som har det faglige ansvaret for undersøkelsene. Kommunene står for den praktiske gjennomføringen.

Ungdata-undersøkelsene gir gjennom kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen informasjon som er godt egnet til bruk i kommunalt plan- og utviklingsarbeid. Undersøkelsene gir verdifull informasjon om levekår, trivsel, trygghet, helse og levevaner. Ungdata er et viktig supplement til registerdata og lokale kilder. Undersøkelsene har vært prosjektfinansiert gjennom flere år, men i sammenheng med budsjettet for 2015 fikk de en mer permanent finansiering over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Lokale helseanalyser

Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2012 kurs i bruk av folkehelseprofiler og Kommunehelse statistikkbank. Alle kommuner fikk tilbud om å delta. Videre har Folkehelseinstituttet i samarbeid med Helsedirektoratet arrangert regelmessige samlinger for fylkeskommuner og fylkesmenn der ulike temaer knyttet til knyttet til kommunenes arbeid med å få oversikt over helsen i befolkningen, er tatt opp. Instituttet holder også foredrag om folkehelseprofiler og oversiktsarbeid for kommuner, fylker og andre aktører. I tillegg er veiledningsmateriale om bruk av folkehelseprofiler og statistikkbanker tilgjengelige på Folkehelseinstituttets nettsider, det skal for eksempel publiseres en opplæringsvideo i bruk av Kommunehelse statistikkbank i løpet av våren 2015.

Det er behov for å styrke kommunenes arbeid med å utarbeide analyser av folkehelseutfordringene og ta dem aktivt i bruk i ledelsen. Kommune-

reformen vil gjennom større kommuner kunne bidra til at det er lettere å bygge opp gode fagmiljø lokalt som kan foreta denne typen analyser. Samtidig vil endringer i kommunestrukturen kunne føre til at behovet for mer helhetlige analyser blir større.

Helseanalysene kan også være et utgangspunkt for å vurdere planlegging, styring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene. Mulighetene for å gjøre helseanalyser avhenger av tilgangen til relevant statistikk og styringsdata. Fylkesmennene i Trøndelag har fått i oppdrag å utvikle et verktøy som kan lette kommunenes planarbeid innfor helse og omsorgssektoren. Verktøyet vil hente informasjon fra ulike offentlige kilder, som Statistisk sentralbyrå, sykehusdata og annen offentlig statistikk. Åtte kommuner skal prøve ut verktøyet.

Spesialisthelsetjenesten kan bidra til å støtte kommunenes arbeid med helsedata og helseanalyser. Et eksempel på dette er samhandlingsbarometeret i Sogn og Fjordane, se boks 7.1. I Østfold har Sykehuset Østfold og kommunene som del av en overordnet samarbeidsavtale for å følge opp samhandlingsreformen, inngått avtale om å tilby hverandre data og statistikk som kan gi god styringsinformasjon til virksomhetene. Et klinisk utvalg for styringsdata har utarbeidet forslag til avtale om produksjon og utveksling av styringsdata mellom sykehuset og kommunene. Avtalen regulerer samhandling om styringsinformasjon og analysearbeid mellom kommunen og sykehuset.

7.2.2 Mer systematisk utvikling og formidling av kunnskap

For å møte lokale folkehelseutfordringer skal kommuner og fylkeskommuner iverksette nødvendige tiltak. Det er et stort behov for mer systematisk evaluering av lokale tiltak slik at tiltakene får en overføringsverdi og at kommuner kan lære av hverandre. Kunnskapsbaserte tiltak må tilpasses situasjonen i den enkelte kommune.

Helsedirektoratet og KS har gått sammen med folkehelsemyndighetene og kommuneorganisasjonene i Danmark, Sverige og Island om et felles prosjekt for å bringe fram kunnskap om lokalt arbeid for å redusere sosial ulikhet i helse. En tverrfaglig forskergruppe vil utforske hvilke mål, organisering, prosesser, kapasitet, kompetanse og verktøy som styrker gjennomføring av tiltak for å redusere sosial ulikhet på tvers av politikkområder. Analysen skal danne utgangspunktet for en rapport som formidler lokale erfaringer og praksiseksempler.

Boks 7.3 Lokal folkehelseprofil – Kristiansand kommune

Kristiansand har utarbeidet en lokal folkehelseprofil med styringsindikatorer innenfor følgende kategorier: demografi, helse, samfunnsdeltakelse, kompetanse, oppvekst, miljø og fysiske omgivelser og skadeforebygging. Innenfor hver kategori er det en hierarkisk struktur med indikatorer (ABC-struktur). Indikatorene er valgt ut med bakgrunn i vedtatt kommuneplan og kommunens utfordringsbilde. Formålet er å gi nødvendig og relevant informasjon for å styre mot kommunens definerte mål på områder der kommunene har mulighet til å påvirke situasjonen.

Indikatorene på nivå A kan bidra til å måle utviklingen på temaområder over tid og skaffe et overordnet bilde av status for Kristiansands befolkning. Indikatorene på nivå B måler status på konkrete utfordringer som kan gi utslag på enkelte indikatorer på nivå A. Indikatorene på nivå C er i all hovedsak grunnlagsdata. Kommunens enheter vil ofte jobbe på B-nivå og utfører gjerne tiltak som kan måles og gjøre utslag på dette nivået.

På A-nivå har kommunen valgt følgende indikatorer så langt:

- Demografi: befolknings- og alderssammensetning, etnisk sammensetning, forventet levealder, fordelingsprofil
- Helse: levevaner (røyking og snus), helse (KMI, sykefravær) livskvalitet (selvopplevd helse)
- Samfunnsdeltakelse: yrkesdeltakelse, utdanning, deltakelse i organisasjonsliv, inntektsulikhet, unge utenfor skolegang og arbeidsliv
- Kompetanse: utdanningsnivå, andel elever over laveste mestringsnivå

- Oppvekst: selvopplevd trivsel i skole, omsorgsovertakelse, andel barn under fattigdomsgrensa 0–18 år, andel omsorgsovertakelser blant barn 0–17 år, andelen barn 0–18 år som deltar på kulturarrangement eller aktiviteter
- Miljø og fysiske omgivelser: utvikle en felles indikator som kan beskrive et godt bomiljø (avstand til møteplass i nærmiljø, andel boenheter med mindre enn 500 meter til nærmeste tursti, andel boliger i rød, eller gul støysone, fordeling av boligmasse
- Skadeforebygging: ulykkesstatistikk (trafikk, hjemmet, arbeid, fritid, drukning, brann, fyrverkeri mm)

Det er et kontinuerlig arbeid å få på plass bedre data og indikatorer. Fra april 2015 er det planlagt at deler av datagrunnlaget kan hentes ut automatisk i en egen statistikk- og analyseportal som er under arbeid. Der kommunen har datagrunnlag vil utviklingstrekk også kunne vises geografisk på bydels- og grunnkrets nivå.

Den lokale folkehelseprofilen bidrar også til å bedre kvaliteten på kommunens arbeid med å definere kortsiktige periodemål for bedring av folkehelsen i kommuneplanens 4-årige handlingsprogram, både på sektornivå (spesifikke faglige folkehelsemål) og kommunenivå (felles folkehelsemål der alle sektorer bidrar). For perioden 2015–2018 er det felles tverrsektorielle periodemålet at færre ungdom skal falle utenfor utdanning og arbeidsliv.

Kommunen har også innført folkehelse som eget sjekkpunkt i Plan-, bygg- og oppmålingsetatsens mal for planbeskrivelser.

Helsedirektoratet har iverksatt en satsing med å utvikle og spre modeller for folkehelsearbeid i kommunene. Vestfold, Østfold og Sør-Trøndelag skal drive innovasjon og metodeutvikling i kommunene innenfor temaene 1) oversikt og analyse av folkehelseutfordringer, 2) helsekonsekvensutredninger og 3) planlegging for god folkehelse. Hver fylkeskommune vil knytte til seg et forskningsmiljø for evaluering og systematisering av erfaringer som vil presenteres på erfaringskonferanser våren 2015. Arbeidet skal legges opp slik at øvrige kommuner tilføres kunnskapen som utvikles.

I 2013 ferdigstilte Helsedirektoratet en veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og

påvirkningsfaktorer. Hensikten med veilederen er å bidra til forståelse av krav i folkehelseoven og forskrift om oversikt over folkehelsen. Veilederen gir råd om hvordan arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer kan utføres i praksis, i henhold til kravene.

Helsedirektoratet har utarbeidet en sjekklister for gjennomføring av helsekonsekvensutredninger med de viktige påvirkningsfaktorene kategorisert etter sektorer og tema. Relevansen for helse og trivsel er kort beskrevet. Verktøyet skal videreutvikles i samarbeid med kommuner i Østfold. Helsekonsekvensutredninger skal bidra til å synliggjøre hvordan beslutninger og tiltak kan påvirke helse og fordelingen av helse i befolkning.

gen. Vurdering av helsekonsekvenser kan bidra til at helsehensyn i større grad blir ivaretatt i politikkutformingen og til bedre samarbeid om slike problemstillinger på tvers av sektorer.

Helsedirektoratet har utviklet nettsiden Veiviser i lokalt folkehelsearbeid. Målet er at nettsiden skal gi faglig støtte og være et praktisk hjelpemiddel for kommunene. En første versjon ble lansert sommeren 2014. På sikt skal følgende tolv temaområder inngå: utdanning, inntekt, bolig, arbeid, fysisk miljø, sosialt miljø, skader og ulykker, tobakk, alkohol, ernæring, fysisk aktivitet og seksuell helse. Til alle disse temaene skal kunnskapsgrunnlag, regelverk, tiltak, virkemidler og eksempler omtales. I tillegg til temaområdene er det en egen omtale av systematisk folkehelsearbeid.

KS har startet opp et læringsnettverk for folkehelse som er et toårig utviklingsarbeid. Tema for utviklingsarbeidet er sosial ulikhet i helse, vanlige psykiske lidelser blant barn og unge, og frafall i videregående skole. Målet med nettverket er å løfte folkehelsearbeidet til et mer strategisk nivå, slik at helhetlig tilnærming erstatter enkelttiltak i kommuner og fylkeskommuner. Tidlig innsats og tverrsektorielt samarbeid er viktige elementer i dette arbeidet. I samarbeid med nettverket ønsker KS å utvikle verktøy som medlemmene av læringsnettverket, og andre kommuner og fylkeskommuner, kan støtte seg på i sitt arbeid. Verktøyet skal bidra til å styrke sammenhengende tiltak på tvers av sektorer. Nettverket bygger videre på allerede etablerte samarbeidsformer og skal stimulere til økt kompetanse på folkehelse i samfunnsutviklingen. Det er dialog og samarbeid mellom KS og Helsedirektoratet om læringsnettverket og om de tre erfaringsfylkene.

7.3 Bedre oversikt og mer koordinerte statlige føringer

Styringssystemet for det nasjonale folkehelsearbeidet skal videreutvikles. Oversikten over regionalt og lokalt folkehelsearbeid skal bedres og statlige føringer skal samordnes bedre.

7.3.1 Følge utviklingen i lokalt og regionalt folkehelsearbeid

Oversikten over utviklingen i folkehelsearbeidet skal bedres gjennom å videreutvikle folkehelseindikatorer i Kostra-systemet og supplere med kartlegginger hvert fjerde år. Bedre oversikt over regionalt og lokalt folkehelsearbeid er nødvendig

som grunnlag for å sikre mer relevante og mer samordnede statlige føringer.

Videreutvikle indikatorer i Kostra

Det er behov for å videreutvikle informasjonen om kommunalt folkehelsearbeid i Kostra. I 2013 rapporterte kommuner og fylkeskommuner om forankring av folkehelse i planer etter plan- og bygningsloven. For 2014 vil det i tillegg inngå spørsmål om oversikt over folkehelsen (kommunene) og om koordinering av folkehelsearbeidet (fylkeskommunene). I 2015 skal det arbeides med å sammenstille relevant informasjon i faktaark om folkehelse.

Kostra er det nasjonale informasjonssystemet som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Informasjon om kommunale og fylkeskommunale tjenester, bruk av ressurser på ulike tjenesteområder og egenskaper ved befolkningen blir registrert og sammenstilt for å gi relevant informasjon til beslutningstakere i kommuner, fylkeskommuner og staten. Informasjonen skal gi bedre grunnlag for analyse, planlegging og styring i kommuner og fylkeskommuner, og for å vurdere om de nasjonale målene nås.

Utvikling av indikatorer for kommunenes folkehelsearbeid vil også kunne brukes som grunnlag for data i folkehelseprofilene på samme måte som profilene i dag inneholder data om helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Kartlegging hvert fjerde år

Helsedirektoratet vil gjennomføre en bred kartlegging av folkehelsearbeidet i kommuner og fylker hvert fjerde år. Kartleggingen skal inngå som en del av grunnlaget for direktoratets rapport om status og anbefalinger til arbeidet med folkehelsemeldingene som skal legges fram i hver stortingsperiode.

Det er krevende å følge med på hvordan folkehelsearbeidet utvikler seg i norske kommuner og fylkeskommuner. Siden arbeidet skal ta utgangspunkt i utfordringene i den enkelte kommune og fylkeskommune, vil tiltakene variere mellom kommunene. En kartlegging vil gjøre det mulig å fange opp bredden i det lokale og regionale arbeidet. Kartleggingen som ble gjennomført i forkant av folkehelseloven har gitt viktig informasjon som både kan brukes for å tilpasse statlige føringer og virkemidler og for å støtte opp under det lokale folkehelsearbeidet.

7.3.2 Statlige føringer

Bakgrunnen for at regjeringen legger fram folkehelsemeldingen i forkant av kommunevalget er at den skal legge grunnlaget for nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Kommunal- og moderniseringsdepartementet sender et forventningsdokument til kommuner og fylker hvert fjerde år som skal ligge til grunn for planlegging etter plan- og bygningsloven. Forventningsdokumentet kan legge grunnlaget for bedre samordning mellom nasjonal folkehelsepolitikk og regionalt og lokalt folkehelsearbeid.

Embetsoppdragene til fylkesmannen kan til dels oppfattes som lite koordinerte på folkehelseområdet og det skal gjøres et arbeid for å få til en bedre koordinering på tvers av departementer. Det er som oppfølging av Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen etablert et tettere samarbeid mellom berørte departementer om folkehelsearbeidet. Formålet er blant annet å sørge for at folkehelsepolitikken er forankret på tvers av departementer og direktorater, og å få til bedre samordning av styringssignaler.

Boks 7.4 Støtte til folkehelsearbeidet i kommunene

Regjeringen vil:

- Sette i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren og KS med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid
- Utvide innholdet i folkehelseprofilene med data på bydelsnivå og flere data om forhold som fremmer helse
- Styrke arbeidet med å utvikle metoder og verktøy til bruk i lokalt folkehelsearbeid
- Bygge opp kunnskap om implementering i kommunene og legge til rette for mer systematisk evaluering av tiltak og formidling av god praksis
- Sørge for bedre koordinering av statlige føringer til kommunene
- Følge utviklingen i folkehelsearbeidet gjennom å etablere flere indikatorer i Kostra og gjennomføre kartlegginger hvert fjerde år

8 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Regjeringen vil legge til rette for en mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Et effektivt folkehelsearbeid av god kvalitet må bygge på kunnskap om helse og helseutfordringer, hva som påvirker helsen og hvilke virkemidler og tiltak som har effekt.

Innsats må rettes mot sentrale helseutfordringer og påvirkningsfaktorer for disse. Dette krever gode helseanalyser, nasjonalt, regionalt og lokalt. Det er et mål at det skal finnes helseregistre innenfor alle de sentrale sykdomsområdene. Regjeringen vil etablere et register over psykiske lidelser og ruslidelser. Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt skal videreutvikles for å bedre kunnskapen om ulike risikofaktorer og sykdommers bidrag til sykkelighet og dødelighet i befolkningen.

Regjeringen vil ta i bruk de virkemidlene som mest effektivt er tilpasset utfordringene. Derfor er det nødvendig med tiltaksforskning og systematisk vurdering av effekten av tiltak gjennom følgeforskning, evalueringer og kunnskapsoppsummeringer. Forskningen på folkehelseområdet skal dreies mot definerte kunnskapsbehov og det skal legges mer vekt på tiltaksforskning. Gjennomføring av nasjonale tiltak skal i større grad legge til rette for utprøving og evaluering. Skal kunnskapen komme til nytte i folkehelsearbeidet må den formidles og tas i bruk både nasjonalt og lokalt. Se også omtale i kapittel 7 Støtte til folkehelsearbeid i kommunene.

8.1 Helsedata og helseanalyser

Regjeringen vil vurdere tiltak for å styrke innsamlingen av helsedata i sammenheng med oppfølging av Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning og HelseOmsorg 21. Registerdata, biobanker og befolkningsundersøkelser er viktig infrastruktur for forskning, kvalitetsforbedring av tjenestene, styring og bedre folkehelsearbeid. Regjeringen vil legge til rette for etablering av fellesregistre¹ på alle sentrale sykdomsområder, vurdere løsninger for å sikre finansiering av store

datainnsamlinger, videreutvikle nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt og bedre oversikten over livsstilsfaktorer som har betydning for befolkningens helse.

Helseanalysene skal bidra til kunnskap om forskjellige sykdomsgrupper og risikofaktorer bidrag til dødelighet og sykkelighet i befolkningen. Norge har et godt utgangspunkt for å gjøre gode og helhetlige helseanalyser gjennom sentrale helseregistre og befolkningsundersøkelser. Fortsatt mangler vi imidlertid en helhetlig beskrivelse av folkehelse og sykdomsbilde i Norge. Vi mangler gode data om forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen, forhold som fremmer psykisk helse og trivsel, data om sentrale livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet og ernæring, sentrale biologiske risikofaktorer som overvekt, blodtrykk og kolesterol og funksjonsnivå i den eldre delen av befolkningen. Videre er det behov for mer systematisk oversikt over grunnleggende og bakenforliggende faktorer som påvirker helse, sosiale forskjeller i helse og om helsen til innvandrerbefolkningen. Datagrunnlaget er spesielt mangelfullt på kommunenivå.

8.1.1 Helseregistre og biobanker

Arbeidet med å modernisere og samordne helseregisterfeltet i regi av Nasjonalt helseregisterprosjekt skal videreføres. Det er et mål at det skal finnes helseregistre innenfor alle store sykdomsområder for å ivareta pasientsikkerheten, kvaliteten på tjenestene og beredskapsformål. Det er satt i gang et omfattende arbeid for å modernisere og samordne sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Viktige utviklingsområder er fellesregistermodellen og felles tekniske løsninger. En revidert helseregisterlov trådte i kraft 1. januar 2015. Loven legger til rette for enklere, tryggere og mer effektiv bruk av data fra helseregistre.

Gode helseregistre er et viktig fundament for utviklingen av kunnskap om årsaker og effekt av tiltak. Norge har i dag 17 sentrale helseregistre. Registerne inneholder relativt få opplysninger, men har til gjengjeld opplysninger om mange individer. Registerne har stor verdi, fordi de omfatter

¹ Etablering av fellesregistre innebærer å samle registre i klynger innenfor ulike fagområder.

alle i de aktuelle befolkningsgruppene, for eksempel alle fødende og alle dødsfall. Registrene kan gi viktig informasjon om fødsel, sykdom og død og utviklingen av helsetilstanden over tid. Analyser av data fra Medisinsk fødselsregister og Dødsårsaksregisteret har for eksempel vist hvordan antall barn som døde i krybbedød falt kraftig da det ble slutt på å legge spedbarna på magen.

I handlingsplanen for helseregisterprosjekt for perioden 2014–2015 er oppmerksomheten rettet mot utvikling av felles brukertjenester og forenkling av arbeidsprosesser. Innsamling av data til registrene er i dag fragmentert og tungvint, og skjer i mange tilfeller ved hjelp av gammel teknologi. Utvikling av registrerdata for psykiske lidelser og ruslidelser, data om legemiddelbruk i institusjon (omfattes ikke av dagens reseptregister) og register for kommunale helse- og omsorgstjenester er prioriterte områder. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal, i samarbeid med Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, utarbeide en plan for utredning av eventuelle nye fellesregistre.

Regjeringen vil etablere et fellesregister for psykiske lidelser og ruslidelser. Registeret skal gi ny kunnskap om forekomst, risikofaktorer, effekt og kvalitet på behandling. Nasjonalt folkehelseinstitutt har fått i oppdrag å utrede hvordan dette kan løses basert på data fra allerede eksisterende nasjonale registre. Registeret skal bidra til en helhetlig oversikt over psykiske lidelser og ruslidelser basert på gjenbruk av data fra eksisterende datakilder. I tillegg vil det være aktuelt å legge til rette for etablering av kvalitetsregistre. Registeret vil gi ny kunnskap om forekomst, risikofaktorer og årsaker, og om effekt og kvalitet på behandling. Utvikling av data om legemiddelbruk i institusjon vil bli nærmere omtalt i den kommende stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken.

Det er i budsjettet for 2015 bevilget midler til utvikling av register for kommunale helse- og omsorgstjenester, KHOR. Etablering av KHOR vil gi ny og viktig kunnskap både gjennom helse- og omsorgstjenesteforskning, epidemiologisk forskning og helseanalyser, som grunnlag for kvalitetsregistre og i klinisk forskning. Selv med registre som for eksempel Norsk pasientregister, Kreftregisteret og Medisinsk fødselsregister som gir verdifulle grunnlag for forskning, er kunnskapen om behandling i primærhelsetjenesten mangelfull. Store deler av pasientbehandling og oppfølging av pasientene skjer i kommunene. KHOR vil gi bedre muligheter for helseanalyser og epidemiologisk forskning og gi viktige bidrag til folkehelsearbeidet. Data fra registeret vil kunne bidra til utvikling, styring og forbedring av tjenester som gis til

Boks 8.1 Biobank Norge

Biobank Norge er finansiert av Norges Forskningsråd med 80 mill. kroner. Prosjektperioden er forlenget fram til og med 2018. Ni partnere samarbeider om prosjektet: Universitetet i Tromsø, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo, NTNU, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Visjoner og vitenskapelige mål er at Biobank Norge skal:

- være en nasjonal og meget kompetent infrastruktur innen helseforskning
- maksimere bruken av biobanker som basis for førsteklasses forskning og innovasjon og ytterligere øke vår evne til å delta i internasjonalt forskningssamarbeid
- legge til rette for internasjonalt konkurransedyktige biobanktjenester innen basal, klinisk og epidemiologisk forskning

Det er to nasjonale biobanker i Norge, en klinisk biobank og en populasjonsbasert biobank. Den kliniske biobanken er lokalisert ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og omfatter kliniske biobanker for de fire regionale helseforetakene, Kreftregisteret og Janusbanken. Den populasjonsbaserte biobanken er lokalisert ved Hunt forskningssenter ved NTNU og omfatter biobanker for Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, NTNU, Universitetet Tromsø og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Kilde: www.ntnu.no/biobanknorge

pasienter og brukere etter lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene og til oppfølging av kommunenes oppgaver gitt i folkehelseloven. Registeret vil bli nærmere omtalt i den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

For å gjennomføre helseanalyser er det behov for å kople opplysninger fra helseregistrene med data fra andre sektorer. For eksempel vil kopling mellom helseregistre og data om yrke og næring være svært relevant for det forebyggende arbeidet i arbeidslivet og for analyser av folkehelseutfordringer mer generelt. Videre vil kopling mellom helseregistrene og data om en rekke andre sosiale bakgrunnsfaktorer være av stor betydning for analyser av årsaker til helseproblemer og til sosiale forskjeller i helse. En viktig del av arbeidet

for å få gode helseanalyser er å legge til rette for slike koplinger.

