



# Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle

**Rapportens tittel:** Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle  
**Utgitt:** Oktober 2010  
**Ansvarlig utgiver:** Helsedirektoratet v/helsedirektør Bjørn-Inge Larsen

**Redaktør:** Divisjonsdirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelsedivisjonen  
**Redaksjonssekretær:** Stig Erik Sørheim og Tone Poulsson Torgersen  
**Redaksjonsgruppe:** Bjørnar Alexander Andreassen, Jon Bakkerud, Ellen Blom, Ellen Margrethe Carlsen, Frøydis Enstad, Ida Charlotte Erstad, Øyvind Giæver, Kari Guttormsen, Silje Hildershavn Heier, Bente Moe, Jørgen Rodal, Bengt Skotheim, Hege Sletsjøe, Bente Steinnes, Kjartan Sælensminde, Haakon Vinje og Hege Wang

**Bidragstere:** Anders Åsheim hos Fylkesmannen i Troms, Kristian Hagestad, fylkeslege i Vest-Agder, Lars Grue ved NOVA, Else Karin Kogstad og Senter for helsefremmende arbeid på A-hus

**Postadresse:** Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
**Besøksadresse:** Universitetsgaten 2, Oslo  
**Telefon:** 81 020 050 **Faks:** 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

**IS-nummer:** IS-1846  
**ISBN-nummer:** 978-82-8081-204-9

**Rapporten bestilles hos:** Helsedirektoratet v/Trykksaksekspedisjonen  
**e-post:** [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
**Telefon:** 24 16 33 68 **Faks:** 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi IS-nummer IS-1846

**Grafisk design:** Tank Design AS  
**Trykkeri:** RK Grafisk AS  
**Produksjon:** Rapporten er produsert i 5000 eksemplarer, i en Svanemerket produksjon på 120 g Amber Graphic og 250 g Arctic Silk



Helsedirektoratet har benyttet bidrag fra forskjellige bidragstere i til dels bearbeidet form. Direktoratet som utgiver er ansvarlig for rapportens innhold.

# Forord

Rapporten *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* inngår i Helsedirektoratets rapportserie om utviklingstrekk og utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Vi ønsker på denne måten å gi ny innsikt som kan bidra til god utvikling på hele feltet. En del av vårt ansvar er å følge med på folkehelsen og tjenestene til befolkningen, og å se utviklingen i et overordnet samfunnsperspektiv. Det betyr også at vi kan påpeke utfordringer og behov for nytenkning på eget eller andre myndigheters ansvarsområder.

Norge er som resten av verden berørt av den globale utviklingen knyttet til helse, klima, ulikhet og fattigdom. Årets rapport er viet folkehelse, nettopp fordi folkehelsearbeidet står overfor store utfordringer både internasjonalt og nasjonalt. Verdens helseorganisasjon er opptatt av folkehelseperspektivet, og høsten 2011 skal verdens statsledere drøfte folkehelse spørsmål i FNs hovedforsamling.

Antallet personer over 65 år vil øke betydelig i årene som kommer. Det vil bli flere ressurssterke og friske eldre, men det vil også bli flere som har behov for helse- og omsorgstjenester.

De demografiske endringene er et resultat av at vi har lyktes i å skape et samfunn med gode levekår og gode helsetjenester. Ikke desto mindre ser vi at ulikheter i posisjon, penger og ressurser skaper helseforskjeller. Disse to tendensene vil prege folkehelsearbeidet fremover.

Folkehelsearbeidet har som hovedmål å fremme god og rettferdig fordeling av helse. Omkostningene ved tiltak på folkehelseområdet må vi ta i dag, men gevinstene vil vi

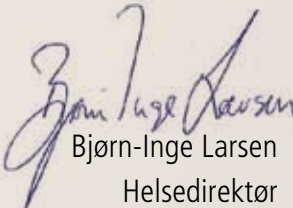
først se lenger frem i tid. Vi må handle nå for å sikre fremtidens helse og velferd!

Målet med denne rapporten er å drøfte hovedutfordringer samt å peke på strategier for å styrke folkehelsearbeidet og derigjennom folkehelsen. Det er avgjørende både for den enkeltes liv og helse og for samfunnets mulighet til å opprettholde en bærekraftig velferdsstat, at utfordringene møtes med kunnskapsbaserte og målrettede tiltak.

Rapporten er skrevet for beslutningstakere, ledere og ansatte i helse- og omsorgssektoren og i andre samfunnssektorer. Andre vil også kunne dra nytte av rapporten; blant annet journalister, forskere og undervisningspersonale.

Rapporten er ikke en rapport om tall. For lesere som er interessert i å se nærmere på datagrunnlaget for analysene våre, viser vi til *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge* fra Folkehelseinstituttet og nettstedet [www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no). Ytterligere dokumentasjon finnes i Helsedirektoratets nøkkeltallsrapporter og Folkehelsepolitisk rapport.

*Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* er utarbeidet gjennom en bred prosess i direktoratet, og med innspill fra enkelte eksterne miljøer. Vi vil uttrykke stor takk til alle som har bidratt, og håper rapporten gir verdifulle innspill til utformingen av en rettferdig og god fremtidsrettet folkehelsepolitikk.

  
Bjørn-Inge Larsen  
Helsedirektør

# Innhold

Forord	3
Sammendrag og hovedbudskap	6
<b>Del 1: utfordringer og strategiske veivalg</b>	<b>10</b>
<b>Kapittel 1: utfordringsbildet</b>	<b>10</b>
<b>Kapittel 2: Hva er folkehelsearbeid?</b>	<b>18</b>
<b>Kapittel 3: Mot et kunnskapsbasert folkehelsearbeid</b>	<b>28</b>
<b>Kapittel 4: Helse systemet og påvirkningsfaktorer</b>	<b>38</b>
Hesedeterminanter – påvirkningsfaktorer for folkehelsen	40
Helsesektorens rolle i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	50
Et bredt folkehelsearbeid	55
<b>Del 2: Utøvelse av folkehelsearbeidet</b>	<b>56</b>
<b>Kapittel 5: Nasjonalt folkehelsearbeid</b>	<b>56</b>
Folkehelsearbeid på nasjonalt nivå	58
Strukturelle virkemidler i folkehelsearbeidet	59
Økonomiske evalueringer, samfunnsøkonomiske analyser, skatter og avgifter	63
<b>Kapittel 6: Lokalt folkehelsearbeid: Bredt og tverrfaglig</b>	<b>70</b>
Kommunenes folkehelseansvar	72
Roller og ansvar i det regionale folkehelsearbeidet	77
Nasjonalt utviklingsarbeid de senere årene	80
Strategier for det fremtidige lokale folkehelsearbeidet	88

<b>Kapittel 7: Helsetjenesten: Gruppe- og individrettet folkehelsearbeid</b>	<b>94</b>
Primærhelsetjenestens rolle i gruppe- og individrettet folkehelsearbeid	96
Spesialisthelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet	104
<b>Kapittel 8: Psykisk helse som folkehelseutfordring</b>	<b>110</b>
Kontekst og bakgrunn	112
Hvordan oppstår psykiske lidelser?	114
Sentrale begreper og definisjoner knyttet til psykisk helse	115
Miljørettet forebyggende arbeid på psykisk helse-feltet	116
Individrettet forebyggende arbeid på psykisk helse-feltet	120
Forebygg tidlig	125
<b>Del 3: Veien videre</b>	<b>128</b>
<b>Kapittel 9: Veien videre i folkehelsearbeidet</b>	<b>128</b>
Styrket vekt på helsedeterminanter og sosial ulikhet i helse	130
Tverrfaglighet og kapasitetsbygging i lokalt folkehelsearbeid	131
Aktiv bruk av strukturelle virkemidler	132
Styrket gruppe- og individrettet arbeid i helsetjenesten	134
Økt vekt på psykisk helse i folkehelsearbeidet	135
Kunnskapsutvikling	135
<b>Litteratur</b>	<b>138</b>

# Veien til en bedre folkehelse i Norge

Folkehelsen i Norge er bedre enn noen gang. I gjennomsnitt lever nordmenn lenger for hvert år og får flere gode leveår med god helse. Dette gjør at 60- og 70-åringene i dag har en helt annen helsesituasjon og forventet levealder enn for bare få tiår siden. Samtidig er samfunnet preget av store forskjeller i helse og i forventet levealder – den gode helsen er *ikke* likt fordelt i befolkningen.

Menn på Sagene i Oslo kan forvente å leve til de blir 68 år, mens menn i bydel Vestre Aker i snitt lever til de er over 80 år. Dette kan ikke forklares med genetiske eller biologiske forskjeller mellom bydelene. Forklaringen ligger i de risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som mennesker utsettes for gjennom hele livsløpet.

Folkehelsebegrepet har lenge vært omdiskutert. I denne rapporten definerer vi folkehelsearbeid som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.» Denne definisjonen understreker det tverrfaglige aspektet ved folkehelsearbeidet.

Dagens helsetilstand – og morgendagens helseutfordringer – er i stor grad knyttet til hvordan folk lever livene sine og hvordan samfunnet er organisert. I tiden som kommer vil vi få flere personer med kroniske lidelser og behov for behandling, dels som en konsekvens av demografiske endringer og dels som en følge av befolkningens helseatferd.

Denne utfordringen kan ikke løses bare i helsesektoren, men må møtes med en bred tilnærming på mange arenaer.

### **Styrke tverrfaglig samarbeid og bedre kapasitet for lokalt folkehelsearbeid**

Folkehelsen påvirkes av forhold innenfor ulike sektorer og på en rekke livsområder. Helsesektoren har et særlig ansvar for helse, men ofte er det andre sektorer som eier virkemidlene og har kompetanse på tiltakene. Grunnlaget for god helse legges først og fremst utenfor helsetjenesten. Dette utfordrer helsesektorens evne til å samarbeide, og det krever at helsesektoren anerkjenner andre sektors samfunnsoppdrag og mål.

Å arbeide på tvers av sektorer krever en annen oppmerksomhet fra helsesektorens side. Et aktivt forhold til de faktorer som påvirker folkehelsen skaper muligheter for bedre tverrsektoriell dialog, felles ansvar og felles ressursallokering. Helsesektoren bør ta initiativ overfor andre sektorer til å definere felles mål. Det er behov for å bygge mer kapasitet for tverrsektorielt arbeid i helsesektoren.

Kommunene har et betydelig ansvar i folkehelsearbeidet. Med Samhandlingsreformen og lovarbeidene på folkehelsefeltet styrkes dette ansvaret, noe som stiller nye krav til kompetanse og kapasitet på lokalt og regionalt nivå. Det er særlig viktig at kommunene har oversikt over de lokale folkehelseutfordringene og at dette legges til grunn

for planarbeid og den politiske forankringen av folkehelsearbeidet i kommunen. Det bør vurderes om øremerking av tilskudd til lokalt folkehelsearbeid er et egnet virkemiddel for å sikre kapasitet i kommunene til dette viktige arbeidet.

### **Tydeliggjøre hvordan politikken i ulike sektorer påvirker folkehelsen og skaper sosiale helseforskjeller**

Ulikheter i levekår gir ulikheter i helse. Disse ulikhetene finner vi enten vi studerer dødelighet, sykkelighet eller selvopplevd helse, enten vi ser på fysiske eller psykiske lidelser. Ulikhetene følger en gradient gjennom hele befolkningen: Desto høyere sosioøkonomisk status, desto bedre helse. Disse forskjellene har ikke avtatt med velstandsøkningen i samfunnet. Tvert imot har helseforbedringene vært størst i gruppen med høyest sosial status (1).

I tillegg har enkelte grupper spesielle utfordringer. Personer med nedsatt funksjons- evne har betydelig dårligere helse enn befolkningen for øvrig. Innvandrere har andre helseutfordringer, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer enn etniske nordmenn. Og mye tyder også på at forskjellene øker mellom dem som er innenfor og dem som er utenfor arbeidslivet (2).

Folkehelsearbeidet har som hovedmål å fremme god og rettferdig fordeling av helse. For å kunne utjevne helseforskjellene, må vi også utjevne forskjellene i levekår. Dette krever tverrsektoriell innsats.

Folkehelsearbeidet må derfor favne bredt og inkludere både levekår og fordelingen av levekår i befolkningen. Helsesektoren må i tiden framover opparbeide seg større kapasitet for tverrsektorielt arbeid – både lokalt, regionalt og nasjonalt. Helsekonsekvensanalyser må bli en naturlig del av beslutningsgrunnlaget i andre relevante samfunnssektorer, og Norge bør følge opp anbefalinger fra

Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter opprettet av Verdens helseorganisasjon, og foreta en gjennomgang av hvordan politikken i ulike sektorer påvirker folkehelsen.

### **Gjøre sunne valg enklere**

Risikofaktorer som tobakk, alkohol, usunt kosthold, fedme og fysisk inaktivitet påvirker hver for seg, eller sammen, forekomsten av vår tids store folkesykdommer. Folkehelsearbeidet skal svekke risikofaktorer for dårlig helse og styrke faktorer som bidrar til bedre helse. En effektiv måte å påvirke hele befolkningen på er å endre rammebetingelsene for helserelatert atferd. Det vil si å ta i bruk det som kalles strukturelle virkemidler. Dette kan for eksempel være bygging av sykkelveier for å få folk til å sykle mer, økte avgifter på tobakk, alkohol og usunn mat, eller forbud mot røyking på serveringssteder. Strukturelle virkemidler retter seg ikke direkte mot enkeltmennesker, men påvirker risiko- og beskyttelsesfaktorer i omgivelsene. Gjennom lovgivning, økonomiske virkemidler som pris og avgifter og fysisk tilgjengelighet og utforming, kan samfunnet gjøre det lettere for den enkelte å gjøre sunne valg. Samtidig kan usunne valg gjøres vanskeligere. Slike strukturelle tiltak har dokumentert effekt på helseatferd og bidrar samtidig til å utjevne sosiale helseforskjeller. Tiltakene kan oppfattes som kontroversielle og komme i konflikt med politiske mål, næringsinteresser eller verdier som individuell frihet. For å legge til rette for bedre levevaner i befolkningen, er det likevel behov for økt satsning på effektive strukturelle virkemidler.

### **Bedre gruppe- og individrettet arbeid i helsetjenesten ved styrket helsestasjons- og skolehelsetjeneste**

Selv om helse i stor grad bestemmes av faktorer som ligger utenfor helsesektoren, foregår det mye viktig folkehelsearbeid også i

helsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i det brede, befolkningsrettede folkehelsearbeidet, så vel som i å avdekke problemer, intervensere tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvisning til andre instanser. Studier viser at tjenesten benyttes uavhengig av sosioøkonomisk status. Tjenesten kan derfor bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Kapasiteten i tjenesten må sikres slik at den kan fungere som et reelt lavterskeltilbud for målgruppene.

Fastlegen er i en unik posisjon til å avdekke begynnende helseproblemer og sette i verk tiltak før sykdom oppstår. Korte motiverende samtaler kan i mange tilfeller være nok til å endre helseatferd blant pasienter i risikozonen. I andre tilfeller er det behov for mer omfattende oppfølging for å endre atferd.

Lokale og kommunale frisklivstilbud kan fungere som et sted å henvise til for oppfølging. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er avgjørende for å sikre et kvalitativt godt tilbud. Dette bør være tilgjengelig i alle kommuner. Det er behov for sterkere føringer, gjennom lov og forskrift, for hvordan kommunene prioriterer disse tjenestene. Det er også behov for forskning på verktøy og metoder.

Spesialisthelsetjenesten kan bidra i folkehelsearbeidet gjennom forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med helsetjenesten, og gjennom kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggings tiltak internt i spesialisthelsetjenesten, med primærhelsetjenesten og med andre samarbeidspartnere. Det ligger også muligheter for sykdomsforebygging og helsefremming i data materialet fra sentrale medisinske registre.

### **Økt vekt på psykisk helse i folkehelsearbeidet**

Psykisk helse er en av de store folkehelseutfordringene i Norge i dag. Psykiske lidelser

medfører betydelige omkostninger for samfunnet, men er i stor grad mulig å forebygge. Opptrappingsplanen på psykisk helse har styrket behandlingstilbudet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Utfordringen fremover vil være å styrke forebygging av psykiske helseplager og utvikle lett tilgjengelige behandlingstilbud for de med mindre alvorlige psykiske lidelser.

Det viktigste tiltaket for å sikre god helse og god fordeling av helse i et generasjonsperspektiv er kanskje i enda større grad å *forhindre at mennesker faller ut av skolen og arbeidslivet*. Det er viktig for den psykiske helsen, og det er viktig fordi utdanning er den viktigste enkeltfaktor som kan forklare ulikheter i helse.

God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester. Det er derfor behov for en bred satsing på det helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeidet i Norge.

### **Mer systematisk og bredere kunnskap om folkehelsearbeidet**

Fagmiljøene er enige om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. Men det er ulike syn på hva slags kunnskap som behøves, og hva slags kunnskap som er gyldig. Helsedirektoratet mener at folkehelsefeltet har behov for ulike typer kunnskap fra ulike fagdisipliner. I mange tilfeller vil det ikke være mulig å skaffe til veie dokumentasjon som tilfredsstillende strenger kravene fra evidensbasert medisin. Desto viktigere er det at kunnskapsutviklingen på feltet blir styrket.

Det er behov for å bygge bredere og mer systematisk kunnskap på folkehelseområdet gjennom blant annet å etablere en kunnskapsenhet med spesifikt ansvar for folkehelsefeltet. For å styrke kunnskapsgrunnlaget er det nødvendig å sikre at tiltak som iverksettes er gjenstand for evaluering.



## **Vi må handle i dag for å sikre fremtidens helse og velferd**

Et dilemma for folkehelsearbeidet er at omkostningene ved tiltak kommer i dag, mens gevinstene kommer i fremtiden. Ofte vil det være slik at utgifter for én sektor eller ett forvaltningsnivå kan føre til besparelser for en annen sektor eller forvaltningsnivå. Samfunnsøkonomiske analyser kan være et redskap for å synliggjøre gevinstene ved å forhindre problemer i å oppstå i dag, fremfor å behandle dem i fremtiden.

2010 markerer et viktig skille, demografisk sett. I år kommer knekken i kurven hvor antall personer over 65 år vil øke. Dagens 65-åringer ble født det året da 2. verdenskrig sluttet. Året etter, i 1946, ble det født flere barn enn noensinne i Norge.

Etterkrigsgenerasjonene har opplevd en enorm utvikling i levestandard. Helsetjenesten i Norge har blitt kraftig utbygd i denne perioden. Norge har i dag en av verdens beste helsetjenester og en levestandard som ligger i verdenstoppen. De demografiske endringene vi står foran er et resultat av at vi har lyktes i å skape et samfunn med gode levekår og gode helsetjenester. Samtidig ser vi at ulikheter i makt, penger og ressurser skaper helseforskjeller. Dette vil prege folkehelsearbeidet i årene fremover.

Det er helt avgjørende både for den enkeltes liv og helse, og for samfunnets mulighet til å opprettholde en bærekraftig velferdsstat, at disse utfordringene møtes med kunnskapsbaserte og målrettede tiltak. Vi må handle nå for å sikre fremtidens helse og velferd.

# Utfordringer og strategiske valg

# Del 1



# Kapittel 1

## Utfordringsbildet

Helse er viktig for alle mennesker, men forutsetningene for å oppnå god helse er høyst ulike. Sosiale forhold knyttet til oppvekst, utdanning, jobb, hva vi spiser og mulighetene til trening og fysisk aktivitet er avgjørende for helsen. Hjerte- og karsykdommer, kroniske lungelidelser og kreft har blitt de nye folkesykdommene.



Helsetilstanden i Norge er betydelig forbedret gjennom det siste århundret. Levealderen øker dramatisk. For hvert tiår har gjennomsnittlig levealder økt med 2–3 år. Økningen er størst blant grupper med høy inntekt og høy utdanning. Det slås fast i Folkehelseinstituttets (FHI) rapport *Helsetilstanden i Norge*.

Spedbarnsdødeligheten ble kraftig redusert for rundt 100 år siden. Dette kan imidlertid ikke alene forklare den økte levealderen. Frem til 1970-tallet var forventet levealder etter fylte 70 år stabil. Siden har andelen som blir 70 år og eldre bare økt.

Tidlig på 1900-tallet var sykdomsbildet dominert av infeksjonssykdommer. Med bedringer i levekår og hygiene, og utvikling av nye medisiner som penicillin, andre antibiotika og ulike vaksiner, gikk de smittsomme sykdommene tilbake.

I etterkrigsperioden har blant annet hjerte- og karsykdommer, kroniske lungelidelser og kreft tatt over og blitt de store folkesykdommene.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er imidlertid betydelig redusert de siste 40 årene. Årsaken er blant annet sunnere kosthold, mindre røyking og bedre medisinsk behandling. Likevel er hjerte- og karsykdommer fortsatt den vanligste dødsårsaken i Norge med rundt 35 prosent av alle dødsfall. At flere overlever den akutte sykdomsfasen, bidrar til at andelen som lever med slike sykdommer fortsatt er høy.

Dagens samfunn er preget av utfordringer som overvekt, røyking og for lite fysisk aktivitet. Sykdomsbildet gjenspeiler dels levevanene for 20–30 år siden, og dels dagens helseatferd. Vi vil blant annet få en kolsepidemi blant eldre på grunn av røykevanene flere tiår tilbake i tid. Forekomsten av Type 2-diabetes forventes å øke ytterligere. Anslagsvis 200.000 personer her til lands har diabetes i dag (1). De viktigste risikofaktorene for Type 2-diabetes er overvekt, fedme og fysisk inak-

tivitet. Kun én av fem voksne er i dag fysisk aktive tilsvarende anbefalingen om minst 30 minutters aktivitet hver dag. Blant barn og unge ser det ut til at økningen i overvekt og fedme er i ferd med å flate ut.

Omkringett av fire dødsfall i Norge skyldes kreftsykdommer. Forekomsten har økt de siste årene, og Kreftregisteret har anslått at antallet tilfeller vil øke med 30 prosent fra 2004 til 2020 (1). Leveutsiktene for kreftpasienter er betydelig bedret siden 1970-tallet. I 1970 hadde kreftrammede rundt 30 prosent sannsynlighet for å leve fem år etter diagnostidspunktet. Denne sannsynligheten er nå 60 prosent, og for personer under 50 år er den over 80 prosent (1).

Sykdomsbildet fremover vil preges av kroniske lidelser. Hovedårsaken er stadig flere eldre. Kroniske lidelser øker i forekomst med økende alder. Den medisinske utviklingen bidrar også til at flere overlever akutt sykdom. Mange av disse vil trenge forebyggende bruk av medikamenter, kontroller og gjentatte behandlinger.

Selv om vi klarer å gjøre noe med dagens helseutfordringer, vil andelen kronisk syke øke fordi grunnlaget for kroniske lidelser i de neste årene allerede er lagt.

## **Migrasjon og helse**

Dagens samfunn er multietnisk. Ulike befolkningsgrupper har ulike helseutfordringer. Etniske minoriteter født utenfor Norge har en annen livshistorie enn nordmenn. De er vokst opp med et annet kosthold, et annet sykdomspanorama og med andre risikofaktorer for sykdom. De sykdommer og helseproblemer som ulike etniske minoritetsgrupper rammes av, kan derfor være annerledes enn de vi er vant til i den norske befolkningen. Forekomsten av vanlige folkesykdommer som diabetes og kreft kan være annerledes enn det vi ser blant etnisk norske. I tillegg kan utbredelsen av visse sykdomsdisponerende eller beskyttende gener være noe ulik, selv om

disse forskjellene synes mindre enn forskerne tidligere har trodd.

Migrasjon innebærer et oppbrudd fra hjemlandet. Dette fører til fysiske og psykososiale endringer i livssituasjon som kan være både positive og negative. For mange er det et stort sprang å komme fra et lav- og middelsinntektsland til et industriland, fra landsbygd til by i løpet av noen timer eller dager. Flere med minoritetsbakgrunn sliter med å lære språket, forstå samfunnskoder og normer, få nye venner, finne bolig og få jobb.

Normer og preferanser fra egen kultur forblir viktige identitetsfaktorer. Men utvandringen kan også øke hastigheten på forandringsprosesser som har startet før utvandrerne dro hjemmefra. Eksempler kan være endringer i helseatferd, som et mer energirik kosthold, fysisk inaktivitet, og mer røyking og bruk av alkohol (2). Fysiske forandringer blir også fulgt av psykososiale forandringer, tap av kulturell identitet og yrkesstatus, tap av evne til å forstå de sosiale normene, tap av slektninger og tap av et kjent miljø. Slike tap fører til økt stressnivå (3).

Mange av folkehelseutfordringene (kroniske sykdommer, psykiske plager osv.) er felles for den etnisk norske befolkningen og befolkningen med annen etnisk bakgrunn. Innvandrere kan imidlertid også møte spesifikke utfordringer, som aktive utstøtningsmekanismer eller høyere barrierer inn mot helsevesenet på grunn av språk- og kulturforskjeller. Språkvanskeligheter kan ikke takles bare med oversettelser. Problemet er også knyttet til forståelse av begreper og oppfatninger. Folkehelsearbeid er tidkrevende og arbeidsintensivt, og det kan oppstå misforståelser i kommunikasjon slik at ting tar enda mer tid enn vanlig.

### **Sosial ulikhet i helse**

Norge er et land der likhetstanken står sterkt. Likevel viser data at det er betydelige helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper

(1). Helsetilstanden øker med høyere utdanning og inntekt. Tilsvarende gir lavere utdanning og inntekt dårligere helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapte og henger blant annet sammen med forskjeller i levekår, muligheter og helseatferd.

Hjerte- og lungesykdommer er den sykdomsgruppen som skaper de største helseforskjellene. Ulikhet i røykemønster er den viktigste enkeltforklaring på dette. Men også forekomsten av Type 2-diabetes er høyere i grupper med lav sosioøkonomisk status. Og krefttrisikoen er høyere blant personer med lav utdanning og inntekt. Dette har primært sin årsak i røykevaner, men også annen helseatferd som kosthold og fysisk aktivitet. Unntaket er brystkreft som rammer flest med høy utdanning og inntekt. Også for psykiske lidelser, muskel- og skjelettplager, ulykker og alkoholrelaterte dødsfall er det store sosiale forskjeller (1).

Forskjellene i dødelighet av hjerte- og karsykdommer har økt de senere årene fordi dødeligheten har gått mer ned blant personer med høy sosioøkonomisk status enn blant dem med lav sosioøkonomisk status. Én av årsakene er at høystatusgruppene har sunnere helseatferd. Disse gruppene tar raskere til seg ny informasjon om hva som er helseskadelig og endrer i større grad atferd til beste for helsen, enn dem med lavere utdanning og inntekt.

Grupper og individer som flytter fra et land til et annet utgjør ofte en minoritet som skiller seg fra majoritetsbefolkningen både fysisk og kulturelt. Disse gruppene vil kunne møte sosiale og økonomiske utfordringer og vanskeligheter uavhengig av årsakene til migrasjon. Mange mangler kunnskaper og ressurser, språklige og kulturelle koder og annet som den etniske befolkningen besitter og tar for gitt. Som følge av dette har enkelte innvandrergupper lavere sosial status, spesielt de første årene etter ankomst til et nytt land.

Det gjør dem spesielt sårbare, også når det gjelder helse.

De systematiske forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper viser at helse og helseatferd henger sammen med levekår, muligheter, forventninger og normer i ulike samfunnsgrupper.

## Helseatferd

Risikofaktorer som tobakk, alkohol, kosthold, fedme og fysisk inaktivitet påvirker forekomsten av våre folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer, kroniske lungelidelser, diabetes og kreft. Andelen som rammes av disse sykdommene kan reduseres betydelig med systematisk forebyggende arbeid.

Løsningen er et mer tobakksfritt samfunn, et variert kosthold med mye frukt, bær og grønnsaker, fisk, grove kornprodukter, magre melke- og kjøttprodukter, lite mettet fett og salt, daglig fysisk aktivitet, begrenset alkoholkonsum og å unngå overvekt (1).

FHI påpeker at vi får i oss for mye sukker, salt og mettet fett i dagens kosthold. Inntaket av sukkerholdige drikker er for høyt. Også saltinntaket er for høyt, spesielt fra ferdigmat. FHI peker på at det fysiske aktivitetsnivået har gått ned, og at nyere målinger tyder på at aktivitetsnivået er lavere enn antatt. Ubalansen mellom energiinntak og energiforbruk er den viktigste årsaken til vektøkningen i befolkningen (1).

Andelen røykere er gått ned siden 1970-tallet, og i dag røyker 21 prosent av befolkningen over 18 år daglig (1). Kroppsmasseindeksen (KMI) har steget, og vi er mindre fysisk aktive nå enn tidligere. Alkoholkonsumet i befolkningen har også økt betydelig de siste 20 årene. Alkohol er knyttet til en rekke somatiske sykdommer, men også til risiko for akutte skader og ulykker og psykiske lidelser.

Forekomsten av Type 2-diabetes er spesielt høy i enkelte innvandrergupper. Det gjelder

## Helseatferd

I denne rapporten bruker vi ordet *helseatferd* om atferd og vaner som har stor betydning for helsen. Noen av de mest kjente eksemplene på helseatferd er kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk, alkoholbruk, seksualvaner og bruk av illegale rusmidler.

blant annet personer fra India, Pakistan og Sri Lanka og henger bl.a. sammen med at det i disse gruppene er flere overvektige og fysisk inaktive enn blant etnisk norske. Andelen kvinner med innvandrerbakgrunn som røyker, er imidlertid lavere enn i andre grupper. Blant innvandrer mennene er røyking derimot mer vanlig enn blant norskfødte (1). Mange innvandrergupper drikker også lite alkohol.

En svensk studie viser at det er ti ganger vanligere med dårlig helse blant personer med nedsatt funksjonsevne enn i befolkningen for øvrig. Helseproblemene har i stor grad sammenheng med miljø og helseatferd (4). Foreløpige resultater fra en tilsvarende norsk studie viser samme tendens. Personer med nedsatt funksjonsevne er mer inaktive, har et høyere inntak av sukkerholdige drikker, er mer overvektige og røyker mer enn befolkningen for øvrig. Det må rettes mer oppmerksomhet mot helseatferd som bidrar til unødig uhelse blant personer med nedsatt funksjonsevne.

Undersøkelsen viser at utdanningslengde påvirker helseatferd, og sammenhengen er til dels større for personer med nedsatt funksjonsevne enn for den øvrige befolkningen. Strategier og tiltak som tilrettelegger og stimulerer til økt utdanning vil kunne ha spesielt gunstig effekt på helseatferd og helse i denne gruppen.

Befolkningsrettede strategier for god helseatferd må ivareta minoritetsgruppers behov ved at tiltakene utformes med sikte på å inkludere alle. Eksempelvis må retten til fysisk aktivitet utenom kroppsøvingsfaget i

grunnskolen (5) gjelde for alle og sikres ved at undervisningspersonellet innehar nødvendig faglig kompetanse.

### **Psykisk helse**

Psykiske lidelser er en viktig årsak til for tidlig død og den største årsaken til uførhet, sykefravær og nedsatt livskvalitet. De vanligste tilstandene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser.

Psykiske lidelser er svært utbredt. Tall fra FHI viser at én av to vil rammes av en psykisk lidelse en eller flere ganger i løpet av livet (1). Forekomsten av psykisk sykdom har ikke økt de siste årene, men oppmerksomheten om slike lidelser har økt, og flere får behandling. Sykefravær og antall nye uførepensjonister med psykiske lidelser øker.

Psykisk sykdom oppstår ofte tidlig i livet. Mange utvikler en kronisk tilstand med bedring og tilbakefall. Psykiske lidelser er i noen grad arvelig, men miljøfaktorer har stor betydning. Risikofaktorer omfatter omsorgssvikt, overgrep, lav sosial status, samlivsproblemer og -brudd, ensomhet, isolasjon og manglende sosial støtte. Beskyttelsesfaktorer inkluderer utdanning, sosial støtte og god mestringsevne.

Sosial støtte kan forhindre at psykiske påkjenninger utvikler seg til psykiske lidelser og kan bedre sykdomsforløpet blant personer som rammes. Men manglende sosial støtte kan også øke risikoen for å utvikle kroppslige lidelser, særlig hjerte- og karsykdommer. Manglende sosial støtte kan være en av forklaringene på at innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager og lidelser enn andre (1).