8.1.2 Befolkningsundersøkelser

Regjeringen vil, som en oppfølging av Langtidsplan for forskning og høyere utdanning og Helse-Omsorg21, vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger. Forskningsrådet finansierer per i dag ikke store datainnsamlinger, verken under helseforskningsprogrammene eller infrastrukturprogrammet.

Helseregistre er nødvendige, men ikke tilstrekkelige datakilder til å kunne følge helsetilstanden i befolkningen. Stadig flere mennesker lever med ikke-smittsomme sykdommer som tidligere var forbundet med tidlig død, for eksempel diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og kreft. Risikoen for slike sykdommer øker med alderen, og i en aldrende befolkning vil det bli flere kronisk syke.

Krefregisteret, Norsk pasientregister og Hjerte- og karregisteret inneholder data som gjør at det er mulig å følge utviklingen i antall tilfeller som er så alvorlige at de behandles i spesialisthelsetjenesten. Men det vil fremdeles være behov for å følge utviklingen i overvekt og fedme, forstadier til diabetes type 2, kroniske lungesykdommer og demens. I tillegg inneholder helseregistrene begrenset informasjon om utviklingen i risikofaktorer som kolesterol, blodtrykk, blodsukker, vekt, kroppsmasseindeks, og bruk av alkohol og andre rusmidler.

Systematiske og gjentatte landsrepresentative helseundersøkelser trengs for å samle data om faktorer som har betydning for helsen, for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, overvekt og bruk av tobakk. Etter 2003 har det ikke vært gjennomført systematiske, landsrepresentative helseundersøkelser med blodprøver og fysiske målinger blant voksne. I dag har vi derfor mangelfull kunnskap om hvordan for eksempel blodtrykk, kolesterol, blodsukker, vekt og andre kjente risikofaktorer har utviklet seg i et representativt utvalg av hele den norske befolkningen.

Det foreligger en rekke planer om nye datainnsamlinger som mangler finansiering. Det gjelder flere av de regionale helseundersøkelsene som er samlet under fellesbetegnelsen Cohort of Norway (Conor). Dette er en samling helsedata og blodprøver fra Troms og Finnmark, Nord-Trøndelag (Hunt), Oppland, Hedmark, Hordaland og Oslo. Det er planer om å gjennomføre en sjuende Tromsø-undersøkelse fra 2015 og en fjerde Hunt-undersøkelse i 2017. Tromsø-undersøkelsen star-

Boks 8.2 Saminor

Senter for samisk helseforskning har gjennomført en helse- og levekårsundersøkelse to ganger med omlag 10 års mellomrom i kommuner i nord med både samisk og norsk bosetning (Saminor). Saminor kan gi tverrsnittsinformasjon om nordnorsk befolkning med ti års intervall. I tillegg kan Saminor 1 og Saminor 2 kobles sammen og mot ulike registre og gi informasjon om utvikling av helseindikatorer og sykdommer over tid. Saminor 1 ble gjennomført 2003–2004. Totalt ble 24 kommuner besøkt i de tre nordligste fylkene, Nord- og Sør-Trøndelag. I 6 av kommunene ble bare enkeltkretser besøkt. Alle innbyggere i aldersgruppen 30 år og 36 til 79 år var invitert til Saminor 1. Totalt deltok nesten 17 000 personer. Saminor 2 ble gjennomført mellom januar 2012 og juni 2014. Undersøkelsen foregikk i to trinn. I trinn 1 ble et spørreskjema sendt til alle mellom 18 og 69 år i totalt 25 kommuner. Trinn 2 ble gjennomført i perioden høsten 2012 til juni 2014. Totalt ble ti kommuner besøkt. Fem kommuner i Finnmark, fire kommuner i Troms og én kommune i Nordland. Alle innbyggere mellom 40 og 79 år ble invitert til en klinisk undersøkelse og utfylling av et nytt spørreskjema. Totalt ble 6000 personer undersøkt.

tet i 1974. Mer enn 40 000 personer har deltatt i en eller flere av de seks undersøkelsene som er gjennomført. Data fra undersøkelsene brukes til forskning på forekomst, forebygging og behandling av sykdom, hva som fremmer god helse og hva som er årsaker til helseproblemer. Hunt-undersøkelsen er nærmere omtalt i boks 8.3.

I samme periode planlegger Folkehelseinstituttet en undersøkelse av den andelen av deltakerne i Conor som ikke inngår i Hunt 4 eller Tromsø 7, om lag 100 000 personer. Conor vil inneholde helsedata fra om lag 200 000 personer, data som legger grunnlaget for framtidens folkehelsearbeid. Folkehelseinstituttet har planer om å samle alle disse komponentene i en stor landsdekkende helseundersøkelse som omfatter alle aldersgrupper, og inkluderer både blodprøver og fysiske målinger (for eksempel høyde og vekt, blodtrykk og kolesterol), og som gjennomfører et klinisk intervju på et representativt utvalg med spesielt fokus på psykiske lidelser og ruslidelser og funksjonsnivå hos eldre. Dette gir mulighet for

komplette data på et stort utvalg personer hvor Norge allerede har gjort store investeringer gjennom tidligere datainnsamlinger, inkludert innsamling av biologisk materiale.

Høgskolen i Oslo og Akershus har planer om om å gjennomføre en ny stor datainnsamling i tilknytning til den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (Norlag). En slik datainnsamling vil gi verdifull kunnskap om eldres levekår og endringer og utviklingstrekk i eldregenerasjonene.

Statens institutt for rusmiddelforskning vil gjennomføre en ny befolkningsundersøkelse om alkohol og arbeidsliv i 2015. Utviklingen skal følges med gjentatte undersøkelser over en fireårsperiode. Siste måling vil bli gjennomført i 2018. Prosjektet omfatter både en kvantitativ befolkningsundersøkelse og kvalitative dybdeintervjuer med ansatte og ledere for å kartlegge drikkekultur i arbeidslivet.

Boks 8.3 Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt)

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt) gjennomføres av Hunt forskningssenter i Levanger som er forankret ved Det medisinske fakultet ved NTNU.

Hunt er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning. Data er samlet inn gjennom tre befolkningsundersøkelser, Hunt 1 (1984–1986), Hunt 2 (1995–1997) og Hunt 3 (2006–2008), og Ung-Hunt fra 1995–1997, 1999–2000 og 2005–2008. Til sammen har 120 000 personer samtykket til at anonymiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelige 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.

Til nå har nær 125 doktorgrader blitt avlagt basert på Hunt-data, mer enn 600 vitenskapelige artikler er publisert og over 350 pågående forskningsprosjekter bruker materialet. Forskning på datamaterialet har bidratt med ny og viktig kunnskap om de store folkehelseutfordringene, inkludert kunnskap om sosiale og geografiske forskjeller i helse og påvirkningsfaktorer. Den fjerde undersøkelsen, Hunt 4, er under planlegging og er tenkt gjennomført fra 2017.

Se også omtalen av kommunehelseprofiler, fylkehelseundersøkelser og Ungdata i kapittel 7 Støtte til folkehelsearbeidet i kommunene.

8.1.3 Andre datakilder

Regjeringen vil bedre oversikten over livsstilsfaktorer. Det pågår et arbeid med å overføre oppgaver fra Helsedirektoratet til Folkehelseinstituttet på områdene ernæring og fysisk aktivitet, og det kan være aktuelt å samle flere oppgaver ved Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet og Mattilsynet samarbeider om overvåking av utviklingen i norsk kosthold. Dataene brukes til utforming og evaluering av ernæringspolitikken, risikovurderinger i regi av Vitenskapskomiteen for mattrygghet og rapportering til European Food Safety Authority (EFSA). Helsedirektoratet og Mattilsynet samarbeider også om det nettbaserte beregningsprogrammet Kostholdsplanleggeren (Mat på data) og et kostberegningssystem for overvåkings- og forskningsformål. Innholdet av næringsstoffer og uønskede stoffer i fisk og annen sjømat er tilgjengelig på nifes.no/sjomatdata.

Helsedirektoratet utgir en årlig rapport om utviklingen i norsk kosthold basert på matforsyningsstatistikk og data fra Statistisk sentralbyrå. Dette gir data om tilgjengeligheten av mat. Omfattende undersøkelser over det reelle matinntaket gjøres om lag hvert tiende til 15. år for spedbarn, barn, ungdom og voksne. Det er i tillegg behov for hyppigere, enkle undersøkelser for å følge utviklingen tettere for raskere å kunne fange opp mulige effekter av trender som lavkarbodietter o.l.

8.1.4 Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt

Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt skal videreutvikles for å få bedre kunnskap om ulike risikofaktorer og sykdomsgruppers bidrag til dødelighet og sykdom i befolkningen. Nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt skal gjennomføres i samarbeid med det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet. Resultatene vil være nyttige for prioritering av helsetjenester, forebyggende tiltak og medisinsk og helsefaglig forskning. Den siste rapporten fra det internasjonale prosjektet viser at det er usunt kosthold som gir flest tapte leveår på grunn av tidlig død i Norge. På de neste plassene følger røyking, høyt blodtrykk, overvekt og fedme, mangel på fysisk aktivitet, høyt kolesterol, forhøyet blodsukker, alkohol og stoffmisbruk. Så langt er det ikke gjen-

nomført store nasjonale sykdomsbyrdeanalyser i Norge.

8.2 Forskning og utvikling

Regjeringen vil legge til rette for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Forskningen på folkehelseområdet skal dreies mot definerte kunnskapsbehov og det skal legges mer vekt på tiltaksforskning. Gjennomføring av nasjonale tiltak skal i større grad legge til rette for utprøving og evaluering.

Behovsidentifisert forskning

For at resultatene fra forskningen i større grad skal være nyttige for folkehelsearbeidet, vurderes mulighetene for at deler av Helse- og omsorgsdepartementets tildeling til helseforskning gjennom Norges forskningsråd i større grad rettes inn mot behov identifisert av folkehelseaktørene, forvaltningen, beslutningstakerne, brukere eller andre interessenter. Dette vil kunne gjennomføres ved å innføre et nytt virkemiddel i Forskningsrådet, kalt behovsidentifisert forskning, som skal supplere dagens modell for utlysning av forskningsmidler. En andel av midlene for de programmene Helse- og omsorgsdepartementet finansierer gjennom Forskningsrådet reserveres behovsidentifisert forskning og lyses ut og behandles etter egen modell. Det innebærer videre at det må etableres systemer for kunnskapsinnhenting, spissing av problemstillinger, evaluering og prioritering av hvilke problemstillinger det bør forskes på, og for brukerinvolvering. Prosjektsøknadene vil vurderes likt for nytte og kvalitet.

National Institute for Health Research (NIHR) i England har en slik tilnærming i sitt folkehelseprogram. Deres erfaringer er at en større andel av forskningsmidlene i programmet kanaliseres til forskningsprosjekter som er tiltaksrettede og som vil understøtte beslutningsgrunnlaget for folkehelsearbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet vil først teste ut virkemiddelet i sammenheng med etablering av nytt stort program om helse, omsorgs- og velferdstjenester i regi av Norges forskningsråd.

Kommunal folkehelseforskning

Det skal utredes nærmere hvordan kommuner i større grad kan bidra til folkehelseforskning. Målet er å knytte forskningen nærmere utprøving og implementering av tiltak for å få bedre doku-

mentasjon på hvilke tiltak som er effektive. Det kan være aktuelt å knytte tilskudd til kommuner sterkere opp til forskning og evaluering. Dette kan bidra til at kommunens ansvar for forskning og utvikling klargjøres, folkehelse ivaretas i kompetanseløftet i kommunene og det legges bedre til rette for samarbeid mellom kommuner og forskningsinstitusjoner.

Folkehelseinstituttet har etablert en enhet for å bistå med regional og lokal uttesting av tiltak, kvalitetssikre og videreutvikle dokumenterte tiltak for lokale forhold, og evaluere større programmer. Kompetansemiljøet skal bidra til systematisk utprøving, sikre at brukere involveres i utforming av tiltak og at det blir lagt til rette for at evalueringskompetanse trekkes tidlig inn i planleggingen. Miljøet skal være en ressurs og støtte til andre forsknings- og utviklingsmiljøer som driver tiltaksforskning. Miljøet skal samarbeide med Helsedirektoratet, Nasjonalt Kunnskapsenter for helsetjenesten, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene, brukerorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner.

Kunnskap om kjønnsforskjeller i helse

Uønsket ulikhet i helse mellom kvinner og menn må synliggjøres for å legge til rette for en best mulig folkehelse. Kjønn som dimensjon i helse er viktig av flere årsaker. I tillegg til de biologiske og fysiologiske forskjellene mellom kvinner og menn, kan rollemønstre, sosial ulikhet og bruk av helse- og omsorgstjenester påvirke kvinners og menns helse og atferd på ulik måte.

Kjønn i helse handler om både kvinner og menn. Enkelte sykdommer rammer menn i større utstrekning enn kvinner. Menn lever kortere enn kvinner og mottar i mindre grad behandling for psykiske plager. Forventninger til mannens rolle kan påvirke hvordan menn forholder seg til sykdom og hvordan helsevesenet forholder seg til dem. Kvinner lever lengre enn menn og har et mer komplisert sykdomsbilde. Kvinner har flere diagnoser, mer sammensatte helseutfordringer og et høyere forbruk av legemidler. Kvinner er overrepresentert i demensstatistikken.

NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge avdekket stor kunnskapsmangel om kvinnehelse. Siden den gang har det vært forsket mer på kvinners helse, blant annet gjennom Forskningsrådets satsing med øremerkede forskningsmidler på kvinnehelse. Helsedirektoratet har i 2014 utarbeidet en rapport om status for utfordringene som ble skissert i kvinnehelsestrategien. Det er fremdeles behov for å videreutvikle kunnskapen om

betydningen av kjønn, blant annet når det gjelder kroniske smertetilstander, utmattelsessyndrom, innvandrerkvinnens helse, yrkesaktivitet, sykdom og uførhet, og eldre kvinners helse. Kjønnsperspektivet skal ivaretas i evaluering av tiltak, og kjønn bør inngå i studier av normativ atferd.

Internasjonalt forskningssamarbeid

Norge deltar i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020, og er en del av European Research Area (ERA). Et viktig virkemiddel innen ERA er fellesprogrammene i EU (Joint Programming Initiatives), som har som formål å forene og gjøre felles bruk av landenes nasjonale forskningsressurser for å møte felles utfordringer. Fellesprogrammet for helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (JPI-HDHL) og fellesprogrammet for antimikrobiell resistens (JPI-AMR) er spesielt viktige for folkehelseområdet. Fellesprogrammene er åpne for land utenfor EU/EØS. Norge samarbeider med 18 andre europeiske land og Canada i fellesprogrammet for antimikrobiell resistens. Programmet skal implementere en ambisiøs forskningsagenda som blant annet kan være til nytte i det arbeidet Verdens helseorganisasjon nå gjør for å mobilisere landene til en innsats mot antibiotikaresistens. I fellesprogrammet for helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer deltar 25 europeiske land og Canada. Programmet omfatter forskning på faktorer som påvirker kosthold og fysisk aktivitet, kosthold og matproduksjon og kostholdsrelaterte kroniske sykdommer. Gjennom Norges forskningsråd er det øremerket midler til deltakelse både i nettverk innenfor Joint Programming Initiative A Healthy diet for a Healthy Life og Antimicrobial Resistance. Forskningsrådet deltar som observatør i det felles europeiske infrastrukturensamarbeidet Biobanking and biomolecular Resources Research Infrastructure (BBMRI), og i partnerskapssamarbeid som Innovative Medicines Initiative (IMI) og Ambient Assisted Living (AAL).

Alle forskningsprogrammene som Helse- og omsorgsdepartementet finansierer gjennom Norges forskningsråd, herunder Folkehelseprogrammet og Miljøpåvirkning og helse åpner for deltakelse i EU-forskning. Forskningsrådets program for global helse- og vaksinasjonsforskning finansierer en rekke prosjekter av betydning for den globale folkehelsen.

Nordisk forskningssamarbeid

Nordisk forskningssamarbeid skjer i dag i første rekke gjennom Nordforsk, som er et selvstendig organ under Nordisk ministerråd. Nordforsk finansierer forskningssamarbeid og gir råd til ministerrådet i forskningspolitiske spørsmål.

Gjennom Nordforsk gis det bidrag til flere forskningssatsinger innen helse. Det gjelder blant annet det nordiske programmet for helse og velferd, som har som målsetting å bedre befolkningens helse ved å finne løsninger på samfunns- og folkehelseutfordringene gjennom fremragende forskning. Programmets varighet er fra 2014 til 2018. Et annet eksempel er det nordiske initiativet Nordic Biobank Network som er et samarbeid mellom de ulike nordiske lands nasjonale biobankinfrastrukturer. Dette består av biobanknettverk i Sverige, Finland, Norge, Estland og Danmark, og forskere fra Island og Færøyene. Gjennom nettverket kan de nordiske landene oppnå felles forskningsresultater, og nettverket kan bidra til å styrke forskningen på området. Nettverket ønsker også å bidra med nordisk ekspertise i utviklingen av det europeiske biobanksamarbeidet i Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure (BBMRI).

Sommeren 2014 avleverte Bo Könberg en rapport om nordisk folkehelsesamarbeid til Nordisk ministerråd. Rapporten omfatter 14 forslag med en tidshorisont på fem til ti år. Et av forslagene er å etablere et nordisk virtuelt senter for registerbasert forskning. Tanken er å styrke forskningen i hvert enkelt land gjennom å bedre tilgangen til datakilder i nordiske land. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om Nordforsk i større grad kan brukes som mekanisme til å koordinere nordisk samarbeid på forskning på folkehelseområdet, blant annet som oppfølging av Könberg-rapporten.

Embetsmannskomiteen for helse under Nordisk ministerråd har vedtatt at det fortsatt skal satses på folkehelse i det nordiske samarbeidet. Norge vil foreslå å legge en del folkehelseoppgaver til Nordens velferdssenter (NVC) som er lokalisert i Sverige og Finland. Nordens velferdssenter er Nordisk ministerråds hovedorgan for å fremme utviklingen på det sosialpolitiske området i Norden. Gjennom utdanning, informasjon, fremming av forskningssamarbeid og spredning av forskningsresultater skal Nordens velferdssenter styrke kvaliteten innenfor det sosialpolitiske området i Norden og gjennom denne innsatsen bidra til å utvikle den nordiske velferdsmodellen.

Andre sentrale utviklingsområder

Det er behov for å styrke kunnskapen om forhold som påvirker psykisk helse og trivsel og hvilke virkemidler og tiltak som er effektive for å skape et helsefremmende samfunn og forebygge psykiske problemer og lidelser. Forskning som er relevant for psykisk helse i folkehelsearbeidet foregår ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og i en rekke miljøer ved universitetene og høyskolene. Psykisk helse har vært et prioritert område i Folkehelseprogrammet i Norges forskningsråd. Programstrukturen på helseområdet er under revisjon, og det legges opp til færre og større programmer. Et nytt større folkehelseprogram fra 2016 vil også omfatte forskning om forhold som fremmer psykisk helse og livskvalitet.

Det er behov for å styrke forskningsområdet mat, ernæring og helse, jf. Langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Forskning om sammenhengen mellom mat, ernæring og helse foregår i regi av ulike forskningsprogrammer i Norges forskningsråd. Det er behov for en felles koordinert satsing, der forskningsmidler fra ulike sektordepartementer ses i sammenheng. Forskningen bør omfatte kunnskap om effektive kostholds- og livsstilsbaserte strategier for å optimalisere helse og redusere risiko, eller utsette tidlig forekomst av kostholdsrelaterte sykdommer. Økt kunnskap om sammenhengen mellom mat, ernæring, miljø og helse vil bidra til et sunnere kosthold og dermed bedre helse, og legge grunnlag for produksjon av sunne og trygge råvarer og produkter, og økt innovasjon og verdiskapning. Slik forskning er også viktig for å understøtte Norges deltakelse i JPI A Healthy Diet for a Healthy Life, et initiativ fra EU som dekker hele matområdet fra primærproduksjon til konsum. Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning (Nifes) er prosjektleder for Fish Intervention Studies som er den største enkeltsatsingen på helseeffekter av sjømat og helse i Norge. Sammen med mer enn 25 partnere skal Nifes i løpet av fire år etablere ny kunnskap innenfor psykisk helse og fedme.

Helsedirektoratet har i løpet av det siste året satt i gang flere prosjekter for å styrke kunnskapsgrunnlaget på rus og arbeidsliv. Det er behov for å samordne kunnskapsmiljøene. Forskningen på rusmiddelbruk og konsekvenser av rusmiddelbruk i arbeidsliv har primært vært dominert av forskere med kompetanse på rus. Det er ønskelig å involvere forskere med kompetanse på HMS-spørsmål og psykososialt arbeidsmiljø i arbeidet.

8.3 Kunnskapsbasert praksis

8.3.1 Evaluering og kunnskapsoppsummering

Det er nødvendig å bedre dokumentasjonen på effekt av tiltak. Nasjonale tiltak skal i større grad legges til rette for utprøvinger, kunnskapsoppsummeringer og evalueringer. Det skal bygges opp et bedre system for evaluering av tiltak ved å legge til rette for bedre kopling mellom utvikling av kunnskap og politikkkutforming. Forskningsmiljøer bør tidligere inn i arbeidet med å utforme tiltak for å sikre mer kunnskapsbaserte tiltak og for å legge til rette for systematisk evaluering.

Det er behov for å videreutvikle metoder for kunnskapsoppsummering som kan håndtere komplekse årsakssammenhenger, sammensatte tiltak på folkehelseområdet og organisering av helse- og omsorgstjenester. De metodene som brukes i dag er i hovedsak utviklet for avgrensede tiltak rettet mot enkeltpasienter. Folkehelseinstituttet er i ferd med å bygge opp kapasitet og kompetanse på sys-

Boks 8.4 Fire fagråd oppnevnt av Helsedirektoratet

Fra 2015 har Helsedirektoratet oppnevnt fire nasjonale fagråd knyttet til folkehelse og forebygging. De nye fagrådene er fagråd for sosial ulikhet i helse, nasjonalt råd for tobakksforebygging, nasjonalt råd for fysisk aktivitet og nasjonalt råd for ernæring.

Fagrådene skal primært understøtte Helsedirektoratets fagrolle og styrke kompetansen på de ulike folkehelseområdene. De nasjonale fagrådene skal på oppdrag fra Helsedirektoratet og på selvstendig grunnlag gi faglige råd av høy kvalitet og bidra til å styrke Helsedirektoratets arbeid og fagutøvelse på saksfeltene. Fagrådene er rådgivende organ og har ikke besluttende myndighet.

Fagrådene er sammensatt slik at de samlet representerer bred faglig kompetanse på sine områder. Sammensettingen av rådene avspeiler en blanding av personer med forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap. Rådsmedlemmene er foreslått etter innspill fra aktuelle fagmiljøer og fra Helsedirektoratet. Fagrådene oppnevnes for tre år. Deltakerne skal gi råd innenfor sine fagfelt i kraft av egen ekspertise, og ikke som representant for sin institusjon eller organisasjon.

tematiske kunnskapsoppsummeringer. Instituttet vil innføre et internt program for å bygge opp kompetanse på forskningsmetode, samarbeide med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om å gjennomføre forskningsoppsummeringer, delta i internasjonalt samarbeid om å utvikle metoder, delta i ekspertgrupper og ta oppdrag for internasjonale organisasjoner. Det skal vurderes hvordan psykisk helse kan ivaretas i det pågående arbeidet med å utvikle et miljø i regi av Kunnskapssenteret for å ivareta kunnskapsoppsummeringer på velferdsområdet.

8.3.2 Verktøy for å integrere helsehensyn i samfunnsutviklingen

Regjeringen vil bidra til å synliggjøre hvordan politikk på alle samfunnsområder har betydning for helse og fordeling av helse i befolkningen. Et av de tre nasjonale målene i folkehelsepolitikken er at vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen. Det innebærer at målet om å fremme helse må være et felles mål på tvers av politikkområder i alt fra barnehage- og skolepolitikk, arbeidslivspolitik, samferdselspolitikk, miljøpolitikk til næringspolitikk og arealplanlegging.

Utvikle indikatorer for folkehelsearbeidet

Skal det være mulig å tilpasse den nasjonale politikken til nye utfordringer, er det behov for indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen i forhold som har stor betydning for befolkningens helse. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle slike indikatorer i nært samarbeid med andre statlige direktorater og fagmiljøer. Utviklingsarbeidet bygger på det rapporteringssystemet som er etablert for å følge utviklingen i arbeidet for å utjevne sosiale forskjeller i helse. Målet er å etablere stabile tidsserier. Rapporteringssystemet skal inneholde indikatorer på økonomiske levekår, sosial støtte, deltakelse og medvirkning, trygge helsefremmende miljøer, sunne valg, oppvekst, arbeidsliv og lokalt folkehelsearbeid. Helsedirektoratet er i dialog med Arbeidstilsynet, Nav og Akan kompetansesenter om å utvikle indikatorer for å følge med på rus i arbeidslivet. Helsedirektoratet har gitt Statistisk sentralbyrå i oppdrag å lage en sammenstilling av eksisterende indikatorer på sosial støtte og komme med forslag til indikatorsett basert på data fra levekårsundersøkelsene.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal samarbeide om å utvikle nasjonale indikatorer

Boks 8.5 Sektorvise folkehelseindikatorer

De nasjonale folkehelsemålene skal konkretiseres og følges opp gjennom utvikling av indikatorer på følgende områder:

- Økonomiske levekår og bolig
- Sosial støtte og deltakelse
- Trygge og helsefremmende miljøer
- Helsevennlige valg
- Oppvekst
- Arbeidsliv
- Systematikk i folkehelsearbeidet
- Aktive eldre

Indikatorerne utvikles på bakgrunn av allerede eksisterende statistikk og data, og i samarbeid med de etatene som har ansvar for virkemidlene. Indikatorerne skal ta utgangspunkt i sektorenes mål- og rapporteringssystemer, og mål og indikatorer skal tilpasses sektorenes egne behov for utvikling og styring.

basert på de internasjonale indikatorerne, for å følge opp Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer. Det omfatter indikatorer for dødelighet og sykkelighet, atferdsrelaterte risikofaktorer slik som fysisk aktivitet og kosthold, biologiske risikofaktorer som blodtrykk og kolesterol, og indikatorer for nasjonale helsesystemer.

Folkehelseinstituttet skal vært fjerde år utgi en folkehelse rapport med beskrivelse av helsetilstanden i Norge. Folkehelse rapporten 2014 har fire deler: 1) befolkningens levealder, 2) helse i ulike befolkningsgrupper, 3) helse og sykdom og 4) risiko og beskyttende faktorer. Rapporten er et viktig grunnlag for beskrivelsen av befolkningens helse i folkehelsemeldingen. Fra 2018 skal folkehelse rapporten inkludere en omtale av helsen i den samiske befolkningen.

Helsekonsekvensutredninger

Helsekonsekvensutredninger er sektorovergripende verktøy som skal bidra til å synliggjøre hvordan politikk på alle samfunnsområder kan ha konsekvenser for helse og fordeling av helse i befolkningen. Helsekonsekvenser skal utredes når det er grunn til å tro at saken eller tiltaket vil ha vesentlige konsekvenser for befolkningens helse eller helsen fordeling i befolkningen.

Det har skjedd en endring i folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv, der innsats ble rettet mot forebygging av konkrete sykdommer, til et påvirkningsperspektiv som retter oppmerksomheten mot faktorer som påvirker helsen. Et påvirkningsperspektiv gir et bedre grunnlag for å rette innsats mot de mer bakenforliggende faktorer som påvirker helse og fordelingen av helsen i befolkningen. Derfor må beslutninger i nødvendig utstrekning ta hensyn til hvilke helsekonsekvenser disse har eller kan få.

Helse- og omsorgsdepartementet vil utgi en veiledning om vurdering av helsekonsekvenser til utredningsinstruksen og til folkehelseoven § 22 samtidig med at det fastsettes en revidert utredningsinstruks. Folkehelseovens § 22 fastslår at alle statlige sektorer har et ansvar for å ta folkehelsehensyn der dette er relevant. Helse- og omsorgsdepartementet skal bidra til at helsemessige konsekvenser er tilstrekkelig vurdert og vil sammen med underliggende etater bistå aktuelle sektorer til å gjennomføre slike vurderinger ved behov. Bruk av helsekonsekvensvurderinger er del av en internasjonal utvikling på folkehelseområdet. I følge artikkel 152 i Lisboa-traktaten skal det legges stor vekt på å ivareta helsehensyn ved

utforming og implementering av EUs politikk. På samme måte forutsetter EU-kommisjonens helsestrategi at hensynet til befolkningens helse skal vurderes i sammenheng med alle EUs beslutninger, og at det derfor er nødvendig å gjennomføre helsekonsekvensvurderinger.

Det er et mål at samfunnsøkonomiske analyser skal være en viktig del av beslutningsgrunnlaget for offentlige tiltak og reformer, og helsemessige kostnader og gevinster skal inngå i slike vurderinger. Helsemyndighetene har utgitt to veiledere i helseøkonomiske analyser. En som beskriver analyser av tiltak i helsesektoren og en som beskriver hvordan helseeffekter kan inngå i analyser av tiltak i andre sektorer. Anbefalingene i NOU 2012: 16 Samfunnsøkonomiske analyser er nedfelt i Finansdepartementets rundskriv R-109/2014 og veileder i samfunnsøkonomiske analyser fra Direktoratet for økonomistyring. NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Når det er besluttet hvordan anbefalingene vil bli fulgt opp, vil Helsemyndighetenes veiledere bli revidert. Når veilederen for tiltak i andre sektorer revideres, vil den omfatte alle typer folkehelse tiltak, enten dette er tiltak som finansieres over kommunale-, statlige- eller private budsjetter.

Boks 8.6 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Regjeringen vil:

- Styrke satsingen på helsedata gjennom oppfølgingen av Meld. St. 7 (2013–2014) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning, HelseOmsorg21 og Nasjonalt helseregisterprosjekt
- Videreutvikle det nasjonale sykdomsbyrdeprosjektet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Legge større vekt på tiltaksforskning i relevante forskningsprogrammer i regi av Norges forskningsråd
- Fastsette indikatorer for å følge utviklingen i målet om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft
- Fastsette sektorvise indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsepolitikken
- Utgi veiledning til utredningsinstruksen og folkehelseoven § 22 om helsekonsekvenser samtidig med fastsetting av revidert utredningsinstruks

Del III
Om helsetilstanden og folkehelsearbeidet



Figur 9.1

9 Om helsetilstanden og folkehelsearbeidet

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god.¹ Levealderen er høy og vil øke framover. Norge rangeres fremst i internasjonale sammenlikninger av trivsel og velferd. De sosiale forskjellene i helse er fortsatt betydelige, psykiske plager og lidelser er en stor folkehelseutfordring, og sykdommer som delvis henger sammen med livsstil og levevaner, er blant de viktigste årsakene til tapte leveår.

Tall fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet viser at to av tre tapte leveår i Norge er forårsaket av kreftsykdommer eller hjerte- og karlidelser. Hjertesykdom, hjerneslag, lungekreft, tykktarmskreft og kols er de fem største årsakene til tapte leveår. Kjente risikofaktorer for disse sykdomsgruppene er usunt kosthold, røyking, skadelig alkoholforbruk og fysisk inaktivitet. De fem ledende årsakene til helsetap er korsryggsmerter, alvorlig depresjon, angstlidelser, nakkesmerter og fallulykker.

Forventet levealder er økt mer eller mindre kontinuerlig de siste 170 årene. I 2013 var forventet levealder 83,6 år for kvinner og 79,7 år for menn. Prognoser tyder på at levealderen vil fortsette å øke i de kommende tiårene både blant kvinner og menn. Siden 1960 har Norge gått fra å ha verdens høyeste levealder til å havne et stykke ned på verdensranking, særlig for kvinner. Sammenliknet med andre OECD-land har Norge hatt en mindre gunstig utvikling i dødelighet særlig i de yngste og de eldste aldersgruppene.

9.1 Helsetilstand og folkesykdommer

9.1.1 Sosiale ulikheter i helse

Det er betydelige sosiale ulikheter i helse og levevaner i den norske befolkningen. Ulikhetene i helse representerer et tap for enkeltmennesker, familier og samfunnet. Sosiale ulikheter i helse og levealder innebærer at befolkningens helsepoten-

sial ikke utnyttes fullt ut og at leveår med god helse og høy livskvalitet går tapt.

De sosiale helseforskjellene finnes både blant barn og voksne. Tall fra 2009 viser at menn med universitets- eller høyskoleutdanning kan forvente å leve seks år lenger enn menn med utdanning på grunnskolenivå. For kvinner er forskjellen fem år.

I Norge har levealderen økt for alle utdanningsgruppene siden 1960-tallet, men gruppene med høy utdanning har hatt den beste utviklingen. For menn ser det ut til at forskjellene mellom utdanningsgruppene har blitt mindre etter 2000. For kvinner øker derimot forskjellene i levealder fortsatt. Kvinner i gruppene med lav utdanning har hatt den dårligste utviklingen i levealder. Blant eldre personer er det mindre utdanningsforskjeller i levealder enn hos de yngre, men også her er forskjellene betydelige. Forventet gjenstående levetid ved 65 års alder varierer med om lag to år mellom ulike utdanningsgrupper.

Hjerte- og karsykdommer forekommer sjeldnere hos middelaldrende med universitets- eller høyskoleutdanning enn blant dem med utdanning på lavere nivå. I 2012 var andelen 18 prosent blant dem med høyere utdanning, 23 prosent hos dem med videregående utdanning og 25 prosent blant dem med utdanning på grunnskolenivå. Forskjellen mellom utdanningsgruppene ser ut til å ha holdt seg på samme nivå i perioden fra 2002 til 2012. Forskjellene mellom utdanningsgruppene har ikke økt, men er heller ikke blitt redusert i løpet av de siste ti årene.

Sosiale ulikheter i røyking antas å være en viktig årsak til de sosiale ulikhetene i dødelighet i Norge. Ved årtusenskiftet kunne hjerte- og karsykdommene forklare om lag halvparten av forskjellen i tidlig død mellom gruppene med universitets- eller høyskoleutdanning og grunnskoleutdanning. Det var flere som døde av hjerteinfarkt før 75 års alder i gruppen med lav utdanning enn i gruppen med høy utdanning. Etter år 2000 har de sosiale ulikhetene i hjerte- og karsykdommer blitt mindre, både blant menn og kvinner. Hjerte- og karsykdommer forklarer i dag bare en femdel av de sosiale forskjellene i helse hos kvinner og en

¹ Dette kapitlet bygger i sin helhet på Folkehelse rapporten 2014 der annet ikke er angitt. Rapporten er publisert på www.fhi.no, der det er angitt nærmere referanser.

tre del hos menn. Nedgangen i ulikheter i hjerte- og karsykdommene har bidratt sterkt til at de sosiale helseforskjellene blant menn har blitt mindre.

Hos kvinner har imidlertid økningen i den sosiale ulikheten i dødelighet av lungekreft vært større enn tilsvarende nedgang i dødelighet av hjerte- og karsykdommer. Det gir totalt sett en økning av de sosiale ulikhetene i levealder hos kvinner.

9.1.2 Kjønnforskjeller i helse

Sykdomsbildet for kvinner og menn er forskjellig. Det henger sammen med at biologiske og fysiologiske forskjeller mellom kjønnene påvirker hel-

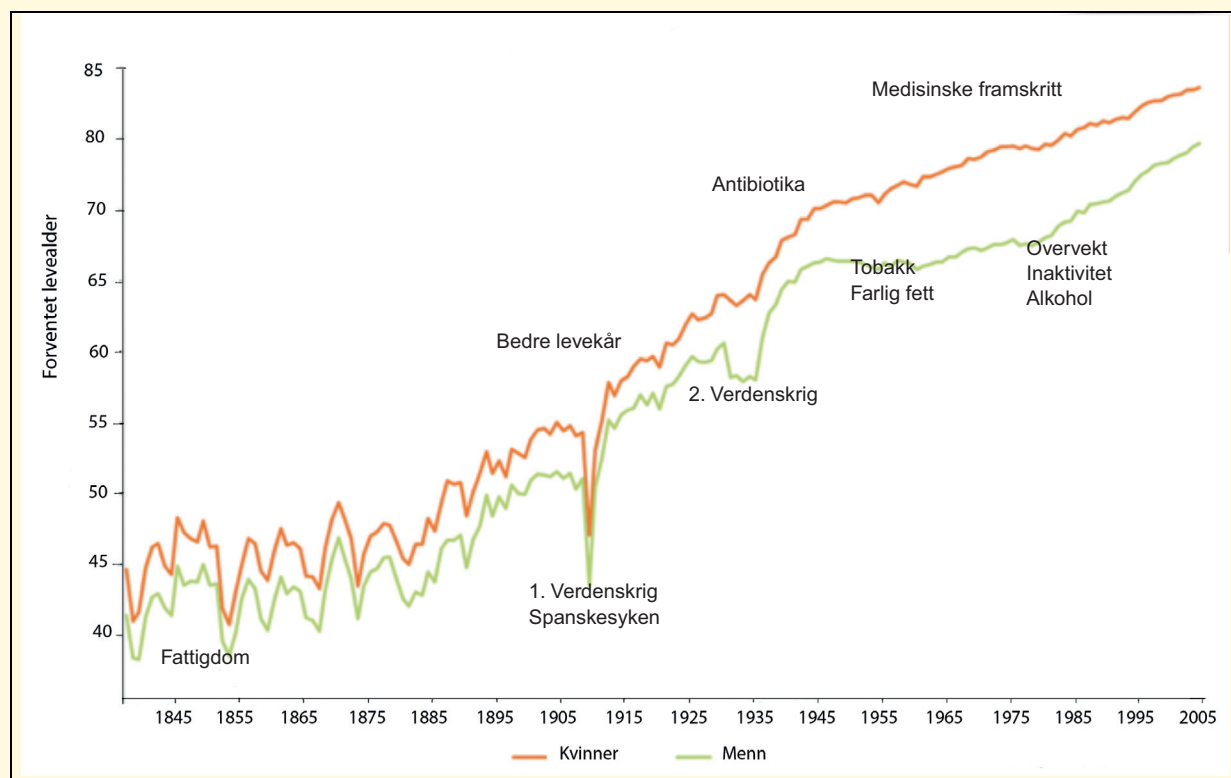
sen, og sykdom uttrykkes ulikt hos kvinner og menn.

Langvarige smerter er mer utbredt blant kvinner enn menn. Kjønnforskjellene er moderate når det gjelder smerte generelt, men betydelig større for mer uttalte smerter, særlig smerter som er utbredt flere steder i kroppen. Kjønnforskjellene er også vist når forsøkspersoner blir påført smerte i laboratorieforsøk. Dette gir holdepunkter for at det er biologiske mekanismer bak kjønnforskjellene.

Forskjellen mellom kjønnene gjenspeiles også i uførestatistikken. Mer enn dobbelt så mange kvinner som menn har en muskel- eller skjelettlidelse som hoveddiagnose.

Boks 9.1 Helsetilstanden i Norge

- I 2013 var forventet levealder 83,6 år for kvinner og 79,7 år for menn
- Befolkningens helse er god, men det er store sosiale ulikheter i helse
- Mellom en av tre og en av to vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet
- To av tre tapte leveår i Norge er forårsaket av kreftsykdommer eller hjerte- og karlidelser
- Hjertesykdom, hjerneslag, lungekreft, tykktarmskreft og kols er de fem største årsakene til tapte leveår
- Økt forekomst av ikke-smittsomme sykdommer har sammenheng med at vi lever lenger og med samfunnsmessige endringer som påvirker våre levevaner



Figur 9.2 Forventet levealder i Norge 1846–2013

9.1.3 Psykiske plager og lidelser

Livstidsforekomsten av psykiske lidelser er totalt sett mellom 30 og 50 prosent for begge kjønn, men det er betydelige kjønnsforskjeller i forekomst av enkeltlidelser. Alvorlig depresjon var i 2010 den nest viktigste årsaken til år levd med helsetap i verden, og angstlidelser den sjuende viktigste årsaken. Forekomst av depresjon og angstlidelser er dobbelt så høy hos kvinner som hos menn. De fleste som har slike plager, har tilbakevendende plager gjennom livet.

15–20 prosent av alle barn og unge i Norge i alderen 3–18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon eller atferdsproblemer. Av disse har rundt 8 prosent en diagnostiserbar psykisk lidelse. Blant barn og unge er det betydelige forskjeller i fordeling av diagnoser etter alder og kjønn. Før puberteten dominerer nevroutviklingsforstyrrelser som ADHD, autismespektrumforstyrrelser, språk og lærevansker, og to av tre er gutter. Etter puberteten dominerer angst, depresjon og spiseforstyrrelser, og to av tre er jenter.

Folkehelseinstituttet beregnet i 2011 at 290 000 barn vokser opp med en eller to foreldre som har en moderat eller alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelse. Av disse barna er det anslått at 135 000 har en eller to foreldre med en alvorlig psykisk lidelse eller alkohollidelse.

Det er store sosiale ulikheter i psykisk helse i befolkningen. Grupper med høy utdanning har færre psykiske plager, lavere risiko for depresjoner, er mer tilfredse med livet og opplever mer sosial støtte enn grupper med lav utdanning. Det samme mønsteret gjelder dersom inntekt blir brukt som mål på sosioøkonomisk status. Videre er det en sammenheng mellom foreldrenes sosioøkonomiske status og barnas psykiske helse. Atferdsvansker, hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker er mer vanlig blant barn fra familier med lav utdanning eller lav inntekt enn blant barn fra familier med høy utdanning eller høy inntekt. Sosiale ulikheter i psykisk helse skyldes både at levekår påvirker den psykiske helsen og at dårlig psykisk helse fører til dårligere levekår.

Flere kvinner enn menn rammes av psykisk sykdom, men kjønnsforskjellene varierer mellom de enkelte lidelsene. Spiseforstyrrelser forekommer nesten bare blant kvinner, og det er også dobbelt så høy forekomst av angst og depresjon blant kvinner som blant menn. Rusrelaterte lidelser og atferdsforstyrrelser er derimot langt vanligere blant menn.

Depresjon og angst er de vanligste psykiske lidelsene blant eldre. Mye tyder på at forekomsten av angst- og depresjonslidelser er lavere rundt 65-årsalderen enn i yngre aldersgrupper, men at forekomsten er høyere blant de aller eldste. Forklaringen på økningen i angst og depresjon mot slutten av livet kan være knyttet til sykdom, forringet livskvalitet og tap av nære personer. Nedsatt helse og funksjonsevne i eldre år (for eksempel nedsatt syn og hørsel) kan føre til redusert sosial kontakt og ensomhet. Det ser ut til å være en sterkere sammenheng mellom ensomhet og psykisk helse enn mellom ensomhet og fysisk helse. Ensomhet er mer utbredt blant eldre enn blant yngre. Blant personer over 80 år oppgir omtrent tre av ti at de er ensomme. Ensomhet øker risikoen for depresjon blant eldre. Forekomsten av selvmord er høyere blant menn som er 80 år eller eldre, enn blant menn som er yngre.

Faktorer som påvirker den psykiske helsen

Psykisk helse er et resultat av et komplisert samspill mellom samfunnsmessige faktorer, sosialt miljø, psykologiske, biologiske og genetiske faktorer. Grunnlaget legges allerede i fosterlivet og i tidlig barndom. Erfaringer gjennom hele livet påvirker evnen til å regulere følelser, tenke fornuftig, lære, korrigere atferd og møte sosiale utfordringer. Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet er nødvendig for helse og trivsel. En nøkkel til dette er god sosial støtte. Kjærlighet og omsorg, følelse av identitet, verdighet og selvrespekt, kan skape mening i tilværelsen.

Den psykiske helsen trues av langvarige belastninger som ikke lar seg mestre, og særlig når alvorlige negative livshendelser hopper seg opp og berører mange livsområder. Forskjellig genetisk utrustning, personlighet, tidligere erfaringer og varierende grad av sosial støtte har betydning for hvordan utfordringer som sosial utstøting, ensomhet og manglende opplevelse av mestring takles. I tillegg påvirkes den psykiske helsen av søvn og levevaner som kosthold, fysisk aktivitet, alkohol- og tobakksbruk. Hos voksne er også kronisk sykdom, kroniske smertetilstander, alvorlige økonomiske problemer, arbeidsledighet og eksponering for vold kjente risikofaktorer.

Sammenheng mellom psykisk og somatisk helse

Personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer og lever kortere enn befolkningen for øvrig. Bruk av medikamenter, usunne levevaner og selvmord er noen av for-

Boks 9.2 Begreper

Psykisk helse: Verdens helseorganisasjon definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet. Psykisk helse er langt mer enn fravær av sykdom og plager og omfatter både den subjektive følelsen av å trives og den objektive kapasiteten til å møte livets utfordringer. Til tross for denne positive definisjonen av psykisk helse forbindes begrepet på norsk mest med psykiske plager og lidelser.

Subjektiv livskvalitet (trivsel): Subjektiv livskvalitet referer til opplevelse av glede og mening, vitalitet og tilfredshet, anledning til å bruke egne evner, og interesse, mestring og engasjement. På norsk bruker vi også trivsel om subjektiv livskvalitet.

Psykiske plager: Plager i dagliglivet som for eksempel å være nedstemt, irritabel, redd eller ha søvnproblemer. Psykiske plager ledsages

ofte av kroppslige plager som hodepine og magesmerter. Plagene er gjerne relatert til depresjon, angst og psykosomatikk. Plagenivået kan være så høyt at det forstyrrer daglig fungering, men uten at det behøver å foreligge noen psykisk lidelse. Psykiske plager anses som en risikofaktor for å utvikle psykisk lidelse (se nedenfor) og kan brukes som en indikator på behov for å sette inn helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak.

Psykiske lidelser: Symptombelastning av et slikt omfang, en slik intensitet og i en slik konstellasjon at det tilfredsstiller internasjonale diagnosekriterier. Omfanget av psykiske lidelser brukes som indikator for behandlingsbehovet i befolkningen. Depresjon, angstlidelser og alkoholavhengighet er de vanligste psykiske lidelsene og mest tilgjengelige for forebygging med kunnskapsbaserte metoder. I mange høyrisikogrupper kan inntil halvparten av lidelsene forebygges med kjente metoder.

klaringene. Psykiske lidelser kan gi økt risiko hjerteinfarkt, og motsatt kan hjerteinfarkt gi økt risiko for psykiske lidelser. Det er godt dokumentert at slagpasienter har økt risiko for depresjon.

Depresjon er den psykiske lidelsen som gir flest tapte leveår. Depresjon gir økt risiko for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom og infeksjonssykdom. Selvmord forklarer bare en liten del av sammenhengen mellom depresjon og leveår. Kunnskapen om hva som er mekanismene bak sammenhengen mellom depresjon og tapte leveår er begrenset.

Ruslidelser

Mellom 10 og 20 prosent av befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet. Skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er den hyppigst forekommende ruslidelsen i Norge. Ruslidelser er en betydelig helseutfordring og medfører omfattende kostnader for enkeltindivider og samfunnet forøvrig. Antallet personer under legemiddelassistert rehabilitering for opiatavhengighet øker. Både arv og miljø er viktige risikofaktorer. Generelt er det en høyere andel unge menn blant personer med ruslidelser, men kjønnsforskjellene ser ut til å minke.