For barn og unge er det viktig å være godt integrert og trygge i nabolaget. FHI peker på at bomiljøer med liten grad av fellesskap og samhandling, svake nettverk og høy grad av utrygghet og mistenksomhet har høyere forekomst av psykiske plager og lidelser (5).

Forekomsten av psykiske lidelser er større i byene enn på landsbygda. Kvinner rammes

oftere enn menn, særlig av angst og depresjon. Men menn er overrepresentert blant personer med ruslidelser og blant dem som begår selvmord. Forekomsten av psykiske lidelser antas ellers ikke å øke, selv om faktorer som økt arbeidsledighet, økt alkoholforbruk og økt uføretrygging kan forverre den psykiske helsen (1).

### **Demens**

Demens skyldes biologiske endringer i hjernen som fører til svikt i mentale funksjoner.

Risikoen for demens øker sterkt med økende alder. FHI anslår at én av fire over 85 år rammes. Den demografiske utviklingen vil gi flere eldre, og vi må derfor forvente at flere vil trenge behandling for demens. FHI forventer at forekomsten av demens vil øke fra rundt 70.000 i dag til det dobbelt i løpet av noen tiår (1).

### **Skader og ulykker**

Anslagsvis én av ti som behandles på sykehus er innlagt for behandling av en personskaade. I 2007 døde 2345 personer av skader, vold, selvmord og ulykker. Barn i alderen 10–20 år er mest utsatt. De fleste av disse dødsfallene skyldes fall blant eldre, dernest trafikkulykker. Rusmidler er en av de viktigste årsakene til trafikkulykker der sjåføren er skyld i ulykken (1).

Ulykkesdødeligheten blant voksne gikk ned fra 1960-årene, men har stabilisert seg de siste ti årene. Dødsulykker blant barn har gått tilbake siden 1950. Selvmordsraten steg fram til 1988, for så å synke med 25 prosent fram til 1994, og ligger nå stabilt på 11,2 per 100.000 innbyggere (1).

Antall ulykker kan påvirkes gjennom plan-, bygge- og produktbestemmelser. Mange av ulykkene som tar liv er relatert til det menneskeskapte fysiske miljøet, som for eksempel veiutforming. I tillegg stilles det en rekke sikkerhetskrav til produkter vi bruker i hverdagen, fra leker for småbarn til elektriske apparater. Formålet med kravene er å redusere risikoen for ulykker.

## Smittsomme sykdommer

Alvorlige smittsomme sykdommer er lite utbredt i Norge sammenliknet med de fleste andre land. FHI forklarer dette med at vi har et godt organisert samfunn med høy sanitær standard, høy vaksinasjonsdekning, god dyrehelse, godt utbygd smittevern og et effektivt overvåkningssystem som setter oss i stand til raskt å sette inn tiltak når det oppstår sykdomsutbrudd.

Seksuelt overførbare sykdommer har økt de senere årene, særlig klamydia. Men etter en økning i antall diagnostiserte tilfeller de foregående ti årene er det, i følge nye tall fra FHI, en nedgang på tre prosent fra 2008 til 2009. Enkelte smittsomme sykdommer som nærmest var utryddet i Norge, for eksempel tuberkulose, forekommer fortsatt blant innvandrere. Seks av ti nye tilfeller av HIV/Aids er blant innvandrere fra land med høy forekomst av HIV (1).

## Global helse

Helse kan ikke forstås som et endimensjonalt og lokalt tema. Verden er i stadig endring, og globalisering har bidratt til å knytte mennesker, samfunn og helsemessige utfordringer tettere sammen. Vi har blitt gjensidig avhengige av hverandre, og våre liv og vår helse påvirkes i stor grad av forhold og prosesser som oppstår utenfor vårt eget land.

I 2009 var det to spesielle begivenheter som minnet mennesker på alle kontinenter om at vi alle blir berørt av de globale utfordringene. For det første bidro det nye influensaviruset (H1N1) og den påfølgende pandemien til å skape en usikker og uoversiktlig helsesituasjon. For det andre kom dette på et tidspunkt da finanskrisen hadde ført til kutt i helsebudsjetter og redusert tilgang til medisinsk teknologi og infrastruktur. Situasjoner som dette oppstår fra tid til annen og tar plass i media og vår bevissthet, men de langtrekkende og grunnleggende utfordrin-

gene for global helse er fortsatt tilstede etter at rampelyset er slukket.

Retten til grunnleggende helse er forankret i Barnekonvensjonen artikkel 24 og i artikkel 25 i FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter. Der heter det blant annet at «Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser, og rett til trygghet i tilfelle av arbeidsløshet, sykdom, arbeidsuførhet, enkestand, alderdom eller annen mangel på eksistensmuligheter som skyldes forhold han ikke er herre over».

Norsk engasjement i global helse er basert på vilje og interesse til å gjøre en forskjell med et rettighetsperspektiv som viktigste grunnlag. Ratifisering av internasjonale avtaler ansvarliggjør Norge innenfor global helse. Norge jobber spesielt med helse og fattigdomsbekjempelse knyttet til FNs Tusenårsmål 4, 5 og 6. Disse dreier seg om reduksjon av barnedødelighet, mødredødelighet og bekjempelse av HIV/Aids-epidemien. Utfordringene for oppnåelse av grunnleggende helse i et globalt perspektiv er mange og sammensatte.

## Levekår og helse

Helse er viktig for alle mennesker, men forutsetningene for å oppnå god helse er høyst ulike. Sosiale forhold knyttet til oppvekst, utdanning, nærmiljø, jobb, hva vi spiser og muligheter til trening og fysisk aktivitet er avgjørende for god helse. Levekår og helseatferd påvirker helsen i stor grad, og utjevning av sosiale ulikheter vil være et viktig bidrag til bedre folkehelse i alle samfunn.

Et eksempel hentet fra Skottland viser tydelig hvordan sosiale forhold påvirker helsen: Gjennomsnittlig levealder i Storbritannia er 76 år. I Calton, en bydel i Glasgow, er gjennomsnittet 54 år. Dette er et vanskeligstilt område med høy arbeidsledighet og store rusproblemer. 52 prosent av innbyggerne i bydelen røyker.



Tilsvarende andel i den øvrige befolkningen er 25 prosent. I Calton bor 37 prosent i en husholdning hvor ingen har jobb. Én av tre husholdninger består av en enslig forelder med barn (6).

Globalt er det store forskjeller mellom fattig og rik, nord og sør. Verdensbanken anslår at halvparten av verdens befolkning, tre milliarder mennesker, lever for mindre enn USD 2,50 om dagen (7). Ekstrem fattigdom, svake stater og dårlig utbygde helsesystemer er hverdagen for store deler av verdens innbyggere. I tillegg er det disse landene som har de største helseutfordringene: Afrika har 25 prosent av verdens sykdomsbyrde, men bare 1,7 prosent av verdens helsepersonell. WHO anslår at det globalt mangler 4,2 millioner helsearbeidere for å kunne yte grunnleggende helsetjenester, hvorav 1,3 millioner i Afrika. I tillegg til at fattige land har knapp tilgang på helsepersonell fører lave fødselstall og aldrende befolkning i rike land til økt etterspørsel etter helsepersonell fra fattige land. Det foregår altså en kamp om personell – og de svake taper. Mangel på helsearbeidere er en kritisk faktor for oppnåelse av de helselaterte Tusenårsmålene.

### **Ikke-smittsomme sykdommer**

I tillegg til utfordringene fattige land har med smittsomme sykdommer som HIV/Aids, malaria, tuberkulose og polio bidrar ikke-smittsomme sykdommer til en dobbel sykdomsbyrde. Kroniske sykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer er en utfordring for rike lands folkehelse, men er et enda større problem i lav- og mellominntektsland. 80 prosent av dødsfall forårsaket av kroniske lidelser skjer nå i disse landene (8).

### **Psykisk helse**

Psykisk helse er et felt som krever internasjonal oppmerksomhet. I lav- og mellominntektsland regner man med at 90 prosent av

psykiske helseproblemer ikke behandles (9). Mangel på utdannet helsepersonell innenfor fagfeltet, liten kapasitet og motivasjon hos annet helsepersonell samt stigma assosiert med psykiske helseproblemer er noen av de viktigste utfordringene (10).

### **Ulykker og vold**

Ulykker og vold står for ni prosent av global mortalitet og er en utfordring i alle land (11). Internasjonalt er bilulykker en økende årsak til dødsfall, spesielt blant barn og unge voksne. Årlig dør 1,2 millioner mennesker som følge av bilulykker. Dette er den viktigste årsak til dødsfall i alderen 10–24 år (12; 13).

Ulykker og vold er ofte knyttet til bruk av alkohol. I globalt perspektiv er alkohol årsak til fire prosent av alle helseår tapt til for tidlig død eller funksjonsnedsettelse (14).

I et folkehelseperspektiv er det store muligheter for å drive forebyggende arbeid på dette området. Norge har lang erfaring med dette og bidrar med fagkompetanse i internasjonale organisasjoner som WHO og andre FN-organer.

### **Klima**

I mange regioner er helse under press fra fattigdom og sosiale ulikeheter. Globalt er helse også truet av klimaendringer. Noen regioner påvirkes i større grad enn andre, men det er åpenbart at de pågående klimaendringene vil påvirke helsen i fremtiden. Generaldirektør i WHO, Margaret Chan, har sagt: «Klimaendringer er en av de største utfordringene i vår tid. Klimaendringer vil påvirke noen av de mest grunnleggende helse-determinantene i negativ retning: mat, luft og vann». Det er stor oppmerksomhet rundt dette temaet. Det er viktig å utvikle robuste helsesystemer som gjør det mulig å ivareta helse når vi møter fremtidige utfordringer. God folkehelse og tilgang til primærhelsetjenester er samfunnets beste forsikring mot dårlig helse globalt og lokalt.

# Utfordringer og strategiske valg

## Del 1



# Kapittel 2

## Hva er folkehelsearbeid?

Noen av kjernetrekkene ved folkehelsearbeid er at det er en samfunnsoppgave, at det er befolkningsrettet og at det utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helsen. Verken folkehelsearbeidet eller den kliniske virksomheten er tjent med et folkehelsebegrep som omfatter alle aktiviteter knyttet til helse.

Det er ikke uten videre åpenbart for alle hva som menes med «folkehelse» og «folkehelsearbeid». Begrepenene har mange ulike definisjoner. I dette kapittelet drøftes de mest sentrale begrepene i folkehelsearbeidet. Men aller først må det tydeliggjøres hva vi mener med «folkehelse» og «folkehelsearbeid».

I denne rapporten legger vi til grunn følgende definisjon av folkehelse:

*... befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.*

Folkehelsearbeid defineres som:

*... samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.*

Noen av kjernetrekkene ved folkehelsearbeid er at det er en samfunnsoppgave, at det er befolkningsrettet, og at det utøves gjennom påvirkning av faktorer som har (positive eller negative) effekter på helsen.

### **Hva folkehelsearbeid ikke er**

Med denne definisjonen følger også noen *avgrensninger*: Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering.

Denne avgrensningen innebærer ikke noen nedvurdering av disse tjenestene, som til sammen utgjør hoveddelen av aktivitetene i helsevesenet. Den innebærer derimot en nødvendig klargjøring som synliggjør en funksjons- og arbeidsdeling. Verken folkehelsearbeidet eller den kliniske virksomheten er tjent med et utvidet folkehelsebegrep som omfatter alle aktiviteter relatert til helse.

Avgrensningen utelukker ikke at tenkning og metoder som benyttes i folkehelsearbeidet, også kan være nyttige i klinisk virksomhet.

Definisjonen bygger på WHO's Ottawa-charter fra 1986, som definerer folkehelsearbeid som «samfunnets totale innsats for å

oppretholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon» (1). I Ottawa-charterets omtale ligger det både en definisjon av begrepet og en beskrivelse av verdier som skal ligge til grunn for folkehelsearbeidet.

Definisjonen bygger dessuten på St.meld. nr. 16 (2002–03) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, som beskriver folkehelsearbeid slik:

*«Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene virker helsenedbrytende, enten det er ting vi spiser og drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. Positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet rundt oss, om vårt forhold til våre nærmeste og de nettverk vi inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og å være forutsigbart og håndterbart. Dette kan kalles beskyttelses- eller mestringsfaktorer og gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke.»*

Også i St.meld. nr. 47 (2008–09) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* omtales folkehelsearbeid:

«Folkehelsearbeid: Samfunnets samlede innsats for

- å fremme helse
- å redusere risiko for sykdom og skade
- å beskytte mot ytre helsetrusler

Målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller. Strategiene retter seg mot hele befolkningen. I tillegg til helsesektorens innsatser, ligger påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer. Eksempler: Utdanning,

arbeid, bo- og nærmiljøer, ren luft, fravær av støy, gang- og sykkelveier, turstier og friluftsliv, fysisk aktivitet i skolen.»

Samhandlingsreformen inneholder både en definisjon av folkehelsearbeid og en beskrivelse av målet, strategiene, innsatssektorene og eksempler på dette feltet. Denne rapportens definisjon søker å oppsummere hovedelementene fra disse definisjonene.

### To akser i folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeid kan utøves langs to akser:

- Innsats langs den offensive, proaktive akse – helsefremming – innebærer å styrke og forbedre befolkningens helse. Målsettingen kan ideelt sett beskrives som å få folkehelsen nærmere WHO's helsebegrep; «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte»
- Innsats langs den defensive, reaktive akse – sykdomsforebygging – innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom, skade eller lyte oppstår

Fagteoretisk og prinsipielt er et slikt skille hensiktsmessig. I det praktiske folkehelsearbeidet vil imidlertid innsats langs de to aksene gå hånd i hånd, utfylle hverandre og i stor grad overlape hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt. På samme måte vil det meste som gjøres av forebyggende innsats også ha potensial til å styrke og fremme helsen. I daglig, praktisk arbeid har skillet derfor begrenset verdi.

### Forebyggende og helsefremmende helsetjenester

Helse skapes ikke først og fremst på sykehus og legekontorer, men på alle de arenaer der mennesker lever og virker. Et effektivt folkehelsearbeid må derfor utøves i alle samfunns-

sektorer og i felles innsats på tvers av sektorene. Under ett omtales denne innsatsen som forebyggende og helsefremmende virksomhet. Med forebyggende helsetjenester menes derimot helsetjenestens bidrag til folkehelsearbeidet.

Lowverket for helsetjenesten inneholder bestemmelser om å ivareta forebyggende oppgaver. Ifølge Kommunehelsetjenesteloven skal helsetjenesten i kommunen fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Det skjer bl.a. gjennom:

- Overvåking av helsetilstand og påvirkningsfaktorer – forslag om folkehelseiltak
- Gi premisser til andre offentlige organer om ivaretaking av helsehensyn
- Miljørettet helsevern
- Helsestasjon
- Skolehelsetjeneste
- Helseopplysning

I Lov om tannhelsetjenesten heter det bl.a. at: «Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.»

I Spesialisthelsetjenesteloven er et av målene å «fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming». Loven slår også fast at spesialistnivået har en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Helsetjenestens roller i folkehelsearbeidet drøftes mer inngående i kapittel 4 og 5.

### Forebygging – tidlig eller sent?

I diskusjonen om forebyggingsbegrepet har det tradisjonelt vært skilt mellom tre nivåer:

1. Primærforebygging – den «genuine forebyggingen» – innebærer å styrke helsen og hindre utvikling av sykdom,

skade eller lyte. Eksempler er vaksinasjon, ulykkesforebygging og tiltak for å hindre røykedebut hos ungdom.

2. Sekundærforebygging – tidlig inngripen – handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Denne kan igjen inndeles i tre nivåer:

- i. Innsats i *symptomfri fase*, slik som screening av presumptivt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling eller betydelig risiko, som muliggjør henvisning til effektiv behandling. Dette kan kalles folkehelse-tilnærmingen til sekundærforebygging. Eksempler er screeningprogrammer som celleprøve fra livmorhalsen og mammografi.
- ii. Innsats ved *begynnende faresignaler eller uhelse*. Dette kalles tidlig intervensjon. Ett eksempel er tiltak overfor ungdom som eksperimenterer med narkotika. Et annet er oppfølging av personer som anses å stå i fare for utvikling av anoreksi.
- iii. Innsats i *klinisk (symptomgivende) fase* for å hindre tilbakefall av en sykdom. Dette kan kalles den kliniske tilnærmingen til sekundærforebygging. Ett eksempel er tiltak i form av livsstilspåvirkning og/eller legemiddelbehandling etter gjennomgått hjerteinfarkt for å hindre nytt infarkt.

3. Tertiærforebygging innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Eksempler kan være trening og tilrettelegging av livssituasjonen ved cerebral parese eller etter et hjerneslag.

Såkalt tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsebegrepet. Rapporten legger til grunn at sekundærforebygging i symptomfri fase er del av folkehelsearbeidet,

tidligintervensjon kan også være det, mens sekundærforebygging i symptomgivende fase faller utenfor.

### **Målretting av folkehelsearbeid – mot de mange eller de få?**

Ut fra hvor mange og hvem tiltakene retter seg mot, er det vanlig å skille mellom tre nivåer:

- Universelle (= befolkningsrettede) tiltak retter seg mot hele befolkningen eller store grupper. Ett eksempel er det anbefalte vaksinasjonsprogrammet til barn og unge. Mange av de universelle tiltakene er knyttet til lovgiving eller annen myndighetsutøvelse; alkoholpolitikk, restriksjoner på røyking og salg av tobakk, prispolitikk, samt påbud om bruk av motorsykkelhjelm og bilbelte.
- Selektive (= grupperettede) tiltak retter seg mot undergrupper av befolkningen som har særlige kjennetegn. Eksempler kan være tilbud om hepatittvaksine til sprøytenarkomane, informasjon om sikker sex til homofile menn eller påvirkning av livsstil (kosthold og fysisk aktivitet) hos visse etniske innvandrergupper med særlig høy risiko for utvikling av Type 2-diabetes.
- Indikative (= individrettede) tiltak retter seg mot enkeltpersoner med særlige helsemessige kjennetegn. Eksempler kan være råd om livsstil til personer som har fått påvist høyt kolesterol eller rådgivning og støtte til reduksjon av alkoholkonsum hos en person med høyt forbruk.

Universelle og selektive tiltak er sentrale oppgaver innen folkehelsearbeidet. Indikative tiltak bør i stor grad ivaretas av kurative tjenester. Spørsmålet er: *Masse- eller risiko-basert folkehelsestrategi*; om man skal rette innsatsen mot den generelle befolkningen, eller om man skal satse mest på tiltak for dem som er i en særlig risikosituasjon. Det såkalte

*forbyggingsparadokset* innebærer at en liten endring hos de mange har større effekt på folkehelsen enn en stor endring hos de få og særlig utsatte. En beskjedne kostholdsendring i den norske befolkningen i retning av mindre mettet fett og mer frukt og grønt vil ha større betydning for folkehelsen enn intervensjon overfor enkeltpersoner med høyt kolesterol. En restriktiv alkoholpolitikk er et mer effektivt tiltak mot alkoholskader i samfunnet enn innsats overfor personer med et etablert alkoholproblem.

### **Målretting av folkehelsearbeid – mot miljøet eller individene?**

Enkeltmennesker og grupper lever og virker i et nærmiljø og et samfunn. Med dette utgangspunktet kan man skille mellom:

- Befolknings- og grupperettet folkehelsearbeid, jf. foregående punkt
- Miljørettet folkehelsearbeid, som igjen kan deles inn i
  - helsefremmende miljøtiltak som legger til rette for positive faktorer som for eksempel nære turområder og tumleplasser, sykkelfelt, trygge skoleveier og sosiale møteplasser
  - tiltak for forebygging av sykdom og uhelse gjennom redusert eksponering for negative miljøfaktorer, som for eksempel støy, forurensing, dårlig inneluft, stråling, ulykkesfeller, bomiljø i forfall og sosial isolasjon.

Kommunehelsetjenesteloven har bestemmelser om miljørettet helsevern. I følge lovens § 4a-1 skal den omfatte «de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.» Miljørettet helsevern har i praksis mest befattet seg med å begrense miljøfaktorer som kan virke negativt på helsen. Men

lovens ordlyd inkluderer også arbeid med å styrke og sikre de helsefremmende faktorene i livsmiljøet. Det kan bl.a. skje ved deltakelse i offentlig planarbeid for å sikre at helsehensyn ivaretas i prosessen. Folkehelsearbeid gjennom tiltak for et helsefremmende og sykdomsforebyggende miljø foregår primært utenfor helsetjenesten; i arbeidslivet, i skoler og barnehager, hos veimyndighetene, av miljøvernmyndighetene og i offentlig planlegging på alle nivåer (se også kapittel 5).

### **Folkehelsearbeid – Health Promotion**

Det internasjonale begrepet Health Promotion (HP) ble for alvor etablert gjennom Ottawa-charteret fra en internasjonal WHO-konferanse i 1986. Ottawa-charteret la på mange måter grunnlaget for et paradigmeskift i folkehelsearbeidet med sitt brede samfunnsperspektiv på helse og på fordeling av helse (2).

Et hovedbudskap i charteret var behovet for etablering av «Healthy Public Policy» (en helsevennlig offentlig politikk). Dette handlet ikke om etablering av egen sektorpolitikk for folkehelse, men om å integrere helsehensyn i alle politikkområder og på de

## **Health Promotion**

Health Promotion-fagfeltet har en del sentrale nøkkelbegrep, som er utdypet i en Health Promotion Glossary fra WHO 1998. Sentrale begreper – utover Health Promotion – er bl.a. «capacity, empowerment, enabling, equity, network, partnership, settings for health, and supportive environments». Det er ingen konsensus om hva de internasjonale Health Promotion-begrepene skal hete på norsk. Dels brukes de engelske ordene, dels foreligger det ulike norske versjoner. De norske oversettelsene av seks sluttokumenter er ikke enhetlige i sin begrepsbruk. Av den grunn brukes det engelske begreper i det følgende.

fleste samfunnsarenaer.

Prinsippene fra Ottawa har siden hatt en sentral plass i WHO, som har fulgt opp med verdenskonferanser om HP i Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexico 2000, Bangkok 2005 og Nairobi 2009. Hver konferanse har endt opp i et sluttdokument som har utvidet forståelsen av og innholdet i begrepet Health Promotion. En reorientering av helse-tjenester mot forebygging var ett av fem hovedinnsatsområder i Ottawa-charteret i 1986. Likevel har det vært viet lite systematisk oppmerksomhet mot dette. Erklæringen fra den 7. verdenskonferansen om Health Promotion – The Nairobi Statement – ber om at man styrker dette arbeidet (3).

WHO definerer Health Promotion som: *The process of enabling people to increase control over their health and its determinants.*

WHO sier videre at Health Promotion kan karakteriseres som *an art and science of public health*, og at Health Promotion skal *maintain and improve health by a combination of approaches and methods* (4).

Ved oversettelse av sluttdokumentene fra de fem første internasjonale Health Promotion-konferansene (1986–2000) ble «helsefremmende arbeid» brukt som norsk oversettelse for Health Promotion. Språklig sett er dette logisk. Saklig sett blir det misvisende, fordi vi i Norge har hatt tradisjon for å skille mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Health Promotion inkluderer begge komponentene, men understreker at arbeidet må skje gjennom *prosessen med å sette folk i stand til å få mer kontroll over egen helse.*

Ved oversettelse av Bangkok-charteret fra 2005 (5) og i rapporten fra den norske delegasjonen ved Nairobi-konferansen i 2009 (6) er «*folkehelsearbeid*» brukt som norsk begrep for Health Promotion. Språklig sett kan dette virke overraskende, men saklig sett er det dekkende.

Notatet anbefaler at man heretter holder seg til denne forståelsen. Da må man imidler-

tid være klar over at det innebærer en forpliktelse til norsk folkehelsearbeid om å ta på alvor de prinsipper som ligger til grunn for Health Promotion-konseptet.

Sett på denne bakgrunnen er det behov for en omforent norsk versjon av Health Promotion-ordboken. De norske oversettelsene av det Health Promotion-materialet som foreligger, bør gjennomgås på nytt med tanke på konsistens og språklig harmonisering.

## **Folkehelsearbeid og Samhandlingsreformen**

St.meld. nr. 47 (2008–09) *Samhandlingsreformen* vektlegger betydningen av tidlig innsats. Det tales flere steder om verdien av forebygging og folkehelsearbeid. Meldingen gir en tydelig definisjon av folkehelsearbeid og løfter fram folkehelseperspektivet. Det er imidlertid fortsatt rom i det videre reformarbeidet for å tydeliggjøre betydningen av andre samfunnssektors bidrag i folkehelsearbeidet, ved siden av helsetjenestens innsats. Samtidig er det hensiktsmessig å fortsatt jobbe fram tydelige definisjoner av sentrale begreper som folkehelsearbeid og forebygging.

## **Andre sektorer – sosiale helsedeterminanter**

Det er økende forståelse for at folkehelsepolitikken må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen (helsedeterminanter). Eksempler på slike helsedeterminanter kan være utdanning, arbeid, inntekt, bo- og nærmiljø, sosial inkludering, tilgang til tjenester, samt tilgang til «friskfaktorer» som ren luft, naturområder, gang- og sykkelveier, fravær av støy m.v. Helsedeterminanter drøftes mer inngående i kapittel 4.

Determinantperspektivet synliggjør at politiske valg i andre samfunnssektorer kan ha stor betydning for befolkningens helse.

Tiltak som i utgangspunktet ikke retter



# Adelaideerklæringen om helse i alle politikkområder\*

– mot delt ansvar for helse og trivsel

## Ansvarliggjøring av helse i alle politikkområder betyr mer effektiv politikk. Mer effektiv politikk betyr bedre helse.

Formålet med erklæringen er å engasjere politiske og administrative ledere på alle nivåer, lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Erklæringen understreker at regjeringers mål best oppnås når alle sektorer inkluderer helse og trivsel som en nøkkelfaktor i politikktutforming. Dette er fordi årsakene til helse og trivsel ligger utenfor helsesektoren og er sosialt og økonomisk skapt. Selv om mange sektorer allerede bidrar til økt helse, er det fortsatt betydelig potensial for forbedringer. Erklæringen skisserer behovet for fornyede partnerskap mellom alle sektorer for å bidra til en mer menneskevennlig utvikling, bærekraft, sosial rettferdighet og økt helse.

Sektorer og temaer	Forbindelse til helse og trivsel
Økonomi og arbeid	<ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk soliditet og vekst stimuleres av en frisk befolkning. Skapes helse, skapes velferd</li><li>• Arbeid og gode kår for sysselsetting forbedrer alles helse på tvers av sosiale grupper</li></ul>
Trygghet og rettferdighet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Graden av vold, sykdom og skade øker i befolkninger med store sosiale helseforskjeller, for eksempel relatert til fattigdom, boligmangel og mangel på arbeidsplasser</li><li>• Utbredelsen av psykiske problemer (herunder rus- og alkoholproblemer) er forbundet med vold og kriminalitet</li></ul>
Oppvekst og utdanning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dårlig helse hos barn og familiemedlemmer kan hemme utdanningsprestasjoner, redusere utdanningsmuligheter og evne til å løse utfordringer i livet og til å ta tak i livets muligheter</li><li>• Utdanning i seg selv bidrar til bedre helse og muligheter for å delta fullt ut i samfunnet, og til å skape engasjerte borgere</li></ul>
Landbruk og mat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Matsikkerhet og mattrygghet styrkes ved å ta helsehensyn i matproduksjon, markedsføring og distribusjon, gjennom å fremme forbrukertillit og ved å sørge for mer bærekraftig landbrukspraksis</li><li>• Sunn mat er avgjørende for folks helse. God mattrygghet bidrar til å redusere overføring av sykdommer fra dyr til mennesker og støtter opp om en landbrukspraksis med positiv innvirkning på bønderes helse i distriktene</li></ul>
Infrastruktur, planlegging og transport	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimal planlegging av veier, transport og boligbygging krever vurdering av konsekvenser for helse ettersom dette kan redusere miljømessig kostbare utslipp, forbedre kapasiteten i transportnettene og effektivisere transport av mennesker, varer og tjenester</li><li>• Bedre transportmuligheter, inkludert muligheter for gående og syklende, bygging av tryggere og mer aktivitetsvennlige lokalmiljøer, og reduksjon av miljømessig forringelse fremmer helse</li></ul>
Miljø og bærekraft	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimalisering av bruken av naturressurser og fremme av bærekraft kan best oppnås gjennom politikk som innvirker på befolkningens forbruksmønstre, og som også kan fremme folks helse</li><li>• Globalt er en fjerdedel av alle sykdommer som kan forebygges et resultat av miljømessige betingelser der folk bor</li></ul>
Bolig og kommunale tjenester	<ul style="list-style-type: none"><li>• Boligbygging og arealplanlegging som tar ansvar for helse og trivsel (for eksempel isolering, ventilasjon, offentlige møteplasser, avfallshåndtering etc.), og som involverer lokalmiljøer, kan forbedre sosial samhörighet og støtte for utviklingsprosjekter</li><li>• Godt designede, tilgjengelige boliger og tilfredsstillende kommunale tjenester er noen av de mest grunnleggende helsedeterminantene for utsatte grupper og lokalmiljøer</li></ul>
Land og kultur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forbedret tilgang til landområder kan gi bedre helse og trivsel for urfolk ettersom urfolks helse og trivsel er spirituelt og kulturelt forbundet med land og landområder</li><li>• Bedring i urfolks helse kan styrke lokalmiljøer og kulturell identitet, styrke medvirkning og opprettholdelse av biologisk mangfold</li></ul>

\* Teksten er et oversatt utdrag fra WHO erklæringen «Health in All Policies»:

WHO (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies*. WHO, Government of South Australia, Adelaide.

seg mot helse kan ha store helsemessige konsekvenser. Mange virkemidler som har stor helsemessig betydning ligger i andre sektorer, eksempelvis tobakksavgifter, tilrettelegging for aktiv transport eller tilgjengelighet på alkohol.

Determinantperspektivet står i motsetning til en tilnærming der man tar utgangspunkt i bestemte sykdommer. Det er flere grunner til at determinantperspektivet i folkehelsepolitikken er fordelaktig:

- Hver påvirkningsfaktor bidrar ofte til flere ulike helseproblemer som kreft, skader, astma, hjerte- og karsykdommer mv.
- Sammenhengen mellom helseforhold og andre sektors ansvar og politikkområder tydeliggjøres.
- Når tiltak rettes mot kjente påvirkningsfaktorer, kan resultatene av tiltakene måles i form av redusert helserisiko lenge før de gir seg utslag i reell sykdom og død i befolkningen.

Når vi retter oppmerksomheten mot påvirkningsfaktorene, synliggjøres også sammenhengen mellom ulike faktorer og fordelingen av faktorer – og dermed fordelingen av helse – i befolkningen. Det er mange årsaker til helseforskjeller, fra bakenforliggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester.

Siden påvirkningsfaktorene for helse befinner seg på flere samfunnsområder, er det avgjørende at man arbeider på tvers av sektorer. Helsesektoren må jobbe gjennom og sammen med andre sektorer for å nå målene på folkehelseområdet. Dette innebærer en erkjennelse av at det kan ha betydning for helse at andre sektorer når sine mål. Myndigheter på alle nivåer må kontinuerlig fremme og understøtte samarbeid mellom

samfunnssektorer. Helsesektorens rolle i dette tverrfaglige folkehelsearbeidet blir behandlet mer utførlig i kapittel 4.



# Utfordringer og strategiske valg

## Del 1



# Kapittel 3

## Mot et kunnskapsbasert folkehelsarbeid

Begrepet «kunnskapsbasert» brukes ofte i en relativt smal betydning. På folkehelsefeltet står vi ofte – kanskje som regel – overfor situasjoner der «kunnskapsbasing» i smal forstand ikke er mulig eller relevant. Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid må bygge på tverrfaglig kunnskap fra en rekke fagdisipliner.