Det er store sosiale ulikheter i rusbruk og ruslidelser. Alkoholbruk og hyppighet av alkoholinntak er størst blant de som har høy utdanning og inntekt, men færre i denne gruppen blir alkoholavhengige sammenliknet med personer med lav inntekt og lav utdanning. Personer med høy utdanning og inntekt har oftere forsøkt narkotiske stoffer enn personer med lav utdanning og lav inntekt. Vedvarende misbruk er mest vanlig i gruppen med lav inntekt og lav utdanning.

Det er stor grad av samsykelighet mellom ruslidelser og andre psykiske lidelser, inkludert stemningslidelser, angst, personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser. Det er også en overhyppighet av somatisk sykdom blant personer med ruslidelser. Dette kan skyldes direkte skadelige virkninger av rusmidlene, sviktende evne til å ta vare på helsen og/eller svekket evne til å følge opp somatisk sykdom.

Nye utviklingstrekk

Psykiske plager og lidelser utgjør en økende andel av den totale sykdomsbyrden både i Norge og i resten av verden. Det skyldes ikke at den psykiske helsen generelt er blitt dårligere, men at levealderen og andelen eldre i befolkningen øker. Verdens helseorganisasjon har anslått at den

totale sykdomsbyrden av psykiske lidelser og ruslidelser har økt med 38 prosent fra 1990 til 2010.

Samtidig kan det tyde på at det har vært en økning i psykiske problemer blant ungdom i Norge og de andre nordiske landene fra slutten av åttitallet. Dette gjelder først og fremst depresjon og angst. Det gjelder både gutter og jenter, men nivået av problemer er høyere blant jenter og unge kvinner enn blant gutter og unge menn. Helse- og levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå fra 2012 viser at det er 23 prosent i den yngste aldersgruppen blant kvinner (16 til 24 år) som har høy problembelastning mot 13 prosent blant menn. Det er usikkerhet knyttet til om økningen i psykiske plager som er registrert blant ungdom og unge voksne kan skyldes feilkilder i undersøkelsene. Samtidig er resultatene fra enkelte undersøkelser såpass entydige at mye tyder på at økningen er reell. I de siste årene ser det ut til at økningen i psykiske plager har flatet ut igjen.

Det har vært en sterk økning i antallet som får behandling for psykiske lidelser. I aldersgruppen 15 til 19 år har det i perioden 2004 til 2013 vært en sterk økning i antall som bruker antidepressiva. Blant unge menn var økningen på 44 prosent og blant unge kvinner 48 prosent. Økningen har vært langt mindre i andre aldersgrupper. Endringer i medikamentbruk påvirkes av en rekke faktorer og kan ikke brukes som indikator på endringer i sykkeligheten.

9.1.4 Selvmord

Hvert år begår rundt 550 personer selvmord i Norge. Det tilsvarer like mange tapte leveår som for prostatakreft og brystkreft til sammen. I Norge har menn rundt tre ganger høyere risiko for selvmord enn kvinner. Selvmordsratene i Norge varierer mellom 17 og 21 per 100 000 for menn og mellom 6 og 11 for kvinner. Samlet selvmordsrate var 13 per 100 000 i alderen 20 til 74 år i 2012, 18,7 for menn og 7,3 for kvinner. Selvmordsraten i Norge ligger fortsatt høyere enn gjennomsnittet for EU og har vært nesten uendret de siste 20 årene.

Risikoen for selvmord øker ved psykiske lidelser, rusmiddelbruk, tidligere selvmordsforsøk, impulsivitet, selvmord i nær familie og alvorlig somatisk sykdom (spesielt med sterke smerter). Det er stor usikkerhet knyttet til hvor stor andel av de som dør ved selvmord som har en psykisk lidelse. Nyere forskning tyder på at andelen er rundt 50 til 60 prosent. I 2011 ble 21 prosent av alle selvmord i Norge registrert blant personer

under behandling i psykisk helsevern. I tillegg vil mange være i kontakt med primærhelsetjeneste i tiden før selvmordet. Akutt og langvarig stress, selvmord i nærmiljøet og lett tilgang til gift og skytevåpen kan øke risikoen. God kontakt med familie og venner, løsningsorientert personlighet og et helsevesen som fanger opp og behandler psykiske lidelser, kan beskytte mot selvmord.

9.1.5 Ikke-smittsomme sykdommer

Ikke-smittsomme sykdommer er av Verdens helseorganisasjon definert som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes. Disse sykdommene er viktige årsaker til tapte leveår i befolkningen. I denne omtalen er i tillegg muskel- og skjelletlidelser, overvekt og fedme og skader og ulykker inkludert.

Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdommer består av flere sykdommer, med angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag som viktige hovedgrupper. Sykeligheten er i hovedsak knyttet til aterosklerose, en prosess som gir innsnevring og tilstopping av blodårer.

Hjerte- og karsykdommer er den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall. Mange av dødsfallene skjer i høy alder, særlig gjelder dette for kvinner. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer synker i alle aldersgrupper. Nye tilfeller av hjerteinfarkt har gått ned i aldersgrupper over 65 år. På hvert alderstrinn har menn høyere dødelighet enn kvinner, men kjønnsforskjellene har avtatt siden 2000. Antall med hjerte- og karlidelser forventes å stige på grunn av en økende andel eldre i befolkningen, og bedre overlevelse etter akutt sykdom. Det er en bekymringsfull økning i sykehusinnleggelse for førstegangs hjerteinfarkt blant yngre voksne.

Fra 1974 til 2002 gikk blodtrykk- og blodkolesterolnivåene ned over hele landet. Undersøkelser i Nord-Trøndelag og Tromsø viser fortsatt nedgang fra 1990-årene til rundt 2008. Siden 2008 har det vært en økning i forekomst av overvekt og fedme, lavere fysisk aktivitetsnivå, økning i forekomst av diabetes type 2 og økning i inntak av mettet fett i befolkningen. Studier fra Finland og Sverige viser en økning i serum totalkolesterol etter 2007. Det foreligger ikke norske data på kolesterolnivå etter 2008, men på grunn av økningen av mettet fett i kosten er det ikke usannsynlig at kolesterolnivåene er økt også i Norge de senere år.

Kreft

Kreft er en fellesbetegnelse for en av mange sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Felles er at de starter med ukontrollert celledeling, og at kreftcellene kan spre seg via blod- eller lymfesystemet til andre deler av kroppen og lage nye kreftsvulster (metastaser).

Litt over 30 000 nye krefttilfeller ble diagnostisert i Norge i 2012 (om lag 16 500 menn og 13 500 kvinner). Tykktarmskreft, lungekreft og kreft i bryst (kvinner) og prostata (menn) er de største kreftformene.

I 2012 var det i underkant av 225 000 personer i Norge som hadde vært diagnostisert med en kreftsykdom. Prostata og brystkreft var mest utbredt, henholdsvis 37 000 og 40 000. Det var i overkant av 20 000 som hadde fått diagnosen føyflekkreft.

I underkant av 11 000 døde av kreft i 2012, om lag 5800 menn og 5100 kvinner. Lungekreft var den kreftformen som tok flest liv, om lag 1250 menn og 950 kvinner. Også tykktarmskreft tok mange liv, om lag 600 menn og 600 kvinner. Det ventes en økning i antall krefttilfeller. Spesielt ventes det en økning i antall tilfeller av føyflekkreft. Forekomsten av kreft er omtrent 40 prosent høyere og dødeligheten mer enn 50 prosent høyere blant menn enn blant kvinner. Med dagens forekomst og dødelighet av kreft vil omlag hver tredje nordmann få diagnostisert kreft før fylte 75 år.

Kols

Kols er en vanlig tilstand i den voksne delen av befolkningen og andelen av befolkningen som har plager øker med alderen. Symptomene og alvorlighetsgraden av symptomene på kols varierer i stor grad. Kols er en hyppig dødsårsak. Antall personer som lever med kols vil trolig øke i årene framover fordi antallet eldre øker. Røyking er hovedårsaken til to av tre kolstilfeller.

Tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har vist at 11 prosent av de undersøkte kvinnene og 19 prosent av de undersøkte mennene hadde kols. Kjønnforskjellene i kols er imidlertid i ferd med å bli mindre. Forandringer i røykevaner er en av årsakene til dette.

Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er for-

bundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet:

- Belastningsrelaterte muskel- og skjelettsykdommer som i hovedsak omfatter kronisk muskelsmertesyndrom, tendinitter og myalgier og noen former for rygglidelser
- Betennelsesaktige muskel- og skjelettsykdommer som blant annet omfatter leddgikt og Bectherews sykdom
- Degenerative muskel- og skjelettsykdommer som omfatter blant annet osteoporose og artrose
- Øvrige muskel- og skjelettsykdommer som først og fremst omfatter skader og deformiteter

De tre siste gruppene er de mer spesifikke tilstandene hvor det er relativt god kunnskap om både årsak, forebygging og behandling. Den første gruppen omfatter de mer uspesifikke muskel- og skjelettplagene, belastningslidelsene, hvor årsaksforholdene er komplekse og sammensatte, og dermed vanskelige å behandle og forebygge.

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som plager flest og koster mest, selv om de fleste tilstandene ikke medfører overdødelighet. I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer den vanligste årsaken til sykefravær og uførhet. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels overvekt. Fysisk aktivitet og redusert røyking kan forebygge flere typer muskel- og skjelettsykdommer.

Et stort antall hofte-, ryggvirvel og håndleddsbrudd skyldes osteoporose. Antallet vil øke med flere eldre i befolkningen. Legemidler kan forebygge nye osteoporotiske brudd, men et mindretall bruker slike legemidler. Lav vekt og fysisk inaktivitet er risikofaktorer for osteoporose. Det samme er dårlig vitamin D-status, kortisonbehandling, røyking og høyt alkoholinntak.

Resultater fra helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag viser at blant personer 20 år og eldre hadde andelen med muskel- og skjelettplager økt ved målinger i 2006–2008 sammenliknet med samme aldersgrupper 11 år tidligere. Den største økningen var hos de yngste voksne (20–29 år). Dette kan være et viktig tegn på at endret atferd hos barn og ungdom kan ha betydning for framtidig utvikling av muskel- og skjelettlidelser. Overvekt hos ungdom, som kan følge av lite fysisk aktivitet eller endret kosthold, øker for eksempel risikoen for knesmerter ved 45 års alder. Hos allmennleger var det i perioden 2010 til 2012 en sta-

bil eller svakt stigende andel pasienter med muskel- og skjelettplager.

Muskel- og skjelettsykdommer og -plager er samlet sett mer vanlig blant kvinner enn blant menn. Ryggsmarter er omtrent like vanlig hos begge kjønn. Kvinner har oftere nakkesmerter enn menn. Om lag 70 prosent av de årlige 9000 hoftebruddene skjer blant kvinner.

Diabetes

Diabetes er en av de store folkesykdommene og vel 200 000 personer (4 prosent av befolkningen) anslås å ha diagnosen diabetes. I tillegg kommer et stort antall tilfeller av udiagnostisert diabetes. Antall som lever med diabetesdiagnosen har økt, men antall nye brukere av blodsukkersenkende legemidler per år har flatet ut de siste årene. Diabetes type 2 kan i stor grad forebygges med økt fysisk aktivitet, kostholdsendringer og røykeslutt.

Totalt er det flere menn enn kvinner som har diabetes, gjennomsnittlig er det åtte kvinner med diabetes for hver tiende mann med diabetes i Norge. Det er noe variasjon i kjønnsforskjellene med alder og landbakgrunn. Forekomsten av diabetes type 2 øker kraftig med alderen, til en topp omkring 80 år. I 2012 brukte nesten 11 prosent i aldersgruppen over 80 år blodsukkersenkende legemidler. Diabetes type 2 er vanligere i grupper med lav utdanning enn i grupper med høyere utdanning.

Overvekt og fedme

Ett av seks barn har overvekt eller fedme, én av fem voksne har fedme. Overvekt og fedme øker risikoen for diabetes type 2 og en rekke andre kroniske sykdommer. Overvekt og fedme har økt i befolkningen de siste tiårene, men det er tegn til at utviklingen har flatet ut hos barn.

På slutten av 1960-tallet hadde omlag fem prosent av norske middelaldrende menn fedme. Senere økte den gjennomsnittlige vekten kontinuerlig fram til tusenårsskiftet. Økningen var særlig kraftig på slutten av 1990-talet. Hos kvinner ble andelen med fedme redusert fra 13 til sju prosent i perioden fra 1960 til slutten av 1970-tallet. Deretter har vekten økt på samme måte som hos menn. Vel halvparten av norske 40 til 45-åring er enten overvektige eller har fedme. Data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at to tredeler av befolkningen over 20 år enten er overvektige eller har fedme.

Det er sosioøkonomiske forskjeller i forekomsten av fedme og overvekt. Helseundersøkelsen i

Oslo 2000–2001 viste at vekten i den voksne befolkningen i Oslo var høyere i østlige enn i vestlige bydeler, særlig gjaldt dette kvinner.

Det er en overhyppighet av psykiske plager som angst og depresjon blant personer med fedme. Angst og depresjon virker inn på risikoen for senere overvekt, og fedme kan føre til angst og depresjon. Psykiske vansker kan virke inn på både appetitt, vilje og selvregulering, som er viktige faktorer for å forklare utvikling av fedme. Personer som er rammet av angst, depresjon og psykoser er også mer sårbare for å oppleve stress og hjelpeløshet når de møter utfordringer. Det kan føre til trøstespising, spesielt av smakfull mat som er rik på fett, sukker eller salt.

Inntak av legemiddel kan også forklare noe av sammenhengen mellom overvekt og psykiske plager. En av de vanligste bivirkningene av medisiner mot alvorlige psykiske plager er forandringer i hjernemekanismer som styrer matlyst og stoffskifte, som igjen kan føre til kraftig vektøkning.

Ulykker og skader

Antall dødsfall som følge av ulykker har blitt kraftig redusert de siste 40 årene, særlig i transportsektoren. Ulykker er likevel den viktigste årsaken til dødsfall for personer under 45 år. Blant menn under 25 år skyldes ett av fem dødsfall ulykker. Ulykker og skader er fremdeles en stor utfordring for folkehelsen med om lag 550 000 skadepasienter i året.

Det er en klar sammenheng mellom skader og alkoholberuselse. De skader som er mest vanlige i forbindelse med rus, er knyttet til trafikk-, druknings- og fallulykker. Bruk av alkohol eller andre rusmidler under svangerskap innebærer økt risiko for skader hos foster.

Personskadedata 2013 viser at bolig og boligområde er vanligste skadested for innrapporterte skader. Nærmere 30 prosent av dødsulykkene i trafikken de siste årene er relatert til faktorer knyttet til vei og veimiljø.

Myalgisk encefalopati

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.

9.1.6 Smittsomme sykdommer

Alvorlige smittsomme sykdommer er mindre vanlig i Norge enn i de fleste andre land. Situasjonen kan endre seg raskt. Økt smittepress gjennom internasjonal handel med matvarer og dyr, migrasjon og reising kan få konsekvenser for folkehelsen, også i Norge. Hver 20. pasient i helseinstitusjoner rammes av en sykehusinfeksjon. Om lag 20 000 personer er kroniske bærere av hepatitt B, de fleste er smittet før de kom til Norge. Om lag 20 000 personer er bærere av hepatitt C, de fleste er smittet gjennom sprøyter. Antall nye tilfeller av tuberkulose har økt til om lag 400 tilfeller i året. Antibiotikaresistens er et økende problem. Høy vaksinasjonsdekning, godt smittevern og effektivt overvåkingssystem er fortsatt viktig for å holde infeksjonssykdommene under kontroll.

Hvert år blir det registrert flere tusen tilfeller av mat- og vannbårne infeksjoner eller matforgiftninger. En stor andel av de registrerte tilfellene av mat- og vannbårne infeksjoner er smittet i utlandet. Økende import av matvarer fra land med en annen epidemiologisk situasjon enn i Norge gir økt smittepress og kan gi økt forekomst i årene framover. Norovirus er trolig årsaken til en stor andel av mat- og vannbårne sykdomstilfeller som er smittet innenlands. Blant bakteriene er *Campylobacter* vanligst. På 1990-tallet var det en kraftig økning i hele den vestlige verden. Antall meldte tilfeller øker i Norge fortsatt, og var i 2013 høyere enn noen gang tidligere. Infeksjoner med *Salmonella* har gått tilbake siden 2009 på grunn av redusert smitte i utlandet. Vannforsyningen i Norge har spesielle utfordringer med spredt befolkning, mange små vannverk og mye dårlig ledningsnett. Situasjonen er likevel generelt god i Norge sammenliknet med resten av Europa.

Seksuell helse

De vanligste seksuelt overførbare infeksjonene i Norge i dag er klamydiainfeksjoner, genital herpes og humant papillomavirusinfeksjoner (HPV).

Antall årlig diagnostiserte tilfeller av klamydiainfeksjoner i Norge økte gjennom en tiårsperiode fram til 2008, og har siden da vært stabilt høyt (om lag 22 000 tilfeller årlig). Det er særlig personer i alderen 15–25 år som smittes. Klamydiainfeksjoner gir sjelden plager, og mange infeksjoner blir aldri oppdaget. Ubehandlet kan klamydiainfeksjon hos et fåtall av de smittede føre til redusert fruktbarhet.

Genital herpes og HPV-infeksjonene er ikke meldingspliktige til MSIS i dag. Den reelle fore-

komsten er derfor ikke kjent, men flere tusen smittes av disse infeksjonene hvert år. Fra 1. juli 2014 er HPV infeksjon som har forårsaket kreft eller forstadier til kreft, meldingspliktig til MSIS. HPV er en viktig årsak til livmorhalskreft. Siden 2009 har 12-årige jenter i Norge fått tilbud om vaksine som en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Studier pågår for å kartlegge endringer i forekomst av HPV.

Hiv er fortsatt en alvorlig og livslang infeksjon, selv om behandling og prognose er klart forbedret de siste årene. Det påvises nå årlig 250–300 hivtilfeller i Norge. Om lag halvparten 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 siden årtusenskiftet. Forekomsten er stabilt lav blant heteroseksuelle, sprøytemisbrukere og unge.

Det er få tilfeller av gonoré og syfilis i befolkningen generelt. Mest utsatt er menn som har seksuell kontakt med andre menn, og menn som har seksuell kontakt i utlandet. Gonorébakteriens evne til å utvikle motstandskraft (resistens) mot antibiotika er et økende problem i behandlingen av sykdommen.

9.2 Forhold som påvirker helse og levealder

9.2.1 Sosiale forhold og levekår

De sosiale forhold som mennesker fødes inn i, vokser opp, jobber og eldes under blir kalt de sosiale helsedeterminantene eller de sosiale bestemmelsesfaktorene.² Levekår er sosiale og økonomiske forhold som har betydning for helsen. Oppvekstvilkår, utdanning, inntekt, bolig, arbeid og arbeidsmiljø og sosial støtte er samfunnsskapte betingelser som har betydning både for befolkningens helse generelt og for ulikhet i helse.³

Økonomiske forhold

Norge var i 2013 det landet i Europa med minst inntektsulikhet, og inntektsulikheten har vært relativt stabil de siste årene. Likevel opplever flere småbarnsfamilier relativ fattigdom i dag enn for noen år siden, dette gjelder særlig i familier med

² Dahl, E., Bergsli, H., van der Wel, K. (2014) Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo.

³ Omtalen av sosiale forhold og levekår er basert på Helsedirektoratets rapport IS-2203 Samfunnsutvikling for god folkehelse der andre referanser ikke er oppgitt.

enslige forsørgere. Eldre er kommet bedre ut over tid. Ulikheter i lønns- og markedsinntekter har økt i Norge og er omtrent på gjennomsnittet for OECD-landene. I Norge bidrar imidlertid skatte- og avgiftssystemets omfordelende elementer til en relativt jevn økonomisk fordeling og lav inntektsfattigdom.

Lavinntekt og fattigdom kan ha negativ innflytelse på helsen fordi et rimelig nivå av levekår krever en viss inntekt. Økt inntekt gir statistisk sett bedre helse gjennom hele inntekts-hierarkiet, men den positive effekten avtar gradvis med økende inntekt. I et samfunn med en levestandard der de fleste får dekket grunnleggende behov som mat, klær og bolig, har relativ inntekt større betydning for helsen enn absolutt inntekt. Det som kan oppfattes som luksus i en sammenheng, kan være billetten til sosial inkludering i en annen sammenheng. Ikke minst vil barn som ikke kan delta i samme typer fritidsaktiviteter eller opprettholde tilsvarende levestandard som i samfunnet rundt seg, være utsatt. Store økonomiske forskjeller kan også føre til mindre samhold og sosial støtte, lavere grad av tillit og mer kriminalitet – og derigjennom dårligere folkehelse.

Oppvekst og utdanning

De fleste norske barn har det bra. Likevel er det en del barn som vokser opp i familier med dårlige levekår. Barn, ungdom og unge voksne i fattige familier har større risiko for helseproblemer. I perioden 2009–2011 levde 7,6 prosent av alle barn i Norge under EUs lavinntektsgrense, i følge Statistisk sentralbyrås inntektsstatistikk. Andelen barn som opplevde langvarig inntektsfattigdom ble fordoblet i perioden 1997–2009. Disse barna er ekstra sårbare fordi de lett faller utenfor sosiale arenaer og vokser opp under dårlige boligforhold.

Barnehager av god kvalitet er viktig for barn og unges fysiske og psykiske utvikling. Barnehagen kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom å utjevne sosiale ulikheter i læring og følge opp barn som har behov for hjelp tidlig. Barnehagen har vist seg å ha spesielt gunstig effekt på språkutviklingen for barn som har foreldre med lav utdanning og lav inntekt og barn med innvandrerbakgrunn. Barn som går i barnehage med godt pedagogisk tilbud, har oftere bedre språk og bedre sosial tilpasning enn de som er hjemme eller i et annet barnepasstilbud.

I 2013 var andelen barn (en til fem år) med heltdagsplass i barnehage 90 prosent. Andelen minoritetsspråklig barn i barnehage har vært stigende de siste ti årene, og for fire- og femåringene nær-

mer andelen seg gjennomsnittsnivået i barnepopulasjonen.

Skolen er en viktig arena for faglig og sosial utvikling. Andelen som fullfører og består videregående opplæring etter fem år, har ligget stabilt på rundt 69 prosent siden 2004. Frafall fra videregående opplæring gir stor risiko for svak eller ingen tilknytning til arbeidsmarkedet, lav inntekt, dårlige levekår og dårlig helse. Skoleporten viser at det er relativt store geografiske forskjeller i andelen elever som fullfører, med de laveste andelenene i Finnmark og Nordland, og de høyeste i Oslo og Sogn og Fjordane. Risiko for frafall er størst i det yrkesforberedende løpet, og elever som har foreldre med lav utdanning har større risiko for frafall.

Arbeid og arbeidsmiljø

For de fleste virker arbeidet positivt inn på psykisk helse og livskvalitet gjennom muligheten til å få brukt egne evner og oppleve mestring. Arbeid er også en viktig inngang til sosiale relasjoner og bidrar dermed til å styrke den sosiale kapitalen.

Arbeidsstyrken er Norges viktigste ressurs, og den er en viktig del av forklaringen på de nordiske velferdsstatenes suksess i internasjonale sammenlikninger av livskvalitet og velstand. Nesten 70 prosent av befolkningen mellom 15 og 74 år er sysselsatt. Arbeidsstyrken er større i de nordiske land enn i de fleste andre land, noe som blant annet henger sammen med at grupper som i andre land har en svakere tilknytning til arbeidslivet – kvinner, yngre, eldre, mennesker med helseproblemer og grupper med lav utdanning – i større grad er sysselsatt her.