Det er et politisk mål for folkehelsearbeidet i Norge at det i større grad skal baseres på tilgjengelig kunnskap. I dette kapitlet drøfter vi hva kunnskapsbasering av folkehelsearbeidet innebærer, blant annet basert på folkehelsefeltets dimensjoner og særtrekk, ulike kunnskapstyper og erfaringer som er gjort utover landets grenser.

## Dimensjoner i folkehelsearbeidet

### Populasjonsnivået

Folkehelsearbeid kan i prinsippet rette seg mot alle typer faktorer som påvirker helsen i en avgrenset populasjon eller befolkningsgruppe. Den aktuelle populasjonen kan være stor eller liten, og avgrenset ved hjelp av mange forskjellige typer kriterier – for eksempel geografi, sosioøkonomiske faktorer, alder, kjønn, kulturell eller etnisk bakgrunn.

Men uansett størrelse og komposisjon er det et særtrekk ved folkehelsearbeid at det er rettet mot *populasjonsnivået* – i motsetning til individnivået. Den britiske epidemiologen Geoffrey Rose pekte i 1985 på at årsakene til sykdom hos individet ofte er andre enn årsakene til sykdom i befolkningen (1). Studier som identifiserer risikofaktorer for sykdom basert på sammenligninger av enkeltindivider i en gitt populasjon, vil være blinde for risikofaktorer som påvirker hele populasjonen. Hvis alle røykte 20 sigaretter om dagen, ville forskning for å identifisere risikofaktorer kunne konkludere med at lungekreft var en genetisk sykdom. Jo mer utbredt en risikofaktor er, jo mindre vil den forklare i denne typen forskning.

En folkehelsepolitikk utelukkende basert på kunnskap om individuelle risikoer og reaksjonsmønstre fører til det Rose kaller «høyrisikostrategier»: tiltak rettet mot grupper av befolkningen som har særlig høy risiko i forhold til gjennomsnittet. Dette kan være fornuftig nok, men totalt sett vil strategier som retter seg mot en reduksjon av

risikoer som berører *hele* populasjonen være mer effektive. Det er mer effektivt å redusere røyking i befolkningen som helhet, enn bare å gjøre noe for de som av ulike grunner, kanskje genetiske, er særlig utsatt for lungekreft.

### Agerende og reagerende aktører

Et annet særtrekk ved folkehelsefeltet, som også følger av at det har populasjonen som sitt studieobjekt, er at samfunnsvitenskaplige perspektiver må tas i betraktning. Studier av folkehelsen og hva som påvirker den må ikke bare ta hensyn til årsaker og virkninger, men også til handlende og samhandlende aktører, grunner og strategier.

*Grunner* deles ofte inn i ønsker (om hva man vil oppnå) og oppfatninger (om hvordan man kan oppnå det). Ønsker og oppfatninger påvirker handling: En person gjør det hun oppfatter som det beste middelet til å oppnå sine ønsker. Siden alle individene i en befolkning er forskjellige, med ulik bakgrunn, oppfatninger og planer for framtiden, vil det alltid være vanskelig å forutsi hva effekten på befolkningsnivå – summen av de mange enkelthandlingene – blir. Det er for eksempel kjent at informasjonskampanjer om livsstil tidvis kan få motsatt effekt av hva som var hensikten, trolig fordi deler av målgruppen blir provosert av det de oppfatter som trusler mot sin personlige frihet (2).

En ytterligere kompliserende faktor når man forholder seg til handlende aktører, er at de ofte handler strategisk: individer, organisasjoner og firmaer tar andres oppfatninger og planer med i betraktningen når de selv planlegger sine handlinger. For eksempel må man regne med at kommersielle aktører kan tilpasse seg strategisk til myndighetenes folkehelseiltak på måter som ikke nødvendigvis gagnar folkehelsen. Systemet for nøkkelhullmerking av sunne matvarer har trolig totalt sett positive konsekvenser for folkehelsen, men medfører også at en del kommersielle

aktører segmenterer markedet ved å tilby sunne og dyre nøkkelhullmerkede produkter til kjøpesterke kunder, og tilsvarende produkter som er mindre sunne, men billigere, til mindre kjøpesterke grupper (3).

### Demografi

Folkehelsearbeidet må ta hensyn til at både problemer, årsaker og effektive løsninger varierer etter kjønn, alder, kultur, etnisk bakgrunn og geografi. Dette forutsetter at også kunnskapsproduksjonen tar slike dimensjoner tilstrekkelig innover seg. Når det gjelder statistikkgrunnlaget for folkehelsestudier, er demografisk bakgrunnsinformasjon ofte prinsipielt tilgjengelig, men kombinasjonen av de ulike kategoriene gir til sammen et for tynt statistikkgrunnlag. Hvis man for eksempel trenger informasjon om et gitt utfall blant unge, kvinnelige innvandrere i en liten kommune, kan N (antall individer) bli så lav at informasjonen er ubrukelig (tilfeldig variasjon) og/eller kompromitterende for den enkelte. For det praktiske folkehelsearbeidet i kommunene kan dette være et stort problem, og det er derfor en utfordring for tilretteleggingsarbeidet på sentralt hold å utvikle strategier som kan bidra til å løse dette.

En særlig utfordring som får større aktualitet ettersom det kulturelle mangfoldet i befolkningen øker, er betydningen av kultur, normer og tradisjoner. Et gitt folkehelse tiltak kan ha ulik effekt på grupper med ulik kulturell bakgrunn, tradisjoner og helseatferd. Et enkelt eksempel er forekomsten av rakitt i Norge. Denne skjelettsykdommen skyldes mangel på vitamin D, som tidligere var utbredt blant norske barn. På 1950-tallet innførte man ulike tiltak for å øke inntaket av vitamin D, blant annet gjennom tilsetninger i margarin, og rakitt forsvant. De siste årene har sykdommen igjen dukket opp blant barn av innvandrere fra Asia. De tiltak som viste seg effektive i en etnisk og kulturelt nokså homogen befolkning i Norge på 1950-tallet, er ikke like effektive

nå, blant annet fordi de aktuelle innvanderergruppene i liten grad bruker margarin (4). Folkehelsearbeidet må ta hensyn til at både problemer, årsaker og løsninger varierer mellom etniske og kulturelle grupper i befolkningen.

### Sosial ulikhet

De siste årene har norske myndigheter blitt mer oppmerksomme på sosiale fordelings-effekter av offentlig politikk. Til tross for at jevnere sosial fordeling av ulike velferdsgoder har vært et uttalt politisk mål gjennom meste-parten av etterkrigstiden, er forskjellene på mange områder fortsatt store. Dette gjelder ikke minst helse. En studie fra FHI publisert våren 2010 viser at selv om dødeligheten har gått ned i alle utdanningsgrupper gjennom perioden 1960–2000, går bedringen mye raskere i gruppene med lengst utdanning. Dermed øker ulikhetene i dødelighet mellom utdanningsgruppene (5).

De sosiale ulikhetene i helse øker ikke fordi noen har villet det slik. Snarere er det snakk om utilsiktede virkninger av tiltak og politikk som har helt andre og for så vidt legitime og gode mål. Problemet har vært at man ikke i tilstrekkelig grad har planlagt, tenkt igjennom eller vært oppmerksom på fordelings-effekter av ulike tiltak. Det er for eksempel kjent at mange individ- eller aktørorienterte folkehelse-tiltak – blant annet mange informasjons-kampanjer – kan bidra til å øke sosiale ulikheter i helse fordi de har størst effekt i den øvre delen av det sosiale hierarkiet (6).

Et stykke på vei er dette et kunnskapsproblem. For det første har vi først de siste 20 årene begynt å få tilstrekkelig kunnskap om fordelingen av helse og helsedeterminanter til å innse at sosial ulikhet faktisk er et problem. For det andre er det også i denne perioden at vi har begynt å få kunnskap om hva som forårsaker den ulike fordelingen. Og for det tredje vet vi fortsatt ikke nok om fordelings-effekter av ulike typer tiltak og politikk. Det

er en sentral utfordring for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid å ta i bruk den kunnskapen som nå foreligger på en god måte.

### Sosiale helsedeterminanter

Det er en «gammel sannhet» på folkehelsefeltet at helse i hovedsak produseres andre steder enn i helsesektoren. Aaron Wildavskys påstand om at helsesektoren bare påvirker 10 prosent av folkehelsen, mens de resterende 90 prosentene skyldes faktorer utenfor helsesektoren – inntekt, livsstil, miljø – må være en av de mest siterte enkeltpåstander i folkehelse-sammenheng (7). En så generell påstand kan selvfølgelig vanskelig etterprøves, blant annet fordi den alltid vil bero på populasjonen og konteksten. For forventet gjenværende levetid på et norsk aldershjem vil helsetjenester formodentlig ha stor betydning, mens slike tjenester betyr lite for forventet levealder blant nyfødte barn i Swaziland, der sannsynligheten for overhodet å motta helsetjenester i løpet av livet er relativt lav.

Men uansett hvor stor rolle helsetjenesten spiller, er det for en hver populasjon mange faktorer utenfor tjenesten som påvirker helsen. Materielle ressurser, oppvekstvilkår, utdanning, boforhold, psykososiale ressurser, arbeid, arbeidsmiljø og helseatferd har alle påviselig og betydelig innflytelse på de fleste helsemål. Alle disse faktorene har en direkte betydning for helse, men de har også innflytelse på hverandre. Utdanning påvirker for eksempel om man får jobb og hva slags arbeid man får.inntekt påvirker boforhold. Oppvekstvilkår påvirker livsstil og så videre.

Det er imidlertid ikke uten videre slik at «alt påvirker alt». Noen av årsaksfaktorene kommer før de andre og spiller derfor en mer grunnleggende rolle. Materielle og psykososiale ressurser i oppveksten påvirker for eksempel åpenbart mange faktorer senere i livet. Den praktiske konsekvensen av dette i folkehelseøymed er at innsats på enkelte

faktorer vil kunne få en sterkere og mer varig – men også mindre umiddelbar og mindre sikker – effekt enn innsats på andre faktorer.

Det praktiske folkehelsearbeidet må derfor ofte balansere to hensyn. Hensynet til sikre og umiddelbare – men også små og kortvarige – effekter trekker i retning av innsats rettet mot én gruppe helsedeterminanter. Hensynet til brede og langsiktige – men også usikre – effekter trekker i retning av innsats på en annen gruppe helsedeterminanter. Ønsker om kortsiktige politiske gevinster vil ofte trekke i retning av førstnevnte, og la hovedårsaken til problemet ligge urørt lenger bak i årsakskjeden.

Dette dilemmaet stiller også krav til kunnskapspolitikken. Forskningsinnsatser må legges opp slik at asymmetrien mellom kunnskap om umiddelbare og kunnskap om bakenforliggende årsaker balanseres. Effektevalueringer, som i sin natur legger størst vekt på kortsiktige effekter, må utfylles av mer langsiktig kunnskap og forskning om mer grunnleggende årsaker.

### Ulike typer kunnskap

Av praktiske hensyn deles folkehelserelevant kunnskap ofte inn i tre kategorier: Kunnskap om tilstand, kunnskap om årsaker og kunnskap om effekt av tiltak. Det er ofte, men ikke nødvendigvis, slik at kunnskap om tilstand på et gitt problemområde kommer først. Dette danner utgangspunkt for forskning på problemets årsaker. Først når man har en viss oversikt over årsakene, kan man prøve ut tiltak og evaluere deres effekter. I praksis går imidlertid de tre typene kunnskap om hverandre og over i hverandre. Og slik bør det kanskje også være. Det vil lett føre til handlingslammelse hvis man skulle kreve full oversikt over problem og årsaker før man satte i gang tiltak.

### Kunnskap om helsetilstand

Én viktig del av et kunnskapsbasert folkehelsearbeid er å overvåke helsetilstanden i befolk-



## Nasjonale helseregistre

Det finnes i dag ti sentrale helseregistre hjemlet i helseregisterloven, og fem pseudonyme eller avidentifiserte sentrale helseregistre. Databehandlingsansvarlig (angitt i parentes) for registrene er i hovedsak Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) og Helsedirektoratet (Hdir):

- Dødsårsaksregisteret (FHI)
- Kreftregisteret (Kreftregisteret)
- Medisinsk fødselsregister (FHI)
- Meldingssystem for smittsomme sykdommer MSIS (FHI)
- Det sentrale tuberkuloseregisteret (FHI)
- System for vaksinasjonskontroll SYSVAK (FHI)
- Forsvarets helseregister (Forsvarsdepartementet)
- Norsk pasientregister (Hdir)
- Nasjonal database for elektroniske resepter (Hdir)
- Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (FHI)
- Register over svangerskapsavbrudd (FHI)
- Nasjonalt overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten NOIS (FHI)
- Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober NORM (FHI)
- Pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk IPLOS (Hdir)
- Pseudonymt register for reseptbasert legemiddelstatistikk (FHI)

ningen, slik at helseproblemer kan oppdages på et tidlig tidspunkt. Norge har gode forutsetninger for slik overvåking, blant annet gjennom våre mange personidentifiserbare helseregistre (se ramme). Registerbasert helseovervåking vil imidlertid være best egnet for overvåking av såkalte «harde endepunkter» – somatisk sykdom og død. Det er en utfordring å finne gode systemer for å overvåke psykisk og psykososial helse.

I tillegg til å overvåke ulike helseutfall kan det også være aktuelt å overvåke viktige helse-determinanter. På folkehelsefeltet er det tradisjon for overvåking av helseatferd knyttet til tobakk, alkohol, ernæring og fysisk aktivitet. Som en oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) om nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, er det etablert et rapporteringssystem som årlig

skal overvåke en rekke andre helse-determinantområder (8).

Helseovervåkingen bør også i størst mulig grad legges opp slik at det er mulig å ta hensyn til ulike dimensjoner ved folkehelsen – geografi, kjønn, sosioøkonomisk status og etnisitet.

Sist, men ikke minst er det en utfordring for nasjonale helsemyndigheter å tilrettelegge informasjon om helsetilstanden på en slik måte at praktisk folkehelsearbeid – ikke minst regionalt og lokalt – kan nyttiggjøre seg den. Eksempler på god tilrettelegging av nasjonal helseovervåkings- og undersøkelsesstatistikk er FHIs Norgeshelse (<http://www.norgeshelse.no/>), Statistisk sentralbyrås Statistikkbanken (<http://www.ssb.no/statistikkbanken/>) og Helsedirektoratets Kommunehelseprofiler (<http://www.helsedirektoratet.no/kommune-helseprofiler/>).

### Kunnskap om årsaker

Etter at å ha identifisert et folkehelseproblem, er neste skritt å kartlegge dets årsaker. Til dette formål kreves til dels omfattende forskning, som det er vanskelig å underlegge rigide systemer. Folkehelserelevant forskning på nasjonalt nivå i Norge er i stor grad finansiert gjennom Norges forskningsråd, blant annet gjennom disse programmene:

- Folkehelseprogrammet (2006–2010)
- Psykisk helse (2006–2010)
- Miljø, gener og helse (2006–2010)
- Rusmiddelforskning (2007–2011)
- Forskning på årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet (2007–2011)

De tre programmene som løper ut 2010, vil bli videreført.

I det praktiske folkehelsearbeidet spiller årsaksforskning en særlig viktig rolle fordi tiltak og strategier må bygge på kunnskap om årsaker, og fordi relevant kunnskap om effektive virkemidler ikke alltid er tilgjengelig. Forskningens foretrukne formidlingskanal er ofte publisering i internasjonale fagtidsskrifter som ikke uten videre er tilgjengelig for det praktiske folkehelsearbeid, og det trengs instanser som kan oppsummere, formidle og tilrettelegge den relevante kunnskapen (50).

### **Kunnskap om tiltak og effekt**

Den ideelle situasjon for kunnskapsbaserte folkehelse tiltak er at det foreligger kunnskap om hvilken effekt det aktuelle tiltaket kan forventes å ha – helsemessig, økonomisk og fordelingsmessig. Det er imidlertid mange gode grunner til at man ikke bør sette som et absolutt krav til iverksettingen av tiltak at slik kunnskap foreligger. I mange tilfeller kan det være tilstrekkelig å foreta en forhåndsvurdering av hvilken effekt tiltaket kan forventes å få – basert på den kunnskapen som allerede foreligger.

Desto viktigere er det at man sørger for å evaluere gjennomførte tiltak, slik at kunnskap om effekter blir tilgjengelig for ettertiden. En utfordring kan være at slike evalueringer bruker av de midler som er tildelt tiltaket. Isolert sett vil derfor tiltakseier ikke ha noe økonomisk insitamant til å foreta evalueringer. Siden flere effektevalueringer vil gi viktige bidrag til et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid, er det behov for ordninger som sikrer at flere tiltak faktisk evalueres.

### **Eksempler utenfor Norges grenser**

Behovet for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid er ikke bare følt i Norge, men også internasjonalt. Nedenfor er tre eksempler på strukturer utenfor Norges grenser som kan være relevante modeller for den framtidige organiseringen av kunnskapsproduksjonen innenfor folkehelsefeltet i Norge.

### **Cochrane- og Campbell-samarbeidene**

Cochrane-samarbeidet er oppkalt etter den skotske epidemiologen Archie Cochrane og hans bok *Effectiveness and efficiency – random reflections on health services* (1972) (51). Cochrane argumenterte bl.a. for at et helsevesen preget av knapphet på ressurser bare burde benytte de typer behandling som gjennom vitenskapelig holdbare evalueringer hadde vist seg å være effektive. Særlig vekt la han på randomiserte, kontrollerte studier, og det var spesielt hensynet til en rettferdig fordeling av helsetjenester som motiverte hans argumentasjon. I dag samler, systematiserer og tilgjengeliggjør Cochrane-samarbeidet denne typen studier til bruk for medisinsk praksis.

I Norge er det Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten som målbærer og utøver Cochrane-samarbeidets funksjoner.

Flere andre fagfelt har latt seg inspirere av Cochrane-samarbeidet og etablert ordninger tuftet på lignende prinsipper. Campbell-samarbeidet søker for eksempel å tjene samme funksjon innenfor sosial velferd, utdanning og kriminalitetsforebyggende arbeid. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten ivaretar for tiden en sekretariatsfunksjon for Campbell-samarbeidet.

Det har ofte vært foreslått å overføre ideen bak slike kunnskapsdatabaser til folkehelsefeltet, og lage rutiner og standarder for en «evidensbasert folkehelse» (9). Selv om et slikt prosjekt kan ha mye for seg i noen beslutningssituasjoner, vil detaljerte beslutningsmodeller som regel være for spesifikke til å kunne anvendes over hele spekteret av situasjoner som faller inn under det vi normalt tenker på som folkehelsearbeid. Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid trenger en langt bredere kunnskapsbase enn den utøvende medisin.

## NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannia er en uavhengig organisasjon som gir råd til nasjonale og lokale myndigheter, helsevesen, frivillige organisasjoner m.fl. på tre tematiske områder:

- Folkehelsearbeid
- Medisinsk teknologi
- Klinisk praksis

NICE ivaretar således de oppgavene som Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten utøver i Norge, men har de siste fire årene i tillegg hatt et klart mandat og fokus også på folkehelsefeltet. De tre områdene nevnt ovenfor gjenspeiles i organisasjonen: NICE er organisert i tre «centres of excellence» tilsvarende de tre tematiske områdene.

På folkehelseområdet utvikler NICE to typer anbefalinger: intervensjonsanbefalinger («Public health intervention guidance») og programanbefalinger («Public health programme guidance»). Førstnevnte handler om individuelle forebyggende råd, gjerne om helseatferd, gitt av helsetjenesten. Sistnevnte handler om strukturelle tiltak i befolkningen generelt eller målrettet mot risikogrupper, for eksempel tilretteleggelse for fysisk aktivitet og nasjonale strategier for røykeslutt. NICE har utarbeidet spesifikke prosedyrer for utvikling av begge typer anbefalinger. For individuelle tiltak er randomiserte studier fortsatt den tilnærmingen som veier tyngst, mens for strukturelle tiltak er andre typer studiedesign – som for eksempel tidsserier og observasjonsstudier – gjerne mer relevante.

NICE er et godt eksempel på en rådgivningsstruktur som har utvidet sitt fokus fra evidensbasert medisin til kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

## Andre «god praksis»-databaser

Internasjonalt finnes det også andre eksempler på initiativer for å møte behovet for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid med en mindre strikt og kanskje mer adekvat metodikk enn den som Cochrane-samarbeidet representerer. Ytterligere ett slikt initiativ skal omtales her, nemlig den samlingen av «god praksis» for å redusere sosiale ulikheter i helse som prosjektet Closing the Gap (2004–2007) representerer (10).

Closing the Gap-prosjektet var koordinert av EuroHealthNet, en organisasjon av folkehelsemyndigheter og organisasjoner i Europa der også Norge deltar. Hensikten med Closing the Gap var å utvikle en europeisk kunnskapsbase og infrastruktur for å fremme og styrke strategier mot sosiale ulikheter i helse på ulike nivåer. Et av virkemidlene var utviklingen av en europeisk database av god praksis for å redusere sosiale ulikheter i helse. Databasen videreutvikles og oppdateres av oppfølgerprosjektet *Determine* (11). Metodikken bygger på «Beste praksis»-konseptet, opprinnelig fra business management-litteraturen, men senere anvendt også innenfor en rekke medisinske og administrative fag. «God» snarere enn «beste» er brukt for å indikere at videreutvikling er mulig.

Databasen er en samling av eksempler på folkehelse tiltak og strategier på ulike nivåer fra de deltakende landene, valgt ut av nasjonale eksperter med tanke på bl.a. overførbarhet. Eksempelene har således i utgangspunktet gjennomgått en kvalitetskontroll, men ikke alle er evaluert. Det er opplyst om hvorvidt det foreligger eksterne evalueringer av tiltakene/strategiene i databasen.

Ulempen ved denne «God praksis»-databasen er altså at ikke alle eksemplene er evaluert i forhold til effekt. Fordelen med en slik database sammenliknet med systemer som Cochrane og Campbell, er at den inkluderer eksempler og politikk som den mer rigide

metodikken ikke klarer å fange opp og til dels er irrelevant for. Metodikk som er utviklet for relativt enkle intervensjoner rettet mot individer er ikke uten videre egnet for kompliserte intervensjoner rettet mot populasjoner.

### Veien fremover

Det er et mål for folkehelsearbeidet i Norge at det skal bli mer kunnskapsbasert. Begrepet «kunnskapsbasert» brukes imidlertid ofte i en relativt smal betydning både når det er snakk om folkehelsearbeid, og mer generelt. Det brukes dels i en spesifikk medisinsk forstand og dels i en spesifikk økonomisk forstand. I den medisinske betydningen brukes begrepet om «evidensbasert medisin», som omfatter et helt konkret kunnskapsregime knyttet til effekten av medisinske behandlingsformer, slik dette er systematisert i Cochrane-samarbeidets database.

En mer økonomisk betydningen av «kunnskapsbasert» knyttes ofte til ideen om kostnadseffektivitet. Offentlige midler bør bare brukes til de intervensjoner som gir størst effekt per kostnad.

På folkehelsefeltet står vi ofte – kanskje som regel – overfor situasjoner der «kunnskapsbasering» i smal forstand ikke er mulig og/eller relevant. Det kan for eksempel dreie seg om følgende situasjoner:

- Randomiserte, kontrollerte studier – eller, for den saks skyld, systematiske studier overhodet – av de tiltak man vurderer, er ikke tidligere gjennomført.
- Slike studier lar seg ikke gjennomføre, for eksempel av etiske eller politiske grunner, eller fordi problemet er for komplekst.
- Randomiserte, kontrollerte studier finnes for enkelte av de aktuelle tiltak, men ikke andre. Typisk vil man finne at bare de enkleste, men kanskje minst effektive, tiltakene har påvist effekt. Et generelt krav om kunnskapsbasering vil således kunne

## Eksempler på programanbefalinger på folkehelsefeltet fra NICE

- Four commonly used methods to increase physical activity (PH2)
- Behaviour change (PH6)
- Community engagement (PH9)
- Promoting physical activity in the workplace (PH13)
- Identifying and supporting people most at risk of dying prematurely (PH15)

(Anbefalingene kan lastes ned fra <http://www.nice.org.uk/>)

virke konserverende og føre til at man går veltråkkete stier og aldri begir seg ut i nytt terreng.

- Ofte trekker medisinske og økonomiske hensyn i forskjellig retning. Det eller de tiltak som har vist seg å ha størst effekt, er ikke de mest kostnadseffektive. Effektiv behandling er ofte dyr. Så selv om en gitt behandling ville ha vært den beste for den enkelte pasient, ville samfunnet totalt ha spart flere leveår dersom kostnadene hadde vært brukt til å gi en mindre effektiv behandling til flere.
- Randomiserte og kontrollerte studier er laget for å fortelle om effekt på individnivå, og lar seg ofte ikke generalisere til populasjonsnivå.
- Effekten av folkehelseintervensjoner er som regel kontekststøtthengige i sterkere grad enn effekten av individuelle medisinske intervensjoner. Den samme eller liknende intervensjoner vil ofte gi svært forskjellig effekt fra ett samfunn til et annet.

Gjennomgangen av folkehelsefeltets særtrekk ovenfor, taler for at arbeidet for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid blant annet bør ta hensyn til følgende momenter:

- Kunnskapen som ligger til grunn for folkehelsearbeidet er ofte tverrfaglig og kan i prinsippet omfatte kunnskap fra de

fleste fagdisipliner.

- Folkehelsearbeid bør bygge både på kvantitativ og kvalitativ kunnskap. Ofte er for eksempel det som gjerne omtales som «erfæringsbasert kunnskap» av stor betydning for planlegging og gjennomføring av tiltak.
- Som en følge av dette kan kunnskapsdatabaser til bruk i folkehelsearbeid ikke basere seg på for spesifikke eksklusjons- og inklusjonskriterier.
- Det bør like fullt være et mål å samle, systematisere og evaluere erfaringer fra praktisk folkehelsearbeid i sterkere grad enn hva tilfellet er i dag.
- Nyttekostnadsanalyser bør i større grad benyttes også på folkehelsefeltet.
- Det er behov for oppsummering og tilrettelegging av tiltaksrelevant årsaksforskning, i tillegg til effektforskning. Når kunnskap om tiltakseffekter ikke foreligger, må tiltaksutforming basere seg på kunnskap om årsaker.

For å imøtekomme disse behovene, foreslår vi tre overordnede grep:

1. Norge trenger en kunnskapsenhet med spesifikt ansvar for folkehelsefeltet, for eksempel etter modell av NICE i Storbritannia. En slik kunnskapsenhet kan med fordel bygges opp innenfor en eksisterende organisasjon med tilsvarende kompetanse, for eksempel Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
2. Vi trenger en strategi for bedre tilrettelegging av den kunnskapen som foreligger for det praktiske folkehelsearbeid. Ansvaret for slik tilrettelegging bør ikke delegeres til en bestemt organisasjon, men må hvile på alle aktører som er involvert i kunnskapsproduksjon og formidling på feltet.
3. Vi trenger bedre rutiner for å sikre at folkehelserelevante tiltak evalueres i forhold til

effekt på helse, helsefordeling og økonomi. Det bør utredes nærmere hvordan dette kan gjøres.

# Utfordringer og strategiske valg

## Del 1



# Kapittel 4

## Helsesystemet og påvirkningsfaktorer

Arbeid, utdanning, inntekt og samfunnsstruktur er avgjørende for befolkningens helse. Folkehelsen henger nært sammen med hvordan samfunnet er organisert. Helsesektoren må bli mer fleksibel i sin tilnærming til andre sektorer. Et for smalt perspektiv på helse begrenser sektorens mulighet til å samarbeide godt med andre.

## Helsededeterminanter – påvirkningsfaktorer for folkehelsen

Helse – og fordelingen av helse – påvirkes av mange forhold. Noen av påvirkningsfaktorene er individuelle, slik som kjønn, alder og genetiske forutsetninger. Men slike individuelle faktorer kan ikke forklare de systematiske sosioøkonomiske forskjellene i helse innad i og mellom land. Helse påvirkes av sosiale faktorer og av hvordan vi har organisert og innrettet samfunnet. Disse sosiale påvirkningsfaktorene kaller vi sosiale helsededeterminanter.

I figuren under er de sosiale helsededeterminantene gruppert i en tre-leddet årsakskjede av påvirkningsfaktorer, der noen av faktorene er mer grunnleggende enn andre. Dette er selvfølgelig en grov forenkling av en kompleks virkelighet der ulike faktorer kan spille sammen, virke tilbake på hverandre og endre karakter og betydning over tid. Hovedpoenget med en slik forenklet fremstilling er at faktorer som umiddelbart kan fremstå som hovedårsaker til sosiale ulikheter i helse, som for eksempel røykemønsteret i befolkningen, i seg selv kan være forårsaket av bakenforliggende materielle, psykososiale og sosiale forhold. Selv om dette

er områder som ligger utenfor helsesektorens ansvarsområde, må helsesektoren like fullt ha oppmerksomheten rettet mot hele årsakskjeden bak et helseproblem, dersom det skal være håp om å løse det.

I dette kapitlet vil de ulike påvirkningsfaktorer i årsakskjeden bli beskrevet. Helse-systemets rolle i et folkehelsearbeid som delvis må foregå utenfor helsesektoren, vil også bli drøftet.

### Helseårsakskjeden

Helsetilstanden er et resultat av lange og komplekse årsakskjeder som strekker seg gjennom hele livsløpet. Tiltak kan rette seg mot ulike deler av denne kjeden. Det *første leddet* i figuren omfatter tilgangen til materielle og sosiale ressurser som inntekt, arbeid, oppvekstvilkår og utdanning. Tiltak som påvirker dette grunnleggende leddet, påvirker hele livsløpet, og er således potensielt svært effektive. For eksempel vil tiltak som bedrer folks økonomi ha betydning for deres helse. Dette fordi personlig økonomi påvirker mange andre og mer direkte risikofaktorer for helse og uhelse, for eksempel bomiljø og kosthold. Slike tiltak er vanligvis utformet med andre mål for øye enn å bedre befolkningens helse.

Figur 4.1 Helseårsakskjeden. Fra St.meld. nr. 20 (2006–2007)



Illustrasjon: Cecilie Moseng



Dessuten inngår disse tiltakene i en svært kompleks virkelighet. Det er derfor ofte vanskelig å si noe sikkert om helseeffektene av tiltakene. Likevel er sammenhengen mellom inntekt, utdanning og arbeid på den ene siden og helseatferd og senere helsetilstand på den andre siden så godt dokumentert (3) at denne delen av årsakskjeden utgjør en viktig del av det nasjonale folkehelsearbeidet.

Det *midterste leddet* i årsakskjeden omfatter de mer tradisjonelle helsepåvirkningsfaktorene, slik som helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø. Det finnes mer detaljert kunnskap om helsebetydningen av slike faktorer. For eksempel vet vi mye om hvordan ernæring og røyking direkte påvirker enkeltmenneskets helse. Men siden kostholds- og røykemønsteret i befolkningen er påvirket av bakenforliggende årsaker som økonomi og utdanningsbakgrunn, er det ikke tilstrekkelig å rette all forebygging direkte mot dette leddet.

Det *siste leddet* i årsakskjeden omfatter først og fremst helsetjenesten. Det er denne som har den mest direkte og enkleste målbare påvirkningen på helse. Samtidig er det en fordel om skadene som behandles i helsetjenesten, i størst mulig grad forebygges tidligere i årsakskjeden. Det er avgjørende for å redusere presset mot en helsetjeneste som allerede er hardt presset. Stadig flere eldre vil øke presset ytterligere, og uten et folkehelsearbeid som lykkes i dag, vil behovet for fremtidige helsetjenester true samfunnets bærekraft om få tiår.

### **Inntekt og materielle ressurser**

Økonomisk og sosial trygghet blant de mest grunnleggende forutsetningene for god helse og lik fordeling av helse. Materielle levekår påvirker både den fysiske og psykiske helsen. Det er store forskjeller i egenvurdert helse, psykiske plager og lidelser blant de med lav og høy inntekt (4).

Levekår har stor betydning for motivasjon

og evne til å opprettholde helsebringende helseatferd som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2005 viser blant annet at fattige generelt har dårligere psykisk helse og mer usunn helseatferd, sammenliknet med ikke-fattige (5).

Også på befolkningsnivå er det trekk i de kollektive, sosiale omgivelsene (nabolag, fellesskap og samfunn) som påvirker helsenivået. Flere undersøkelser har vist høyere dødelighet og dårligere egenvurdert helse i befolkninger med store inntektsforskjeller (6; 7), mens andre forskere har funnet gunstigere barnedødelighetsprofil i land med større fagforeningsdekning og politisk kvinnerepresentasjon (8).

Det er ikke bare antall kroner du har i lommeboken som påvirker helsen, men også hvor full lommeboken din er sammenliknet med mennesker rundt deg. Enkelte forskere mener at det er grunnlag for å si at inntektsulikheter i et samfunn gir alle sosiale lag dårligere helse (9).

Mellom 1985 og 2005 økte inntektsforskjellene i Norge stort sett hvert år. Økningen var noe høyere enn i Sverige og Danmark i tilsvarende periode. Nesten 10 prosent av Norges befolkning lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Innvandrerhusholdninger er klart overrepresentert (10). Enslige menn og kvinner med vedvarende lav inntekt og lav utdanning er særlig utsatt for tidlig død (4).

### **Arbeid**

Arbeid er en viktig sosial helsedeterminant fordi arbeid gir inntekt, sosiale fellesskap, struktur i hverdagen og – for mange – meningsfylt aktivitet. Men arbeidsmiljøet og forhold på arbeidsplassen kan påvirke helsen både i positiv og negativ retning.

Likevel er det å være i arbeid bra for helsen. Mest helsefremmende er kanskje

forhold ved arbeidet i seg selv. Det sosiale fellesskap man inngår i, muligheter for faglig og personlig utvikling, grunnlaget for å forsørge seg selv og opplevelsen av at man bidrar til fellesskapet. Mangel på arbeid kan medføre dårligere økonomi og materielle levekår, sosial ekskludering og isolasjon, stigmatisering og nederlagsfølelse. Svak arbeidslivstilknytning og langvarig ekskludering fra arbeidslivet er hovedårsaken til fattigdom.

Personer utenfor arbeidsmarkedet har gjennomgående dårligere helse enn dem som er i arbeid. Enkelte studier har påvist at nedbemanning har store helsemessige konsekvenser, blant annet i form av uføretrygning

(11). Det er også påvist en sammenheng mellom yrkespassivitet og psykiske helseplager, samt mellom arbeidsledighet og økt dødelighet (12; 13).

Men også forhold ved arbeidsplassen påvirker helsen og fordelingen av denne. Når arbeid er årsak til nedsatt helse betyr det at jobbforhold på en eller annen måte er knyttet til lidelsen. Det er godt dokumentert at psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet har stor betydning for helse. Det er særlig belastningslidelser og psykiske lidelser som kan knyttes til arbeidsmiljøet. Fremdeles eksisterer de «tradisjonelle» belastningene knyttet til tungt fysisk arbeid og

## Funksjonshemming, arbeid og helse Lars Grue (NOVA)

Arbeidet adler mannen og kvinnen også. Det hevdes det i alle fall i et gammelt ordtak. Og det kan virke som om dette ordtaket har preget regjeringers politiske målsetting i hele etterkrigstiden – konkretisert som arbeidslinjen i norsk politikk. Selv om det er vanskelig å finne empirisk belegg for påstanden om at arbeidet foredler mennesker, i det minste ikke uten en nærmere presisering av hva vi mener med foredling, er det klare holdepunkter for å hevde at arbeid har en klar sammenheng med menneskers helse – og god helse kan kanskje betraktes som en form for foredling? Det store spørsmålet er likevel om man får god helse av å arbeide, altså at det er arbeidet som foredler, eller om det er slik at man må ha god helse for å kunne arbeide – og slik bli foredlet. På dette spørsmålet er det temmelig sikkert mange ulike svar, blant annet betinget av hvilke grupper av mennesker og hvilke yrker man snakker om. I denne kronikken er

temaet personer med nedsatt funksjonsevne og spørsmålet om hvordan arbeidet virker inn på deres helse. Heller ikke her er det enkelt å svare på spørsmålet om det å arbeide fører til bedre helse. Det vi imidlertid vet er at det blant personer med nedsatt funksjonsevne er en klar sammenheng mellom det å ha god helse og det å være i arbeid. For eksempel viser tall fra en omfattende levekårsundersøkelse at blant personer med nedsatt funksjonsevne, er andelen som vurderer sin egen helse som meget god dobbelt så høy blant dem som er i arbeid, når vi sammenligner med dem som ikke er i arbeid. Dette gjelder for begge kjønn og for alle aldersgrupper, selv om andelen yrkesaktive som oppgir at de har meget god helse er lavere blant de eldste arbeidstakerne enn blant de yngste.

Hovedinntrykket fra denne undersøkelsen er at det er en klar sammenheng mellom det å være i arbeid, og det å oppfatte sin egen helse som meget god. Men

undersøkelsen gir også indikasjoner på at helsen blir dårligere når man blir eldre. Nå er dette en observasjon som neppe bare gjelder personer med nedsatt funksjonsevne, selv om denne gruppen har mange problemer og utfordringer som andre ikke har. En undersøkelse blant mennesker med revmatisme viste at etter hvert som helsen ble dårligere så ble det stadig vanskeligere å kombinere arbeid med et sosialt liv utenfor jobben. Man hadde rett og slett ikke krefter til begge deler. Noen følte det dermed som en befrielse å bli uførepensjonert. Ikke fordi de ikke ønsket å arbeide, men fordi de hadde gjort et valg. De hadde bestemt seg for at fra nå av var det viktigere å konsentrere seg om samvær med venner og familie.

Utdanning er den enkeltfaktor som kanskje er viktigst for å forklare hvorfor noen personer med langvarige lidelser/nedsatt funksjonsevne er yrkesaktive og andre ikke er det. En analyse av

eksponering for helseskadelige stoffer. Men i vår tid er det de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene som utgjør den største utfordringen i arbeidet med å forebygge arbeidsrelatert sykdom og ekskludering fra arbeidslivet (14). Utviklingen på arbeidsmarkedet kan påvirke tilgangen av nye uførepensjonister. Hauge og Bragstad (2009) finner blant annet en sammenheng mellom forhold på arbeidsmarkedet og uførepensjonering, spesielt for kvinner (15).

Psykiske lidelser er sammen med muskel- og skjelettsykdommer den viktigste årsaken til uføretrygd i Norge. Rundt 8–900.000 personer i yrkesaktiv alder står utenfor, i utkanten av eller er midlertidig ute av arbeids-

livet. Én av fire av disse har en psykisk lidelse som hovedårsak. Nye mottakere av uføreytelser med lettere psykiske lidelse øker, særlig i aldersgruppen 20–29 år (16).

Et lavt kontrollnivå på jobben, ubalanse mellom kravene som stilles og belønningene arbeidet gir og lavt sosialt støttenivå er prediktorer for hjerte- og karsykdom og dårlig psykisk helse (17).

Vi vet fortsatt for lite om hvordan ulike faktorer i arbeidslivet mer spesifikt påvirker helsen, fravær, arbeidsevne og motivasjon. De fleste epidemiologiske studier på dette feltet viser en sterk korrelasjon mellom sykdomsforekomst og spesielle kjennetegn ved

levetidsdata fra 1990 til 2005 viser at for menn med langvarige lidelser er yrkesaktiviteten for dem med høy utdanning omtrent på samme nivå som dem uten langvarige lidelser. Nå vet vi ikke om dette bildet er det samme for kvinner som for menn. Heller ikke vet vi om de med langvarige lidelser og høy utdanning har mindre uttalte funksjonsnedsettelse enn dem uten høyere utdanning, og vi vet heller ikke om de med langvarige lidelser har like lange arbeidsdager og står like mange år i jobben som dem uten langvarige lidelser.

Til tross for at det hefter en del usikkerhet ved de undersøkelserne vi har tilgang til, er det likevel gode indikasjoner på å hevde følgende: 1) blant personer med nedsatt funksjonsevne er det en klar sammenheng mellom det å oppfatte sin egen helse som god og det å være i arbeid og 2) utdanning er den enkeltfaktor som kanskje i størst grad bidrar til at personer med nedsatt funksjonsevne kommer i arbeid. Hvilke følger

bør disse observasjonene få?

For det første må det bli enklere å kombinere nedsatt funksjonsevne med yrkesaktivitet, annen samfunnsmessig deltakelse og sosialt liv. For det andre må flest mulig med nedsatt funksjonsevne få en solid utdanning. Dette er viktig både for den enkelte og for den politiske målsettingen som er nedfelt i arbeidslinjen. For å begynne med den første påstanden. Hvordan kan man gjøre det enklere for personer med nedsatt funksjonsevne å kombinere arbeid og annen samfunnsmessig og personlig aktivitet? Stikkordet her er fleksibilitet og vi har allerede en god modell i familiepolitikken. For å gjøre det lettere for kvinner og menn å kombinere omsorg for små barn med yrkesaktivitet har myndighetene innført ordninger som barnehager, tidskontoordning, ammefri og fraværsrett ved barns sykdom. Et vesentlig poeng her er at disse ordningene er universelle. Alle med små barn har en rett til disse ordningene. Det er ikke slik at den enkelte må

søke for så å få sitt behov for ordningen vurdert, slik situasjonen ofte er når personer med nedsatt funksjonsevne har behov for tilpasninger i arbeidslivet. Den tenkningen som vi finner innenfor foreldre-/småbarnsfeltet bør migrere over til feltet funksjonshemmede og arbeid – uten at jeg her skal prøve å komme med konkrete innspill i forhold til hvilke tiltak som bør iverksettes.

Til punktet om utdanning som den viktigste forutsetningen for å komme i arbeid mener jeg at man må ha romsligere rammer enn dagens rammer når det gjelder støtte til utdanning for personer med nedsatt funksjonsevne. Både empirien og forskningen gir klare holdepunkter for å hevde at dette vil være en god samfunnsmessig investering både i forhold til den enkeltes levetid, helse og livskvalitet og i forhold til samfunnets overordnede mål om å prioritere yrkesarbeid fremfor trygd.

## Psykososialt arbeidsmiljø

Det psykososiale arbeidsmiljøet kan forstås som de faktorer på en arbeidsplass som påvirker en arbeidstakers psyke og dermed subjektive opplevelse av velferd eller belastning. I dette inngår bla faktorer som samhold/isolasjon, relasjoner ansattledelse, konflikter, mobbing og trakassering.

(Kilde: Arbeidstilsynet)

et arbeidsforhold – for eksempel lav kontroll og Type 2-diabetes, jobbusikkerhet og hjerteinfarkt, skiftarbeid og plager i mage-tarm-systemet (18). Det er behov for studier som ser nærmere på eventuelle kausale sammenhenger og mekanismer bak denne korrelasjonen.

### Utdanning og oppvekst

Allerede i fosterlivet utsettes barn for forhold som har betydning for helse senere i livet. Mors kosthold, røykevaner og alkoholbruk under graviditeten er blant faktorene som kan påvirke barnets helse.

Tidlig barndom og oppvekst har også stor betydning for den enkeltes helse og muligheter videre i livet. Uheldige sosiale og materielle omstendigheter i barndommen kan føre til dårligere helse senere i livet. Oppvekstmiljøer med lite fysisk og psykisk stimulering er blant risikofaktorene. Likeledes kan sykdom eller psykiske lidelser hos foreldrene, et ensidig og usunt kosthold og liten fysisk aktivitet i tidlig barndom ha konsekvenser for barnets fremtidige helse (19; 20).

Det er en klar sammenheng mellom utdanning og helse. Gjennom utdanningsløpet utvikler mennesker psykologiske ressurser som bidrar til mestringfølelse og mulighet for kontroll over eget liv. Læring ser altså i seg selv ut til å bidra til helse (21).

Utdanning påvirker dessuten yrkeskarriere, og gjennom dette levekår, i det voksne liv. Kort

utdanning innebærer ofte en høyere risiko for belastende arbeidsmiljø, uføretrygning og arbeidsledighet. Personer med lav inntekt og kort utdanning er overrepresentert blant langtidssykemeldte, uføretrygdete og yrkeshemmede. Utdanningslengde, eller særlig det å fullføre et helt utdanningsløp, synes å gi helsegevinst. Den største forskjellen finner vi mellom dem som fullfører videregående skole og dem som avslutter skolegangen etter ungdomsskolen eller faller ut av videregående skole (21–23).

Foruten å være en kilde til helse i voksenlivet, er skolen barn og unges arbeidsplass og dermed en faktor av stor betydning for barn og unges psykosomatiske helse. Skolen har en juridisk forpliktelse til å sikre alle elever et godt psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring (24). Siden skolen i Norge er en arena hvor alle barn og unge befinner seg, kan tiltak i skolen som fremmer sunn helseatferd bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse.

### Sosiale nettverk

Det er klare sammenhenger mellom helse og sosiale nettverk. Nettverkenes struktur og funksjon påvirker sosial støtte, engasjement, tilgang til ressurser, samt sosial og mellommenneskelig atferd.

Sosial isolasjon, manglende sosial deltakelse og støtte, dårlig fungerende familieliv, og vold og overgrep er risikofaktorer for fysisk og psykisk uhelse. Folk med sterke sosiale nettverk har for eksempel en dødelighet som er mellom halvparten og en tredel av dødeligheten til folk med svake sosiale forbindelser (25–27).

Tilgangen til og deltakelsen i sosiale nettverk varierer med inntektsforskjellene i samfunnet: jo større inntektsforskjeller, jo mindre sosiale nettverk. Siden det er sammenheng mellom sosiale nettverk og helse, har dette konsekvenser for befolkningens helse. I regioner med små inntektsforskjeller

er dødeligheten lavere, særlig blant dem som tjener minst (28). Akkurat hva slags mekanismer som forårsaker slike sammenhenger er uvisst.

### **Inkludering og deltagelse**

Folkehelsearbeidet omfatter hele befolkningen, og ulike strategier og tiltak må utvikles for å ivareta innbyggernes ulike utfordringer, forutsetninger og behov. Enkelt personer og grupper opplever at de på grunn av bestemte egenskaper som etnisitet, tro og religion, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, alder eller kjønn får en dårligere stilling i samfunnet enn andre. Diskriminerende handlinger, praksis og ytringer reduserer menneskers livskvalitet og begrenser livsutfoldelse og muligheter (29). Diskriminering kan også føre til lav utdanning, dårlige arbeidsvilkår og dårlig økonomi (29). Innvandrere, personer med nedsatt funksjonsevne og homofile er eksempler på grupper som kan oppleve diskriminering i utdanning og arbeidsliv.

Forebyggende strategier og tiltak for å hindre diskriminering er sentralt i folkehelsearbeidet og utgjør et viktig bidrag for å redusere sosiale ulikheter i helse.

### **Boligforhold**

Boligforhold omfatter både bolig og boligmiljø. Bolig og boligstandard, blant annet hygieniske forhold som fukt og andre inneklimatefaktorer, har betydning for helsen. Studier har også funnet sammenheng mellom helse og faktorer som eierforhold og størrelse på bolig (30–32).

Bomiljø omfatter både fysiske og sosiale sider ved bostedet. Fysiske faktorer inkluderer støy, luftforurensning, og trafikkforhold, samt tilgang til infrastruktur og rekreasjonsmuligheter. Psykososiale faktorer som sosiale kontakter og nettverk er også en del av bomiljøet. Faktorer som bostedsløshet og «forstumming» har helseeffekter. Bolig- og

nærmiljøets kvalitet påvirker boligprisene, noe som innebærer at husholdninger med god økonomi har bedre forutsetninger for å kjøpe seg et godt bomiljø enn de med dårligere økonomi. Boligforhold kan dermed bidra til å øke sosioøkonomiske helseforskjeller.

### **Ytre miljøfaktorer**

Luftforurensning, inneklimate, stråling, støy og kjemikalier er sentrale miljøfaktorer som i ulik grad kan påvirke befolkningens helse.

#### **Luftforurensning**

Utendørs *luftforurensning* er et problem for menneskers helse og trivsel, særlig i byer og tettsteder. Luftforurensningstoffer inkluderer gasser som ozon, SO<sub>2</sub>, CO, CO<sub>2</sub>, NO<sub>x</sub>, NO<sub>2</sub> i tillegg til svevestøv. Både lav forurensning gjennom året og perioder med høy luftforurensning kan ha helsemessig betydning for mottakelige grupper i befolkningen (33). Den viktigste kilden til lokal luftforurensning er transport. Industri og oppvarming (vedfyring) av boliger er også viktige kilder til utendørs luftforurensning (33).

#### **Inneklimate**

Godt inneklimate er viktig i alle typer bygg. Begrepet inneklimate omfatter temperatur, luftkvalitet, støy, lys og stråling. Konkrete faktorer som påvirker inneklimate inkluderer fukt, asbest, dyrehold, tobakksrøyk, CO<sub>2</sub> og ikke-ioniserende stråling. Arbeidsmiljøloven regulerer inneklimate på arbeidsplassen.

Fuktskader, forekomst av muggsoppvekst, pelsdyr inne og passiv røyking er blant de mest utbredte inneklimateproblemer. Sosiale ulikheter i helse forsterkes gjennom dårlig inneklimate, fordi bolig- og inneklimatekvalitet er ulikt fordelt i befolkningen. Barn er mer sensitive for dårlig inneklimate enn voksne. Skole- og barnehagevirksomhet skal planlegges og drives slik at astma-, allergi- og inneklimateproblemer forebygges. Dette krever økt

kompetanse på lokalt nivå på valg av bygge-materialer og ventilasjon, samt utforming av bygg.

### Stråling

Stråling er et bredt begrep som bl.a. inkluderer UV-stråling, radon, elektromagnetisk stråling og radioaktiv stråling for å nevne noen. Felles for ulike typer stråling er at skadelige helse-effekter oppstår over tid. Akutte stråleskader oppstår kun ved ulykker.

Ioniserende stråling, som radon, kan føre til kreft og arveskader, samt grå stær. Også ikke-ioniserende stråling som radiobølger, UV-stråling, lys, elektriske og magnetiske felt kan ha negative helseeffekter (34). UV-stråling kan føre til solforbrenning av huden, raskere aldring av huden, nedsatt immunforsvar, hudkreft, snøblindhet og utvikling av øyesykdommen grå stær. Men UV-stråling i små doser har også en positiv effekt ved at det dannes vitamin D. Sannsynligvis skyldes omkring 95 prosent av hudkrefttilfellene i Norge UV-stråling. Dette tilsvarer 2400 nye tilfeller og 240 dødsfall i Norge årlig (33).

Den radioaktive gassen radon kan føre til lungekreft (35). Det er mangelfull kunnskap om hvorvidt radoneksponering kan ha sammenheng med andre typer helseskader enn lungekreft (33). Radon forekommer i alle slags bygninger. Risikoen for skader henger sammen med den samlede eksponeringen i hjem, på fritiden og på arbeidsplassen. Selv lave nivåer av radon utgjør en risiko for lungekreft.

### Støy

Støy defineres ofte som uønsket lyd, og virker negativt på helse og trivsel. Støy er et miljøproblem som rammer svært mange mennesker i Norge i dag. Om lag 1,7 mill. nordmenn er utsatt for et gjennomsnittlig støynivå over 50 dB ved boligen sin, og rundt en halv mill. nordmenn er i stor grad plaget av støy. Vanlige støykilder er samferdsel,

industri, bygg- og anleggsvirksomhet og tekniske installasjoner. Samferdselssektoren står for nesten 90 prosent av de registrerte støyplagene, og vegtrafikken alene for nærmere 80 prosent. Støy kan være en kilde til mistriivsel, særlig om denne er en del av bomiljøet. Fravær av støy er en viktig livs- og miljøkvalitet (36).

En alvorlig konsekvens av støy er søvnforstyrrelser som kan føre til nedsatt fysisk og psykisk helse, inkludert stressreaksjoner og blodtrykksøkning, samt redusert velvære, nedsatt prestasjonsevne og økt risiko for ulykker. Stress kan igjen føre til nedsatt immunforsvar, selv om alvorlighetsgraden på dette er uklar. Støy virker ofte sammen med andre stressfaktorer, og det er derfor vanskelig å skille klart mellom støyens effekter og andre miljøfaktorens effekter. Undersøkelser viser for eksempel at støy kan ha en innvirkning på hjerte-kar-systemet, men at dette kan ha sammenheng med luftforurensning og at det derfor er behov for mer forskning (33; 34). Overbelastning av hørselen kan føre til permanent hørselstap.

Norske undersøkelser viser at det er en klar sammenheng mellom sosiale forhold og støybelastning. Boliger i støybelastede områder er ofte mindre attraktive og dermed rimeligere enn boliger i områder som er lite utsatt for støy. Støybelastede områder oppfattes gjerne som mindre miljø- og helsemessig gunstige, og er dermed ofte preget av stor gjennomtrekk. Det kan igjen føre til at de sosiale nettverkene blir svakere og til en opphopning av sosiale problemer. Støybelastede bomiljøer kan dermed bidra til å øke sosiale forskjeller i helse.

### Miljøgifter og kjemikalier

Eksponering for miljøgifter som PCB, dioksiner, PAH, kvikksølv og andre tungmetaller er hovedsakelig knyttet til inntak av forurenset mat. I en del fjorder og innsjøer er miljøgiftinnholdet i vannlevende organismer så

høyt at det kan være skadelig å spise fisk og skalldyr fra disse områdene (37). Helsefarlige kjemikalier, som vinylklorid, bensen, blykarbonater og -sulfater, kvikksølvforbindelser, pentaklorfenol, cadmium, PCB og asbest, kan gi alvorlige skadevirkninger for mennesker, avhengig av eksponeringsgrad.

Befolkningen eksponeres for kjemikalier enten direkte, for eksempel ved bruk av ulike forbrukerprodukter (maling/lakk, lim, rengjøringsmidler osv.), eller via miljøet, for eksempel ved inntak av forurenset drikkevann, næringsmidler, luft osv. Arbeidere kan eksponeres direkte under produksjon, ved videre foredling av produkter eller ved bruk av produkter i yrkessammenheng (34).

Eksponering for kjemikalier kan føre til økt hyppighet av sykdommer som normalt forekommer i befolkningen, eller til helseskader som vanligvis ikke forekommer. Kjemikalier kan forårsake alvorlige helseskader som akutte forgiftninger, organskader (lever-, nyre-, lunge-skader, osv.), fosterskader, redusert fruktbarhet, arvestoffskader, kreft og allergier (34). Vi har mindre kunnskap om sammenhengen mellom langtidspåvirkninger og omfanget av de skadene som kan oppstå, enn om akutte virkninger av høye engangsdoser. Dette skyldes at skadene først oppstår etter lang tid (miljostatus.no). Grupper som barn og eldre kan være mer følsomme for kjemiske stoffer enn gjennomsnittet av befolkningen.

### Klimaendringer

Endringer i det globale klimaet kan ha konsekvenser for befolkningens helse. Mange andre land vil trolig rammes hardere enn Norge, men også her til lands kan konsekvensene bli merkbare. Varmere klima kan føre til større utbredelse av flåttbårne sykdommer. Fra et folkehelseperspektiv er kanskje det mest alvorlige at endrede værforhold kan gi flere flommer. Under flommer kan det forekomme blanding av kloakk og drikkevann, som kan

føre til oppblomstring av tarmpatogene infeksjonssykdommer som salmonellose og giardiainfeksjoner (38; 39).

### Skader og ulykker

Antall personer i Norge som har mistet livet som følge av skader har vært nedadgående de siste 30 årene, men skader etter ulykker er fortsatt et stort folkehelseproblem. Omkring 1800 mennesker dør hvert år som følge av ulykker. Rundt en halv mill. blir behandlet av lege. 36 000 av disse får varige mén, hvorav halvparten får ulike grader av funksjonshemming (40). Det er sannsynlig at senvirkninger av ulykkesskader bidrar til kroniske lidelser, redusert funksjonsevne og redusert deltagelse i arbeidsliv og fritid.

Barn og ungdommer i alderen 10–20 år er de som totalt sett skader seg oftest. I aldersgruppen 20–25 år har menn omtrent dobbelt så høy skadefrekvens som kvinner. Menn skader seg generelt mer enn kvinner opp til 50–60-årsalderen, deretter overtar kvinnene (40).

Det har vært begrenset forskning på sosial ulikhet i skader og ulykker i Norge. Noen studier har sett på dødelighet. Disse studiene viser at det er en tendens til at ulykker varierer med sosial bakgrunn. Internasjonalt er den vitenskapelige litteraturen om sammenhengen mellom sosial bakgrunn og ulykker mer omfattende. En litteraturoppsummering fra WHO (41) konkluderer med at personer med lav sosioøkonomisk status og personer som bor i mindre velstående områder i større grad enn andre dør av ulykker.

I dag har vi mangelfull oversikt over både det samlede skadebildet i Norge og skadetilfellene i hver enkelt samfunnssektor. Det antas at antall skader i trafikkuulykker er tre ganger høyere enn det som er rapportert. Dagens statistikk har ikke den nødvendige kvalitet for å kunne måle nå-situasjon og måloppnåelse på en god måte.

## Individuell helseatferd

Helsedeterminanter som ernæring, fysisk aktivitet, bruk av rusmidler og tobakk, og seksuell helse har stor betydning for folkehelsen. Det er store sosiale forskjeller i helseatferd, og disse forskjellene er en viktig forklaring på de sosiale forskjellene vi finner i helse.

Arbeidet for å påvirke helseatferd i gunstig retning må være bredt anlagt og inkludere både befolkningsrettede, grupperettede og individrettede tiltak. Tiltakene vil oftest innebære involvering av andre sektorer enn helsesektoren.

## Ernæring

Kostholdets sammensetning påvirker risikoen for en rekke av de store folkesykdommene (diabetes, hjerte- og karlidelser, og noen kreftformer). Blant annet er det dokumentert (42) at redusert inntak av mettet fett og transfett og økt forbruk av frukt og grønt kan forklare noe av nedgangen i dødelighet av hjerteinfarkt i Norge de siste 40 årene. Derfor er det viktig å fortsatt arbeide for å redusere inntaket av mettet fett, sukker og salt og å øke inntaket av frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk i befolkningen. Det foreligger også god dokumentasjon på

at endringer i kosthold har stor betydning i behandling og sekundærforebygging av en rekke kroniske sykdommer (43; 44).

Kostholdet i Norge har hatt en positiv utvikling de siste tretti årene. Inntaket av fett har gått ned, forbruket av frukt og grønnsaker har økt, og sukkerforbruket er redusert (45). Likevel er det sosiale forskjeller i kostholdet. Folk med lang utdanning og god økonomi spiser sunnere mat (46). Enkelte innvandrergupper har høyere forekomst av diabetes enn den etnisk norske befolkningen. På den annen side bruker mange innvandrergupper tradisjonelt mye frukt og grønnsaker, som beskytter mot en rekke kroniske sykdommer (47).

## Fysisk aktivitet

Lavt fysisk aktivitetsnivå og dårlig fysisk form har stor betydning for helse og påvirker risikoen for flere av de store folkesykdommene (diabetes, hjerte- og karlidelser, og flere former for kreft) (48). Mye tyder på at vi i dagens samfunn har et lavere nivå av fysisk aktivitet enn tidligere, først og fremst på grunn av redusert hverdagsaktivitet. Åtte av ti voksne tilfredsstillende ikke myndighetenes anbefalinger om minst 30 minutter daglig moderat fysisk aktivitet (49). 15 år gamle jenter og gutter

## Helsedirektoratets oppgaver

Helsedirektoratet har et særskilt ansvar for å følge opp og koordinere statens arbeid for å fremme sunne kostvaner, fysisk aktivitet og seksuell helse, samt for å redusere bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler. Dette er definert i en rekke strategier og handlingsplaner:

- Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011).
- Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009). Sammen for fysisk aktivitet.
- Opptappingsplan for rusfeltet 2007–2010. Regjeringens opptappingsplan for rusfeltet omfatter hele rusområdet og inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging.
- Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskafe 2009–2014.
- Aksept og mestring. Nasjonal hiv-strategi (2009–2014)
- Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2009–2014.



bruker i snitt henholdsvis 30 og 40 timer i uka på stillesittende aktiviteter i fritiden, slik som tv-titting og pc-bruk (50). Andelen som er fysisk aktive øker med økende sosioøkonomisk status, både blant ungdom og voksne (46).

Regelmessig fysisk aktivitet har forebyggende effekt mot en rekke sykdommer, og personer som i utgangspunktet er lite fysisk aktive, vil få store helseeffekter dersom de blir regelmessig fysisk aktive. Det er i tillegg dokumentert at fysisk aktivitet har positiv effekt i behandling av en rekke diagnoser og tilstander (48).

### **Tobakk**

Til tross for omfattende kunnskap om tobakkens helseskadelige effekter, røykte fortsatt 21 prosent av den voksne befolkning i Norge i 2009. Det er langt flere enn i land det er naturlig å sammenlikne oss med, som for eksempel Sverige og Finland. Blant de yngste mennene (16–24 år) er nå bruk av snus vanligere enn å røyke (52). Utviklingen i røykevaner de siste 10–15 årene har vært gunstig, men ser nå ut til å ha stoppet opp. Den typiske røyker i dag har lav utdanning og inntekt, og faller ofte utenfor arbeidslivet (51). Det er med andre ord store sosiale forskjeller i røykevaner i Norge i dag.

Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør ti år tidligere enn ikke-røykere. 25 prosent av dem som røyker daglig, mister 20–25 år av livet sammenliknet med gjennomsnittslevealder for en ikke-røyker. Det er anslått at rundt 6700 personer i Norge hvert år dør av sykdom de har utviklet på grunn av røyking. I tillegg anslås det at flere hundre dør av sykdom de har utviklet på grunn av passiv røyking. De viktigste røykerelaterte sykdommene er visse

kreftsykdommer, med lungekreft og kreft i munnhulen som de viktigste, hjerte- og karsykdommer og luftveissykdommer, deriblant kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) (53).

### **Alkohol**

Alkohol er knyttet til rundt 60 ulike sykdommer og tilstander som blant annet kreft, hjerte- og karsykdom, psykisk sykdom og fosterskader. Både drikkemønster og samlet alkoholforbruk påvirker alkoholskadene i en befolkning. Høyt forbruk over tid øker risiko for kronisk sykdom og avhengighet, høyt inntak ved en enkelt anledning øker risiko for ulykker og voldsepisoder. Alkohol er en av de viktigste dødsårsakene blant unge i alderen 15–29 år. I tillegg til helseskadene, har alkohol en rekke sosiale skadevirkninger, ikke minst for barn i familier med alkoholproblemer (54).

Det gjennomsnittlige alkoholkonsumet i befolkningen har økt fra 4,99 liter ren alkohol i 1990 til 6,68 liter i 2009 (55). Menn drikker betydelig mer enn kvinner, men forbruket blant kvinner har økt raskere enn blant menn (56). Økningen i forbruk blant unge i alderen 15–20 år ser derimot ut til å ha stagnert, og de siste årene har forbruket gått noe ned (55).

Vi finner ikke det samme sosioøkonomiske mønsteret i alkoholbruk som i røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Tvert imot ser det ut til at gruppen med høyest utdanning og inntekt drikker mest alkohol. Ser vi på høyt inntak av alkohol (hhv. åtte enheter for menn, seks enheter for kvinner) ved siste drikketilfelle, finner vi at dette er mest vanlig blant personer med videregående utdanning (46). En studie av Dahl m.fl. finner likevel en bratt sosial gradient i risikoen for å dø av alkoholrelatert psykose og leversykdommer (57).

### **Seksuell helse**

Den vanligste seksuelt overførbare sykdommen i Norge i dag er klamydia. Fore-

komsten av klamydia er nesten doblet fra 12.000 tilfeller på 1990-tallet til 23.000 tilfeller i 2008. Det er særlig personer under 25 år som smittes. Hiv-infeksjon er den meste alvorlige seksuelt overførbare sykdommen. Det er årlig 250–300 nye hiv-tilfeller her til lands. Rundt 60 prosent av tilfellene er blant personer som kommer hit fra land med høy forekomst av hiv. Forekomsten av hiv blant heteroseksuelle er stabilt lav, men har økt betraktelig blant menn som har seksuell kontakt med menn (58).