Forhold ved arbeidsplassen kan påvirke helse både i positiv og negativ retning. Overvåkingssystemet Noa, Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse, som er utviklet ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami), følger utviklingen i forekomst av arbeidsmiljøbelastninger, beskyttende faktorer og arbeidshelse på nasjonalt nivå. Gjennom data fra Noa er det dokumentert at det over tid har vært en positiv utvikling i reduksjon av uheldige eksponeringsfaktorer, med størst nedgang i såkalte mekaniske eksponeringer, slik som «løft i ubekvem stilling» som særlig forekommer i bygg- og anleggsbransjen og helse- og sosialsektoren.

9.2.2 Sosial støtte og sosial utstøting

Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet er nødvendig for helse og trivsel. En nøkkel til dette er god sosial støtte. God sosial støtte er det

motsatte av ensomhet. Sosial støtte bidrar til å gi en opplevelse av identitet og selvrespekt, mening i tilværelsen, mestring, tilhørighet, trygghet og fellesskap.

I et folkehelseperspektiv er sosial utstøting, ulike former for psykiske belastninger og ensomhet sentrale utfordringer. Sosial utstøting kan ramme både individer og grupper. Sosial utstøting kan oppstå på grunn av fattigdom, for eksempel når barn er hindret i å delta i aktiviteter på grunn av foreldres fattigdom. Det kan ramme innvandrere som av ulike grunner ikke deltar i det norske samfunnet. Psykiske lidelser kan også føre til sosial utstøting.

Ungdom som faller ut av videregående skole uten å ha noen alternativer innen utdanning eller arbeid, står i stor fare for å bli marginalisert. Manglende sosial støtte øker faren for både somatiske og psykiske lidelser. Effekten kan sees på statistikk over både sykelighet og dødelighet. Mangel på sosial støtte påvirker risikoen for både hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon. Denne effekten er til stede selv når en kontrollerer for andre risikofaktorer som røyking, mangel på mosjon, høyt kolesterol og høyt blodtrykk.

9.2.3 Vold og overgrep

Barn som blir utsatt for vold, har større risiko for å bli utsatt for vold som voksne. Færre barn utset-

tes for vold fra foresatte i dag enn tidligere. Andelen unge kvinner som har vært utsatt for voldtekt har ikke gått ned.

Ut over å være et problem i seg selv, er vold også en alvorlig risikofaktor for psykiske helseproblemer, ikke minst for barn som vokser opp i familier der de eksponeres for eller utsettes for vold. Rapporten Vold og voldtekt i Norge fra 2014⁴ viser at ni prosent av kvinnene og to prosent av mennene hadde opplevd alvorlig fysisk partnervold, og at 15 prosent av både menn og kvinner hadde opplevd mindre alvorlig partnervold. Videre hadde ni prosent av kvinnene og en prosent av mennene vært utsatt for voldtekt. Omtrent halvparten av kvinnene som hadde vært utsatt for voldtekt, hadde vært utsatt for dette før de var 18 år. Blant kvinnene som rapporterte voldtekt før 18 år, var 90 prosent blitt voldtatt av noen de kjente. Resultatene viser at de med lavest sosioøkonomisk status hadde større risiko for å bli utsatt for vold.

Den samme undersøkelsen viser at fem prosent av de spurte hadde opplevd alvorlig fysisk vold fra foresatte minst en gang i barndommen, og 30 prosent oppga å ha blitt utsatt for mindre alvorlig vold fra foresatte før de var 18 år.

⁴ Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Boks 9.3 Vold og voldtekt i Norge – En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress slår fast (Rapport nr 1/2014):

- Alvorlig fysisk vold og grove seksuelle overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge og starter for mange i tidlig barnealder.
- Kvinner er langt mer utsatt for seksuelle overgrep enn menn. Kvinner har også en større totalbelastning av vold og overgrep. Det er nesten utelukkende menn som utøver seksuelle overgrep.
- Barn opplever ofte flere typer overgrep.
- Personer som var utsatt for fysisk vold eller seksuelle overgrep i barndommen er i mye større grad utsatt for vold og overgrep også som voksne.
- Det var indikasjoner på at det har vært en reduksjon over tid av vold mot barn. Det var ingen indikasjoner på reduksjon av voldtekt av unge kvinner.
- Alvorlig vold og grove seksuelle overgrep varierer med sosioøkonomiske skillelinjer.
- Alvorlig vold og grove seksuelle overgrep henger sammen med psykiske helseproblemer og kan anses som et folkehelseproblem. Særlig gjelder dette for kvinners helse, fordi kvinner utsettes for flere typer volds- og overgrepshendelser enn menn.
- Særlig voldtekt, men også vold, er fremdeles skjult. Det innebærer at få oppsøker helsetjenester, få anmelder forholdene, og en del forteller aldri til noen andre hva de har vært utsatt for.

9.2.4 Levevaner

Den største andelen av tidlig død og tapte kvalitetsjusterte leveår i den norske befolkningen skyldes de ikke-smittsomme sykdommene som hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, kroniske lungesykdommer og kreft. Fysisk aktivitet, variert kosthold, røykfrihet og redusert alkoholbruk vil gi god beskyttelse og redusere risiko for utvikling av kroniske sykdommer.

Fysisk aktivitet

Drøyt 2,5 millioner mennesker i den norske befolkningen oppfyller ikke de helsemessige anbefalingene om fysisk aktivitet og defineres derfor som fysisk inaktive. Samtidig øker stillesittingen i alle aldersgrupper. Voksne bruker i gjennomsnitt drøyt ni timer (60 prosent) av våken tid i ro. 15-årige gutter tilbringer 70 prosent av våken tid til stillesitting, bla. foran PC og mobil opptatt med spill og sosiale medier. Med unntak av de

yngste barna, er det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen urovekkende lavt, det er sosialt skjevfordelt og viser negativ utvikling. Kun tre av ti voksne og eldre oppfyller anbefalinger til fysisk aktivitet. Bare halvparten av 15-åringene oppfyller anbefalinger om minst én time daglig fysisk aktivitet. Det er et dramatisk fall i aktivitetsnivå fra niårsalder til 15-årsalder.

Sammenhengen mellom regelmessig fysisk aktivitet og helse – somatisk og psykisk – er godt dokumentert. Kroppen er skapt for bevegelse og den må brukes både for å forbedre og for å opprettholde viktige funksjoner. Daglig, variert lek og fysisk aktivitet er nødvendig for at barn og unge skal utvikle seg normalt. Dette gjelder både motoriske, sosiale og kognitive funksjoner. Vektberende fysisk aktivitet i oppveksten (vekstperioden) er for eksempel avgjørende for at skjelettet skal vokse seg sterkt.

Det er særlig hverdagsaktiviteten knyttet til daglige rutiner som har gått ned. Fysisk aktivitet som tidligere var en naturlig del av arbeid og dag-

Boks 9.4 Fysisk aktivitet gir år til livet – og liv til årene!

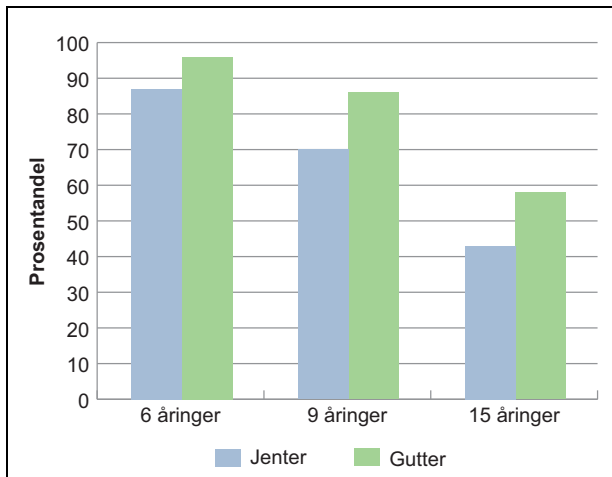
Stillesitting er en selvstendig risiko for sykdom og helseplager. Lengre perioder med stillesitting er, uavhengig av annen fysisk aktivitet, sterkt knyttet til fedme, diabetes type 2, metabolsk syndrom, enkelte former for kreft, hjerte- og karsykdommer og tidlig død. Selv en joggetur vil ikke motvirke de negative effektene av store mengder stillesitting, viser nyere forskning. Lange perioder i ro foran fjernsyn eller annen skjerm bør reduseres. Dette gjelder også for de som ellers er mye i fysisk aktivitet.

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert. Regelmessig fysisk aktivitet fremmer psykisk og somatisk helse og er nødvendig for god muskel-, skjelett- og leddhelse. God fysisk form viser seg å være viktig for å kunne være i arbeid og for å forhindre uførhet. Grunnlaget for aktivitetsvaner, helse og førlighet gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. Fysisk aktivitet er en viktig forebyggende faktor når det gjelder tidlig død og en rekke lidelser som hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, overvekt og fedme, diabetes type 2 og enkelte kreftformer. Tilpasset fysisk aktivitet er viktig både i behandling og rehabilitering etter sykdom eller skader.

Personer som er fysisk aktive, vinner i gjennomsnitt åtte kvalitetsjusterte leveår (qaly) i et

livsløpsperspektiv sammenliknet med personer som er inaktive. Forskning viser at sammenhengen mellom fysisk aktivitet og overlevelse er minst like sterk hos eldre som hos yngre, mens de fleste andre kjente risikofaktorer har avtakende betydning for dødelighet med økende alder. En fysisk inaktiv person på 70 år kan vinne tre qaly ved å bli fysisk aktiv. I tillegg kan fysisk aktivitet øke beintetthet, muskelvolum og -styrke, bedre gangfunksjonen og redusere risiko for fall og beidbrudd, bidra til mindre hjelpebehov og en mer uavhengig og selvstendig alderdom.

Dobbelt så mange dødsfall kan komme av fysisk inaktivitet som av fedme, sto å lese i American Journal of Clinic Nutrition, 14 januar 2015. På bakgrunn av nyest tilgjengelige data om dødsfall i Europa, anslo European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) at 337 000 av 9,2 millioner dødsfall blant menn og kvinner i Europa var relatert til overvekt (KMI over 30). Men det overraskende var at tilsvarende tall for fysisk inaktivitet var dobbelt så stort: hele 676 000 av dødsfallene var relatert til fysisk inaktivitet. Selv en liten andel av fysisk aktivitet hver dag kan ha betydelige helsefordele for inaktive personer. Forskere fant at 20 minutters rask gange hver dag, kan gi en betydelig reduksjon i risikoen for tidlig død.



Figur 9.3 Fysisk aktivitet blant ungdom

lige gjøremål er sterkt redusert. Den teknologiske utviklingen i samfunnet har redusert behovet for å bruke kroppen. Selvrappertert fysisk aktivitet på fritiden har økt gjennom de siste tiårene, dette er imidlertid gjennomsnittsverdier. Det er en trend med økt trening på fritiden i deler av befolkningen. Barn og unge deltar i organisert idrettsaktivitet fra 6–7-årsalder og det er stor oppslutning. Allerede tidlig i tenårene starter frafallet fra organisert idrettsaktivitet. Oppslutningen tidlig i barneårene og treningen blant grupper voksne i befolkningen kompenseres ikke for økende stille-sitting på skole, jobb, transport og foran skjerm.

Blant barn er guttene mer aktive enn jentene. Figur 9.3 viser prosentdelen gutter og jenter som oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. Kjønnforskjellen i gjennomsnittlig aktivitetsnivå er størst blant 9-åringene (20 prosent) og minst blant 6-åringene (12 prosent). Flere kvinner (35 prosent) enn menn (28 prosent) i alderen 20–64 år oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet, men kjønnforskjellen er nesten visket ut blant eldre over 65 år (28 og 29 prosent).

Kosthold og ernæring

Kostholdet påvirker helsen gjennom hele livet. God ernæring er av avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsårene. I tillegg påvirker kostholdet allerede fra tidlig i livet helsen som voksen og risikoen for å utvikle kroniske sykdommer. Det har vært en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste 30 år. De viktigste endringene er reduksjon i kostens innhold av fett, mettet fett og transfett, og en økning i forbruket av grønnsaker og frukt. Dette har bidratt til en markant nedgang i dødelighet av hjerte- og karsykdom siden 1970-

Boks 9.5 Befolkningens kosthold: et stykke fra kostrådene

Andel menn og kvinner som tilfredsstillers anbefalt inntak av:

	M	K
– Grønnsaker	13 og 15 %	
– Frukt og bær	34 og 41 %	
– Fullkorn	27 og 25 %	
– Fisk	39 og 31 %	
– Fet fisk	24 og 21 %	

Kilde: Norkost (2010–2011).

tallet. Det er bekymringsfullt at reduksjonen i mettet fett ser ut til å ha stoppet opp og har økt de siste årene. Det er også en utfordring at fiskeforbruket er lavere enn anbefalt, særlig blant gravide, ammende og barn. Norkost 2011, en landsomfattende kostholdsundersøkelse blant voksne (18–70 år), viser at bare om lag en av tre voksne tilfredsstillers anbefalt inntak. Sjømat inneholder sunt fett, vitamin D og andre stoffer som er særlig viktige under graviditet og i barnets to første leveår. Det er videre godt dokumentert at fet og mager fisk beskytter mot hjerte- og karsykdommer. Inntaket av frukt og særlig grønnsaker er også for lavt. Det er godt dokumentert at inntak av frukt, bær og grønnsaker reduserer risiko for utvikling av koronar hjertesykdom, hjerneslag, høyt blodtrykk og en rekke kreftformer.

Kosthold henger sammen med sosioøkonomisk status. Ungdom i hjem der foreldrene har lav inntekt og utdanning spiser sjeldnere frokost, sjeldnere frukt og grønnsaker og drikker oftere brus.

Tall fra Ungdata viser at andelen som hver dag spiser både frokost, lunsj og middag, synker med alderen. To av tre ungdomsskoleelever spiser frokost daglig, mens noe færre spiser matpakke eller lunsj. Ti prosent spiser sjelden eller aldri frokost, mens seks prosent aldri eller sjelden spiser matpakke eller lunsj.

Brusforbruket er redusert over tid, men det gjennomsnittlige forbruket er fortsatt om lag 60 liter sukkerholdig brus per person i året. Det er sammenheng mellom overvekt og fedme og inntak av tilsatt sukker som drikke. I tillegg øker sukker og søte drikker risikoen for karies og tannerosjon. Se figur 3.3 om utviklingen av bruk av brus og mineralvann i kapittel 3. Forbruket av godterier har økt betydelig de siste 30 årene og omsetningen har siden 2008 ligget på 14–15 kilo per inn-

bygger. Inntak av godterier og brus øker med økende alder i ungdomsårene.

Inntaket av mettet fett har økt de senere år og er nå vesentlig høyere enn anbefalt nivå på 10 energiprosent. Økningen skyldes særlig inntak av rødt kjøtt, fløte, smør og ost. Mettet fett bidrar til å øke kolesterolnivået i blodet som øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Saltinntaket i den norske befolkningen er i gjennomsnitt 10 gram per dag, dobbelt så høyt som ønskelig. Målet er en 30 prosents reduksjon innen 2025. Det er en klar sammenheng mellom inntak av salt, blodtrykk og risiko for hjerte- og karsykdommer.

Amming reduserer risiko for overvekt og fedme for barnet senere i livet. Andel som totalt sett får morsmelk er fremdeles høy, men siden 2006 har det vært en nedgang, særlig gjelder dette andelen som ammes i andre levehalvår. Andel som kun fikk morsmelk (fullammede) var i 2013 79 prosent ved én måneds alder, 44 prosent ved fire måneders alder, og 17 prosent ved 5,5 måneder. Om lag 35 prosent ble ammet ved 12 måneders alder.

Mors kosthold i svangerskapet påvirker barnets helse både i fosterlivet og etter fødselen. Studier blant annet fra Den norske mor og barnundersøkelsen har vist at et variert kosthold med daglig inntak av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter, fisk og melkeprodukter, og begrenset inntak av søte drikker, kaffe og sukker, er forbundet med lavere risiko for både komplikasjoner i svangerskapet og lav eller høy fødselsvekt hos barnet.

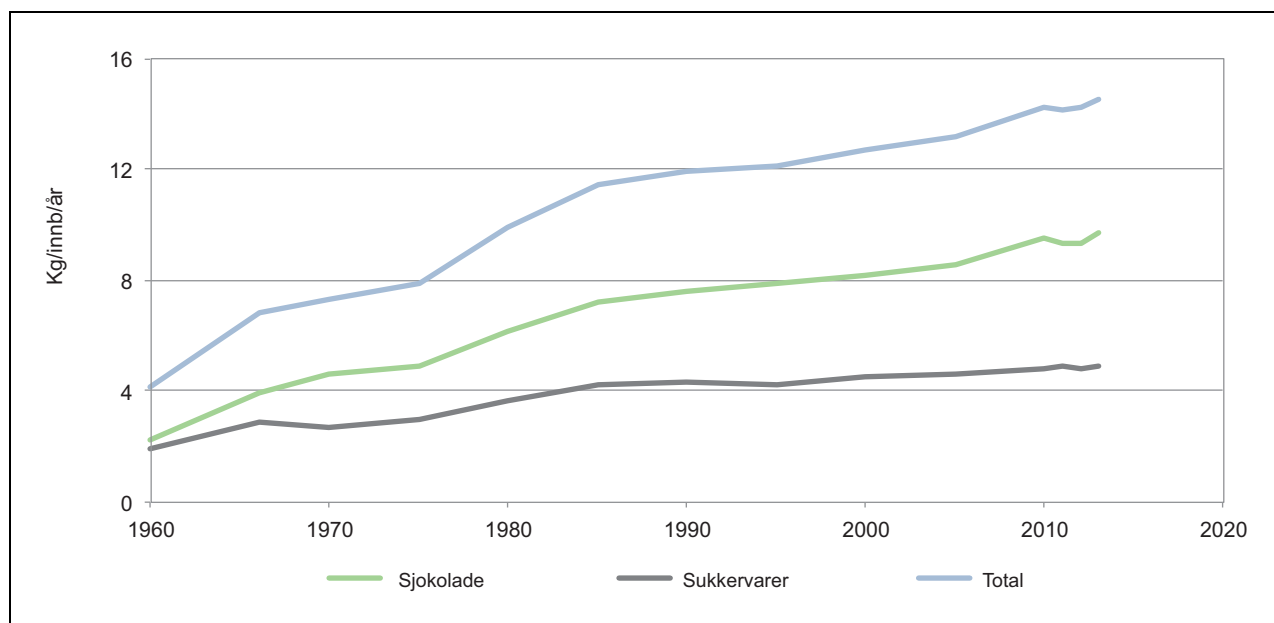
Tobakk

Norge er det OECD-landet med størst reduksjon i andelen røykere i perioden 2000–2010. Likevel er det fortsatt over 1 000 000 nordmenn som røyker. Rundt 6600 personer dør hvert år som følge av røyking, noe som tilsvarer 16 prosent av alle dødsfall i Norge. En firedel av disse dør i alderen 35–69 år. For alle dødsfall i aldersgruppen 30–70 år blant kvinner, skyldes 26 prosent av dødsfallene røyking, blant menn er tilsvarende tall 40 prosent. I tillegg til risiko for død, innebærer røyking økt sannsynlighet for å måtte leve med dårlig helse og forringet livskvalitet. Det er identifisert over 50 røykerelaterte sykdommer.

Røyking er årsak til 85 prosent av all lungekreft. Nærmere 400 000 personer lider av kols, som hovedsakelig skyldes røyking og har høy dødelighet. Nedgangen i røyking skjer ikke raskt nok til å hindre at tobakksrelatert sykdom og død vil være en hovedutfordring i folkehelsearbeidet i mange år fremover.

En studie av tobakksvaner i 22 europeiske land viser at Norge har den største forskjellen i andel dagligrøykere mellom sosioøkonomiske grupper. Mens bare 8 prosent av de med universitets- eller høyskoleutdanning røyker daglig, er tilsvarende andel i gruppen med grunnskoleutdanning på 34 prosent.

Bruken av snus blant unge har økt kraftig de siste 10–15 årene. Ved begynnelsen av 2000-tallet brukte rundt 10 prosent av unge menn snus, og tilnærmet ingen unge kvinner brukte snus. I dag



Figur 9.4 Sjokolade og sukkervarer. Omsetning kg/pers/år

Kilde: Helsedirektoratet: Utvikling i norsk kosthold 2014, tall fra Norske Sjokoladefabrikkers Forening

bruker 33 prosent av unge menn og 23 prosent av unge kvinner snus. Økningen er bekymringsfull. I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2014 (Helse- og sykdomsrisiko ved bruk av snus) fremkommer det at snus kan føre til alvorlige helseskader som kreft og diabetes type 2 og økt dødelighet etter kreft, hjerteinfarkt eller hjerneslag. Snusing under graviditet kan føre til redusert fødselsvekt, økt risiko for prematur fødsel og dødfødsel, og muligens også svangerskapsforgiftning, økt risiko for pustestans og leppe- og ganemisdannelser. Det er også indikasjoner på atferdsendringer og andre forstyrrelser hos barnet på lengre sikt. Hjernen er særlig følsom for påvirkning av nikotin når den er under utvikling. Tall fra Den norske mor og barnundersøkelsen fram til 2009 viste at rundt 20 prosent av kvinner som snuser, fortsetter med dette i svangerskapet. Med den sterkt økende bruken av snus blant unge kvinner siden 2009, vil risikoen for at flere gravide kommer til å bruke snus øke i årene som kommer. Konsekvensene vil kunne bli en økning i uønskede svangerskapsutfall og nikotinrelaterte utviklingsforstyrrelser i fosteret og barnet. I flere andre land er det en nedgang i unge som røyker, uten at de har erstattet røyk med snus. I Norge har unges samlede tobakksbruk holdt seg høyt de siste 15 årene (46 prosent i 2000 og 34 prosent i 2014). Unge i Norge snuser i langt større grad enn unge i Sverige, særlig gjelder dette unge kvinner (4 prosent i Sverige mot 12 prosent i Norge i 2014). Norge er i ferd med å få en ny ungdomsgenerasjon som er avhengig av tobakk.

Alkohol

Mens den registrerte alkoholomsetningen var relativt stabil på 1980-tallet, var det en klar økning fra begynnelsen av 90-årene fram til 2008. Omsetningen var lavest i 1993 med 4,6 liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre, mens den i 2008 var høyest med 6,8 liter, en økning på 48 prosent på 15 år. Deretter har den registrerte omsetningen falt til rundt 6,2 liter i 2013, som er 35 prosent høyere enn nivået i 1993. Økningen siden 1993 har ført til en markert økning i alkoholrelatert sykkelighet og innleggelse i sykehus. Konsumet har særlig økt blant de over 50 år. Det totale alkoholkonsumet, det vil si både registret og uregistret forbruk, ser ut til å ha flatet ut siden 2008. Sammenliknet med andre land er det registrerte alkoholforbruket i Norge lavt.

Alkoholkonsum og hyppighet av alkoholinntak øker med økende utdanning og inntekt. Likevel er det antakelig færre som dør med alkoholrelaterte

diagnoser i disse gruppene sammenliknet med personer med lav utdanning og inntekt. Det samme mønsteret ser også ut til å gjelde for andre rusmidler.

Den store europeiske skoleundersøkelsen Espad, som er foretatt i 1995, 1999, 2003, 2007 og 2011, viser at det var en liten økning i andel som oppgir å ha drukket alkohol fra 1995 til 1999/2003, mens det siden har vært en nedgang. Også tall fra undersøkelsen Ung i Oslo 2012 viser at alkoholbruken blant unge har gått markert ned.