Antallet avbrutte svangerskap økte i perioden fra 2006–2008, men sank igjen i 2009 (59). I 2009 ble det utført 15774 svangerskapsavbrudd. Den høyest aborthyppigheten er i gruppen 20–24 år (60). Lett tilgjengelige helsetjenester for ungdom og forsøk med gratis prevensjon er blant tiltakene som er satt i verk for å redusere antallet svangerskapsavbrudd.

### Helse- og omsorgstjenester

Folkehelsen påvirkes også gjennom helse- og omsorgstjenestene. Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner. Eksempler på etablerte forebyggende tjenester som påvirker folkehelsen er vaksinasjon, ulike typer screening, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008–2009) har som én av sine tre hovedutfordringer at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og reformen tar sikte på å styrke innsatsen for å forebygge og intervensere tidlig i forløpet av kroniske sykdommer.

Men helsesektoren har også viktige oppgaver og ansvarsområder i tverrsektorielt folkehelsearbeid. Helsesektoren har ansvar for at helsehensyn ivaretas i beslutninger i andre samfunnssektorer. Nasjonal helseplan understreker at helsesektoren har et ansvar for å ha oversikt over helsetilstand, sykdomsutbredelse og påvirkningsfaktorer. Videre skal sektoren

utvikle kunnskap om årsakssammenhenger, og bidra til utvikling av metoder og sektorovergrepene verktøy. Sektoren skal også bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen. Dette gjelder både på nasjonalt og lokalt plan. Helsesektorens rolle i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er nærmere omtalt under.

Det er et politisk mål at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av utdanningsbakgrunn eller betalingsevne. Rettferdig fordelte og likeverdige helsetjenester er et viktig bidrag til å rette opp sosiale helseforskjeller som skapes på andre samfunnsarenaer. De grunnleggende grepene for å utjevne de sosiale helseforskjellene må likevel tas på de arenaene der helseforskjellene oppstår.

### Helsesektorens rolle i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Siden faktorene som påvirker befolkningens helse befinner seg i mange ulike samfunnssektorer må et godt folkehelsearbeid være tverrsektorielt. Denne innsikten er ikke ny. Allerede i Sundhetsloven av 1860 var dette et gjennomgrepene perspektiv, som har blitt videreført i alle versjoner av Kommunehelsetjenesteloven.

Lokalt skal kommunen ved sin helsetjeneste ha oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen. På bakgrunn av denne oversikten skal lokale helsetjenestere medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre sektorer (Kommunehelsetjenesteloven § 1-4) (61). På samme måte har helsesystemet, på fylkesnivå og på sentralt nasjonalt nivå, ansvar for en slik pådriverrolle. Ett eksempel på dette er Helse i plan (se også nærmere omtale i kapittel 3).

Helsesektorens tverrsektorielle ansvar fremheves også i internasjonale prosesser om bedret folkehelse.

## Helse i plan

Helse i plan er først og fremst eit innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt, meir enn det er eit prosjekt for kommunane. Verktøyet er plan- og bygningslova og kommuneplanen, og metodane som vert utvikla dreier seg om korleis ulike folkehelse mål kan realiserast gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, og i temaplanar. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og informasjonsspreiing inngår også som verkemidlar i denne samanhengen (2).

### Helsesystemer

Med Helsedirektoratets Utviklingstrekkrapport *Skapes helse, skapes velferd* (2008) introduserte direktoratet helsesystembegrepet i den norske samfunnsdebatten (62). Når vi skal vurdere hvordan samfunnet investerer i helse og helsetjenester, blir det ufullstendig dersom en ikke vurderer hvordan de forskjellige delene av systemet virker hver for seg og sammen, enten det dreier seg om levering av tjenester, ressurstilgang, finansiering eller ledelse, styring og forvaltning.

Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt i sin natur. Det er likevel viktig å presisere hva som er helsesystemets ansvar inn i dette tverrsektorielle arbeidet. Ansvar for tverrsektorielt arbeid går tydelig frem av internasjonale prosesser omkring utvikling av gode og effektive helsesystemer. I 2008 vedtok de europeiske medlemslandene i WHO et charter for å forplikte medlemslandene til å bedre befolkningens helse og velferd gjennom å forbedre sine helsesystemer. Charteret definerer et helsesystem som: «*alle aktører, organisasjoner, institusjoner og ressurser som har et mandat til å fremme, vedlikeholde og gjenopprette helse i et samfunn. Helsesystemer omfatter både individrettede og befolkningsrettede tjenester, samt aktiviteter for å påvirke strategier og tiltak i andre sektorer for å ta hensyn til sosiale, miljømessige og økonomiske helse-determinanter*» (63).

Et helsesystems grunnleggende funksjoner er å:

- levere tjenester
- sikre ressurser og innsatsfaktorer
- etablere og tilpasse finansieringssystem
- utøve forvaltning gjennom overordnet ledelse, styring og samhandling.

Helsemyndighetene er helsesystemets forvalter.

### Samarbeid

Helsesystembegrepet gir tilsynelatende en svært bred fortolkning av hva som inngår i et helsesystem. Når initiativ overfor andre sektorer er inkludert i begrepet, menes først og fremst helsesektorens *samarbeid* med andre sektorer. Aktiviteter for å påvirke strategier og utforming av tiltak i andre sektorer er en viktig del av helsesystemet.

Når for eksempel skolesektoren arbeider for en inkluderende skole som fremmer læring, mestring, trivsel og helse, så er ikke utdanningssektorens aktiviteter for å oppnå dette en del av helsesystemet. Men helsesektorens samarbeid med utdanningssektoren for å oppnå god folkehelse er en del av helsesystemet. En nøkkel til en folkehelseorientering av helsesystemet er nettopp en videreutvikling av denne rollen både når det gjelder kvalitet og kapasitet.

Det brede helsesystembegrepet er ikke innført i den hensikt å gjøre helse viktigere enn andre samfunnmessige mål. Diskusjon om begreper kan kanskje virke teoretisk og lite nyttig i det daglige folkehelsearbeidet. De europeiske landene har imidlertid forpliktet

seg til å inkludere det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i videreutviklingen av sine helsesystemer. WHO's charter om helsesystemer ansvarliggjør et lands myndigheter i forhold til befolkningens helse ut over det å behandle pasienter (63). Selv om helsesystemet selv ikke kontrollerer de faktorer som påvirker helse, så har helsesystemet, ved sin forvalterrolle, ansvar for å *samarbeide* med andre sektorer. I neste avsnitt forsøker vi å peke på utfordringer og utdype dette ansvaret.

### Helsesektorens forståelse av utfordringene

I Nasjonal helseplan (2007–2010) (64) heter det: «Innenfor helsesektoren har sentrale og lokale myndigheter et ansvar for å:

- ha oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og de faktorene som påvirker denne
- utvikle kunnskap om årsakssammenhenger og bidra til utvikling av metoder og sektorovergrepene verktøy
- bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen.»

Erfaringer både nasjonalt og internasjonalt har vist store utfordringer når det gjelder å få til tverrsektorielt arbeid (65–67). I 2008 ble rapporten fra en WHO-oppnevnt verdenskommisjon om sosiale helsedeterminanter lansert (19). I forbindelse med utarbeidelsen av rapporten ble det etablert en rekke internasjonale kompetansenettverk. Sammen med 17 andre land bidro Norge i et prosjekt som skulle trekke lærdom fra tverrsektorielt arbeid på tvers av landegrensene. Ett av temaene var nettopp å se på helsesektorens rolle i det tverrsektorielle arbeidet.

En hovedkonklusjon fra dette arbeidet var at helsesektoren selv må bli mer *fleksibel* i sin tilnærming til andre sektorer. Med et for

smalt perspektiv på helse begrenser sektoren sin egen mulighet til å samarbeide godt med andre sektorer: «... når helsesektorens visjon er å begrense sykdom eller påvirke individuell adferd, begrenses sektorens mulighet til å være en ledende aktør i tverrsektorielt arbeid for å påvirke helsedeterminantene» (1).

I dette ligger det at den måten helsesektoren selv problematiserer folkehelseutfordringene, kan være avgjørende for hvorvidt andre sektorer vil oppleve et eierskap til saken. Måten helsesektoren velger å rette oppmerksomheten mot sykdom, risikofaktorer eller de bakenforliggende årsakene til at sykdom oppstår, kan virke inn på samarbeidet med andre sektorer. Vi kan forenklet dele helsesektorens tilnærming til problemene som skal løses inn i tre: sykdom, risikofaktor, helsedeterminant.

Dersom en ønsker å påvirke sykdomsforekomsten, øker potensialet for å oppnå resultater jo lengre bak i årsakskjeden en «angriper problemet». Erfaringene fra tverrsektorielt samarbeid i mange land (1) viser at mulighetene for å få til et godt samarbeid med andre sektorer også øker med et slikt fokus.

- *Sykdomsfokus:* Oppmerksomhet på sykdom gjør eierskap hos andre sektorer vanskelig. Helsesektoren har eierskap til sykdommene, mens andre sektorer eier de faktorene som påvirker helse. Andre sektorer kan tenke mer på helsetjenestens ansvar enn på sin egen påvirkningskraft hvis sykdom er fokuset. Selv om det er forekomst av sykdom som helsesektoren ønsker å redusere, så vil andre sektorer ikke oppleve dette som sitt ansvar før en klarer å knytte sykdomsforekomst til det ansvaret andre sektorer har.
- *Oppmerksomhet mot enkelte risikofaktorer:* Å samarbeide om en påvirkningsfaktor som for eksempel fysisk aktivitet kan være

mer relevant for andre sektorer. Transportsektorens satsning på utbygging av sykkelstier, eller skolens innslag av fysisk aktivitet har en direkte innflytelse på fysisk aktivitet og dermed helse i befolkningen. Men like fullt kan andre sektorer oppleve at helsesektoren kun mener de bør «hjelp til å løse helseproblemer» uten at det er store gevinster å hente for deres egne samfunnsmessige mål. Å se på andre sektorer som «arenaer» for egne tiltak er noe annet enn å gå sammen for å finne gjensidig gode løsninger for å nå forskjellige samfunnsmessige mål.

- *Oppmerksomhet mot helse-determinanter:* Oppmerksomhet på brede sammenhenger mellom økonomiske, kulturelle og sosiale helse-determinanter kan skape mer eierskap. Skal en gjøre noe med de grunnleggende årsaker til dårlig helse og sosial ulikhet i helse er oppmerksomhet mot sosiale prosesser som påvirker helse avgjørende. Dersom den tverrsektorielle dialogen starter bredt med vekt på hvordan økonomi, levekår, bolig, arbeid, utdanning, transport, miljø og helse påvirkes gjensidig, kan det gi større muligheter for å skape eierskap til utfordringene på tvers av sektorer. Å fokusere på sosial produksjon av helse betyr ikke at helsesektoren ikke skal være opptatt av risikofaktorer eller forebygging av konkrete sykdommer. En tverrsektoriell

dialog om grunnleggende påvirkningsfaktorer kan bane vei for en bedre forståelse av risikofaktorer.

### Hvem har lederrollen i tverrsektorielt samarbeid?

For å styre et komplekst samfunn er ansvaret oppdelt i ulike sektorer. Men dersom sektorene ikke ser ut over sine egne grenser, finner vi ikke løsninger for mennesker som jo lever livene sine i en virkelighet som ikke er sektorinndelt.

Effektivt samarbeid mellom sektorer kan bare oppnås dersom alle partene i samarbeidet har nytte av samarbeidet. Det er behov for å se gjensidig nytte av resultatene, realistisk gjennomførbarhet og forenelige overvåknings og evalueringsmetoder (68). Rapporten om tverrsektorielt arbeid i forbindelse med WHO's kommisjon for sosiale helse-determinanter hevder at helsesektorens biomedisinske tradisjon bidrar til at helsesektoren angir løsninger i det tverrsektorielle arbeidet på samme måte som en forskriver medisiner til syke. Dette kan oppleves som om «helsesektoren tar over prosessen, arbeider utenfor sitt mandat, og plasserer seg på en dominerende måte i offentlig sektor» (19).

Rudolf Virchow – tysk lege, politiker, antropolog og folkehelseaktivist som er kjent som en av sosialmedisinens grunnleggere – sa at «all politikk er helsepolitikk». Denne

**Tabell 4.1** Betydningen av problemforståelse i tverrsektoriell samhandling

Fokus	Opplevd eierskap i andre sektorer	Tiltak
Sykdomsfokus	Mangel på eierskap	Tiltak i helsesektoren
Fokus på en risikofaktor	Noe eierskap, men knyttet til sektorens bidrag til å nå helsesektorens mål	Isolerte tverrsektorielle initiativ
Determinantperspektiv	Delt eierskap og samhandling for gjensidig nytte. Anerkjennelse av den andre sektorens mål	Integrert tverrsektoriell samhandling

uttalelsen viser hvor viktig politikk i andre sektorer enn helsesektoren er for utviklingen av folkehelsen. Dette er en sentral erkjennelse for helsesektoren, men kan også oppfattes som imperialistisk av andre sektorer, fordi det kan fremstå som om helse er viktigere enn andre samfunnsmessige mål og at helsesektoren derfor bør ha en lederrolle i tverrsektorielt arbeid.

Helsesektoren skal ikke ta mål av seg til å «bestemme» over andre sektorer, men det er helsesektorens plikt å påpeke drivkrefter i samfunnet som påvirker helse. På samme måte er det justissektorens plikt å påpeke drivkrefter i samfunnet som påvirker kriminalitet.

Hvorvidt helsesystemet selv bør ta en ledende rolle i det tverrsektorielle arbeidet, avhenger av den aktuelle problemstillingen. Dette bør vurderes ut fra i hvert fall to forhold: 1) kunnskap om årsaker og effektive tiltak og 2) hvorvidt helsesystemet selv har kontroll over tiltakene som skal settes i verk.

Det kan være nyttig å tenke seg tre måter å utøve rollen på: leder, forhandler eller partner.

- *Helsesektoren i en lederrolle:* Når helsesektoren selv har best erfaring og kunnskap om effektive tiltak og når sektoren selv har kontroll over tiltakene, er det naturlig at helsesektoren leder arbeidet. Et eksempel på dette kan være grupperettet forebyggende arbeid i regi av kommunale forebyggende helsetjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste.
- *Forhandler:* Ofte er situasjonen den at helsesektoren selv har kunnskap om effektive tiltak, men ikke har kontroll over tiltakene. Eksempler på dette er ved innføring av skolefrukt eller fysisk aktivitet i skolen. Mulighetene for å nå frem overfor skolesektoren vil avhenge av helsesektorens evne til å forhandle med den andre sektoren. Den andre sektoren

## Tverrfaglig folkehelsearbeid i Quebec

En ny folkehelselov i Quebec krever at alle sektorer skal konsultere helsedepartementet når de formulerer politikk som kan påvirke helse. En hovedutfordring i implementeringen av denne loven er følelsen av krenkelse denne reguleringen skaper i andre sektorer.

eier arenaen. Og en god dialog med og forankring i den andre sektoren er avgjørende for å oppnå langsiktige og gode resultater.

- *Partner:* En tredje situasjon som helsesektoren må håndtere er de situasjonene hvor helsesektoren har noe kunnskap og kan vise til uheldige helsemessige konsekvenser av tiltak i andre sektorer, men hvor helsesektoren selv verken har kontroll over tiltakene eller vet eksakt hvordan tiltak bør utformes. Eksempler på dette kan være sosial inkludering i skole eller arbeidsliv. Vi vet at det å føle seg inkludert og oppleve mestring på skolen er utgangspunktet for, og medvirkende til, en rekke prosesser som bidrar til å produsere helse utover i livsløpet. For å nå helsesektorens mål om å bidra til flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte forskjeller i helse og levekår, er samspill med utdanningssektoren viktig. Men de gode løsningene for en helhetlig og inkluderende skole kan ikke helsesektoren angi alene. Selv om drop-out utgjør en helserisiko, skal ikke helsesektoren på egenhånd angi løsninger for å forebygge drop-out. I denne situasjonen må helsesektoren være partner med skolesektoren og søke å finne løsninger sammen. Det er en utfordring å styrke helsesektorens evne til å gå inn i denne typen samarbeid.

## Et bredt folkehelsearbeid

Menneskers helse påvirkes av en lang rekke faktorer gjennom hele livsløpet. Noen av dem – for eksempel levekår – er mer grunnleggende, i den forstand at de påvirker mange av de andre. Andre faktorer – slik som helseatferd – har en bedre dokumentert effekt på helse, uten at det dermed er sagt at de har større betydning. Så lenge helseatferd selv er forårsaket av mer grunnleggende levekårsforhold, er sjansen for at vi lykkes med å endre atferden liten hvis vi i folkehelsearbeidet ikke også retter oppmerksomheten mot de bakenforliggende årsakene. Et vellykket folkehelsearbeid er avhengig av en bred og sterk innsats mot mange faktorer samtidig – det finnes ingen enkel oppskrift på en bedre folkehelse. *Folkehelsearbeidet må derfor i fremtiden favne bredt, og inkludere oppmerksomhet mot levekår og deres fordeling i befolkningen.*

Sjansen for å få til et bredt, tverrsektorielt folkehelsearbeid er relativt liten så lenge helsesektoren prøver å diktere politikken andre sektorer skal føre, eller hvis man utelukkende ser på andre sektorer som arenaer for folkehelsearbeid. Dersom vi i stedet søker å finne felles interesser, skaper vi også et bedre samarbeidsklima. Fysisk aktivitet i skolen bedrer for eksempel ikke bare elevenes helse direkte, men bidrar også til et bedre læringsmiljø. Og omvendt: et godt læringsmiljø bedrer ikke bare til elevenes skoleprestasjoner, men vil på sikt også bidra positivt til deres helse. Ofte vil det være lettere å finne slike felles, tverrsektorielle interesser når vi retter blikket bakover i helseårsakskjeden. Dersom dette arbeidet skal lykkes, trenger vi i helsesektoren å styrke vår kompetanse på tverrsektorielt arbeid. *Helsesektoren må i tiden framover opparbeide seg større kapasitet for tverrsektorielt arbeid – både lokalt, regionalt og nasjonalt.*

Én oppgave som uansett tilfaller helsesek-

toren som en del av vårt sektoransvar, er å peke på de faktorer innenfor andre sektorer som påvirker helse. Når for eksempel dårlig arbeidsmiljø medfører helseproblemer, sitter helsesektoren igjen med et problem som er skapt av – og må løses innenfor – en annen sektor. Det er det selvsagt vår oppgave å påpeke. Dette innebærer at helsesektoren må følge med på – monitorere – ikke bare helsetilstanden i befolkningen, men også tilstanden innenfor de viktigste helsepåvirkningsområdene. Siden vi vet at for eksempel utdanning er viktig for helse, er også utdanningsstatistikk relevant for folkehelsestatistikk. *Tilsvarende må vi arbeide for at helsekonsekvensanalyser i fremtiden blir en naturlig del av beslutningsgrunnlaget innenfor andre relevante sektorer.*

Disse erkjennelsene har fått stadig større gjennomslag også internasjonalt. WHO's kommisjon for sosiale helsedeterminanter leverte sin sluttrapport høsten 2008 (19). Rapporten bestod av en gjennomgang og evaluering av hvilke politikkområder internasjonalt som har størst betydning for sosial ulikhet i helse. Kommisjonen anbefalte at liknende gjennomganger ble foretatt regionalt og i de enkelte land. Som en oppfølging har WHO Europa nylig satt i gang en gjennomgang av politikkområder som har betydning for helse og helseulikheter i Europa-regionen. Flere enkeltland – inkludert Danmark, England og Sverige – har tatt liknende initiativer nasjonalt. *Det ville styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet betydelig om også Norge foretok en gjennomgang og evaluering av hvilke politikkområder og hva slags politikk som fremmer og hemmer folkehelsen.*

Utøvelse av folkehelsearbeidet

# Del 2







# Kapittel 5

## Nasjonalt folkehelsearbeid

Nasjonal politikk påvirker helsetilstanden og fordelingen av helse i befolkningen på grunnleggende måter. Gjennom blant annet fordelingspolitikken, utdanningspolitikken, arbeidsmarkedspolitikken og velferdsordninger er nasjonal politikk med på å forme de bakenforliggende årsakene til helse, uhelse og fordelingen av helse. Det nasjonale folkehelsearbeidet må fremme tverrsektorielt arbeid og bidra til at folkehelse ivaretas på alle politikk-områder.

## Folkehelsearbeid på nasjonalt nivå

Gjennomgangen av de sosiale helsedeterminantene viser at befolkningens helse påvirkes av utviklingstrekk og politiske valg i mange ulike sektorer og på mange ulike forvaltningsnivåer. «Sykdomsbildet speiler en generell samfunnsutvikling og de kårerne vi lever under. Ansvar må derfor synliggjøres i alle sektorer når nasjonal politikk formes (...) Utfordringen er å få kreftene til å trekke i samme retning,» heter det i folkehelsemeldingen *Resept for et sunnere Norge* (4).

Nasjonal politikk påvirker helsetilstanden og fordelingen av helse i befolkningen på grunnleggende måter. Gjennom blant annet fordelingspolitikken, utdanningspolitikken, arbeidsmarkedspolitikken og velferdsordninger er nasjonal politikk med på å forme de bakenforliggende årsakene til helse, uhelse og fordelingen av helse.

Determinantperspektivet på folkehelse viser at andre sektorer ikke bare er arenaer for iverksettelse av folkehelse tiltak, men at det kan være viktig for befolkningens helse at andre sektorer når sine egne mål. Det er derfor en viktig oppgave for folkehelsearbeid på nasjonalt nivå å arbeide på tvers av sektorer og bidra til at hensynet til helse og fordeling av helse tas med i utviklingen av politikk på alle samfunnsområder. Som drøftet i kapittel 2 vil helsesektorens bidrag i dette tverrsektorielle arbeidet avhenge av om helsesektoren selv kontrollerer virkemidlene for å påvirke folkehelsen, og i hvilken grad helsesektoren har kunnskap om hva som er de effektive virkemidlene.

### Fremme tverrsektorielt folkehelsearbeid

En utfordring for godt folkehelsearbeid er at det ikke nødvendigvis er den sektoren som tar utgiftene ved et tiltak, som høster gevinstene av tiltaket. En vellykket strategi for å

øke fysisk aktivitet innebærer kanskje utgifter på samferdselsbudsjettet, men besparelsen kan komme i form av reduserte trygdegifter og sykehuskostnader. En sentral oppgave i det nasjonale folkehelsearbeidet er å fremme tverrsektorielt arbeid og bidra til at folkehelse ivaretas på alle politikkområder. Tverrsektorielle handlingsplaner og strategier er viktige verktøy for å involvere andre sektorer i folkehelsearbeidet, synliggjøre deres ansvar for folkehelsen og sikre at på tversinteresser ivaretas.

Helsehensyn berøres i lovverket på en

### Fra arenaperspektiv til determinantperspektiv

Skolen har lenge vært en viktig arena for folkehelsearbeidet. Sunn mat i skolen, fysisk aktivitet og holdnings- skapende arbeid har vært blant tiltakene som er innført. For helsesektoren har skolen vært en egnet arena for iverksettelse av tiltak fordi den når ut til alle unge i målgruppen.

Determinantperspektivet på helse viser imidlertid at utdanning og læring i seg selv har stor betydning for folks helse. Det er særlig gruppen som ikke fullfører videregående skole som har dårlig helse. Når rundt én av fire unge ikke fullfører videregående opplæring, utgjør dette en betydelig folkehelseutfordring. Det vil derfor være av stor betydning for folkehelsearbeidet at skolesektoren når sitt mål om at flere skal fullføre videregående opplæring.

Det er utdanningssektoren som har best kompetanse til å vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes for å nå dette målet. Helsesektoren kan bidra med kunnskap om sannsynlige helseeffekter av læring og utdanning.

### Oppgaver i det nasjonale folkehelsearbeidet:

- Fremme tverrsektorielt arbeid og bidra til at folkehelse ivaretas på alle politikkområder
- Egne virkemidler, som kampanjer, råd og veiledning
- Forvalte lover og regelverk, normere tjenester
- Understøtte lokalt og regionalt folkehelsearbeid
- Følge med-ansvar – overvåke helsesituasjonen og faktorer som påvirker denne
- Internasjonalt arbeid

rekke samfunnsområder, som opplæring, samferdsel og miljø. Helsesektoren har et særlig ansvar for at helsehensyn ivaretas i utviklingen av andre sektors planer.

### **Egne virkemidler**

På noen områder har helsesektoren egne virkemidler på nasjonalt nivå. Helsesektoren forvalter en rekke lover og regelverk på folkehelseområdet, for eksempel Lov om folkehelsearbeidet i fylkeskommunene, Kommunehelsetjenesteloven, Alkoholloven og Tobakksskadeloven. Det er et nasjonalt ansvar å *stille krav til kapasitet og kvalitet* (normering) i tjenester som leveres på regionalt eller lokalt nivå. Og i tillegg kan man fra nasjonalt nivå iverksette *informasjonstiltak og kampanjer* rettet mot befolkningen eller utvalgte grupper.

### **Å følge med**

Det nasjonale folkehelsearbeidet omfatter et ansvar for å *følge med* på forhold som påvirker folkehelse og levekår i befolkningen og på dette grunnlaget gi råd om strategier og tiltak overfor regionale og lokale myndigheter, frivillige organisasjoner, helseforetak, private aktører, andre sektorer og befolkningen generelt.

### **Understøtte lokalt og regionalt folkehelsearbeid**

Ansvar for utøvelsen av folkehelsearbeidet ligger i stor grad på fylkes- og kommunenivå. En sentral oppgave for det nasjonale folkehelsearbeidet er derfor å *understøtte regionalt og lokalt ledd*. Det er en nasjonal oppgave å sikre at vedtatt politikk på folkehelseområdet iverksettes lokalt og regionalt og at nasjonale prioriteringer følges opp. Viktige nasjonale virkemidler er forvaltning av tilskuddsmidler til lokalt folkehelsearbeid, råd, faglig støtte og veiledning til fylkesmann og fylkeskommuner på ulike nasjonale innsatsområder. Det utarbeides også veiledere og retningslinjer for tjenester som utøver folkehelsearbeidet på lokalt nivå.

### **Internasjonalt arbeid**

Nasjonalt folkehelsearbeid omfatter også et ansvar for *internasjonalt arbeid*. Befolkningens helse påvirkes av en rekke faktorer som ligger utenfor nasjonalstatens kontroll, og internasjonalt samarbeid for å påvirke slike faktorer er i hovedsak et nasjonalt ansvar. Internasjonale handelsbestemmelser, global miljøpolitikk og samarbeid på helsefeltet er blant områdene som påvirker befolkningens helse og mulighetene til å drive nasjonal folkehelsepolitikk.

### **Strukturelle virkemidler i folkehelsearbeidet**

Det tidligere omtalte forebyggingsparadokset består i at et stort antall mennesker med middels til lav risiko gir opphav til flere sykdomstilfeller enn et lite antall mennesker med høy risiko. Selv om strategier som retter seg mot høyrisikogrupper kan ha stor effekt på den enkelte, vil de gi begrenset effekt på befolkningsnivå fordi høyrisikogruppen er liten. Strategier som retter seg mot hele befolkningen vil derimot bare gi en liten reduksjon i risiko for den enkelte, men likevel ha stor effekt på befolkningsnivå fordi gruppen er så stor.

Dersom man ønsker å påvirke risikofaktorer for forekomst av sykdom i befolkningen, må man utvikle strategier på befolkningsnivå.

Befolkningsstrategiene retter seg altså ikke direkte mot risikofaktorer for individuell sykdom, men mot risikofaktorer for høy forekomst av sykdom.

Vi har en lang tradisjon for å bruke befolkningsrettede strategier for å nå mål på folkehelseområdet. Befolkningsrettede strategier kan omfatte alt fra lovgivning til informasjonskampanjer. Felles for dem er at de ikke retter seg mot personer med bestemte risikofaktorer, men mot hele befolkningen.

De befolkningsrettede strategiene kan inndeles i to hovedtyper: pedagogiske virkemidler,

som omfatter informasjon og overtalelse, og strukturelle virkemidler, som omfatter f.eks. lovgivning, fysisk utforming, prispolitikk og avgifter, aldersgrenser og regulering av tilgjengelighet (10).

Målgruppen for pedagogiske virkemidler kan være hele befolkningen eller grupper av befolkningen. Budskapet retter seg imidlertid mot enkeltmennesker og sikter på å påvirke deres holdninger, kunnskaper og atferd gjennom informasjon og overtalelse. For at pedagogiske virkemidler skal påvirke helseutfall, må man forutsette at informasjon om helsekonsekvenser påvirker folks kunnskaper om og holdninger til ulike typer atferd og at kunnskap og holdninger i sin tur omsettes i endret atferd.

Strukturelle virkemidler kjennetegnes derimot ved at de ikke retter seg mot enkeltpersoner, men mot de fysiske, økonomiske og juridiske strukturene som enkeltmennesker forholder seg til når de gjør sine valg. Målet med strukturelle virkemidler på folkehelsefeltet er å legge til rette for sunne valg og forhindre helseskadelige valg.

Strukturelle virkemidler omfatter normative, fysiske og økonomiske virkemidler. Med normative virkemidler mener vi lover, regler og avtaler som regulerer hva som er forbudt og eventuelt under hvilke betingelser det er tillatt. Med fysiske virkemidler menes all utforming av det fysiske miljøet som påvirker menneskers handlingsmuligheter. Økonomiske virkemidler viser til tiltak som påvirker individets vurdering av hva som er økonomisk fordelaktig, f.eks. avgifter (10).

### Helseatferd og individuelt ansvar

Individens valgmuligheter og ressurser er ulikt fordelt i befolkningen. Helseatferd henger sammen med levekår, sosioøkonomisk status, normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag. Dersom helseatferd hadde vært et individuelt valg, ville man forvente at helseatferd var jevnt fordelt i befolkningen,

## Pedagogiske og strukturelle virkemidler

De fleste vil være enige i at en tungt trafikkert vei ved en barneskole utgjør en ulykkesrisiko. De fleste vil antakelig også være enige i at det er nødvendig å iverksette tiltak for å håndtere risikoen. Slike tiltak kan ta mange ulike former.

Ett svar kan være å bygge opp sykehusene og ambulansetjenesten for å sikre rask og god behandling av de barna som blir skadet i trafikken. En slik løsning kan være viktig og riktig, men den begrenser seg til å håndtere konsekvenser av risiko og gjør ikke noe med risikoen i seg selv.

En annen løsning kan være informasjon. Gjennom plakater, brosjyrer og informasjonsfilmer kan man minne alle som ferdes på veien om at de må utvise særlig aktsomhet i nærheten av skolen. Man kan til og med forsøke å identifisere spesielle grupper som har høyere sannsynlighet enn andre for å være involvert i ulykker, og tilby målrettede informasjonstiltak mot dem. Eller man kan utvikle spesielle opplæringsprogrammer for å lære skolebarna hvordan de skal oppføre seg i trafikken, kanskje sågar identifisere elever eller elevgrupper som er særlig utsatt og innrette spesielle tiltak mot dem. En slik tilnærming sikter på å sette enkeltmennesker i stand til å håndtere risiko, men gjør heller ikke noe med risikoen.

Et tredje svar kan være å redusere risikoen i seg selv. Man kan innføre fartsgrenser i området. For å sikre at fartsgrensene overholdes kan man ha fartskontroller, fotobokser og liknende som bidrar til å øke etterlevelsen. Man kan lage fartsdumper i veien for å redusere farten. Man kan sørge for gjerde mellom veien og skolegården. Man kan lage gangbro eller undergang der elevene må krysse veien. Det kan bygges gang- og sykkelvei for å gjøre skoleveien tryggere. Man kan også legge om veien slik at den ikke passerer nær skolen.

I virkelighetens verden vil man ofte velge en kombinasjon av strategier, og fordeler og ulemper ved ulike strategivalg må veies mot andre samfunnshensyn. Den første strategien kan beskrives som en *skadereduksjonsstrategi*, som tar sikte på å redusere konsekvensene av skader som allerede har oppstått. Den andre strategien bruker det vi kan kalle *pedagogiske virkemidler* for å sette folk i stand til å håndtere risikoen. De siste handlingsalternativene i eksempelet er det vi med et felles begrep omtaler som *strukturelle virkemidler*, som tar sikte på å endre risikoen.

uavhengig av utdanning og inntekt. Studier viser imidlertid at det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helseatferd: Jo høyere sosioøkonomisk status, desto sunnere helseatferd (11).