Tall fra Ungdata 2013 viser at 86 prosent av ungdommene i alderen 13–16 år ikke har drukket seg beruset i løpet av siste året, mens rundt 3 prosent har drukket seg beruset seks ganger eller mer. Det er liten kjønnsforskjell i bruk av alkohol tidlig på ungdomsskolen, men på siste ungdomskoletrinn er det flere jenter enn gutter som angir at de har vært tydelig beruset det siste året. Om lag halvparten av elevene på første trinn i videregående skole har vært tydelig beruset.

Alkoholbruken blant skoleelever med innvandrerbakgrunn er lavere enn hos øvrige elever i første klasse i videregående skole, 12 prosent mot 37 prosent, viser undersøkelsen Ung i Oslo i 2012. Også alkoholbruken blant innvandrerforeldre er betydelig lavere enn blant etnisk norske foreldre.

Verdens helseorganisasjon har anslått at i Norge er alkoholens bidrag til dødsfall 3,5 prosent for kvinner og 7,5 prosent for menn. For sykkelighet målt i daly⁵ bidrar alkohol med noe over 5 prosent for kvinner og 19 prosent for menn. Dette skyldes andelen som lever lenge med nedsatt funksjonsdyktighet. Alkohol er skadelig for fosteret gjennom hele fosterlivet. Ved stort alkoholbruk i svangerskapet øker risikoen for føtalt alkohol syndrom og føtal alkoholeffekt. Barn med disse lidelsene er født med dårlig fostervekst og hjerneskade, som gir psykomotoriske utviklingsforstyrrelser og lærevansker.

Storforbrukerne har større risiko for alkoholrelaterte ulykker enn andre, men de som drikker mindre utgjør likevel hovedtyngden av dem som er skadd eller drept i beruset tilstand. Dette fordi de utgjør langt flere enn stordrikkerne. Drikkemønsteret i Norge gjør at den statistiske skaderisikoen per drukket volumenhet er høyere enn i middelhavslandene, hvor somatiske skader som følge av jevnt høyt forbruk er dominerende.

384 alkoholutløste dødsfall ble registrert i Norge i 2013. Av de døde var 273 menn (71 pro-

⁵ Sykdomsbyrde kan beskrives i form av tapte leveår og helsetap, og summen av disse er helsetapsjusterte leveår eller daly (disability adjusted life years).

sent) og 111 kvinner (29 prosent). Kvinners andel av slike dødsfall var høyere enn i tidligere år. 74 prosent av de døde var over 55 år og 12 prosent var over 75 år, mens andelen under 35 år var noe under to prosent. I den siste 20-års perioden har det vært en nedgang i registrerte alkoholutløste dødsfall. Det er imidlertid grunn til å tro at det er langt flere som dør som følge av alkohol enn det som framkommer i dødsårsaksregisteret. Det samme gjelder data fra Norsk Pasientregister om alkoholrelaterte sykehusinnleggelser. Disse tallene viser trolig bare toppen av isfjellet når det gjelder de alkoholrelaterte helseskadene i Norge.

Data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholkonsum økte fra under 0,5 prosent til 4,5 prosent i perioden 1997–2008. Flere eldre med høyere forbruk enn tidligere generasjoner kan føre til en økning i alkoholrelaterte problemer i denne gruppen. Eldre tåler alkohol dårligere enn unge, de har generelt dårligere helse og de bruker ofte medikamenter som kan være farlig sammen med alkohol. Gjennom spørreundersøkelser som ble gjort i Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (Norlag) i 2002 og 2007, er endringer i alkoholvanene til rundt 2000

Boks 9.6 Rusmiddelrelaterte sykdommer og skader

Psykiske plager og lidelser: Et langvarig og høyt alkoholkonsum kan øke risikoen for avhengighet og andre psykiske lidelser.

Kroppslige sykdommer: Et langvarig og høyt alkoholkonsum øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, og andre sykdommer som leversvikt, betennelse i bukspyttkjertelen og lunge sykdommer.

Et moderat alkoholforbruk øker risikoen for kreft i fordøyelsesorganene, lever, bryst og enkelte andre kreftformer. Andel krefttilfeller som kan tilskrives alkohol er ikke beregnet for Norge. For Europa er slike beregninger gjort. Man fant at hos menn kan 10 prosent tilskrives alkohol, mens andelen hos kvinner er 3 prosent.

Store enkeltinntak av alkohol gir økt risiko for hjerneslag og hjerteinfarkt, og risikoen øker med frekvensen av slike episoder. Det er også holdepunkt for at alkoholbruk, allerede ved moderat konsum, øker risikoen for atrieflimmer.

Høyt forbruk av medikamenter kombinert med alkohol er spesielt skadelig.

Alkohol er en medvirkende årsak til mer enn 60 somatiske sykdommer og den tredje største årsak til sykdom og tapte leveår i den vestlige verden.

Skader og ulykker: 27 prosent av ulykkesrelaterte akuttinnleggelser ved Ullevål sykehus i løpet av ett år var alkoholrelaterte.

Legevakten i Bergen fant at 70 prosent av pasientene som ble behandlet for voldsskader, var alkoholpåvirket.

Sykehusinnleggelser: Antallet sykehusinnleggelser med alkoholrelaterte hoveddiagnoser har økt betraktelige de siste årene, fra 4131 innleggelser i 2004 til 6064 i 2012. Antallet har vært vesentlig høyere for menn enn for kvinner. I

2012 var antallet for innleggelser 4083 for menn og 1981 for kvinner.

Alkoholrelaterte dødsfall: Totalt antall alkoholrelaterte dødsfall er betydelig høyere enn det som registreres i Dødsårsaksregisteret. I følge data fra Dødsårsaksregisteret er det de siste 15 årene årlig registrert om lag 320–420 dødsfall som skyldes direkte eller indirekte alkoholbruk. De høyeste enkelttallene er knyttet til ulike psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, alkoholisk leversykdom og forgiftning av alkohol. Alkoholrelaterte dødsulykker i trafikken, alkoholrelaterte drukningsdødsfall og andre typer dødsulykker er ikke med i oversikten fra Dødsårsaksregisteret.

Konsekvenser ved bruk av andre rusmidler enn alkohol: Bruk av andre rusmidler enn alkohol er også forbundet med økt risiko for overdoser, ulykker og skader og smittsomme sykdommer som hepatitt og hiv ved sprøytebruk. De siste årenes økningen i rusmiddelbruk fører også til økning i kriminalitet, vold og aggressiv atferd. Mer enn 20 prosent av dødsulykkene i trafikken og mange av ulykkene med personskade skjer under påvirkning av alkohol, illegale rusmidler eller rusgivende legemidler.

234 narkotikautløste dødsfall ble registrert i Norge i 2013. Av de døde var 179 menn (76 prosent) og 55 kvinner (24 prosent). Antall dødsfall i 2013 var lavere enn antallet i 2011 og 2012, og betydelig lavere enn toppårene 2000 og 2001. I perioden 2002 til 2012 har antall narkotikarelaterte dødsfall variert rundt et relativt stabilt gjennomsnitt på 266 dødsfall per år. Med nedgangen fra 2012 til 2013 kan det imidlertid nå se ut som det har vært en nedadgående trend fra 2009.

personer i alderen 40–79 år undersøkt. Denne undersøkelsen tyder på at dagens eldre drikker oftere enn tidligere generasjoner, men ikke mer om gangen.

Narkotika, doping og spillproblematikk

Cannabis og amfetaminer er de vanligste ulovlige rusmidlene i Norge. Ecstasy har vært nesten borte fra markedet, men Kripos melder nå om økning i beslag. Kokain brukes hovedsakelig i mer lukkede miljøer. GHB har blitt brukt i enkelte ungdomsmiljøer i de siste 10 årene.

Andre rusmidler enn alkohol er oftere enn tidligere i søkelyset når det er mistanke om påvirket kjøring. I 2013 gjaldt halvparten av sakene andre rusmidler enn alkohol. Omsetningen av nye psykoaktive rusmidler og dopingmidler skjer hovedsakelig via internettbutikker, og antallet salgssider er økende.

I en befolkningsstudie Statens institutt for rusmiddelforskning utførte i 2014 for aldersgruppen 16–64 år oppgir 22 prosent at de har brukt cannabis. Dette gjelder 26 prosent av menn og 18 prosent av kvinner. Blant disse har mer enn halvparten (56 prosent) brukt cannabis en til fem ganger totalt. Kjønnfordelingen var 45 prosent kvinner og 55 prosent menn.

Kjønnfordelingen er skjevare blant de som har brukt cannabis mer enn fem ganger totalt. Her var to tredeler av cannabisbrukerne menn og en tredel kvinner. Fem prosent av totalutvalget oppgir cannabisbruk siste år. Dette gjelder 7 prosent blant menn og 3 prosent blant kvinner.

De senere årene har et stort antall nye psykoaktive rusmidler blitt tilgjengelig på internett. Eksempler på nye rusmidler er syntetiske cannabinoider, såkalt spice, amfetamin- og ecstasyliknende stoffer og katinoner. Ofte blir flere stoffer kombinert. De helsemessige konsekvensene ved bruk av nye, syntetiske rusmidler er i stor grad ukjente, men det er rapportert om høyt blodtrykk og hjerteinfarkt hos tenåringer som har brukt syntetiske cannabinoider. Også bevisstløshet, kramper, angst, agitasjon, akutte psykoser og forverring av tidligere psykisk sykdom er rapportert. Felles for mange av stoffene er at brukerne ikke vet hva de får i seg og at stoffene har ukjent styrke og kan inneholde rester av kjemikalier og blandinger fra flere liknende stoffer. De nye stoffene kan også medføre dødsfall. Fra juli 2010 til august 2012 ble det registrert over 29 dødsfall der stoffet PMMA var hovedårsak eller medvirkende dødsårsak.

Statens institutt for rusmiddelforskning har siden 1993 regelmessig intervjuet brukere av sprøyteutdelingen og sprøyterommet i Oslo. Kvinneandelen har falt noe over tid blant de intervjuede, men snittet for årene 2005–2013 viser at gruppen besto av 29 prosent kvinner og 71 prosent menn. Når det gjelder overdosedødsfall, har andelen kvinner i perioden 2005 til 2013 variert mellom 20 og 27 prosent med et snitt på 23 prosent.

Andelen som bruker hasj og tabletter til beruselse er høyest i gruppen med lav sosioøkonomisk status. Bruk av illegale rusmidler er også vanligere i grupper med problematferd. Personer med høy sosioøkonomisk status har oftere forsøkt narkotiske stoffer enn personer med lav sosioøkonomisk status, mens vedvarende bruk oppstår oftest hos sistnevnte gruppe.

Statens institutt for rusmiddelforskningsrapport nr. 4, 2013 viser at 1–2 prosent unge nordmenn oppgir bruk av anabole steroider. Blant dem som oppgir å ha brukt dopingmidler, rapporterer de fleste om kortvarig og forbigående bruk.

Høsten 2013 ble det på oppdrag fra Lotteri og stiftelsestilsynet gjennomført en befolkningsundersøkelse om penge- og dataspillproblemer i regi av Universitetet i Bergen. Resultatene viste at 7,8 prosent av befolkningen ble kategorisert som lavrisikospillere, 2,4 prosent som moderate risikospillere og 0,6 prosent som problemspillere. Sammenliknet med tidligere norske undersøkelser som har brukt samme måleinstrument viser denne undersøkelsen en nedgang, særlig når det gjelder lavrisikospillere og problemspillere. Risikoen for å være moderat risikospiller eller problemspiller var forhøyet hos menn, enslige, hos de med lav utdanning, blant de som var enten arbeidsledig, ufør, på attføring eller på avklaringspenger og blant de som hadde fødested utenfor Norge.

9.2.5 Miljøfaktorer

Luftforurensing

Nivåer av luftforurensninger i Norge har det siste tiåret vært forholdsvis stabile. For svevestøv har det vært en svak nedgang. Grenseverdiene myndighetene har satt for lokal luftforurensning overskrides hver vinter i flere av de store byene. Nivåene av luftforurensninger er som i andre skandinaviske land, men lavere enn i Sør-Europa.

Eksposering for luftforurensning kan utløse og forverre sykdommer, først og fremst i luftveiene og hjerte-karsystemet. Det er også holde-

punkter for at luftforurensning kan påvirke nervesystemet og sykdommer som diabetes. Det er særlig personer med luftveissykdommer (astma, kols) og hjerte-karlidelser som er spesielt følsomme for helseeffekter av luftforurensning. I tillegg er barn og unge, gravide og eldre spesielt følsomme.

Helserisikoen knyttet til lokal luftforurensning avhenger av hvor høy konsentrasjonen av de forurensete stoffene er, og hvor lenge vi blir utsatt for dem. Kortvarig eksponering for luftforurensning kan føre til forverring av en eksisterende sykdom, mens langvarig eksponering synes også å bidra til utvikling av sykdom.

Inneklima

Dårlig inneklima kan gi nedsatt trivsel, for eksempel på grunn av høy temperatur, mye støv på grunn av manglende renhold, luktplager og «tung luft» med høyt CO₂-nivå. Det er påvist en sammenheng mellom å oppholde seg regelmessig i hus med høy fuktighet, fuktskader eller mugg og økt forekomst av luftveisplager som astma, allergi og luftveisinfeksjoner. Effektene av dårlig inneklima vil avhenge av type forurensning, den enkeltes følsomhet, ventilasjonsforhold, renhold og antall personer i rommene.

Fordi barn utgjør en stor og særlig følsom gruppe, er inneklimaet i skoler og barnehager viktig for barns helse og trivsel. Selv der helseeffekter av inneklimaet ikke kan dokumenteres, vil dårlig vedlikeholds- og bygningsmessig standard kunne medføre at barn, elever og ansatte får utilfredsstillende arbeidsforhold og opplever nedsatt trivsel.

Inneklimaet i nye skoler og barnehager er i hovedsak godt. Det er imidlertid et stort etterslep når det gjelder utbedringer av eksisterende skole- og barnehagebygg. Ofte skyldes dårlig inneklima i slike bygninger fukt og muggskader. Årsaker kan for eksempel være dårlig drenering, utette tak eller skjulte vannlekkasjer. Videre er det viktig å sørge for god ventilasjon tilpasset bruken og antall brukere av lokalene.

Støy

Støy kan gi psykisk stress, og helseplager som muskelspenninger og muskelsmerter. Støy kan også være en medvirkende årsak til høyt blodtrykk og utvikling av hjertesykdom.

Nesten 1,4 millioner personer er utsatt for støy, det vil si et gjennomsnittlig utendørs støynivå på over 55 dB ved boligen. Antallet har økt

med en kvart million siden 1999. En halv million menneske er svært plaget. Støy fra vegtrafikk er den dominerende kilden til støypager i samfunnet. Mellom 3 og 5 prosent oppgir å ha problemer med søvnen på grunn av støy.

Søvn

En av sju voksne har kroniske søvnvansker, og om lag én av tre har ukentlige søvnvansker. Forekomsten av kroniske søvnvansker har økt betraktelig i Norge det siste tiåret. Ungdom sover mindre enn tidligere. Bruk av elektroniske medier før sengetid er forbundet med senere leggetid og kortere søvn lengde hos barn og ungdom med søvnvansker. Kroniske søvnvansker øker risikoen for utvikling av helseplager og frafall fra arbeidslivet. Kroniske søvnvansker har betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser. Kroniske søvnvansker forekommer hyppigere hos kvinner. Spesielt eldre kvinner rapporterer ofte om kroniske søvnvansker, men kjønnsforskjellen er til stede allerede i ungdomsalderen. I en stor norsk undersøkelse var symptomer på kroniske søvnvansker mer enn dobbelt så vanlig blant personer med lav utdanning (19 prosent) sammenliknet med personer med universitets- eller høyskoleutdanning (9 prosent). Denne sammenhengen er til stede også hos barn, der barn fra familier med dårlig familieøkonomi har langt større grad av søvnvansker (28 prosent) sammenliknet med barn fra familier med god familieøkonomi (10 prosent). Sovemedisiner er fortsatt vanligste behandling i Norge, selv om kognitiv atferdsterapi har bedre og mer varig effekt.

Drikkevann

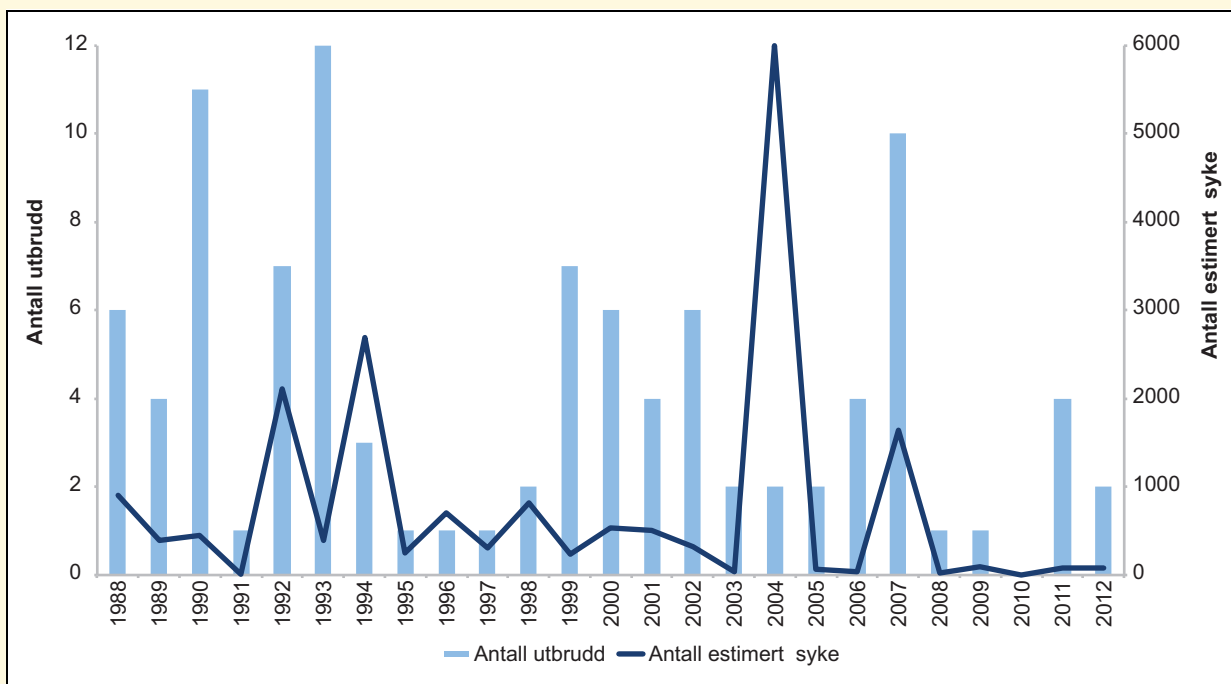
Norge har et av de dårligste vann- og avløpsnettene i Europa, og anslagsvis 30 til 40 prosent av det rensede drikkevannet tapes på grunn av lekkasjer i ledningsnett. Tilsvarende tap i Danmark, Finland og Sverige er om lag 7–16 prosent. I gjennomsnitt er det bare 0,5–0,6 prosent av ledningsnett som fornyes hvert år. Om lag 90 prosent av ledningsnett er kommunalt, resten er privateid.

Når ledningsnett lekker, kan avløpsvann fra omgivelsene lett trenge inn og forurense drikkevannet. Dette kan føre til alvorlige sykdomsutbrudd. I følge Folkehelseinstituttets anslag fører dårlig ledningsnett og mangelfull rensing av drikkevannet til mellom 225 000 og 400 000 sykedager per år. Sikker levering av drikkevann er også avgjørende for at vann til sanitær- og beredskaps-

Boks 9.7 Vannbårne sykdomsutbrudd

Mellom 1988 og 2012 mottok Folkehelseinstituttet 100 varsler om mistenkte eller bekreftede vannbårne sykdomsutbrudd i Norge. Totalt ble det registrert nær 20 000 syke i forbindelse med disse utbruddene. Antall syke i hvert utbrudd varierte mye; 80 prosent av utbruddene var små med færre enn 100 rapporterte syke. Fire utbrudd hadde mer enn 1000 rapportert syke. Det reelle antallet som blir syke av drikkevannet, er langt høyere fordi ikke alle utbrudd blir rapportert, og fordi spredte sykdomstilfeller ikke blir oppdaget. Det største utbruddet var i Bergen i 2004 med 6000 rapporterte syke. Smiten skyldtes parasitten *Giardia*. Sannsynlig årsak var forurensning av råvannskilden fra utette avløpsledninger i bebyggelsen nær drikkevannsinntaket. Vannet ble desinfisert med klor, som ikke dreper parasitter.

net, er langt høyere fordi ikke alle utbrudd blir rapportert, og fordi spredte sykdomstilfeller ikke blir oppdaget. Det største utbruddet var i Bergen i 2004 med 6000 rapporterte syke. Smiten skyldtes parasitten *Giardia*. Sannsynlig årsak var forurensning av råvannskilden fra utette avløpsledninger i bebyggelsen nær drikkevannsinntaket. Vannet ble desinfisert med klor, som ikke dreper parasitter.



Figur 9.5 Oversikt over antall vannbårne sykdomsutbrudd og estimert estimert syke 1988–2012

Kilde: Folkehelseinstituttet

formål som toaletter, dusj, mulighet for tapping av brannvann mv., skal fungere. De forventede klimaendringene med blant annet økte nedbørmengder og dermed mer overvann forventes å forsterke problemene.

Om lag 600 000 forbrukere har sin vannforsyning fra små anlegg, der status på drikkevannet i stor grad er ukjent for myndighetene.

Smitte fra matvarer

Norge har en av Europas laveste forekomster av smitte fra matvarer. Dette har sammenheng med at forekomsten av de fleste smittestoffer er relativt beskjedne i norske husdyr og norskproduserte matvarer. Samtidig som at maten i Norge aldri har

vært tryggere når det gjelder forekomst av smittestoffer, har det vært en globalisering av matmarkedet og økning i både lovlig og ulovlig import av mat fra land der smittepresset er større enn i Norge. Konsekvensene av en hygienesvikt i en næringsmiddelvirksomhet eller i private hjem kan dermed bli langt mer omfattende enn tidligere.

I følge Folkehelseinstituttet har forekomsten av mat- og vannbårne infeksjoner steget kraftig de siste tiårene. Økningen skyldes for en stor del at flere blir smittet i utlandet gjennom økt reisevirksomhet til land med større smittepress. Også internasjonal handel med matvarer har ført til flere enkelttilfeller og utbrudd av slike sykdommer. I de siste årene har det vært en rekke utbrudd der smitekilden har vært importerte

grønnsaker og bær. Rapporter fra Mattilsynet og Statens institutt for forbrukerforskning viser at kunnskap om kjøkkenhygiene og håndhygiene er mangelfull både i serveringsbransjen og blant folk flest.

Miljøgifter

Miljøgifter finnes i små mengder i mat, drikkevann og luft, og i forbrukerprodukter som matemballasje, elektriske artikler, vaske- og rengjøringsmidler, tekstiler, kosmetikk, barneleker og byggevarer. For de fleste av de prioriterte miljøgiftene er bruk og utslipp kraftig redusert fra 1995 og fram til i dag. Utslippene av flere av stoffene er redusert med mer enn 90 prosent. Likevel er det vesentlige utfordringer som gjenstår. Det dukker stadig opp nye stoffer som vi ikke vet nok om hvordan virker på helsen.

Miljøgifter i produkter er en økende kilde til utslipp. Antallet importerte produkter fra land utenfor EØS øker. Vi har utilstrekkelig kunnskap om helse- og miljøfarlige stoffer i disse produktene. Mange av stoffene kan påvises i biologiske prøver fra mennesker. Under svangerskapet og etter fødselen blir vi eksponert for miljøgifter via mat og miljø.

I Norge har Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) vurdert forskning om morsmelkens positive egenskaper opp mot mulige negative effekter av at morsmelken også inneholder miljøgifter. VKM konkluderte at nåværende nivåer av miljøgifter i morsmelk innebærer liten risiko for barnets helse, og at fordelene med morsmelk er langt større for barnet enn risikoen fra miljøforurensninger. Tilsvarende er gjort for fisk, se omtale i kapittel 6. Nivået av miljøgifter, plantevernmidler, tungmetaller og andre uønskede stoffer i vannkilder utgjør ikke noe helsemessig problem i de vannkildene som brukes til produksjon av drikkevann.

9.3 Barn og unges helse

Norske barn har svært god helse i et globalt perspektiv. Sammen med andre nordiske land er Norge blant de land som har aller lavest spedbarnsdødelighet og barnedødelighet i verden. Den psykiske helsen er bedre sammenliknet med andre europeiske land. Situasjonen i Norge er også bedre enn i andre europeiske land når det gjelder barn og unges helseatferd, med unntak av fysisk aktivitet der Norge er på omtrent samme nivå som resten av Europa.

Sosiale ulikheter i helse gjelder også barn og unge. I familier der foreldrene har lav utdanning eller lav inntekt er det en høyere andel barn og unge som vurderer helsen som dårlig sammenliknet med barn og unge som har foreldre med høy utdanning og høy inntekt. Barn og unge av foreldre med lav utdanning eller lav inntekt har også økt risiko for sykdommer og plager som astma, allergi og eksem.

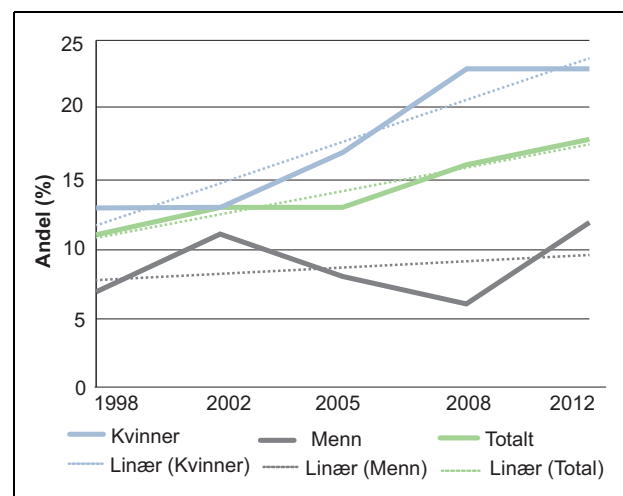
Psykisk helse

Selv om norske barn har god helse, er psykiske plager og lidelser et stort helseproblem. 15–20 prosent av barn og unge i alderen 3–18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer. Omtrent 8 prosent av barn og unge har så alvorlige problemer at det tilfredsstiller kriteriene til en psykisk lidelse.

For de fleste barn og unge er psykiske plager forbigående, men hos noen vedvarer plagene. En firedel av barn som ved 18 måneders alder har betydelige psykiske plager, har det også ved 4 års alder. 40 prosent av fireåringer som har betydelige psykiske plager vil fremdeles ha dette som 10-åringer.

Spiseforstyrrelser starter som regel i løpet av ungdomsårene, og anoreksi og bulimi forekommer hyppigere hos jenter enn gutter.

For aldersgruppen 16–24 år viser tall fra Leveårsundersøkelsene at andelen med høy skår (over 1,75) på psykiske plager økte fra 1998 til 2012, jf. figuren nedenfor. Økningen var sterkest blant unge kvinner der 13 prosent hadde høy skår i 1998 og 23 prosent i 2012. For unge menn var de tilsvarende tallene 7 prosent og 12 prosent.



Figur 9.5 Utviklingen i egenrapporterte psykiske plager i alderen 16–24 år, 1998–2012.

Ungdata-undersøkelsene viser at vi har en veltilpasset ungdomsgenerasjon: de har tette bånd til sine foreldre, høy skoletrivsel og få har erfaring med rus og kriminalitet. Mange ungdommer opplever skolen som et godt sted å være. Undersøkelsen viser også at mange ungdommer sliter med prestasjonskrav. Andelen unge som rapporterer om psykiske plager er høyere enn forventet. Mest utbredt er stressymptomer. I overkant av ti prosent svarer at de er ganske eller veldig mye plaget på de fleste av de områdene som skal måle det som betraktes som tegn på depressive symptomer. Dette øker med økende alder og jenter rapporterer mer om dette enn gutter. Ungdata-undersøkelsene viser også en tydelig sammenheng mellom ungdoms livskvalitet og familiens økonomiske ressurser. Ungdom i familier med dårlig råd er gjennomgående mindre tilfreds og sjeldnere fornøyd med venner, foreldre og lokalmiljøet. Samtidig er færre motivert for skole og høyere utdanning og færre er med i organiserte fri-

tidsaktiviteter. Ungdom i familier med dårlig råd peker seg negativt ut når det gjelder alle helseindikatorer som er behandlet i Ungdata-rapporten.

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2014 viser at mellom 7 og 15 prosent av studenter ved norske læresteder strever mye i studiesituasjonen. Dette skyldes forhold som lav studiemestring, liten gjennomføringsevne, redusert livskvalitet, ensomhet, personlighetsmessige forhold og alvorlige psykiske symptomplager – gjerne en kombinasjon av disse. Undersøkelsen viste også at kvinnelige studenter er mest utsatt for lav mestring, og at de i større grad rapporterer om alvorlige psykiske symptomplager. Årsakssammenhengene er komplekse, og kan ikke tilskrives isolerte særtrekk ved studietilværelsen.

En betydelig andel barn utsettes for vold og seksuelle overgrep eller opplever vold og seksuelle overgrep i familien. Barn som lever i familier med rusproblemer blir oftere utsatt for vold enn andre. Studier viser at i mellom en firedel og halvparten av voldstilfellene i hjemmet er en av partene alkoholpåvirket. I tillegg til risikoen for selv å bli utsatt for vold, vil barn kunne ta skade av å oppleve vold mellom de voksne i familien. Mellom 30 og 60 prosent av barn som opplever vold i hjemmet blir selv utsatt for fysisk mishandling. Å bli utsatt for vold og overgrep i barndommen, øker sannsynligheten for å bli utsatt for vold eller overgrep som voksen. Barn som opplever vold og seksuelle overgrep eller utsettes for andre store belastninger kan utvikle angst, depresjoner, atferdsvansker og konsentrasjonsvansker. Vold skaper tilknytningsskader hos barn og er en sentral årsak til utvikling av helseproblemer (psykiske og fysiske) i voksen alder. Mange voldsutøvere har selv levd med vold i barndommen. Flere belastninger samtidig og alvorlige belastninger øker sannsynligheten for å utvikle problemer.

Mange barn opplever å være pårørende i løpet av sin oppvekst og kan møte utfordringer som de verken er i stand til eller bør håndtere på grunn av sin unge alder. Når noe skjer med foreldre eller foresatte, søsken eller andre nære omsorgspersoner, påvirkes barnas hverdag. Det kan være både psykisk sykdom, fysisk sykdom eller skade. I tillegg finnes det mange flere årsaker til at barn kan kalles pårørende eller at hverdagen blir vanskelig. Mange barn i Norge opplever at foreldre har problemer med alkohol eller andre rusmidler. Barn er også pårørende når noen av de nærmeste dør. Andre barn opplever belastninger i hverdagen ved et konfliktfylt samlivsbrudd eller når foreldrene er fattede. Mange barn opplever også å være vitne til

Boks 9.8 Ungdata: nasjonale resultater 2013

Nova ved Høgskolen i Oslo har gitt ut nasjonale resultater fra de lokale ungdomsundersøkelsene. Rapporten gir et bredt bilde av hvordan norske ungdomsskoleelever har det på ulike områder, og hvor mange som driver med ulike typer aktiviteter.

- En veltilpasset ungdomsgenerasjon: markert nedgang av kriminalitet og rusmiddelbruk.
- En hjemmekjær ungdomsgenerasjon: mer fornøyd med foreldrene sine enn tidligere og færre bruker mye tid ute om kveldene.
- En stresset ungdomsgenerasjon – hva skjer med jentene? De aller fleste unge er godt fornøyd med egen helse, men mange unge sliter psykisk i hverdagen. Andelen med ulike psykiske helseplager blant jentene har økt fra 2010–2012 til 2013. For gutter har utviklingen vært nokså stabil.

Ungdata er et samarbeid mellom de sju regionale kompetansesentrene innen rusfeltet, forskningsinstituttet Nova ved Høgskolen i Oslo og KS. Nova har ansvaret for et nasjonalt sekretariat som koordinerer og administrerer undersøkelsene.

Kilde: Ungdata, Nasjonale resultater 2013.

vold i familien. Noen har også en forelder som sitter i fengsel.

Spedbarnsdødelighet

Spedbarnsdødeligheten i Norge er i dag under tre per 1000 levende fødte. Både dødeligheten i første levemåned og hele første leveår har sunket gjennom mange tiår. Andelen dødfødte har også gått ned og var 3,8 per 1000 fødte i 2013. Nedgangen i spedbarnsdødeligheten skyldes trolig en generell bedring i folkehelse og levekår, og god omsorg under svangerskap og fødsel. Et viktig bidrag til endringene i spedbarnsdødeligheten er nedgangen i krybbedød fra slutten av 1980-tallet. Denne nedgangen skyldes i stor grad at anbefalt sovestilling for nyfødte ble endret fra mageleie til ryngleie. Dette førte til en nokså umiddelbar nedgang i forekomsten av krybbedød i Norge og resten av Skandinavia.

I perioden fra rundt 1998 til 2004 var det en stor økning i andelen barn med høy fødselsvekt. De siste årene har det vært en nedgang både i andelen av de veldig lette og de veldig tunge barna. Dette betyr at gjennomsnittlig fødselsvekt har gått ned til det nivået man hadde på 1980–1990-tallet. Gjennomsnittlig fødselsvekt var litt under 3500 gram i 2013.

Andelen barn som fødes med alvorlige misdannelser har holdt seg forholdsvis konstant gjennom mange år og er i dag rundt 3 prosent av alle fostre og fødte, inkludert svangerskapsavbrudd som er utført på grunn av sykdom eller misdannelse hos fosteret. En økende andel fostre med alvorlige misdannelser diagnostiseres før fødselen og fører til svangerskapsavbrudd. Svangerskapsavbrudd skjer oftest i tilfeller der fosteret har flere alvorlige misdannelser og/eller kromosomfeil.

Kreft

Mellom 140 og 150 barn under 15 år rammes hvert år av en kreftsykdom. Leukemi og kreft i hjernen og det sentrale nervesystem står for 58 prosent av tilfellene. I yngre aldersgrupper er det få som dør av kreft, og de siste tiårene har det skjedd en svært gledelig utvikling i overlevelsen av kreft hos barn. I aldersgruppen under 15 år økte overlevelsesprosenten for akutt lymfatisk leukemi fra 75 til 84 prosent i perioden 1985 til 2009.

Astma og allergi

Resultater fra en tverrsnittundersøkelse blant barn i alderen 7–14 år fra Nordland viste at forekomsten av selvrapportert astma var 18 prosent i 2008. Dette samsvarer med resultater fra en undersøkelse blant barn i Oslo i 2003 hvor livstidsforekomsten ble funnet å være 20 prosent ved 10 år og 26 prosent ved 16 år. Forekomsten er i alle undersøkelsene beregnet ut fra om barnet noen gang har hatt astma. Antallet tilfeller ser ut til å ha økt de siste 20–30 årene.

Mange barn og unge har høysnue og atopisk eksem. Flere norske studier finner at livstidsforekomsten av høysnue (rinitt) ligger på omtrent 25 prosent hos barn i skolealder og 30 prosent hos unge i puberteten. Forekomsten av atopisk eksem er 17 prosent hos 2 år gamle barn, og mellom 21 og 35 prosent hos barn i alderen 9–16 år. Dette viser tall fra norske studier i perioden fra 2000. Flere rapporter viser til en økende forekomst av matallergi i Europa, men god dokumentasjon mangler. Økt forekomst av pollenallergi i Europa og spesielt Skandinavia, vil på grunn av klimaendringer kunne forventes å gi en økning i både høysnue og pollen-relatert matallergi (såkalte kryssreaksjoner).

Det er flere former for reaksjoner på mat, og siden mekanismene er forskjellige og til dels uklare, blir tallene også usikre. I løpet av barnas to første leveår har omtrent en tredel reagert på en eller flere matvarer, mange av reaksjonene er kortvarige. Med objektive undersøkelser påvises allergiske reaksjoner mot matvarer fra to til seks prosent hos barn, og hos voksne fra en til fem prosent. De høyeste beregningene framkommer dersom man tar med alle pollenallergikerne som reagerer på matvarer som kryssreagerer med pollen. Sikre allergiske reaksjoner kan gå over etter noen år. Egg, hasselnøtt, peanøtt, melk, erter, soya og hvete er blant de matvarene som oftest gir positiv allergitest hos barn under fem år i følge Nasjonalt register for alvorlige reaksjoner på mat. Matallergiregisteret mottar mellom 80 og 100 meldinger per år. Siden registeret er basert på frivillige innsendte meldinger, er det ikke mulig å fastslå om tallene er representative for den norske befolkningen.

I tillegg til de sikre allergiske reaksjonene, er det visse andre tilstander som skiller seg klart ut og kan diagnostiseres som for eksempel laktoseintoleranse og cøliaki. Forekomsten av cøliaki anslås å være 1–3 prosent.⁶ Forekomsten av lak-

⁶ glutenFRI nr. 3, 2012 (Halstensen).

toseintoleranse er usikker, men anslås å være 3–8 prosent i Vest-Europa, men langt høyere i enkelte innvandrergupper.⁷

Skader og ulykker

Det har vært en nedgang i ulykkesdødsfall blant barn og unge de siste 60 årene. Særlig stor har nedgangen vært blant gutter. Mens dødeligheten etter ulykker i aldersgruppen 0–17 år var 45 per 100 000 gutter i 1951, var tilsvarende tall i 2012 redusert til to per 100 000 gutter.

Færre jenter enn gutter dør av ulykker, men forskjellen mellom gutter og jenter er i dag mye mindre enn den var ved starten av 1950-tallet. En kraftig reduksjon i antall dødsfall i trafikken har bidratt sterkt til den positive utviklingen i ulykkesdødelighet for barn og unge. Også drukningsulykker tar langt færre liv enn tidligere i denne aldersgruppen.

På tross av nedgangen i ulykkesdødsfall, er ulykker fortsatt en viktig dødsårsak blant barn og unge. Ulykker er årsaken til om lag 10 prosent av alle dødsfall i aldersgruppen 0–17 år. De fleste av disse dødsfallene kan forebygges. I tillegg forårsaker ulykker et stort antall ikke-dødelige skader med varierende grad av alvorlighet. I befolkningen er ungdom blant de som skader seg oftest. Ulykker blant unge skjer oftest i hjemmet og i ulike fritidsaktiviteter. Små barn (null til fire år) er spesielt utsatt for brannskader.

Mange dødsfall i trafikk gjelder unge voksne. I perioden 2003–2012 omkom om lag 40 personer i aldersgruppen 18–24 år i vegtrafikkulykker årlig. Manglende bruk av hjelm og bilbelte og høy fart er viktige årsaker til disse dødsfallene. I mange tilfeller er bruk av forskjellige rusmidler en medvirkende årsak i slike ulykker.

Overvekt og fedme

Resultater fra helseundersøkelser blant barn i Norge viser at mellom 15 og 20 prosent av barn har overvekt eller fedme. Mye tyder på at andelen overvektige barn økte i Norge fram mot begynnelsen av 2000-tallet. Det siste tiåret ser det imidlertid ut til at andelen skolebarn med overvekt og fedme har forandret seg lite.

Resultater fra den nasjonale studien Barns vekst i Norge (2008–2012) viser at andelen tredjeklassinger med overvekt inkludert fedme har holdt seg stabilt med et gjennomsnitt på 16 pro-

sent. I denne studien måles også livvidde, som er et mål for bukfedme og som gir et bredere grunnlag for å vurdere vekst og kroppsmassefordeling. Det er mye som tyder på at bukfedme øker risikoen for hjerte- og karsykdom og diabetes også hos barn og unge. Andelen tredjeklassinger med bukfedme i studien var i gjennomsnitt på vel 8 prosent. Resultatene viser også en forskjell i overvekt og fedme blant barn i urbane og rurale områder og knyttet til foreldrenes sosioøkonomiske status. Nye nasjonale målinger i Barnevekststudien i 2015 vil gi sikrere holdepunkter for utviklingen av overvekt og bukfedme blant norske barn.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (2006–2008) viste at 22 prosent av guttene og 20 prosent av jentene i ungdomsskolen var overvektige. 27 prosent av guttene og 25 prosent av jentene i videregående skole var overvektige. Data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser en bekymringsfull utvikling av overvekt og fedme blant unge i aldersgruppen 13–18 år i perioden 1968 til 2008.

9.4 Eldres helse

Kombinasjonen av økt levealder og store fødselsskull, spesielt etter andre verdenskrig, medfører at eldre vil utgjøre en større andel av befolkningen de kommende årene. Det er i dag om lag 1,1 million mennesker over 60 år i Norge. Andelen personer over 60 år er i 2013 høyere enn andelen under 15 år, og i 2050 vil det være dobbelt så mange gamle som barn og unge. Antall personer over 80 år vil sannsynligvis øke med 6 til 7 prosent årlig i perioden 2025–2029. Det vil bety en fire-dobling av antall 80–89-åringer innen utgangen av dette århundret. Antall 90-åringer vil vokse spesielt raskt.

Friskere eldre, men flere med kroniske lidelser

Samtidig som befolkningen blir eldre, blir den også friskere. Data fra norske helse- og levekårsundersøkelser blant hjemmeboende eldre personer viser at andelen som vurderer helsen som god eller meget god økte noe i perioden 1998–2008. Helse- og levekårsundersøkelser og internasjonale studier viser også at selv om forekomsten av sykdommer øker, har andelen eldre med hjelpebehov gått noe ned eller vært stabil de siste 20 til 30 årene. Selv om flere eldre enn tidligere rapporterer god funksjonsevne og i større grad enn tidligere klarer hverdagens utfordringer, er det også

⁷ Bolle, R.: Reaksjoner på mat – et folkehelseproblem med mange uttrykksformer. Helsesrådet. 2012. Oslo.

mange som lever lenge med kroniske sykdommer.

En aldrende befolkning vil likevel føre til at det blir flere kronisk syke. Sykdommer som tidligere innebar tidlig død, for eksempel diabetes type 2, hjertesykdommer og kreft, er nå blitt kroniske sykdommer som øker med en aldrende befolkning. Antall hørselshemmede vil sannsynligvis øke, ettersom den viktigste risikofaktoren for hørselstap er høy alder.

Eldre har ofte flere sykdommer samtidig, som sammen påvirker funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse. Resultater fra det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet viser at kroniske sykdommer tar mange leveår blant eldre. I aldersgruppen over 70 år tar hjertesykdom, hjerneslag, kols, Alzheimers sykdom og lungebetennelse flest leveår. I aldersgruppen over 80 år tar hjertesykdom og hjerneslag flest leveår både for menn og kvinner.

Det er store sosiale ulikheter i forventet levealder blant eldre. I perioden 1961–2009 økte ulikhetene i forventet levealder mellom utdanningsgruppene, dette gjelder også i gruppene over 70 år. Blant de som hadde utdanning på grunnskolenivå, var det 14 prosent som hadde dårlig eller meget dårlig helse i aldersgruppen 67 år og eldre. Blant de som hadde utdanning på høyskole- eller universitetsnivå, var andelen ni prosent. Tall fra fem fylker i perioden 2000–2003 viser at de med høyere utdanning hadde færre plager enn de med lavere utdanning. Forskjellene gjaldt både for selvrapportert helse, hjerteinfarkt, diabetes, kronisk bronkitt og kroniske smertepager. Mønsteret var tydelig både for menn og kvinner.

Forventet gjennstående levealder etter 65 års alder varierer med bostedsfylke. Både for menn og kvinner er det høyest forventet levealder i Sogn og Fjordane. Ved 65 års alder kan kvinner i dette fylket forvente å leve 22 år og mennene i 18 år. Det er to år lenger enn for menn og kvinner i Finnmark, som har lavest gjennstående forventet levealder i Norge. Etter Sogn og Fjordane er det 65-åringene i fylkene Akershus, Hordaland, Møre og Romsdal og Rogaland som har lengst forventet gjennstående levealder. Det gjelder både for menn og kvinner.

Psykisk helse

Helse- og levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå tyder på at psykiske helseproblemer er mindre utbredt blant eldre enn blant yngre. I 2008 var det seks prosent av de over 67 år som rapporterte om psykiske plager, mens ni prosent

av de i alderen 50–66 år rapporterte om slike plager. Forekomsten av angst- og depresjonslidelser er forholdsvis jevnt fordelt gjennom livet i voksen alder. Forekomsten går litt ned etter pensjonsalderen, og det er en liten økning mot slutten av livet. Tap av nære personer, svakt sosialt nettverk og ensomhetsfølelse er risikofaktorer for angst og depresjon som er spesielt viktige blant eldre.

Med økende levealder vil flere få demens. Risikofaktorer for demens ser for en stor del ut til å være de samme som risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer. Det er anslått at om lag 70 000 personer i Norge har demens. Andelen med demens øker med økende alder. Demens gir svekket hukommelse, særlig for det som har skjedd i nær fortid. I tillegg gir demens redusert evne til abstrakt tenkning og dårlig kontroll over følelsene.

Kreft

Statistikk fra Kreftregisteret viser at antall nye krefttilfeller har vært stabil for de eldste aldersgruppene de siste tiårene, med unntak av brystkreft og prostatakreft som har økt (blant annet som følge av screening). Andelen som lever med kreft har derimot økt i befolkningen. Det skyldes bedre behandlingsmuligheter og at bedret overlevelse fører til at flere lever lenge med kreftsykdom. Det er beregnet at økningen i kreftforekomst vil fortsette, spesielt fra år 2030. Prognoser for antall personer over 80 år med kreft er beregnet til 71 000 i 2030 og nesten 100 000 i 2040.

Hjerte- og karsykdommer

De siste tiårene har dødeligheten av hjerte- og karsykdommer hos eldre gått ned i Norge. Det er derfor forventet at flere vil leve med hjerte- og karsykdommer på grunn av bedret overlevelse. I en svensk studie ble det beregnet at antall nye hjerneslagpasienter årlig vil øke med 59 prosent mot år 2050 hvis antall nye tilfeller av hjerneslag i de ulike aldersgruppene er konstant. Årsaken til dette er at det blir flere eldre. Til og med en nedgang i nye tilfeller på to prosent innen hver aldersgruppe hvert femte år, ville fortsatt gi en økning på 33 prosent i antall nye hjerneslagpasienter årlig fram mot år 2050.

Fall og brudd

I 2012 døde 479 personer som følge av fall med påfølgende brudd, 70 prosent var over 80 år. Hvert år faller om lag en tredel av de som er over 65 år,

og halvparten av de over 80 år. Forekomsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden, og årsakene til dette er stort sett ukjente. Klimatiske forhold kan bare forklare deler av den høye forekomsten. Hoftebrudd er mest alvorlig, og de fleste skjer etter fall innendørs i hjemmet. Om lag 70 prosent av alle hoftebrudd skjer blant kvinner. Mange brudd skyldes redusert beinmasse (osteoporose) kombinert med et fall. Tilførsel av vitamin D og kalsium i ung alder er viktig for normal skjelettutvikling. Levevaner som kosthold og fysisk aktivitet i oppveksten og gjennom livsløpet er viktig for skjelletthelse. Tap av beinmasse skjer langsomt og gir ingen symptomer før det oppstår et brudd. Mange vil derfor ha osteoporose uten å vite det.