De tydelige sosioøkonomiske forskjellene i levevaner er en påminnelse om at atferd ikke bare styres av individuelle valg, men også påvirkes av levekår, samfunnsstrukturer og ulikheter i ressurser. For å redusere slike samfunnsskapt forskjeller, er det nødvendig å bruke virkemidler som påvirker strukturene som produserer ulikhet (11–13).

Pris er et eksempel på en mekanisme som kan skape ulikhet. Dersom sunn mat er dyr og usunn mat er billig, vil det være utilstrekkelig å informere personer med lav inntekt om at de må spise sunnere mat. Man må også sikre inntektsgrunnlaget for personer med dårlig økonomi og bidra til at sunn mat blir mer tilgjengelig for denne gruppen. Likedan vil det ha begrenset effekt å lære barn om sunt kosthold dersom de lever i et miljø der sunn mat er lite tilgjengelig. Tiltak som skolefrukt og sunne måltider i barnehagen kan være mer egnet for å forbedre kostholdet og utjevne forskjeller.

Strukturelle virkemidler kan kritiseres for å være paternalistiske, dvs. at myndighetene tar valg på vegne av enkeltmennesker for deres antatt beste. Bruken av strukturelle virkemidler må veies mot enkeltmenneskers handlfrihet. Begrunnelsen for bruk av strukturelle virkemidler er at individet har begrenset informasjon om konsekvensene av sine valg, at individuelle valg kan påføre fellesskapet kostnader, at enkeltmenneskers frihet kan gå ut over andre, og at individenes valg styres av ytre forhold.

Dersom man utelukkende gjør helseatferd til et individuelt ansvar, mister man av syne at individene tar sine valg innenfor strukturer og rammer som de selv ikke har full kontroll over. Det er derfor et samfunnsansvar å gjøre de sunne valgene til de enkle valgene.

Dette er et sentralt rasjonale for å bruke

strukturelle virkemidler. Mange av de strukturelle virkemidlene viser seg å ha særlig stor effekt blant grupper som har lav sosioøkonomisk status. Motsatt ser det ut til at grupper med høy sosioøkonomisk status lettest nyttiggjør seg individrettede tiltak og informasjon om helsefremmende atferd. Strukturelle virkemidler ser derfor ut til å ha særlig betydning for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Eksempelet over med barneskolen og den trafikkerte veien kan være illustrerende. Dersom man satser på å forebygge ulykker ved å lære barna hvordan de skal oppføre seg i trafikken, er det sannsynlig at de barna som i utgangspunktet klarer seg best på skolen og som får mest oppfølging hjemme vil ha størst utbytte av undervisningen. Dersom man isteden legger om veien, vil alle barna nyte godt av det, uavhengig av individuelle ressurser og forhold hjemme.

### **Strukturelle virkemidler – noen eksempler fra folkehelsefeltet**

Særlig på alkohol- og tobakksområdet har vi omfattende forskning på effekten av strukturelle tiltak. Forskingen viser entydig at strukturelle virkemidler på disse områdene er mer effektive enn pedagogiske virkemidler. De har dessuten større effekt på de målgruppene man er mest opptatt av å nå: ungdom, storforbrukere og personer med lav sosioøkonomisk status.

Fra alkoholforskningen vet vi at det samlede forbruket av alkohol i befolkningen er assosiert med en rekke ulike skadevirkninger (14). Når forekomsten av en risikofaktor øker i populasjonen, øker også forekomsten av skadene. Folkehelsearbeidet på alkoholområdet tar derfor sikte på å redusere det samlede forbruket av alkohol. Målet er ikke å eliminere årsaken til individuell sykdom, men å begrense forekomsten i befolkningen.

Folkehelseperspektivet gjenspeiles i Alkoholovens formålsparagraf. Lovens formål er «å begrense i størst mulig utstrekning de sam-

funnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer» (15).

Totalforbruket kan påvirkes langs to akser: Man kan forsøke å redusere etterspørselen etter alkohol gjennom pedagogiske virkemidler som informasjon, holdningskampanjer, sosiale normer og verdier, eller man kan redusere tilgjengeligheten gjennom bruk av strukturelle virkemidler som alkoholavgifter, aldersgrenser, bevillingsordninger og Vinmonopol. I Norge har man valgt en kombinasjon av disse strategiene.

Det er godt dokumentert at pris og tilgjengelighet påvirker forbruket og skadevirkningene av alkohol (14). Prismekanismen reduserer ikke bare forbruk og skader i den generelle befolkningen, men også i sårbare grupper som ungdom og storkonsumenter. Ungdom har generelt mindre penger enn voksne og vil derfor være mer følsomme for økninger i pris enn voksne. Likedan vil storkonsumenter bruke en større andel av inntekten sin på alkohol enn befolkningen generelt, og en prisøkning vil derfor ramme dem uproporsjonalt. Tilsvarende vil begrenset tilgjengelighet gjøre det vanskeligere å få tak i alkohol, særlig hvis man ikke har mulighet til å planlegge alkoholinnkjøpene. Paradoksalt nok kan altså en befolkningsrettet strategi være treffsikker også i forhold til risikogrupper.

Andre strukturelle virkemidler som er dokumentert effektive er promillegrenser, promillekontroller og forbud mot alkoholreklame (14). Pedagogiske virkemidler, som informasjonstiltak og holdningskampanjer, kan derimot ikke påvise dokumentert effekt på alkoholbruk og skader. Slike tiltak kan likevel være en viktig del av en helhetlig strategi for å redusere alkoholskader, både fordi det er nødvendig å informere befolkningen om faktorer som påvirker helsen (folk har rett til å vite) og for å legitimere de strukturelle virkemidlene som tas i bruk.

Også på tobakksområdet har man brukt

strukturelle virkemidler for å redusere tobakksbruken. Avgiftspolitik, aldersgrenser og reklameforbud er blant de mest effektive virkemidlene på området, men også forbud mot røyking på serverings- og utesteder har hatt god effekt. Internasjonalt har WHO vedtatt en rammekonvensjon om forebygging av tobakkskader som er et viktig bidrag i det globale arbeidet for å regulere markedsføring av tobakk, advarselsmerking, tobakksavgifter og helhetlig tobakksforebygging.

På ernæringsområdet er det gjort en rekke strukturelle grep for å styrke folkehelsen. Eksempelvis er vitamin D tilsatt i margarin og smør for å forebygge rakitt, jern er tilsatt i spedbarnsgrøt for å forebygge jernmangel, og jod er tilsatt i bordsalt for å forebygge struma (16). Felles for disse tiltakene er at ansvaret for å forebygge mangelsykdommer ikke legges på den enkelte, men at det legges til rette for at folk skal få i seg de aktuelle næringsstoffene. Også på ernæringsområdet har man tatt i bruk avgifter for å begrense forbruket av sukkerholdig brus og godterier.

Strukturelle virkemidler brukes dessuten for å stimulere til økt fysisk aktivitet. I første rekke er det snakk om å tilrettelegge det fysiske miljøet og bygge ned hindringer for fysisk aktivitet og aktiv transport. Parker og grøntarealer kan gjøre det lettere for folk å trene eller gå turer. Sykkelfelt og gangveier kan gjøre det tryggere og mer attraktivt å velge aktiv transport i hverdagen. Man kan imidlertid også ta i bruk strukturelle virkemidler for å gjøre det mindre attraktivt å bruke bil (for eksempel bompenger, begrenset/avgiftsbelagt parkering og rushtidsavgift) eller belønne bruk av aktive transportmidler.

Lokal planlegging er et sentralt virkemiddel for å legge til rette for fysisk aktivitet. Planarbeidet kan dessuten ha betydning for å redusere sosiale helseforskjeller. De mest attraktive boligområdene er ofte områder med god tilgang til rekreasjonsområder. Omvendt

vil områder med liten tilgang til grøntarealer og friluftsmuligheter være mindre attraktive. Dette kan føre til at man får en opphopning av personer med lav sosioøkonomisk status i områder der det er dårlige muligheter for å drive fysisk aktivitet. Slike ulikheter kan motarbeides gjennom aktivt kommunalt planarbeid. I den nye Plan- og bygningsloven er ett av formålene å «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller (...)» (17). Dersom kommunen skal prioritere mellom ulike tiltak som kan bidra til å legge til rette for fysisk aktivitet, kan hensynet til sosial ulikhet være retningsgivende for hvilke tiltak som bør velges.

### **Økonomiske evalueringer, samfunnsøkonomiske analyser, skatter og avgifter**

Samfunnsøkonomiske analyser kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for å prioritere effektive forebyggingstiltak høyere i tiden som kommer. En utfordring for samfunnsøkonomiske analyser er at effekter av folkehelse tiltak kommer langt frem i tid og kan være forbundet med usikkerhet.

I Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport *Skapes helse, skapes velferd* (18) vises det hvordan investering i helse gir drivkraft i økonomien på samme måte som investering i utdanning og infrastruktur. Det påpekes også at i samfunnsøkonomiske vurderinger av tiltak på ulike politikkområder og i ulike samfunnssektorer, er leveår med god helse og livskvalitet (QALYs), en viktig målestokk for folks opplevelse av velferd. Samfunnsøkonomiske vurderinger kan gi grunnlag for sektorovergrepene helsefremmende tiltak og styrke argumentene for mer aktiv bruk av skatter og avgifter som overordnede strukturelle virkemidler i et forebyggende folkehelseperspektiv.

I mange tilfeller vil ulike alternative, eller supplerende, tiltak kunne iverksettes for å nå

et gitt helsepolitisk mål. I en slik sammenheng kan metoder for samfunnsøkonomiske analyser brukes til å systematisere informasjon om nytte- og kostnadsvirkninger av de ulike tiltakene og gi grunnlag for å prioritere mellom dem. Generell metodikk for samfunnsøkonomiske analyser er beskrevet i FIN (19), og metodikken er spesifikt vurdert for inkludering av helseeffekter i SHdir (7). SSØ (20) vurderer samfunnsøkonomiske analyser som metodikk for forebyggingstiltak i ulike sektorer og viser eksempler på slike analyser. SSØ (2009) konkluderer med at gode samfunnsøkonomiske analyser vil bidra til bedre beslutningsgrunnlag og at forebyggingstiltak i fremtiden kan bli høyere prioritert. Rapporten viser også til at det er stor overføringsmulighet av metodebruk på tvers av sektorer, spesielt i forbindelse med verdsetting av liv og helse (20).

I samfunnsøkonomiske analyser inkluderes både velferdseffekter (som endring i befolkningens helse), produksjonseffekter (verdien av deltagelse i arbeidslivet) og verdien av annen ressursbruk. For at analysen skal gi et relevant beslutningsgrunnlag for bruk av offentlige midler, må den ha et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det betyr at den skal ta med virkninger for alle berørte parter i samfunnet, også virkninger utenfor virksomheten som iverksetter tiltaket.

Alle effekter som i en samfunnsøkonomisk analyse verdsettes i kroner blir regnet om til nåverdier ved anvendelse av den diskonteringsrente som Finansdepartementet fastsetter, men også helseeffekter som ikke gis en økonomisk verdi blir ofte diskontert. Diskontering av effekter som kommer langt frem i tid, vil redusere verdien av slike betydelig. For eksempel vil seks leveår som vinnes 50 år frem i tid, bare ha en nåverdi på 0,74 år ved en diskonteringsrente på fire prosent. Helsedirektoratet har tidligere påpekt at effekten av slik diskontering reduseres dersom en anvender en inntektsjustert økonomisk verdsetting av helseeffektene

i nytte- og kostnadsanalyser (5; 7). Det er dessuten argumenter for ikke å diskontere helseeffekter i kostnadseffektivitetsanalyser. Samfunnsøkonomiske analyser kan derfor være nyttige også for folkehelseiltak der helseeffektene kommer langt frem i tid. Analysene kan gi en prioritering mellom ulike forebyggingstiltak og behandlingstiltak som er i samsvar med befolkningens preferanser selv om helseeffektene kommer på ulike tidspunkt.

### **Potensialet for helsegevinst ved endret helseatferd**

Det er godt dokumentert at endret helseatferd som røykeslutt, kostholdsending og økt fysisk aktivitet, kan gi betydelige langsiktige helsegevinster i form av økt livskvalitet og levetid.

Helsegevinster kan i samfunnsøkonomiske analyser måles i form av vunne kvalitetsjusterte leveår («Quality Adjusted Life Years» eller QALYs) (1).

Som påpekt over kan helseeffekter inkluderes i samfunnsøkonomiske analyser på en systematisk måte og vektet i samsvar med befolkningens preferanser selv om de kommer langt frem i tid. Men tidsaspektet kan gjøre det vanskelig å dokumentere tiltakenes effekt. Det er imidlertid ikke vanskelig å illustrere hvilket potensial for helsegevinst som tiltak som forsøker å fremme endringer kan ha. I Helsedirektoratet (2010) beregnes de langsiktige helsegevinstene ved økt fysisk aktivitet for ulike aldersgrupper (6). Analysen baserer seg på den norske befolkningens dødelighet og anslag på den risikoreduksjon for alvorlig sykdom som oppnås ved å gå fra en fysisk inaktiv livsstil til en fysisk aktiv livsstil. Beregningen viser at over et livsløp kan en fysisk aktiv person i gjennomsnitt forventes å få 8,3 kvalitetsjusterte leveår mer enn en fysisk inaktiv person. Tilsvarende vil en som blir fysisk aktiv som 50-åring vinne seks QALYs. En 70-åring vil vinne 3,5 QALYs. I tillegg til langsiktige QALY-gevinster relatert til redusert

## **Mål og helsegevinster**

Helsegevinster kan i samfunnsøkonomiske analyser måles i form av vunne kvalitetsjusterte leveår («Quality Adjusted Life Years» eller QALYs) (1).

WHO måler i stedet tapt livskvalitet og redusert levetid i et mål kalt DALYs (Disability Adjusted Life Years). DALYs som er aldersvektet og diskontert (3) blir imidlertid ikke verdinøytrale og ikke sammenlignbare med uvektede QALYs. I det følgende brukes betegnelsene QALY-gevinst og QALY-tap om endringer i helserelatert livskvalitet for at slike helsemål i størst mulig grad skal være verdinøytrale.

dødelighet og alvorlig sykdom, kommer kortsiktige helseeffekter, som redusert forekomst av mindre alvorlig sykdom, økt mobilitet og økt velvære.

### **Eksempler på samfunnsøkonomiske tiltaksanalyser**

Med kunnskap om kortsiktige og langsiktige helseeffekter av ulike forebyggingstiltak er det mulig å gjøre samfunnsøkonomiske tiltaksanalyser. Disse kan vise i hvilken grad det er mulig å oppnå realøkonomiske besparelser i form av redusert behov for behandling av helseatferdsrelaterte sykdommer og redusert sykefravær. De vil også kunne vise om det er realistisk å oppnå den store potensielle velferdsøkonomiske helsegevinsten i form av vunne QALYs.

Eksempelene i boksen over viser at forebyggingstiltak har et stort potensial for helsegevinst, men at tiltakene kan ha usikker effekt i et livsløpsperspektiv. Et viktig poeng med samfunnsøkonomiske analyser er at alternative tiltak, i dette tilfellet tiltak som kan bidra til å nå det samme helsepolitiske målet, også må vurderes. På et overordnet nivå må en i tillegg vurdere ressursbruken opp mot andre samfunnsnyttige formål. Brede samfunnsøkonomiske analyser kan i tillegg påvise tiltak som kan bidra til å nå politiske målsettinger på flere områder samtidig. Et eksempel er at sykkelveier bidrar til økt fysisk aktivitet, og



## To eksempler på samfunnsøkonomiske analyser av tiltak for økt fysisk aktivitet:

En samfunnsøkonomisk analyse av å bygge sammenhengende gang- og sykkelveier i norske byer tyder på at nytten av dette tiltaket er minst 4–5 ganger større enn kostnadene knyttet til utbygging og vedlikehold (2). Dette er en analyse som tar med virkninger både for trafikantgrupper og andre berørte parter i samfunnet, enten det dreier seg om positive effekter av fysisk aktivitet, ulykker, miljøforhold eller reisetid og arealbruk.

Til tross for at ikke alle sykdommer som kan reduseres av økt fysisk aktivitet var med i denne analysen, utgjør helsegevinstene den største nyttekomponenten. Nyere nyttevurderinger som inkluderer flere sykdomsgrupper og QALY-gevinster tilsier at nytte-kostnads-forholdet kan være betydelig større enn i rapporten fra 2002 (5; 6). Analysen illustrerer imidlertid at nytten av tiltaket er avhengig av antallet syklistene og hvor stor andel av syklistene som får en helsegevinst.

Et annet eksempel på at verdien av potensielle helsegevinster kan overskride selv betydelige tiltakskostnader, kan være kroppsøving i skolen. Kostnaden for en utvidelse fra dagens to timer per uke til fem timer per uke kan anslås til 4,5 mrd. kr per år for grunnskolenes ti trinn. Med

anslagsvis 60 000 elever per trinn, utgjør dette en kostnad på ca 7 500 kr per år per elev og ca 75 000 kr per elev for hele grunnskoletiden. Den potensielle langsiktige helsegevinsten av tiltaket er at individer som ellers ikke ville vært fysisk aktive, fortsetter med aktive levevaner og vinner ca. åtte kvalitetsjusterte leveår (QALY) over livsløpet (7). For individer som er delvis fysisk aktive blir helsegevinsten tilsvarende mindre. Dersom vi bruker dagens aktivitetsmønster i befolkningen som utgangspunkt (anslagsvis 20 prosent inaktive, 60 prosent delvis aktive og 20 prosent aktive) (8), vil gjennomsnittlig potensiell helsegevinst være fire QALYs. Med en velferdsverdssetting på 500 000 kr per QALY (9), har fire QALYs en verdi på 2 mill. kr. Den potensielle velferdsgevinsten i livsløpsperspektivet er altså i størrelsesorden 27 ganger tiltakskostnadene. Regneeksempelet viser at selv om effekten av tiltaket (andelen av elevene som endrer helseatferd et livsløpsperspektiv) er usikker, kan tiltaket ha liten effekt på antallet individer som endrer adferd, men likevel være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

samtidig fører til at sentrale klimapolitiske målsetninger nås (21).

Helsesektorens prioriteringsprinsipper fastslår at tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakets nytte og kostnadseffektivitet skal tillegges vekt ved prioritering av behandlingstiltak i det offentlige helsevesen (jf. for eksempel Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften).

«Alt annet likt» vil behandlingstiltak for pasientgrupper med diagnoser som har høy alvorlighetsgrad prioriteres foran tiltak for pasientgrupper med diagnoser som har lavere alvorlighetsgrad. Alvorlighetsgraden for en prognose kan uttrykkes i form av det

forventede QALY-tapet i forhold til et forventet normalt livsløp for den aldersgruppen individet tilhører.

Helseatferdsrelaterte sykdommer medfører både direkte og indirekte et betydelig velferdstap. Det dreier seg om tap av mange leveår med god livskvalitet (QALYs), tap av mange gode år i arbeidslivet og store kostnader til behandling i helsevesenet. Dette er et velferdstap og en ressursløsning som kan reduseres. I stedet for å vente til røyking, overvekt og fysisk inaktivitet har medført alvorlig sykdom, og dermed «høy alvorlighetsgrad» og behandlingsbehov, vil et fokus på ulike

helseatferders «forventede alvorlighetsgrad» kunne føre til at primærforebyggende tiltak når høyere opp når helsekronene fordeles. Dette er i tråd med Samhandlingsreformens mål om å sette inn tiltak for å utsette sykdom og forebygge at sykdom oppstår.

For å eksemplifisere hvordan «forventet alvorlighetsgrad» kan operasjonaliseres, kan vi ta utgangspunkt i anslått forventet QALY-tap relatert til fysisk inaktivitet og røyking. Som vist over, kan forventet QALY-tap for en fysisk inaktiv person anslås til i størrelsesordenen åtte QALYs relatert til alvorlig sykdom og død. FHI anslått at røykere i gjennomsnitt taper 11 leveår (22). Tilsvarende beregninger kan gjøres for fedme/overvekt, alkoholmisbruk og andre risikofaktorer (1). For en person som er fysisk inaktiv, røyker og i tillegg er overvektig, er det ikke usannsynlig at forventet QALY-tap kan være 15–25. I hvilken grad man kan summere denne typen isolerte QALY-tap kan selvsagt diskuteres. Poenget er å vise at det uansett er mange leveår som går tapt til sykdommer som er relatert til helseatferd og at «forventet alvorlighetsgrad» for slike risikofaktorer må kunne anses å være svært høy.

En rekke offentlige utredninger er relevante for spørsmålet om bruk av skatter og avgifter i folkehelsepolitikken (23–27). Mange av disse utredningene tar utgangspunkt i problemstillinger knyttet til miljøforhold, men parallellene og overføringsverdien til helse er stor. Et bærende element i alle de nevnte NOU-ene er at samfunnsøkonomiske analyser er et viktig grunnlag for å fastsette avgifter. Da blir det også viktig hvordan helseeffektene måles, verdsettes og vektlegges.

Bærekraftig utvikling (27) er et begrep som kan brukes i mange sammenhenger der en vurderer ressursbruk på kort og lang sikt, og ulike former for måloppnåelse. Det er et normativt begrep som kan oppfattes som en moralsk rettesnor for hvilke hensyn som bør tas overfor menneskelige aktiviteter med innvirkning på

mulighetene til både nåværende og fremtidige generasjoners forbruk og livsutfoldelse. Det er imidlertid ingen klare definisjonen for hva som er «forsvarlig» ressursbruk og hvilke behov som skal prioriteres i en slik langsiktig tilnærming. Sammen med de sentrale prioriteringshensynene i helsesektoren; alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet, kan likevel bærekraftsbegrepet tjene som et utgangspunkt for drøfting av hvilke prinsipper som bør legges til grunn i avveiningen mellom ulike hensyn.

Avgiftssystemet er et eksempel på hvordan folkehelsen kan påvirkes i en mer bærekraftig retning. Noen av forslagene i NOU 2007:8 *En vurdering av særavgiftene* kan fungere som et utgangspunkt for å få frem i hvilken grad avgifter kan gi insentiver i retning av forebygging og fremme av folkehelsen i stedet for behandling.

I NOU 2007: 8 fokuseres det på miljøavgifter og helserelaterte avgifter. Det er lagt arbeid i å avdekke marginale skadekostnader relatert til miljø og helse. Utvalget har tatt utgangspunkt i økonomisk teori og foreslår omlegging av en del fiskale avgifter til avgifter som kan korrigere for eksterne effekter og uønskede helseeffekter. Men å korrigere for uønskede miljø- og helseeffekter gjennom avgifter krever kunnskap om disse virkningene både på kort og lang sikt. Enten det gjelder globale klimarelaterte effekter, lokale langsiktige helseeffekter av dieselpartikler eller økt sykkelighet på grunn av støyeksponering, er det viktig å ta et tilstrekkelig langsiktig og bredt perspektiv når man skal dokumentere de marginale skadekostnadene.

Gjennom å se miljø- og helsepolitiske målsettinger i sammenheng får man et bredere grunnlag for å vurdere bruken av avgifter. Under følger en kort begrunnelse for noen avgifter som kan benyttes til å korrigere for uønskede helseeffekter.

## Bilavgifter og transportrelatert helse

NOU 2007:8 tar utgangspunkt i at den dominerende delen av de eksterne kostnadene ved veitrafikk dreier seg om andre effekter enn klimarelaterte, dvs. ulykker, kø, støy, veislitasje og lokale utslipp til luft. Utvalget har imidlertid ikke inkludert den arealrelaterte eksterne kostnaden veitrafikken påfører samfunnet fordi syklende og gående opplever biltrafikken som en barriere for fritt transportmiddelvalg. Ettersom biltrafikken dermed hindrer fysisk aktivitet som kunne gitt betydelig helsegevinst i form av reduserte kostnader for helsevesenet, økt produksjon og mange ekstra leveår med god helse, utgjør denne barriereeffekten en betydelig ekstern kostnad som ikke er inkludert i dagens avgiftsgrunnlag. TØI anslår barrierekostnadene til å være i størrelsesorden 0,5 kr/km for en personbil i en by som Trondheim (2). Nyere anslag på helseeffektene av fysisk aktivitet tilsier imidlertid at barrierekostnadene kan være betydelig høyere (5). Når det er en uttalt helsepolitisk målsetting å redusere fedme og overvekt, er det i en avgiftsvurdering viktig å korrigere for eksterne effekter på befolkningens mulighet til daglig fysisk aktivitet.

Det er en erklært målsetning å begrense de individuelle og samfunnsmessige skadene av alkohol og tobakk. Det er godt dokumentert at alkohol- og tobakksavgifter bidrar til å begrense konsumet. Det er også godt dokumentert at skadeomfanget av alkohol og tobakk henger sammen med det samlede konsumet. Særagiftene på alkohol og tobakk bidrar dermed til å realisere sentrale helsepolitiske målsetninger. Ut fra helsehensyn foreslo flertallet i særavgiftsutvalget å fjerne muligheten for å ta med seg alkohol og tobakk avgiftsfritt som reisegods inn i landet, slik at all innførsel av alkohol og tobakk må fortolles. Forslaget omfatter også avvikling av tax free-handel ved ankomst på lufthavn i Norge og særskilte dispensasjonsordninger for såkalte korte fergeruter mellom Norge og Sverige.

## Ernæring og et differensiert merverdiavgiftssystem

Særagiftsutvalget synes å legge større vekt på at et differensiert merverdiavgiftssystem vil gi effektivitetstap og medføre administrative kostnader, enn på at det kan gi helsemessige gevinster. Utvalget konkluderer med at «avgifter som virkemiddel for et bedre kosthold må vurderes opp mot andre, kanskje mer egnede, virkemidler, f.eks. informasjons- og holdningskampanjer» (26). Befolkningens helsetilstand er av fundamental betydning, både for et samfunns økonomiske velstand og for den enkeltes opplevelse av velferd og livskvalitet. En stor andel av kostnadene i helsevesenet er relatert til usunt kosthold. De sosiale skjevhetene som er påvist i kostholdsvaner tilsier at informasjons- og holdningskampanjer ikke er tilstrekkelig for å håndtere problemet. I et slikt helhetlig perspektiv kan det være riktig å benytte de muligheter som ligger i et differensiert merverdiavgiftssystem – dersom dette er et samfunnsøkonomisk lønnsomt tiltak som kan bedre folkehelsen. Helsedirektoratet mener derfor det trengs en grundigere samfunnsøkonomisk vurdering av hvorvidt samfunnsnyttens er større enn kostnadene ved et differensiert merverdiavgiftssystem.

Gustavsens og Rickertsens (28) analyse av å differensiere merverdiavgiften (MVA) på matvarer på grunnlag av deres helsemessige betydning kan tjene som input i en samfunnsøkonomisk vurdering. Gustavsens og Rickertsens resultater viser at ved å redusere MVA fra 14 til null prosent på sunne matvarer som grønnsaker, frukt og fisk, og øke MVA fra 14 til 25 prosent på usunne matvarer som brus, godteri og iskrem, vil den del av befolkningen som konsumerer mest brus og godteri redusere sin kroppsvekt med hhv. fem og åtte kg over en tiårsperiode. Kostnadene for et slikt tiltak vil utgjøre 1,5 mrd. kr per år i form av provenyendringer. Det sentrale spørsmålet er da hvorvidt

reduserte samfunnskostnader av redusert overvekt kan forsvare kostnadene ved en slik avgiftsomlegging. Danske beregninger av samfunnskostnadene ved overvekt kan gi en pekepinn på potensialet for realøkonomiske og velferdsøkonomiske gevinster. I Danmark er overvekt beregnet til å koste det danske helsevesenet ca 1,5 mrd. kr per år, og produksjonstapet er beregnet til ca. 2.1 mrd. kr per år (1). I tillegg kommer et tap på ca 30 000 leveår per år. Med en verdi på 500 000 kr per leveår, utgjør dette ca 15 mrd. kr per år. En avgiftsomlegging alene kan ikke redusere alle slike kostnader, men beregningen viser at en avgiftsomlegging kan ha potensielt stor betydning for folkehelsen og i tillegg være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

### **Konklusjon**

Strukturelle virkemidler kan brukes på alle forvaltningsnivåer i folkehelsearbeidet, både på nasjonalt nivå, regionalt og lokalt nivå og innenfor individ- og grupperettede tjenester. Gode betingelser for aktiv transport reduserer barrierene for å gå eller sykle i hverdagen. Redusert tilgjengelighet på alkohol øker omkostningene ved å få tak i alkohol. Helseatferd som fremmer helse blir dermed mer fordelaktig, mens atferd som kan skade helsen blir mindre fordelaktig.

Noen strukturelle virkemidler kan være populære, som i de tilfellene der populære goder blir mer tilgjengelige. Eksempler kan være utbygging av parkanlegg eller lekeplasser. Alkoholforskeren Robin Room har imidlertid påpekt at effektive tiltak ofte er upopulære, og at populære tiltak ofte er ineffektive (29). En viktig forklaring på at strukturelle virkemidler kan møte motstand er at folks handlingsrom påvirkes. Det gjør det vanskeligere å fortsette med atferd som man i noen tilfeller ønsker å fortsette med eller opplever det som vanskelig å slutte med. Fra

et folkehelseperspektiv er det likevel grunn til å bruke strukturelle virkemidler på en rekke felter, blant annet fordi de er effektive og fordi de kan utjevne sosiale forskjeller.



# Utøvelse av folkehelsearbeidet

## Del 2





# Kapittel 6

## Lokalt folkehelsearbeid – bredt og tverrfaglig

Helse skapes der folk lever og bor. Gjennom kommunens ordinære virksomheter, for eksempel skole, barnehager, kultur og samferdsel legges grunnlaget for helse og trivsel. Kommunen har ansvar for å forebygge smittsomme sykdommer, legge til rette for trygge og helsefremmende miljøer og for å stimulere innbyggerne til en sunn livsstil. Arbeidet berører en rekke områder i kommunenes virksomheter, både i og utenfor kommunehelsetjenesten.

Lokalt folkehelsearbeid er en samlebetegnelse på det arbeidet lokalsamfunn og kommuner gjør for å fremme helse og forebygge sykdom.

## Kommunenes folkehelseansvar

Folkehelsearbeid er et ansvar for alle forvaltningsnivåer. Selv om det er lang tradisjon for statlige tiltak på folkehelsefeltet, er det i første rekke kommunene som er pålagt ansvar for folkehelsearbeidet. Allerede med Sundhetsloven av 1860 fikk vi lovregulert et lokalt folkehelsearbeid. Lokale sundhetskommisjoner skulle ha «sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhetsforhold og hva derpå kan ha innflytelse».

Kommunenes ansvar er tydeligst uttalt i helsesektorens egne lover og forskrifter, så som Kommunehelsetjenesteloven, Smittevernloven, Tobakksskadeloven og Alkoholloven. Ansvar følger også av regelverk i andre samfunnssektorer så som Opplæringsloven, barnevernlovgivningen og Sosialtjenesteloven. Nedenfor følger en gjennomgang av kommunenes folkehelseansvar, med vekt på forpliktelser som følger av helselovgivningen.

Kommunene tar også i noen grad et folkehelseansvar som går utover det som følger av krav i regelverket. Enkelte av disse oppgavene omtales også.

### Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern er den tjenesten som har et helhetlig ansvar for å sikre at alle lever i et trygt og helsefremmende miljø. Miljøbegrepet brukes i vid forstand og omfatter både biologiske, fysiske, kjemiske og sosiale forhold. Ansvar og myndighet for miljørettet helsevern er tillagt kommunen med hjemmel i Kommunehelsetjenesteloven.