Infeksjoner

Risikoen for å utvikle en infeksjon som trenger antibiotikabehandling, er relativt høy blant eldre. Det er beregnet at antibiotikaforskrivningen ved sykehjem utgjør 6 prosent av antibiotikabruken i Norge, til tross for at under 40 000 personer bor i slike institusjoner. Eldre har ofte svekket infeksjonsforsvar på grunn av aldringsprosessen. I tillegg kan kronisk sykdom og mangelfull ernæring svekke immunforsvaret ytterligere. Infeksjoner medfører ofte alvorlige konsekvenser, blant annet er smitte med antibiotikaresistente bakterier et økende problem.

Syn og hørsel

Nedsatt syn og hørsel er vanlig i eldre aldersgrupper, og kan redusere sosial kontakt og mulighetene til å fungere godt i hverdagen. Nær én av ti over 66 år sier at de har problemer med synet, selv om de bruker briller. Én av fem over 66 år oppgir at de har problemer med hørselen selv om de bruker høreapparat. Nesten halvparten av befolkningen fra 65 til 74 år og omtrent tre firedele av befolkningen over 74 år har et hørselstap. Likevel viser en stor norsk undersøkelse bare svake effekter av hørselstap på psykisk helse og trivsel blant eldre.

Ernæring

Om lag 8 prosent av de hjemmeboende eldre har en underernæringsstilstand og om lag 20 prosent er overvektige. Livskvaliteten er høyest hos de med moderat overvekt (KMI 25–27,5). Det er flere årsaker til at eldre ikke får i seg nok næring. Det kan ha sammenheng med ensomhet, prak-

tiske utfordringer, sykdom og medisiner. Det mangler kostholdsdata for eldre over 75 år. Data opp til 75 år viser at de ofte spiser sunnere enn de unge, men de har et lavere energiinntak og spiser færre måltider. Utfordringen ligger i at enkelte eldre ikke får i seg nok mat. Når eldre først blir underernært, er det vanskelig å snu tilstanden.

9.5 Helse og levevaner i den samiske befolkningen

Den samiske befolkningens helse skiller seg i liten grad fra den øvrige befolkningens helse.⁸ I Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen ble det redegjort for helse, levekår og sosiale forhold i den samiske befolkningen. For å få en helhetlig framstilling av helsen i den samiske befolkningen, bygger omtalen delvis på denne teksten. Omtalen er supplert med nye analyser som Senter for samisk helseforskning har gjennomført med data fra Saminor 1-studien og noen foreløpige analyser fra Saminor 2.

Den samiske befolkningen har sine tradisjonelle bosettingsområder i Norge, Sverige, Finland og Russland. Av et sted mellom 50 000 og 80 000 samer, bor anslagsvis 40 000 i Norge. Utenom de største byene, er de viktigste bosettingsområdene i Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark.

Saminor 1 viser generelt høye forekomster av overvekt og fedme i den samiske befolkningen. 75 prosent av menn og 67 prosent av kvinner hadde overvekt. 39 prosent av samiske kvinner med samisk som førstespråk i tre generasjoner hadde fedme. For ikke-samiske kvinner er tilsvarende tall 24 prosent. Utbredelse av fedme blant menn var henholdsvis 27 prosent for samiske menn og 23 prosent for ikke-samiske menn. Sentral fedme hos kvinner (midjemål over 88 cm) ble påvist hos 40 prosent. 45 prosent av samiske kvinner hadde sentral fedme. Blant menn var sentral fedme (midjemål over 102 cm) mest uttalt blant ikke-samiske deltakere med 24 prosent.

Selv om en større andel av samiske kvinner har overvekt enn norske kvinner, er det ingen vesentlig forskjell på forekomsten av ufordelaktige helsefaktorer som høyt blodtrykk, insulin resistens, dyslipidemi og overvekt (metabolsk syndrom) mellom de to etniske gruppene. Andelen med metabolsk syndrom er høyere hos ikke-

⁸ Omtalen av helse og levevaner i den samiske befolkningen bygger i sin helhet på innspill fra Senter for samisk helseforskning som er tilgjengelig på [folkehelsemelding.regjeringen.no](#)

samiske menn enn blant samiske menn. Foreløpige analyser fra Saminor 2 tyder på at overvekt og fedme er økende for menn, mens dette er minkende blant kvinner sammenliknet med for 10 år siden. 13 prosent av menn og nesten 11 prosent av kvinner har indikasjoner på diabetes type 2.

Røyking og snusbruk er utbredt uavhengig av alder, kjønn og etnisk gruppetilhørighet i Nord-Norge. I Saminor 1-studien oppga 32 prosent at de var dagligrøykere. Selv om dette er et høyt tall, er det en tydelig nedgang sammenliknet med studier fra Finnmark på 1970-tallet og 1980-tallet. Andelen tidligere røykere var større blant menn (40 prosent) enn kvinner (30 prosent). Røyking er mer utbredt på kysten enn i innlandet. Blant de eldste kvinnene (65–79 år) er det over 50 prosent som aldri har røykt. Forskjellene er små, men varierer noe med bosted og alder. Det er størst forskjeller i innlandet, der yngre ikke-samiske menn og kvinner røyker i mindre grad enn resten av befolkningen.

Alkoholforbruket blant samer er lavere enn i øvrig befolkning, og det er flere blant samene som

er totalavholdende. Dette gjelder begge kjønn, men er mest utpreget for kvinner.

En analyse av Saminor 1-studien har vist at kronisk stress som en følge av marginalisering kan være en medvirkende årsak til hjerte- og karsykdom. I kommuner der samer er i flertall, eller i flertall i enkelte distrikter, er det ingen vesentlig forskjell i forekomsten av selvrapportert angina pectoris, hjerteinfarkt og/eller hjerneslag når en sammenlikner marginaliserte og ikke-marginaliserte samer. I samiske minoritetsområder rapporterte derimot 16 prosent av marginaliserte samiske menn minst én hjerte- og karsykdom, mot 10 prosent blant ikke-marginaliserte samiske menn. Blant kvinner i minoritetsområdet er forskjellene mindre. Det er rimelig å anta at kronisk stress som en følge av forforskning og rask modernisering kan forklare noe av denne forskjellen.

Resultater fra Ung i Nord-studien (1994–1995) viste at det ikke var påviselige forskjeller i forekomst av selvrapporterte selvmordsforsøk mellom samisk ungdom (10,5 prosent) og ikke-samisk ungdom i Nord-Norge (9,2 prosent). Som

Boks 9.9 Samiske tall forteller: Helse og sosiale forhold i den samiske befolkning

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 reindrift, 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 Sametingets virkeområde 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 barnhager og barnehageavdelinger går ned, mens antall barn med annet samisk tilbud 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 Sametingets virkeområde 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 Sametingets virkeområde som har fullført universitets- eller høyskoleutdanning. Blant menn er andelen lavere enn landsgjennomsnittet.

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

Boks 9.10 Om samers levekår

I den samiske befolkningen har det blitt et betydelig kjønnskilte i utdanningsnivå og yrkeskarriere. Unge samiske kvinner har ofte lenger 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.

Etnisk diskriminering kan føre til helseproblemer. Samer rapporterer langt oftere enn øvrig befolkning at de er utsatt for diskriminering. Tall fra Saminor-studien viser at ti ganger så mange samer som øvrige respondenter svarte at de var utsatt for diskriminering, 35 prosent mot 3,5 prosent.

forventet var det signifikante forskjeller i forekomst av selvrapporterte selvmordsforsøk mellom jenter og gutter i begge de etniske gruppene (samiske jenter 14 prosent og gutter 7 prosent, ikke-samiske jenter 12 prosent og gutter 7 prosent). Høy forekomst av selvmord blant unge menn er et av flere fellestrekk når det gjelder selvmordsproblematikken i arktiske strøk og da særlig blant urfolk. Et annet fellestrekk er at flere samiske områder har opplevd selvmordsbølger siden 1980-tallet. Sammenliknet med mange andre urfolk, er selvmordsraten blant samer moderat. Ung i Nord-studien viste videre at forekomsten var spesiell høy blant unge samer (15–24 år) og da særlig blant samiske unge menn (anslått til 53 per 100 000 person år).

Generelt har samisk ungdom og ikke-samisk ungdom like god helse. Ung i Nord-studien, en longitudinell studie av samiske, kvenske og norske videregående skoleelever i Nord-Norge, 1993–1998, viste at samiske ungdommer og foreldrene deres hadde mindre alkoholforbruk enn den etnisk norske befolkningen i samme områder. Mindre alkoholbruk blant tradisjonell samisk ungdom synes å henge sammen med større andel avholdsfolk i foreldregenerasjonen. Det mangler oppdaterte data om situasjonen i dag, men Ung-

data-undersøkelser i Finnmark vil kunne gi grunnlag for å sammenlikne samisk og norsk ungdom i Finnmark med hensyn til rusbruk og psykisk og somatisk helse.

9.6 Helsen i innvandrerbefolkningen

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør 14,9 prosent av Norges befolkning. Innvandrerbefolkningen er en sammensatt gruppe når det gjelder alder, kjønn, opprinnelsesland, sosioøkonomisk status, innvandringsbakgrunn og oppholdstid. Det er store forskjeller i helse mellom innvandrergruppene, og noen av disse forskjellene har sammenheng med forskjeller i sosioøkonomisk status. Innvandreres helse er i store trekk som den øvrige befolkningens helse, men enkelte sykdommer ser ut til å ha en betydelig høyere forekomst i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen for øvrig. Dette gjelder diabetes og psykiske plager. Innvandrere sett under ett har generelt god helse når de kommer til Norge, men deres helse forverres raskere med alderen enn helsen i befolkningen for øvrig.

Ulikheter i helse mellom forskjellige innvandrergrupper har sammenheng med sosioøkon-

misk status, men lav sosioøkonomisk status kan også være et resultat av å være innvandrere. Både den somatiske og psykiske helsen er bedre blant innvandrere som har høy utdanning eller er i arbeid og har god økonomi, enn den er blant innvandrere som har lav utdanning, står utenfor arbeidslivet eller har lav inntekt. God sosial støtte og deltakelse i samfunnet er også forbundet med god helse, mens opplevd diskriminering og vold har en negativ betydning for helsen.

Noen hovedtrekk:

- Diabetes er utbredt blant personer fra Sri Lanka og Pakistan.
- Kvinner fra land med høy forekomst av diabetes, har spesielt høy risiko for å utvikle svangerskapsdiabetes.
- I enkelte grupper er overvekt og fedme utbredt.
- Ved besøk i opprinnelsesland har særlig personer fra lavinntektsland i Afrika og Asia økt risiko for å bli smittet med enkelte infeksjonssykdommer.
- De fleste som er rammet av tuberkulose er utenlandsfødte. Personer fra land hvor forekomst av sykdommen er høy, er mest utsatt.
- Voksne innvandrere og barn og voksne med flyktningbakgrunn rapporterer om mer psykiske helseplager enn befolkningen for øvrig.
- D-vitaminmangel er utbredt blant personer fra noen lav- og middelinntektsland.

9.7 Status for folkehelsearbeidet

9.7.1 Sterkere institusjonalisering og bredere forankring

Folkehelsearbeidet har gjennomgått store endringer det siste tiåret. Det har vært en utvikling der oppmerksomheten er dreiet fra sykdommer og sykdomsgrupper til oppmerksomhet på hvilke faktorer som påvirker helsen i befolkningen. Gjennom denne dreiningen er det synliggjort at befolkningens helse er et ansvar på tvers av samfunnssektorer og politikkområder. Det henger videre sammen med økende bevissthet om sosiale helseforskjeller som folkehelseutfordring også for den norske velferdsstaten.

Siden St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge ble behandlet i Stortinget, har det vært lagt vekt på å bygge opp en sterkere infrastruktur for folkehelsearbeidet. Det begynte med at nasjonale myndigheter stimulerte til etablering av regionale partnerskap for folkehelse. Målet var å bedre koordineringen mellom forvaltningsnivåene og mellom sektorene. Flere fylkes-

kommuner tok en aktiv rolle som koordinator i partnerskapene. I 2010 ble denne rollen formalisert i lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Folkehelseperspektivet ble også styrket gjennom arbeidet med samhandlingsreformen. Stortinget og innspill fra mange kommuner og fylkeskommuner bidro til at folkehelseperspektivet fikk en sentral plass i reformen. Kommunehelsetjenesteloven ble i 2012 erstattet av ny helse- og omsorgstjenestelov og en helhetlig folkehelselov, som omfatter alle forvaltningsnivåer. Med den nye folkehelseloven ble ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen flyttet fra helsetjenesten til kommunen som en integrert del av ansvaret for samfunnsutviklingen etter plan og bygningsloven. Loven gir kommunene ansvar for å ha oversikt over folkehelseutfordringene og sette i verk tiltak med utgangspunkt i utfordringsbildet og tilgjengelige virkemidler. I tillegg innebærer folkehelseloven at staten har fått et tilsvarende ansvar for å ha oversikt over folkehelseutfordringene og gjennomføre tiltak for å møte disse. Staten har også ansvar for å støtte det lokale folkehelsearbeidet.

Folkehelsearbeidet har gått fra å være tilfeldig og basert på eksperimentering, til en større grad av institusjonalisering. Det er lagt et grunnlag for å løfte folkehelsearbeidet inn i demokratiske prosesser og gjøre det til gjenstand for politiske prioriteringer. Gjennom folkehelseloven er kommunenes ansvar nå forankret i planlegging og politiske prosesser. På nasjonalt nivå er det lagt til rette for en bred drøfting av folkehelsepolitikken i Stortinget i hver stortingsperiode.

9.7.2 Positiv utvikling i det lokale folkehelsearbeidet

Kommunene har etter folkehelseloven ansvar for å ha oversikt over helseutfordringene i egen befolkning og plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte utfordringene. En analyse av helseutfordringene skal være grunnlag for lokale planstrategier som vedtas av kommunestyrene etter plan- og bygningsloven. Helseutfordringene skal også danne grunnlag for å utforme mål og strategier.

Det er utfordrende å få oversikt over hvordan folkehelsearbeidet utvikler seg i kommunene, siden utfordringene og behovet for innsats varierer. Helsedirektoratet rapporterer om at det er stor entusiasme og aktivitet og at mange kommuner jobber aktivt for å fremme helse og trivsel. Samlet sett er det imidlertid stor variasjon i hvor

systematisk kommunene følger opp dette arbeidet.

Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) gjennomførte i 2011 en kartlegging av lokalt folkehelsearbeid. Hensikten var å etablere oversikt over status for lokalt folkehelsearbeid før folkehelseloven trådte i kraft. Kartleggingen viste at det var stor variasjon i hvor langt kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid var kommet før loven trådte i kraft. For eksempel var det 19 prosent av kommunene som hadde utarbeidet en samlet oversikt over faktorer som påvirker helsen og som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet kommunen skal gjennomføre.

74 prosent av kommunene oppga at de har en folkehelsekoordinator og 68 prosent oppga at et eller flere folkehelse tema har fått plass i kommuneplanens samfunnsdel. Kommunene har også i stor grad involvert lokale frivillige aktører i sitt arbeid med folkehelse. Kommuner med folkehelsekoordinator hadde i større grad integrerte folkehelsehensyn i overordnede planer enn kommuner uten folkehelsekoordinator. Koordinatorstillingene er imidlertid ofte små og plassert i helse-tjenesten, og i noen kommuner er ansvaret for folkehelsearbeidet tillagt andre stillinger. Om lag 80 prosent av disse stillingene var på rundt 60 prosent stillingsandel eller mindre. De kommunene som har plassert folkehelse på strategisk nivå i organisasjonen, for eksempel i egne strategiske avdelinger eller tilknyttet rådmannen, ser ut til å lykkes bedre med å få til en tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet.

Statens helsetilsyn og fylkesmannen gjennomførte i 2013 et pilottilsyn i ni kommuner som forberedelsene til det første landsomfattende tilsynet av kommunenes folkehelsearbeid i 2014. Pilottilsynet var rettet inn mot kommunens plikt til å ha løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen, kommunens plikt til å vurdere behov for folkehelse tiltak på bakgrunn av den løpende oversikten, og plikten til å benytte kunnskap fra den løpende oversikten når det fireårige oversiktsdokumentet skal utarbeides. Erfaringene fra pilottilsynet er at det varierer i hvilken

grad kommunene er kommet i gang med å sørge for å overholde kravet om løpende oversiktsarbeid. Tilstrekkelig systematikk i oversiktsarbeidet er en forutsetning for å planlegge og gjennomføre tiltak på folkehelseområdet.

Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) gjort en ny vurdering av status av kommunenes folkehelsearbeid som innspill til Helsedirektoratets rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet.⁹ Konklusjonen i denne vurderingen er at folkehelsepolitikken og det lokale folkehelsearbeidet har vært gjennom en rivende utvikling de siste årene og at folkehelsepolitikken har gått fra eksperimentering til institusjonalisering.

I NIBR-rapport 2014:21 Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør er det gitt en nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter oppstart av samhandlingsreformen. Rapporten konkluderer med at det er økt tverrsektoriell forståelse for betydningen av folkehelsearbeid i kommunene, at folkehelsearbeidet er mer strategisk forankret og at arbeidet med oversikter over helsetilstand har skutt fart. Innvandrerrike kommuner er blant de kommunene som har mest trykk på folkehelsearbeidet. De viktigste funnene i rapporten er en økning i kommuner som har utarbeidet oversikter over helsetilstanden. Rapporten konkluderer med at folkehelseloven har vært et vendepunkt i dette arbeidet. Forventningene om et høyt trykk på arbeidet med oversikter er understreket gjennom forskrift og veileder. Den betydningen folkehelseloven har hatt understrekes ved at hele 75 prosent av kommunene mener at en styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet er et resultat av reformen. Et annet viktig funn er at folkehelsearbeid nå er blitt et tema som gjennomsyrrer større deler av den kommunale organisasjonen.

⁹ Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger. Notat til Helsedirektoratet ved Hege Hofstad, Norsk institutt for by- og regionsforskning.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Regjeringen har som utgangspunkt at folkehelsepolitikken skal videreutvikles og styrkes innenfor eksisterende økonomiske budsjetttrammer. Virkemidlene skal utnyttes mer effektivt. Tiltak som krever økte bevilgninger, vil avhenge av de årlige statsbudsjettene.

Psykisk helse i folkehelsearbeidet

Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet gjennom å ivareta hensynet til psykisk helse på tvers av sektorer. Regjeringen vil sette i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med KS og kommunesektoren, med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Programmet er et viktig virkemiddel for å integrere psykisk helse i lokalt folkehelsearbeid. Integrering av psykisk helse i folkehelsearbeidet forutsetter bedre kunnskap og oversikt over befolkningens psykiske helse. Regjeringen vil etablere et register for psykiske lidelser og ruslidelser.

Arbeidet med å bedre kvaliteten i skoler og barnehager følges opp gjennom satsingene på kompetanseheving i barnehagene og gjennom lærerløftet. Videreføring av arbeidet med å forebygge mobbing i barnehager og skoler vil bli vurdert med utgangspunkt i vurderinger og anbefalinger i NOU 2015: 2. Regjeringen har satt ned et lovutvalg som skal vurdere endringer i barnevernloven. Utvalget skal vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene. Økonomiske og administrative konsekvenser av strukturendringer i barnevernet vil bli vurdert i sammenheng med det arbeidet regjeringen har satt i gang med sikte på å endre ansvarsdelingen mellom stat og kommune i barnevernet. Arbeidet med å styrke det psykiske helsetilbudet til barn i barnevernsinstitusjoner er fulgt opp gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet for budsjettåret 2015.

Når evalueringene av pilot- og forsøksprosjektene i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse foreligger, vil regjeringen vurdere videreføring av

tiltakene og komme tilbake til eventuelle økonomiske og administrative konsekvenser. De regionale helseforetakene har fra 2015 fått i oppdrag å rette ordningen Raskere tilbake inn mot personer med lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Økonomiske og administrative konsekvenser av regjeringens politikk for å øke rekrutteringen av psykologer til kommunene og for å bygge ut og videreutvikle tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vil bli omtalt i den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

Helsevennlige valg

Målet om 25 prosent reduksjon i tidlig død på grunn av ikke-smittsomme sykdommer krever at risikoen knyttet til tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme reduseres betydelig. Synergier ved å samordne folkehelsearbeidet med andre samfunns mål og bedre dokumentasjon av effekter skal bidra til mer effektive virkemidler og tiltak. Bedre samordning av ressurser, samarbeid og partnerskapsarbeid skal bidra til mer effektiv bruk av midlene innenfor gjeldende budsjetttrammer. Ressurser som brukes på kampanjer og informasjonsarbeid skal samordnes bedre og utnyttes mer effektivt.

En mindre byråkratisk tilsynsordning med tobakkssalg, som erstatning for den vedtatte bevilgingsordningen, vil kunne medføre reduserte kostnader både for det offentlige og næringen. Implementering av det nye EU-direktivet om tobakk, inkludert eventuell ny regulering av elektroniske sigaretter, vil kunne medføre økte kostnader. Forslaget om standardiserte tobakkspakninger antas ikke å medføre økte kostnader av betydning for andre enn tobakksindustrien.

Aktive eldre

Regjeringen skal legge fram en strategi for en moderne eldrepolitikk for å fremme aktive eldre høsten 2015. Arbeids- og pensjonspolitikken er et av de viktigste virkemidlene i arbeidet for å fremme aktive eldre og er bakgrunnen for forsla-

get om å heve aldersgrensene i arbeidsmiljøloven i Prop. 39 L (2014–2015).

Videreutvikling av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Regjeringen vil legge fram en samlet strategi mot barnefattigdom. I 2015 er det bevilget midler og foreslått endringer i forskrift om barnehagebetaling som sikrer en bedre sosial fordeling. Videre vises det til arbeidet med gratis kjernetid, og stipendordninger for elever i videregående opplæring. Målet om å øke gjennomføringsgraden i videregående opplæring skal nås gjennom flere tiltak som krever samarbeid på tvers av sektorene og med fylkene. Det er bevilget midler til deler av gjennomføringen av yrkesfagløftet i 2015, blant annet økt lærlingetilskudd.

På boligområdet vises til strategien om boligsosialt arbeid Bolig for velferd (2014–2020), som følges opp i årlige budsjetter. Tiltak for økt tilknytning til arbeidslivet er vesentlig for grunnleggende økonomisk trygghet, opplevelse av mestring og selvfølelse. Tiltakene for å oppnå høy sysselsetting inngår blant annet i meldingsdelen til lovproposisjonen om endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven, Prop. 39 L (2014–2015).

Regjeringen vil legge fram en tverrsektoriell strategi mot antimikrobiell resistens i løpet av 2015. Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge skal videreføres i perioden 2015–2020. Strategi for å forebygge skader og ulykker videreføres for fire nye år fram til 2018. Regjeringen vil legge fram en handlingsplan mot miljøgifter i 2015.

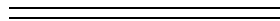
Nasjonale tiltak for å støtte det lokale folkehelsearbeidet skal videreutvikles og styrkes. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med KS og kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene, se avsnittet om psykisk helse i folkehelsearbeidet.

Regjeringen vil vurdere mulige finansieringsordninger for større datainnsamlinger og etablere et nasjonalt register over psykiske lidelser og ruslidelser.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. mars 2015 om Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter blir sendt Stortinget.



Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 20 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Linda Astor/Grafisk Form AS

Trykk: 07 Aurskog AS – 03/2015