Kommunehelsetjenesteloven stiller særlig to krav til hvordan arbeidet innen miljørettet helsevern skal foregå:

## Spørsmål kommunen bør stille som del av sitt folkehelsearbeid:

- Gjør kommunen nok for å fremme røykfrihet, sunne kostvaner og fysisk aktivitet?
- Ivaretar kommunens politikk for salg og skjenking av alkohol hensynet til de helsemessige konsekvensene hva gjelder skader, vold og utrygghet?
- Har kommunen et helsestasjons- og skolehelse-tjenestetilbud med god kvalitet og med en kapasitet som når hele målgruppen 0–20 år?
- Finnes det tilstrekkelig med egnede boliger til en overkommelig pris?
- Har vi lagt nok til rette for sosial deltakelse og sosialt støttende nettverk?
- Sørger vi for god kvalitet i barnehage og skole som fremmer mestring, læring og helse for alle barna gjennom oppveksten?
- Finnes det tilstrekkelig tilgang på jobbmuligheter i kommunen?
- Er offentlige bygg av god kvalitet (godt inneklima, universelt utformede)?
- Har vi et godt, tilgjengelig, miljøvennlig og trygt transportsystem i kommunen?
- Er nærmiljøet helsefremmende og tilrettelagt for aktivitet og sosial kontakt for forskjellige innbyggergrupper og med akseptabelt støynivå og god luftkvalitet?
- Har vi gode systemer og nivåer for vannkvalitet, renovasjon og avfallshåndtering?
- Har vi en politikk som fremmer bærekraftig utvikling og som ikke bidrar til klimaendringer?
- Gjør vi nok for å fremme rettferdig fordeling av levekår og for å bekjempe fattigdom i kommunen?

- *kontroll og tilsyn* med virksomheter som skoler og barnehager, forsamlingslokaler, virksomheter med kjøletårn, campingplasser m.m. etter lovens kapittel 4a.
- *samarbeid* etter Kommunehelsetjenesteloven § 1–4. Miljørettet helsevern-tjenesten skal bidra inn i plan- og beslutningsprosesser med råd og veiledning om samfunns- og miljøforhold med betydning for folkehelsen i kommunen. Helsekonsekvensvurderinger og medvirkning i kommunal planlegging er viktige virkemidler.



Miljørettet helsevern kan være et virkemiddel i utjevning av sosiale helseforskjeller. Miljøbelastning eller helsefremmende levekår treffer ofte sosiale grupper ulikt. En utjevning av slike forhold, vil bidra til reduserte helseforskjeller.

### **Smittevern og kommunelegefunksjonen**

Både Kommunehelsetjenesteloven og Smittevernloven regulerer kommuners og interkommunale organers oppgaver og ansvar på smittevernområdet. De to lovene kan betraktes som «søsterlover» på smittevernområdet idet definisjonen på miljørettet helsevern i henhold til Kommunehelsetjenesteloven også inkluderer *biologiske* miljøfaktorer.

Smittevernloven § 7–1 lister opp kommunens oppgaver på smittevernområdet. I § 2 er kommunelegens oppgaver listet opp.

Kommunehelsetjenesteloven § 3–5 pålegger kommunene å ha en kommunelege som medisinsk faglig rådgiver. Kommunelegen skal utøve lokal helsemyndighet på enkelte områder og ha en spesiell rådgivningsfunksjon innen områdene miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Oppgavene er dels av forebyggende natur og dels aksjonspreget. Den forebyggende siden omfatter nødvendig oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som finnes i kommunen. Den reaktive siden omfatter oppgaver og ansvar som må ivaretas når utbrudd truer eller har funnet sted.

### **Helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

Kommunene har også ansvaret for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne tjenesten er forankret i Lov om helsetjenesten i kommunene, § 1–3, samt *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* av 3. april 2003 nr. 450. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud til alle barn og unge fra 0–20 år, deres foreldre

og gravide.

Tjenesten har et omfattende fokus på individrettet oppfølging i form av kontroller og vaksinasjoner, men har også ansvar for befolkningsrettet arbeid, blant annet i skole og barnehager. Tjenesten omtales bredere i kapittel 7.

### **Skoler og barnehager**

Skolen og etter hvert også barnehagene er arenaer som når alle. De er viktige for framtidig folkehelse og for å inkludere bo-, nærmiljø og lokalsamfunn. Opplæringslovens § 9a slår fast at skoleeier har ansvar for å skape et fysisk og psykososialt miljø som fremmer elevens helse, trivsel og læring. Som eier og driver av barnehager og skoler har kommunen en betydelig innflytelse på barn og unges helse, både psykisk og fysisk. Viktige virkemidler er etablering av et godt læringsmiljø og utforming av ute- og inneområder slik at en får et godt samspill med kvaliteten på det pedagogiske innholdet i barnehager og skoler. Nasjonale myndigheter – både på helse- og utdanningsiden – bidrar til å understøtte dette arbeidet innenfor rammen av regelverket på området, dvs. Opplæringsloven kapittel 9a og *Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*.

### **Rusforebyggende arbeid**

Kommunene har stor handlefrihet på rusmiddelområdet. Det er kommunestyret (evt. bydelsutvalget) som utformer den lokale rusmiddelpolitikken. Kommunenes rusforebyggende arbeid omfatter så vel tilgjengelighetsregulerende virkemidler som tiltak rettet inn mot spesielle målgrupper. Etter Alkoholoven § 1–7d skal kommunene utarbeide alkoholpolitisk handlingsplan. Gjennom utformingen av lokal kontroll- og bevillingspolitikk har kommunene ansvar for noen av de mest sentrale virkemidlene for å redusere skadene av alkohol.

Det er en utfordring for kommunene å føre en alkoholpolitikk som balanserer næringsinteresser og sosiale og helsepolitiske hensyn. Undersøkelser fra SIRUS viser en betydelig økning i antall skjenkesteder de siste 30 årene. Antallet skjenkebevillinger er tredoblet siden 1980, og 80 prosent av bevillingshaverne har anledning til å skjenke brennevin (4).

### Tobakksforebygging

Rammene for det tobakksforebyggende arbeidet i Norge er gitt i Tobakksskadeloven. Kommunene er her gitt tilsynsmyndighet for Tobakksskadeloven § 12 om vern mot passiv røyking.

### Folkehelsekoordinator

Det er ikke krav til kommunene om å ha folkehelsekoordinatorer, men et betydelig antall kommuner har slike. Staten har siden 2004 gitt stimuleringsmidler til partnerskap for folkehelse via fylkeskommunene. Fylkeskommunene har satt som forutsetning for tildeling av midler til lokale partnerskap at kommunen har en lokal folkehelsekoordinator.

Den statlige ambisjonen med de lokale folkehelsekoordinatorer er å styrke den tverrsektorielle innretningen på kommunens folkehelsearbeid og å styrke den politiske forankringen. Viktige virkemidler er ivaretagelse av helsehensyn i kommunale planer og forankring av folkehelseansvaret i ulike deler av kommunen og lokalsamfunnet. Det følger av ny Plan- og bygningslov § 3-1f at kommunenes planer og planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

I tillegg til folkehelsekoordinatorer har en rekke kommuner såkalte SLT-koordinatorer (Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak). Disse har et statlig forankringspunkt i Det kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD). SLT-modellen er en tverretattlig samarbeidsmodell for lokale kriminalitetsforebyggende tiltak. Fra 2010 har Helse-

direktoratet et samarbeid med KRÅD omkring en ny ordning for lokale rusforebyggingskoordinatorer. Denne nye ordningen innebærer en utvidelse av SLT-modellen til også å gjelde rusforebyggende arbeid.

### Kommunenes ivaretagelse av ansvaret

Forventningene til kommunenes folkehelsearbeid er omfattende. Nyere evalueringsrapporter gir et bilde av i hvilken grad kommunene oppfyller disse forventningene (5; 6).

Evalueringene viser at det er stor variasjon mellom kommunene. En del kommuner ivaretar sitt ansvar på en svært god måte, gjennom høy politisk oppmerksomhet og gjennomføring av politikk for å fremme god helse. I disse kommunene har tjenestene kapasitet til et systematisk oppfølgingsarbeid med utgangspunkt i kommuneplanen.

Samtidig er det også et stort antall kommuner som preges av:

- Manglende oversikter over lokale utfordringer
- Manglende politisk forankring, blant annet manglende mål
- Lite sammenheng i arbeidet
- En krevende ressursituasjon og lav økonomisk prioritet.

Evalueringen av det miljørettede helsevernet viser at kommunene mener det er viktig med lokalt helsestatistisk arbeid. Nesten 70 prosent av kommunene anser dette for å være en del av miljørettet helsevern. Miljørettet helseverntjenesten deltar derimot bare i innhenting, utvikling og bruk av lokal helsestatistikk i 30 prosent av kommunene (5). Dette inntrykket støttes av andre vurderinger (7).

De fleste kommuner mangler oversikt over det lokale utfordringsbildet. Dette innebærer at kommunen mangler kunnskap om utfordringer som kan medføre betydelige økono-

miske, sosiale og menneskelige belastninger. Helseutfordringene blir dermed ikke tilstrekkelig ivaretatt i kommunens planer og drøftinger om innsatsområder og ressursbruk. Manglende kunnskap om lokale utfordringer hindrer også at befolkningens helse blir gjort til tema for lokal politikk.

### Miljørettet helsevern

Evalueringen av miljørettet helsevern (5) viser at utøvelsen av tjenesten er svært mangelfull i forhold til krav og intensjoner i regelverket. I større kommuner (>50 000 innbyggere) finnes eksempler på velfungerende miljørettet helsevern. Disse enhetene har til felles at de er gitt en sentral plass og rolle i organisasjonen til å kunne håndtere både løpende oppgaver og akutte hendelser, samt delta i planprosesser og på arenaer for lokal samhandling. De har relevant kompetanse, god oversikt over lokale påvirkningsfaktorer og kapasitet til å ha en aktiv rolle i lokalt forebyggende og helsefremmende arbeid.

Tjenesten er preget av teknisk-hygienisk arbeid og har liten kompetanse når det gjelder sosiale eller samfunnsmessige faktorer. Bare halvparten av kommunene anser miljørettet helsevern som en naturlig del av sitt folkehelsearbeid (5).

### Kommunelege

Det er i dag et krav i Kommunehelsetjenesteloven § 3–5 om at kommunene skal ha en

kommunelege. Det er imidlertid ikke satt normkrav om størrelsen på stillingen, og mange kommuner har kommuneleger i små deltidsstillinger. En av fylkesmennene rapporterer følgende: «*Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene er fortsatt lavt prioritert. Kombinasjonen av at ledelsen i kommunene etterspør det i liten grad, samt at stillingsressursene er små, medfører at kommunene i alt for liten grad nytter de muligheter de har til å planlegge og utvikle sine helsetjenester på en fremtidsrettet måte*» (7).

Hele 80 prosent av kommunene anslår at kommunelegen bruker mellom én og fem timer per uke for å ivareta helsetjenestens medvirkningsansvar, jf. § 1–4 i Kommunehelsetjenesteloven. Det er ikke tydelige forskjeller ut fra organisering (9). *Slik det er i dag, ser det ut til å være opp til den enkelte kommunelege å involvere seg i forebyggende folkehelsearbeid. Det betyr at det er en utfordring framover å nedfelle forebyggende perspektiver, og folkehelsearbeid generelt, i kommunelegerollen, slik at det ikke er tilfeldig og personavhengig hvorvidt dette fungerer* (8).

### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsedirektoratet initierte høsten 2009 en spørreundersøkelse til kommunene om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Resultatene viste at det finnes et utbygd tjenestetilbud i de fleste av landets kommuner, se tabell 1.

Likevel ser det ut til at disse tjenestene i mange kommuner har et kapasitetsproblem. Det er over lang tid observert en nedbygging og svekkelse av kommunenes tjenestetilbud på området (10–12). Funnene er bekreftet gjennom undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet med bruk av TNS Gallup høst/vinter 2009/2010. I begrenset grad dreier det seg om nedleggelse av selve tilbudene, derimot ser vi i større grad en svekkelse av personellressursene og særlig av tverrfaglighet i tilbudene. Dette ses hovedsakelig innen

**Tabell 6.1** Antall kommuner med helsestasjon og skolehelsetjeneste

	Har tilbud	Prosent
Helsestasjon	330	99,1
Skolehelsetjeneste	323	97
Helsestasjon for ungdom	264	79,3
Totalt én eller flere tjenester	333	100
Gjennomsnitt antall tilbud		2,8
Antall kommuner (N)	333	100

Kilde: Helsedirektoratet, 2010 (9)

skolehelsetjenesten.

En kartlegging av helsetjenestetilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenestene i Sør-Trøndelag, desember 2009, viser at:

- skolehelsetjenesten i mange kommuner er mangelfullt utbygd
- tjenesten har hatt en dreining fra primærforebygging til ivaretagelse av store sammensatte saker og tett oppfølging av enkelte barn og unge
- særlig det helsefremmende arbeidet i det anbefalte program for tjenesten innen helseopplysning blir nedprioritert
- mange kommuner har økonomiske utfordringer og må skjære ned på tilbudet til befolkningen.

Den observerte svekkelsen av disse forebyggende tjenestene står i kontrast til ambisjonene om økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon som er fremhevet i Samhandlingsreformen. En svekkelse av tilbudet er også i kontrast til den rolle helsestasjons- og skolehelsetjenesten er forutsatt å ha i samfunnets innsats for barn og unge, jf. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets rapport fra 2009: *Satsing på barn og ungdom* (11; 13).

### Rusforebyggende arbeid

Kommunenes rusforebyggende arbeid har ofte preg av å fokusere mer på narkotika enn alkohol, og mer på barn og unge enn på voksne. Dette til tross for at undersøkelser viser at alkoholrelaterte skader er et større samfunnsproblem enn narkotikarelaterte skader. Det rusforebyggende arbeidet dreier seg ofte om holdningsskapende arbeid blant barn og unge og forebyggende tiltak i skolen. SIRUS foretar årlig en kartlegging av kommunenes forvaltning av alkoholloven. Rapportene tyder på at kommunene over lang tid har prioritert næringspolitiske hensyn fremfor

folkehelsehensyn.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene utarbeider en helhetlig rusmiddelpolitisk plan der forvaltningen av alkoholloven inngår som et sentralt element i det rusforebyggende arbeidet. De fleste kommunene har nå utarbeidet en slik plan. Det er fortsatt en utfordring å følge opp planen slik at den bidrar til en mer restriktiv lokal alkoholpolitikk.

### Folkehelsekoordinator

Over 60 prosent av landets kommuner har inngått partnerskapsavtaler med fylkeskommunene. Når kommunene inngår en slik avtale, må de opprette en folkehelsekoordinatorstilling lokalt.

Ambisjonen er at de lokale folkehelsekoordinatorer skal jobbe på et strategisk nivå opp mot det politiske nivået. Det er en fordel om kommunene oppretter en egen folkehelsekoordinatorstilling, men evalueringer viser at stillingene ofte er små og plasseres ute på et tjenesteområde.

### Samlet vurdering

Det generelle inntrykket er at mange kommuner har et forbedringspotensial når det gjelder å se de ulike tjenestene og oppgavene i sammenheng. Bare halvparten av kommunene anser miljørettet helsevern som en naturlig del av sitt folkehelsearbeid.

Det er et gjennomgående trekk at kommunen ikke oppfatter at folkehelsearbeidet angår hele bredden av kommunens virksomhet, og at oppgaver på folkehelsefeltet ivaretas av fagpersoner, primært kommunelege, helsesøster og fysioterapeut.

Det er også Helsedirektoratets inntrykk at kommunene ikke oppfatter folkehelsearbeidet som lovpålagt (også det som skal gjøres etter Kommunehelsetjenesteloven §§ 1–2, 1–3 og 1–4). Dette kan være en forklaring på en lav prioritering av folkehelsearbeidet.

## Roller og ansvar i det regionale folkehelsearbeidet

Norge har 431 kommuner og halvparten av disse har under 5 000 innbyggere. Det er en generell utfordring for de små kommunene å ha tilstrekkelig kapasitet og rekruttere relevant kompetanse (14). Et hovedgrep i St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* var derfor å styrke det regionale nivået, dels for å gi bedre støtte til kommunenes arbeid, og dels fordi fylkeskommunene innehar en rekke virkemidler som har stor betydning for helse, blant annet videregående opplæring, kultur, tannhelsetjenesten og samferdsel. Fylkeskommunenes rolle som regional utvikler ble dessuten tydeliggjort gjennom St.meld. nr. 19 (2001–2002) *Nye oppgaver for lokaldemokratiet – regionalt og lokalt nivå*.

Rollen som regional utvikler er videre konkretisert og styrket gjennom St.meld. nr. 12 (2006–2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*. I behandlingen av St.meld. nr. 12 i Stortinget ba flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen om at det ble utredet å la folkehelsearbeidet gå fra en frivillig til en ordinær oppgave for regionalt folkevalgt nivå. Ot.prp. nr. 73 (2008–2009) *Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* forelå våren 2009, gjeldende fra 1. januar 2010.

Fylkeskommunene skal inkludere regionalt og lokalt folkehelsearbeid i det generelle regionale utviklingsarbeidet i fylket. Det gjør fylkeskommunen bl.a. ved å inngå samarbeidsavtaler med kommuner og øvrige aktører innen folkehelse på fylkesnivå.

I perioden 2003–2009 tok alle fylkeskommunene på seg et slikt koordineringsansvar (15). I 2003 var det stor variasjon mellom fylkeskommunene i deres ivaretagelse av folkehelsehensyn i fylkesplan og systematisk folkehelsearbeid mer generelt. I de siste årene er det Helsedirektoratets inntrykk at kvaliteten på fylkesdelplanene om folke-

helse er blitt bedre. Fylkeskommunene benytter sitt politiske handlingsrom til å foreta prioritering av innsatsområder, og dette er i økende grad knyttet sammen med fylkeskommunens rolle som planmyndighet og regional utvikler.

Fylkesmannen skal arbeide for at Stortingets og regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir gjennomført til beste for innbyggerne i fylket. På folkehelseområdet innebærer det å formidle statens faglige føringer til kommuner og andre aktører. Fylkesmannen skal også samordne statlig virksomhet i fylket. Bredden i folkehelsearbeidet tilsier et arbeid på tvers av de ulike sektoroppgavene fylkesmannen har. Fylkesmannen må også bidra til å koordinere innsatsen fra andre statlige myndigheter.

Fylkesmannen avgir uttalelser til kommunale planer innen ulike fagområder hvor embetet har sektormyndighet. Folkehelse er et slikt sektorområde. Folkehelsefaglige uttalelser til kommunenes planer er et virkemiddel for å formidle statlige mål og interesser.

Fylkesmannen skal ha ansvar knyttet til iverksetting av programmer, satsinger og tiltak på folkehelseområdet i de tilfellene der staten mener at iverksettingen skal gjøres på samme måte i alle kommuner.

Sluttevalueringen av partnerskapsmodellen og Helse i plan (16) viser at i de aller fleste fylker vurderes det faglige samarbeidet mellom fylkesmannen og fylkeskommunen om folkehelsearbeidet som godt. Det har likevel vært pekt på behovet for å tydeliggjøre ansvarsdelingen mellom fylkeskommunen og fylkesmannen på folkehelseområdet. Følgende føringer ligger til grunn for arbeidsfordelingen mellom fylkesmannen og fylkeskommunen:

- Fylkesmannsinstruksen
- St.meld. nr. 12 (2006–2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*
- Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

For folkehelsearbeidets vedkommende kan de overordnede føringer konkretiseres slik:

#### Fylkesmannen:

- Formidler Stortingets og regjeringens føringer på folkehelsefeltet til aktørene i fylket og skal bidra til at viktige statlige mål og interesser blir forstått og ivaretatt av kommunene.
- Tar hånd om strategier, satsinger og tiltak som staten mener skal iverksettes likt i alle deler av landet.
- Gir veiledning som sektormyndighet innen flere sektorer med relevans for folkehelsen, men har særlig fokus på helsesektorens forebyggende og helsefremmende innsats.

#### Fylkeskommunen:

- Ivaretar helsehensyn og fremmer helse i regional planlegging og i fylkeskommunens rolle som regional utviklingsaktør.
- Tar hånd om strategier, satsinger og tiltak hvor det er regionalt politisk handlingsrom, slik at arbeidet kan iverksettes med regionale tilpasninger.
- Har særlig fokus på det brede og tverrsektorielle aspektet ved folkehelsearbeidet i sin veiledning overfor kommunene, bl.a. planveilederansvar etter Plan- og bygningsloven.

Basert på disse punktene må fylkesmannen og fylkeskommunen avklare fordelingen av oppgaver og ansvar i et nært og løpende samarbeid.

## Forebygging av dropout og utjevning av helseforskjeller i videregående skole i Østfold

Med utgangspunkt i at 21,5 prosent av alle elever i videregående skoler i Østfold strøk i ett eller flere fag og at ca 15 prosent droppet ut før eksamen, har Østfold fylkeskommune satt i verk en bred satsning for å redusere drop-out og utjevne helseforskjeller i den videregående skolen.

### Her er noen av tiltakene fylkeskommunen rapporterer om:

- Hver skole måles på frafall.
- Sosialarbeidere plasseres ut på utvalgte skoler for å ta tak i de sosiale problemene elevene sliter med.
- Rådgivningstjenesten er styrket og delt i karriereveiledning og sosialpedagogisk veiledning. Alle rådgiverne har fått kompetanseheving med studiepoeng.
- I alle regioner er det etablert innføringsklasser for fremmedspråklige.
- Ved noen skoler er det leksehjelpsordninger, dette vil bli utvidet i 2010.
- Det arbeides med å bedre kommunikasjonen mellom grunnskole og videregående skole, vi vet at det er i grunnskolen grunnlaget legges.
- For å gjøre realfag mer spennende og attraktive er det inngått samarbeid med ulike fagmiljøer og det lokale arbeidsliv.
- Kompetanseheving av lærere.
- Det er vedtatt et politisk mål om å styrke helse-tjenesten på de videregående skolene til minimum 10 prosent helsesøster-stilling pr 100 elever.
- Hvert år gis det tilbud om kompetanseheving av helsesøstrene.
- Østfold fylkesting har vedtatt at alle videregående skoler skal være snus- og røykfrie.
- Alle videregående skoler i fylket har tilbud om enten frokost eller frukt og grønt. Dette blir tatt godt imot, og lærerne mener elevene er mer konsentrerte og lærer mer.
- Det selges ikke brus eller godterier i kantiner eller i automater på skolene. Det er utarbeidet retningslinjer for kantinen på de videregående skolene og kantinepersonalet har fått kompetanseheving over tre samlinger.
- I 2009 ble det gjennomført sommerskole i yrkesrettet matematikk. Av 45 som tok eksamen var det 87 prosent som stod og mange med gode karakterer.

## Andre aktører i det regionale folkehelsearbeidet

### Utdanningsinstitusjonene

Styrket regional og lokal kompetanse om folkehelsearbeid er en forutsetning for å lykkes med det kommunale og lokale folkehelsearbeidet. Her har landets høyskoler og universiteter en avgjørende rolle.

En sammenstilling i 2007 (7) viste at omkring halvparten av fylkeskommunene har et folkehelsesamarbeid med lokale høyskoler. Samarbeidet knytter seg ofte til kompetansehevende tiltak, fra kortere kurs til mastergrader i folkehelsevitenskap. I mange fylker er dessuten høyskolene representert i det regionale samarbeidsorganet for folkehelsearbeidet.

### Frivillig sektor

Frivillig sektor spiller en betydelig rolle i folkehelsearbeidet på fylkesnivå. Hovedformålene til de frivillige organisasjonene er svært ulike, men kan hver på sin måte være til nytte i arbeidet. Noen organisasjoner har som hovedmål å tilby aktivitet (f.eks. Norges Idrettsforbund og Norges Musikkorps Forbund). Noen fokuserer på å sikre innsyn, medvirkning og representasjon i prosesser som har betydning for dem (f.eks. Mental helse og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon), mens andre har elementer av begge deler (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Norges astma- og allergiforbund og Kreftforeningen).

Betydningen av frivillige organisasjoner kan oppsummeres i følgende punkter:

- **Primæraktivitet:** Frivillig sektor tilbyr aktivitet og opplevelser som gir mestring, mening, fellesskap, tilhørighet, glede og vekstmuligheter. Det er åpenbart at dette er viktige bestanddeler i mange menneskers liv.

- **Vinkle initiativ i folkehelseerettning:** Folkehelsearbeidet har først og fremst fokus på brede befolkningsrettede strategier, og på å bygge opp ressurser for god helse. Disse prinsippene kan også brukes som beskrivelse på store deler av frivillig sektor. Det ligger et stort potensial og en merverdi i at frivillig sektor er klar over sin mulighet til å gi slike helsefremmende bidrag til samfunnet.
- **Kompetanse:** Frivillig sektor er full av mennesker med høy kompetanse, både profesjonelle og amatører. Denne kompetansen kan være til stor nytte for de øvrige aktørene i et regionalt folkehelsearbeid.

Det er store variasjoner i organisasjoner som har orientert seg inn mot partnerskap som samarbeidsarena. Det er særlig idrettskretsene, kreftforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelsen som deltar, mens frivillige organisasjoner som er sosialt rettede, ruspolitisk orienterte eller knyttet til psykisk helse i mindre grad er involvert.

### KS – kommunenes interesseorganisasjon

Kommunene har det primære ansvaret for helsefremmende og forebyggende arbeid lokalt. Mange folkehelseaktører på fylkesnivå har oppgaver som innebærer samhandling med kommunene. Her kan KS spille en viktig rolle. KS har etablert partnersamarbeid med flere fylkeskommuner, men det er Helsedirektoratets inntrykk at potensialet i samarbeidet er langt større enn det som er hentet ut så langt.

### Arbeidslivets parter

Forhold i arbeidslivet har stor betydning for arbeidstakeres helse. Dette omfatter negative konsekvenser av å stå utenfor arbeidslivet, helsefare relatert til arbeidsmiljøbelastninger, men også de helsefremmende sidene i form av inkludering i et sosialt felles-

skap og det meningsfulle i å skape. I følge Arbeidsmiljøloven §1–1 (lovens formål) og 3–1 (krav til systematisk HMS-arbeid) skal arbeidsgiver sikre et grunnlag for helsefremmende og meningsfylt arbeidsmiljø, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet. Både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden har interesse av de gevinstene som kan høstes i arbeidslivet ved langsiktig helsefremmende og forebyggende arbeid. Stikkord her er arbeidsglede, fellesskap, trivsel, lavere sykefravær og økt produktivitet. Partene i arbeidslivet bør derfor være viktige medspillere i den videre utviklingen av partnerskap for folkehelse i fylkene.

### Kompetansesentre

Det finnes en rekke kompetansesentre og ressursmiljøer som skal gi faglige støtte og kompetanse til behandlende helsetjenester. Slik er det i liten grad i forhold til folkehelsearbeid. Et unntak fra dette er de sju regionale kompetansesentrene på rusfeltet. Disse kompetansesentrene ble etablert i 1994-95. Opprinnelig var oppgaven å utvikle rusfaglig kompetanse i de kommunale helse- og sosialtjenestene, men over tid har sentrene også fått i oppgave å styrke det lokale rusforebyggende arbeidet i kommunene.

Spesialisthelsetjenesten har et generelt ansvar for å være kompetansestøtte overfor kommunehelsetjenesten. Dette gjelder også innenfor det forebyggende arbeidet. Det er et potensial i å utvikle deres rolle overfor kommunene på områder der spesialisthelsetjenesten besitter betydelig kompetanse. Spesialisthelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet drøftes nærmere i kapittel 7.

## Nasjonalt utviklingsarbeid de senere årene

De siste 20 årene har staten gjennomført omfattende nasjonale satsinger for å støtte det lokale folkehelsearbeidet.

*Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet* var et omfattende statlig program der siktemålet var å stimulere til økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Programmet foregikk fra 1989 til 1994. På regionalt nivå var programmet forankret hos fylkeslegene. Gjennom Samlet plan ble det gitt tilskudd til kommunale prosjekter, og helsetjenesten hadde det administrative ansvaret for disse.

I Samlet plan ble det fokusert på helsetjenestens rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid. Det ble satt fokus på tverrsektorielt samarbeid, med utgangspunkt i helsetjenesten. Helsetjenesten skulle fungere som pådriver overfor andre sektorer, både når det gjelder tverrsektorielt samarbeid og økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Staten ga penger til kommunale prosjekter for å prøve ut organisasjonsmodeller og tiltak over en tidsperiode. Hensikten var at kommunene skulle videreføre prosjektet og integrere dem i kommunale budsjetter etter at forsøksperioden var over. Evalueringer i ettertid viste imidlertid at satsinger forankret i et lokalt helsetjenestesystem lett ble frikoblet fra det øvrige kommunale systemet, og dermed liggende på siden av ordinær virksomhet.

Evalueringene fra de nasjonale folkehelse-satsingene gav en erkjennelse av at Norge ikke hadde lyktes med å oppnå et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid i landets kommuner (17). Tiltakene som satsingen finansierte manglet forankring i ordinær virksomhet og forble prosjekter på yttersiden av øvrig virksomhet. Det var derfor nødvendig å



løfte folkehelseutfordringene inn på lokalpolitikerens bord, i de ordinære plan- og beslutningsprosessene.

Den videre retningen for folkehelsearbeidet ble blant annet trukket opp i NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle*. Her fremhevet Ellingsenutvalget blant annet:

*«...viktigheten av at folkehelsearbeidet må forankres lokalt, i lokalsamfunnet der folk bor og virker. Folkehelsearbeidet er først og fremst en politikerjobb. Folkehelsearbeid er ikke primært en sak for helsesektoren. Skal vi lykkes, krever det samspill mellom mange aktører, borgerne selv, offentlige sektorer, frivillige organisasjoner. Med felles innsats og pågangsmot går det an å gjøre det som synes umulig, mulig» (18).*

St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* la derfor til grunn et kommuneperspektiv på kommunalt folkehelsearbeid. Fremfor å rette innsatsen mot helsetjenesten som sektor ble det lagt vekt på å klargjøre kommunens totale og helhetlige politiske ansvar for folkehelsearbeidet. Statens rolle blir da å støtte et tverrsektorielt folkehelsearbeid som arbeider nedenfra og opp. Ambisjonene for det videre arbeidet med å styrke lokalt folkehelsearbeid ble derfor at kommunene må utvikle:

- Et tydelig lokalt bilde av de lokale folkehelseutfordringene
- Politisk eierskap og at folkehelsearbeidet er forankret i kommuneplanen
- Tilstrekkelig kapasitet til å utvikle, gjennomføre og evaluere på kunnskapsbasert vis
- Tverrsektorielt samarbeid gjennom partnerskapsamarbeid

Nedenfor utdypes disse statlige ambisjonene, samt Helsedirektoratets oppfølging av statlige mål.

## **Lokal oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer**

Lokalt folkehelsearbeid krever et sterkt lokalt engasjement med utgangspunkt i lokalsamfunnet og kommunestyret. Først når lokalsamfunnet og kommunen eier utfordringene og utnytter mulighetsrommet som finnes lokalt, er det mulig å oppnå betydelige resultater.

Den nye Planloven fra 2009 (19) understreker helsehensyn i kommunal planlegging. Det er et nasjonalt mål at kommunene skal benytte kommuneplanens samfunnsdel som styringsverktøy for å integrere folkehelse i kommunal politikk og tiltak. For at kommunene skal kunne gjennomføre god folkehelseplanlegging trenger de tilgang til god kunnskap om forhold i kommunen.

For å bidra til lokalt engasjement har staten tilgjengeliggjort statistikk og annen informasjon om landets kommuner på nettstedet Kommunehelseprofiler. Verktøyet har blitt utviklet i samarbeid med norske kommuner som har vært pådrivere for en slik tilrettelegging. Informasjonen kan danne grunnlag for å formulere et lokalt utfordringsbilde over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer.

En evaluering viser at mange kommunale aktører ikke kjenner til nettstedet og statistikkverktøyet Kommunehelseprofiler (20). Evalueringen viser likevel at nettstedet har et potensial fordi det samler offentlig informasjon om folkehelse relaterte tema og kunnskap om kommunene på ett sted. Kommuner som bruker nettstedet finner det nyttig og mener at kommunehelseprofilene gir relevant kunnskap for folkehelsearbeidet. De fleste som har vært inne på hjemmesidene vurderer kommunehelseprofilene som et godt statistikkverktøy.

I lys av folkehelseloven for landets fylkeskommuner har Helsedirektoratet tatt initiativ til en arbeidsgruppe som skal utforme et rammeverk for fylkeshelseprofiler, herunder regionale befolkningsundersøkelser om folke-

## Kommnehelseprofiler

Nettstedet kommnehelseprofiler.no ble lansert i 2005 for å støtte kommunene med data om lokale folkehelseutfordringer. Nettstedet inneholder følgende:

- Statistikkverktøyet Kommnehelseprofiler, som tilbyr statistisk behandlet og tilrettelagt kunnskap på kommune- og fylkesnivå. Indikatorene i verktøyet er inndelt i fire kategorier: 1) Risikofaktorer og beskyttende faktorer, 2) Helsetjenester, 3) Demografiske og sosioøkonomiske data og 4) Helsetilstand
- Kommunebarometer, som er en ferdig oppstilt figur der gitte indikatorer inngår. Figuren gjør det mulig å sammenligne gjennomsnittsscore på indikatorene i egen kommune med eget fylke og med landsgjennomsnittet
- Startsidene Aktuelt, med stoff som er av interesse for kommunene
- Faktaark, som fungerer som supplement til tallene i statistikkverktøyet
- Tiltakspakkene, som inneholder handlingsplaner, veiledere, stortingsmeldinger og lignende
- Gode eksempler fra lokalt folkehelsearbeid
- Dokumenterte effekter av tiltak, resultat fra forskning, programmer og satsninger

helse. Det er et mål at fylkesoversiktene skal være utgangspunkt også for kommunenes arbeid. Det er dessuten igangsatt arbeid med å tilgjengeliggjøre nye data til kommunene, blant annet med utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister.

### Politisk eierskap og forankring i plan

*Resept for et sunnere Norge* (2002–2003) og arbeidet med ny plandel i Plan- og bygningsloven (NOU2001:14 og NOU 2003:14) la et nytt grunnlag for den brede tverrsektorielle folkehelseinlærningen, med forankring i kommunale planer og styringsdokumenter.

St.meld. nr. 16 (2002–2003) understreker at folkehelsearbeid bør forankres i demokratiske institusjoner og inngå i ordinære plan- og styringssystemer. Det følger også av ny Plan- og bygningslov § 3-1f, at kommunenes planer skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter ny plandel av Plan- og bygningsloven er fokus i planleggingen mer rettet inn mot kommuneplanens samfunnsdel, som legger føringer om at denne «legges til grunn» eller skal gi «retningslinjer» for arealbruken. Dette styrker kommunene som samfunnsutvikler.

Den nye Plan- og bygningsloven gir større muligheter til å fokusere på samfunnsutvikling som levekår, livskvalitet, folkehelse, kultur-

opplevelser, identitet, tilhørighet og frivillighet (21). Folkehelse inngår som en av flere viktige brikker i utviklingen av kommunene som lokalsamfunn.

Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet iverksatte i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet satsingen *Helse i plan* i perioden 2006–2010. Hovedmålene for arbeidet har vært:

1. Å styrke folkehelsen ved å forankre ulike folkehelse tiltak, kommunalt og regionalt, ved bruk av plan- og bygningsloven som verktøy
2. Å utvikle og tilrettelegge for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren.

31 kommuner har medvirket i Helse i plan-satsingen. Folkehelse er gjennom utprøvningsarbeidet blitt integrert i kommuneplanens samfunnsdel og kommuneplanens arealdel. Folkehelsesatsinger er synliggjort i de fleste kommuners økonomiplan. I tillegg har mange av kommunene utarbeidet egne temaplaner eller kommunedelplaner på folkehelse, eller integrert folkehelsearbeidet i planer som tilhører andre sektorer.

Evalueringene av Helse i plan (16; 22) tyder på at kommuner har utviklet forståelse for at

viktige forhold ved befolkningens helse må ivaretas gjennom planlegging. Folkehelsearbeidet dreier seg om påvirkningsfaktorene for god eller dårlig helse. Disse påvirkningsfaktorene kan befinne seg i alle deler av kommunens virksomhet, eller utenfor kommunens organisasjon. Politisk og administrativ ledelse ser at befolkningens helse gis betydning i fagmiljøene som planlegger for kommunens utfordringer. Det fører til at folkehelse temaet oppfattes som mer interessant for beslutningstakere.

Evalueringen viser at hensynet til befolkningens helse er best ivaretatt i de plantyper som har minst økonomiske konsekvenser. Det er i økonomiplanen at folkehelse har fått dårligst gjennomslag på kort sikt, men gjennomslaget har vært økende.

Tilsvarende satsinger finnes innen det rusforebyggende arbeidet, med utgangspunkt i plankravet i Alkoholloven. Etter Alkoholloven § 1–7d er kommunen pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Det har vært en betydelig satsing for å stimulere kommunene

## Helse i plan: Eksempler på tiltak

**Regionalt nivå:** Møre og Romsdal. Fokus på Helse i plan har bl.a. ført til:

- Ny transportplanstrategi for gående og syklende for 2010–2020
- Helseaspektet er tatt inn som eget tema i Tettstedsprogrammet i fylket
- Temadager om Helse i plan
- Helse i plan er nedfelt i partnerskapsavtalene
- Helse i plan er i fokus i arbeidet med omsorgsplan 2005
- Helse i plan er nedfelt i eget samarbeidsområdet mellom fylkesmannen og fylkeskommunen
- Kompetansebygging av folkehelseperspektivet i samferdsels-, kultur- og næringssektorene

En regional arbeidsgruppe bestående av planseksjonen (fylkeskommunen), helse- og sosialavdelingen (fylkesmannen) og kulturavdelingen (fylkeskommunen) har driftet Helse i plan i fylket.

**Kommunalt nivå:** Volda kommune

- folkehelseperspektivet er nedfelt i kommuneplanens samfunnsdel: «Helse og miljøomsyn skal byggjast inn i all kommunal verksemd med sikte på å fremje helse, førebygge sjukdom og skade på menneske og miljø, verne om kultur, økosystem og biologisk mangfald»
- realiseringen av målsettingen forutsetter bedre forståelse av plan som handlingsgrunnlag på alle fagnivå, bedre kunnskap om planprosesser og medvirkning, bedre helsefaglig kunnskap som grunnlag for sak/plan og helsefaglig bidrag i planutforming der forebyggingsperspektivet er sentralt
- helseperspektivet er nedfelt i flere planer (både som hovedmål og delmål); bl.a. i kommunedelplan (areal) for Volda sentrum, i boligsosial handlingsplan, i plan for fysisk aktivitet og anlegg for idrett-, friluftsliv og nærmiljø, kosthold og ernæring
- det faste planutvalget i kommunen er styringsgruppe for Helse i plan, det er planlegger som koordinerer arbeidet. En kommunal arbeidsgruppe består av to planleggere, kommuneoverlegen, helsesøster, folkehelsekoordinator, kultur- og næringsrådgiver og barnerepresentanten. Prosjektet er godt forankret politisk
- Helse i plan har bidratt til bl.a. til ulike interne opplæringstiltak for politikere og administrativt tilsatte

Det vises for øvrig til *Helse i plan i Møre og Romsdal 2006-2010: Erfaringsrapport og sjekklister*.

til å utvikle rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Helsedirektoratet har utgitt en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan (23), de regionale kompetansesentrene på rusfeltet har bistått kommunene, og det er etablert en nettbasert tjeneste til hjelp for kommunene i planarbeidet ([www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no)). I 2004 hadde 134 (34 prosent) kommuner rusmiddelpolitisk plan. I 2008 hadde 249 kommuner rusmiddelpolitisk handlingsplan, 124 hadde både alkoholpolitisk og rusmiddelpolitisk handlingsplan og 24 hadde interkommunal plan. Bare 23 kommuner hadde ikke utarbeidet plan.

En del kommuner har dessuten utarbeidet egne planer for fysisk aktivitet og friluftsliv i forbindelse med oppfyllelse av plankravet som er knyttet til tildeling av de såkalte spillemidlene, til etablering av idrettsanlegg.

### **Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse**

Selv om folkehelsearbeid krever politisk forankring, stilles det også store forventninger til det lokale apparatet som skal utvikle, gjennomføre og evaluere folkehelsearbeidet på kunnskapsbasert vis. En viktig strategi i St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* var derfor å utvikle og styrke en infrastruktur for det lokale folkehelsearbeidet. En egen tilskuddsordning til lokale folkehelsekoordinatorer og lokale partnerskap ble initiert gjennom landets fylkeskommuner. Ordningen har imidlertid hatt begrensede ressurser (fra 10 mill. kr i 2004 til om lag 40 mill. kr i 2009) til et apparat i alle landets kommuner. Midlene er fra 2010 lagt inn i rammen til landets fylkeskommuner.

Gjennom disse årene har midlene muliggjort etablering av folkehelsekoordinatorer i en lang rekke kommuner. Det er likevel store utfordringer knyttet til statens muligheter for å bygge kapasitet i kommunene. Evalueringen av partnerskapsatsingen viser at i mange kommuner blir folkehelsekoordinatorstillingen

lagt på toppen av en eksisterende annen stilling i en svært liten stillingsprosent (16).

I tillegg til kapasitet er også organisatorisk plassering viktig for å kunne løse oppgaver. Folkehelsekoordinatorene i kommunene peker på hvor avgjørende folkehelsearbeidets plassering i kommuneorganisasjonen er (16). I kommunene er folkehelsekoordinatoren plassert på alle nivåer i organisasjonene, fra rådmannens stab til ute i avdelingene. Mange opplever at jo høyere opp i hierarkiet koordinatorfunksjonen er plassert, jo større fokus får folkehelsearbeidet, både administrativt og politisk. Evalueringen viser også at mange lokale folkehelsekoordinatorer etterlyser et klarere mandat for arbeidet sitt. Flere av koordinatorene i kommunene bruker fremdeles en del tid på å definere sin egen rolle; skal de være aktivitetsskaper, støttespiller og motivasjonsskaper, kontrollør, pådriver i egen organisasjon, eller er det helt andre funksjoner som skal fylles?

En tilsvarende beskrivelse passer også på kommunelegefunksjonen, der stillingen ofte kombineres med fastlegepraksis, der det er høy turnover og der kommunelegens ansvar kan være uklar.

Det siste året har gitt oss erfaringer omkring statlige virkemidler for å styrke kommunenes kapasitet. Som en oppfølging av Samhandlingsreformen fikk kommunene 230 mill. kr i økt rammetilskudd for å styrke folkehelsearbeidet, med vekt på de forebyggende helsetjenestene. Satsingen er omtalt i St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* og i Statsbudsjettet for 2010.

Helsedirektoratet ba landets fylkesmenn om en rapport om kommunenes oppfølging av midlene til forebyggende helsetjenester. Tilbakemeldingene bygger på fylkesmennenes inntrykk og gir ikke nødvendigvis et dekkende bilde. Inntrykket er likevel at det er eksempler på styrking av de forebyggende helsetjenestene, men at det store bildet er at

styrkingen foreløpig ikke har resultert i forsterket innsats. Det er få prosjekter som retter seg mot primærforebygging. Fylkesmannen mener at så lenge inntektssystemet til helseforetakene, og i en viss grad kommunene, er basert på at brukerne allerede har utviklet sykdom, vil motivasjonen til å etablere reelle primærforebyggende tiltak være lav, tross tilskudd og ulike prosjektmidler.

Rapporteringen synliggjør et styringsmessig dilemma. På den ene side er det både riktig og ønskelig at kommunenes lovpålagte ansvar finansieres gjennom rammetilskudd. Det er med på å ansvarliggjøre det lokalpolitiske systemet og den administrative ledelsen i kommunen. På den annen side er det kjennetegn ved folkehelsearbeidet og de forebyggende tjenestene som tilsier bruk av ytterligere styringsvirkemidler fra statens side.

Innad i helsesektoren er det vanskelig å sikre god nok prioritering av forebygging og folkehelse. Med utgangspunkt i en gitt sum med ressurser hvor valget er å prioritere mellom behandling og forebygging, er det vanskelig å flytte ressurser fra behandling til forebygging. I behandling står man overfor definerte individers mer eller mindre akutte behov.

I prioriteringsdiskusjoner er det stort press knyttet til å yte ulike kurative tjenester og pleie- og omsorgstjenester. Dette skyldes bl.a. at bak ulike sykdomsgrupper står det interesseforeninger og definerte individers behov. En pressgruppestyrt helsetjeneste vil bidra til å øke sosiale helseforskjeller, fordi det er de ressurssterke som etterspør tjenester. Forebyggende tjenester er dels rettet mot personer som ikke etterspør dem selv, man kan i liten grad peke på hvilke enkeltindivider som blir spart for problemer i fremtiden, og dels ligger effekten så langt fram i tid at det ofte er politisk uinteressant.

Det kan være behov for å vurdere andre styringsvirkemidler, for eksempel bruk av

øremerkede tilskudd for å øke kapasiteten. Staten vil da ha større mulighet til å sikre prioritering av midler til forebygging og folkehelsearbeid.

Et annet styringsvirkemiddel er krav i regelverk. Regjeringen vil høsten 2010 sende på høring et forslag til en ny folkehelselov. Utfordringen er å utforme en lov som i større grad følges opp enn det kravene i blant annet kommunehelsetjenesteloven har blitt, og å sikre en omfattende implementering.

### **Tverrsektorielt arbeid gjennom partnerskapsamarbeid**

Helse skapes i hovedsak ikke i helsetjenesten, men i samfunnet for øvrig. Det krever mobilisering av ulike aktører lokalt, både innen offentlig, privat og frivillig sektor, og i et bredt samspill mellom lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Grepene som ble lansert i St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*, var den såkalte partnerskapsmodellen.

Partnerskap for folkehelse ble lansert som en arbeidsform for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Tiltaket er et verktøy som skal

- medvirke til bevisstgjøring og mobilisering, nye arbeidsmåter og samarbeidsmåter
- medvirke til utvikling av strategier og planforankringsmodeller i folkehelsearbeidet
- bedre relasjonene på tvers av tradisjonelle skillelinjer, og være sektor- og nivåovergripende både på kommunalt og regionalt nivå.

Stortingsmeldingen ga klare føringer om at folkehelsearbeidet skulle organiseres som et partnerskap, både på fylkesnivå og på kommunenivå. Dette er i stor grad tatt til følge på fylkesnivå, med fylkeskommunene som koordinator og midtpunkt. Partnerskapet i regi av fylkeskommunene har omfattet kommuner på den ene siden og samarbeidspartnere på

fylkesnivå på den andre siden.

Helse i plan-satsingen og Partnerskap for folkehelse er evaluert i prosjektperioden (16; 22). Folkehelsekoordinatorer på fylkes- og kommunenivå har blitt intervjuet om hvilke effekter de opplever at arbeidet med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse har hatt, og utfordringene de opplever at de står overfor.

På kommunenivå oppleves Helse i plan og Partnerskap for folkehelse å ha gitt:

- økt kompetanse
- mer tverrfaglig samarbeid
- bedre samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene
- bedre samarbeid mellom sektorer (offentlig – frivillig)
- økning i antall praktiske folkehelse-tiltak

Aktørene i kommunene opplever at arbeidet med tiltakene har gitt økt kompetanse på folkehelse, både politisk og administrativt. Det har også ført til gjensidig forståelse mellom fagetatene. Frivillig sektor bidrar dessuten i større grad med sin kompetanse.

På fylkeskommunalt nivå påpekes det at fylkeskommunens rolle som støttespiller overfor kommunene og som regional utviklingsaktør, er styrket. Fylkeskommunene har styrket sin kompetanse gjennom arbeidet. Dette har i sin tur har kommet kommunene til gode.

Tverrfaglige samarbeidsgrupper er etablert mange steder. Dette legger til rette for helhetlig forvaltning. De som jobber med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, mener at økt fokus og noe bedre vilkår for folkehelsearbeidet er resultat av en modningsprosess. I noen kommuner er prosjektfasen over, og folkehelseperspektivene er nedfelt i organisasjonen, ofte gjennom folkehelseplanen. Særlig Helse i plan har blitt omtalt som *optimalt grense- og etatsoverskridende* (16). De involverte ser at det handler om å skape prosesser på tvers av fag for å kunne se helse- og plankompe-

tanse i sammenheng. Helse i plan blir oppfattet som et viktig verktøy i kommunenes samfunnsutviklingsarbeid.

Flere melder om godt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. I første rekke gjelder det samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner. Særlig godt jobber en på tvers av forvaltningsnivåene når det gjelder aktivitet i skolen.

Samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor har også blitt bedre som følge av arbeidet med tiltakene. Begge parter har sett fordelene ved gjensidig forpliktende arbeid. Samarbeidet har medvirket til flere lavterskeltilbud, og til at grupper som ofte ikke deltar i annen organisert aktivitet, nås i folkehelsearbeidet.

De langsiktige tidsperspektivene som

## Eksempel på samarbeidsavtale mellom kommune og fylkeskommune

### Kommunens forpliktelser:

1. Kommunestyrevedtak for å forankre folkehelsearbeidet
2. Opprettelse av stilling som koordinator
3. Opprettelse av tverrfaglig arbeidsgruppe med medvirkning fra frivillig sektor
4. Utarbeidelse av en handlingsplan for arbeidet
5. Forankring av folkehelsearbeidet i kommunalt planverk
6. Kommunal finansiering tilsvarende det som gis i støtte fra fylkeskommunen
7. Synliggjøring av folkehelsearbeidet på kommunens nettside

### Fylkeskommunens forpliktelser:

1. Bidra med økonomisk støtte til kommunenes folkehelsearbeid
2. Bidra fortløpende med faglig støtte
3. Drifte nettverket for kommunenes folkehelsekoordinatorer
4. Koordinere kompetansehevingstilbud for kommunene ved behov
5. Gjennomføre en årlig folkehelsekonferanse
6. Informere fortløpende om folkehelsearbeidet i fylket på fylkeskommunens hjemmesider

tiltakene har hatt, har vært avgjørende for å oppnå effektene som er omtalt ovenfor. I tillegg trekkes *fylkeskommunens rolle* fram. Gjennom deres *økte kompetanse, nettverkene* de har tilbudt kommunene og *de ferdig utformede* opplegg mange fylkeskommuner har stilt til rådighet, har de vært en viktig støtte for kommunene. Fylkeskommunene har nå god erfaring med å organisere nettverk og fungere som faglige støttespillere for kommunene på folkehelsefeltet. Det er grunn til å tro at det er et direkte resultat av utviklingsarbeidet fylkeskommunene har hatt gjennom Helse i plan og Partnerskap for folkehelse.

I flere kommuner tar *kommunelegene* et større ansvar for folkehelsesamarbeidet generelt, og for arbeidet med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse spesielt. Til tross for at de fleste aktørene opplever at tiltakene har hatt positive effekter for folkehelsearbeidet i kommunen, ser de også store utfordringer i det videre arbeidet.

### **Nasjonale mål og lokale prioriteringer**

St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* markerte en forsterket satsing på helseutfordringer knyttet til sunnere kosthold, redusert tobakksbruk, økt fysisk aktivitet, redusert rusmiddelbruk og bedre psykisk helse.

En forutsetning for å nå målene på disse områdene er betydelig lokalt engasjement og innsats. Parallelt med et tydelig kommuneperspektiv hadde stortingsmeldingen paradoksalt også klare forventninger om kommunenes prioriteringer.

Flere evalueringsrapporter de senere årene har beskrevet erfaringer med statlig styring av lokale folkehelse tiltak, og konklusjonene spriker. En evaluering fra SIRUS (24) av det såkalte Regionsprosjektet (2004–2006) fremhevet at en tiltaksmeny med 12 anbefalte forebyggingstiltak gjorde det vanskeligere for kommunene å få et eierforhold til prosjektet. Videre pekte SIRUS på at Helsedirektoratets sty-

ring «i oppstartfasen var ganske sterk og detaljorientert. Samtidig var kommunikasjonen fra sentralt til lokalt nivå uklar, både med hensyn til prosjektets tidsrammer, fordeling av økonomiske midler og pilotkommunenes mulighet for å velge tiltak som direktoratet ikke hadde anbefalt. De uklare signalene fra sentralt nivå førte både til frustrasjon og forsinket oppstart av den forebyggende innsatsen i kommunene».

Handlingsplan for fysisk aktivitet ble evaluert i 2009. Implementeringen av tiltak rettet mot regionalt og lokalt nivå ble i stor grad gjennomført gjennom de generelle folkehelsestrukturene. I motsetning til evalueringen av Regionsprosjektet konkluderer denne evalueringsrapporten med at partnerskap som styringsform er for tilfeldig til å fungere effektivt i en målrettet strategi mot utøvende aktører i primærmålgruppen, f.eks. frivillig sektor. I den videre oppfølging bør det sentrale spørsmålet være hvordan man mest kostnadseffektivt øker aktivitetsnivået blant inaktive (25).

Mens økonomiske ressurser har muliggjort betydelig lokal satsing på rusforebygging og psykisk helse, så har grepet på de tre andre innsatsområdene vært mer avgrenset og indirekte. Staten har de siste årene arbeidet for å kunne tilby tematiske satsinger som ferdige «pakker» til bruk lokalt. Intensjonen har vært å sikre at effektene av programmene hentes ut uansett hvor de tas i bruk. Målet har vært at faglige konsepter som tilbys kommunene skal være

- kunnskapsbaserte
- utprøvde og evaluerte
- enkle å iverksette lokalt
- billige eller gratis å ta i bruk
- med ferdiglaget materiell, inkludert grafisk utforming.

De tematiske satsingene som staten har lansert har i varierende grad oppfylt disse kriteriene. Likevel tyder tilbakemeldinger fra

## Noen eksempler på nasjonale tematiske satsinger:

- Bedre helse på 1-2-30
- Aktive skolebarn
- Skolefrukt
- Bra mat for bedre helse
- Fysisk aktivitet og måltider i skolen
- Grønn resept
- Lokale kurstilbud innen røykeslutt
- FRI-programmet
- Tobakksforebygging i arbeidslivet
- Psykisk helse i skolen
- Veileder i rusmiddelpolitisk handlingsplan og tidlig intervensjon overfor utsatte grupper
- Frisklivssentraler
- Kommnehelseprofiler
- Kommunebarometeret
- Helse i plan
- Helsesamtale/motiverende intervju

fylkesmennene på at satsingene hver for seg oppfattes som faglig relevante og nyttige for de som tar dem i bruk lokalt. De fleste av satsingene har i følge evalueringer hatt positive resultater.

Satsingen har bare delvis vært knyttet til de tradisjonelle forebyggingsenhetene i kommunene (så som miljørettet helsevern og helsestasjons- og skolehelsetjenesten), men også skjedd gjennom det forsterkede engasjementet og støtten fra fylkesmenn og fylkeskommuner.

Ulike lokale satsinger er nærmere beskrevet i rapporten *Stoda i det lokale folkehelsearbeidet* (7).

## Strategier for det fremtidige lokale folkehelsearbeidet

En rekke evalueringer og rapporter har de siste årene vurdert det lokale og regionale folkehelsearbeidet. På grunnlag av dette materialet er det mulig å identifisere åtte sentrale strategier i det lokale og regionale folkehelsearbeidet:

- Forsterke innsatsen mht. lokalt utfordringsbilde
- Videreføre Helse i plan
- Avklare hva partnerskapsatsingen bør være videre
- Tydeliggjøre lokale muligheter – et styrket miljørettet folkehelsearbeid
- Kapasitetsutfordringen – behov for å styrke kommunene. Øremerkede tilskudd
- Økt støtte fra regionalt og nasjonalt nivå (herunder kompetansesenterspørsmål)
- Kompetanseutfordringen – samspill med høgskoler og universiteter
- Styrke frivillige organisasjoners rolle i folkehelsearbeidet

### Forsterke innsatsen med hensyn til lokalt utfordringsbilde

Det følger av Kommunehelsetjenesteloven § 1–4 og Plan- og bygningsloven § 11–2 om kommuneplanens samfunnsdel at kommunene må stille seg det grunnleggende spørsmålet «*Hvilke forhold ved befolkningens helse er av så stor betydning at de utgjør en hovedutfordring for vårt kommunesamfunn?*».

For å svare på spørsmålet må kommunen ta i bruk kompetanse som finnes i alle kommunens faglige sektorer og i mange andre deler av kommunesamfunnet. Viktige elementer av svaret kan også leses ut av nasjonal, regional og lokal statistikk.

Fremover er det nødvendig å styrke bistanden til kommunene i å formulere lokale utfordringsbilder. Viktige elementer her er blant annet å

- tilgjengeliggjøre data på kommunenivå fra nasjonale undersøkelser og registre
- utvikle et felles system for fylkesundersøkelser i samarbeid med FHI, KS og landets fylkeskommuner
- utvikle veiledningsmateriell om hvordan slike utfordringsbilder kan utvikles.



## Helsesatsing i Nord-Gudbrandsdal:

### **Interkommunalt samarbeid mellom kommunene Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF.**

#### **Distriktsmedisinsk senter i Nord-Gudbrandsdal (DMSNG)**

DMSNG er et tilbud til befolkningen primært i Nord-Gudbrandsdal, og omfatter om lag 19500 innbyggere. Noen av tilbudene benyttes også av nabokommunene sørover. I dag tilbys det ulike ambulerende spesialisthelsetjenester, ultralydunder-søkelser, skjelettrøntgen og dialyse. Om kort tid åpnes en intermediær sengeavdeling og det vil tilbys lysbehandling.

Det har blitt mer aktuelt med et bredere samarbeid med nabokommuner og sykehus etter investering og åpning av nytt distriktsmedisinsk senter i mai 2010 og nye politiske føringer gjennom Samhandlingsreformen.

#### **Styrking av det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunene**

I utviklingen og samarbeidet om helsetjenestetilbudet i Nord-Gudbrandsdal er fokus også lagt på det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunene. Bl.a. skal regionen ansette felles idretts- og folkehelsekoordinator. Det skal om kort tid utlyses 1/1 stilling som samfunnsmedisiner for disse seks kommunene.

Nord-Gudbrandsdal sitt utviklingsarbeid innenfor disse områdene er i tråd med St.meld. nr. 47 (2008 –2009) der det vektlegges å bedre kommunene sin evne til å møte fremtidens helseutfordringer. I dette arbeidet kommer det opp mange ubesvarte spørsmål. Hva kan kommunene i fremtiden greie selv av forebyggende og helsefremmende arbeid? Hvilke helse- og omsorgstjenester kan kommunen selv

utføre? Hva er det hensiktsmessig for kommunene å samarbeide med andre kommuner om? Hva er sykehusets oppgave? Hvilken rolle vil fylkeskommunen kunne ha? Hva kan sykehuset bistå kommunene med på en bedre måte enn i dag? Hva er sykehusets oppgave? Hva kan distriktsmedisinsk senter bistå med? Hva blir distriktsmedisinsk senter sine oppgaver i fortsettelsen?

Regionen har i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF bestemt seg for å starte et pilotarbeid for å se på muligheter for å styrke kommunenes rolle i folkehelsearbeidet. Det vil bli lagt frem sak for Regionrådet høsten 2010 der det skisseres et forslag til oppstart av dette felles utviklingsarbeidet. Så langt har regionen valgt å kalle dette «Regional helseplan for Nord-Gudbrandsdal». I dette arbeidet vil det bli vesentlig å hente frem eksisterende statistikker for kommunene, statistikker som Sykehuset Innlandet har, og gjennomføre analyser av aktuelle problemstillinger, både innen folkehelse og helsefremmende arbeid og innen kurative helsetjenester. Med dette utgangspunktet er hensikten å videreutvikle det interkommunale samarbeidet, bl.a. ved å sette samarbeidet mer i system og utvikle strukturer som blir mer forutsigbare og nyttige. Arbeidet skal fremme gode levekår og lage kvalitativt bedre, og mer kostnadseffektive helse-tjenester.

Utviklingsarbeidet vil ta utgangspunkt i ny Plan- og bygningslov og ny folkehelse- og helse- og omsorgslov i tillegg til eksisterende lovverk for kommune og sykehus.

### **Videreføre Helse i plan**

For å ivareta behovet for strategisk satsning på folkehelsefeltet bør det gis mer oppmerksomhet til politikk- og policyutforming. Spesielt er dette nødvendig for å sikre at visjoner og målsettinger i kommuneplanens samfunnsdel følges opp med mer forpliktende forankring i kommuneplanens arealdel, delplaner, eller i

økonomiplanen.

Kommuner som har medvirket i Helse-direktoratets Helse i plan-satsing har fått et betydelig løft når det gjelder å koble kommunens overordnede planlegging til forhold ved befolkningens helse. Dette gjelder også i kommuner og fylkeskommuner som ikke deltok i selve Helse i plan-utprøvingen, men som likevel

har utviklet et samarbeid med Helsedirektoratet om tilsvarende forståelse og arbeidsmåter. En utfordring fremover er å spre disse erfaringene til de øvrige kommunene i Norge.

I sluttevalueringsrapporten påpekes det at kommunene er kommet langt i den taktiske og operative planleggingen knyttet til utforming av handlingsplaner og konkrete aktiviteter, selv om det mangler en del på at målsetningene på folkehelsefeltet blir nedfelt i økonomiplaner og budsjett (16).

Sluttvalueringen viser at det er viktig å gjøre folkehelsearbeid til en *kontinuerlig politisk prosess*, for å påvirke planleggingen institusjonelt, strategisk, taktisk og operativt. Kommunene må dessuten gjøre folkehelsearbeidet til et prioritert område i sin *samfunnsplanlegging* og utvikle partnerskap både vertikalt mellom styringsnivåene (nasjonalt, regionalt, kommunalt og lokalt), horisontalt mellom styringssystem (privat, offentlig og frivillig sektor), og internt på tvers av sektorer (16).

Fremover er det nødvendig å:

- bidra til utvikling av folkehelsearbeid som en kontinuerlig politisk prosess i kommunene, bl.a. ved å stimulere flere kommuner til å arbeide etter Helse i plan-konseptet
- bidra til at erfaringer fra utprøvningsarbeidet tas i bruk som virkemiddel ved gjennomføring av Samhandlingsreformen, forebyggende lokale helsetjenester, og i ny folkehelselov
- bidra til at kommunene gjennom samfunnsplanlegging og bruk av ny planlov kan gjøre folkehelsearbeidet til et prioritert område, bl.a. ved å tilføre kommuner og regionalt nivå økt plan- og prosesskompetanse
- bidra til utvikling av relevante kurs og kompetansegivende utdanning i samarbeid med universitet og høgskoler.

## Avklare hva partnerskapsatsingen bør være videre

Fylkeskommunen fikk gjennom St.meld. nr. 16 (2002–2003) en ny posisjon i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen skal koordinere folkehelsearbeidet regionalt og overfor kommunenivået. Et viktig element i samarbeidet mellom fylkeskommunene og kommunene har vært øremerkede stimuleringsmidler knyttet til partnerskap og lokale folkehelsekoordinatorer.

Fra 2010 har midlene blitt lagt inn i rammen til landets fylkeskommuner, i forbindelse med at fylkeskommunens folkehelsearbeid ble lovforankret. Samtidig ble rammetilskuddet til kommunene styrket med totalt 230 mill. kr til forebyggende helsetjenester, herunder til lokale folkehelsekoordinatorer.

Selv om alle fylkeskommunene har valgt å videreføre kommunetilskuddet også i 2010 er det likevel slik at det økonomiske elementet i partnerskapet har fått mindre betydning enn tidligere. Dette utfordrer fylkeskommunene til å klargjøre hvordan de videre kan spille en betydningsfull rolle i kommunenes lokale folkehelsearbeid. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med deltakelse fra Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, KS og fylkeskommunene som drøfter fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet fremover.

Fremover er det nødvendig å:

- videreutvikle partnerskapet med landets fylkeskommuner
- styrke samarbeidet med KS om lokalt folkehelsearbeid
- videreutvikle møteplassene mellom Helsedirektoratet, fylkesmennene og fylkeskommunene om lokalt folkehelsearbeid
- videreutvikle kompetansebyggende tiltak rettet mot fylkesmennene og fylkeskommunene.

### Tydeliggjøre lokale muligheter – et styrket miljørettet folkehelsearbeid

Evalueringen av miljørettet helseverntjenesten viser at tjenesten har for liten kapasitet til å løse sine oppgaver, og at det er betydelige kompetanseutfordringer. Helsedirektoratet mener at det er behov for å videreutvikle miljørettet helseverntjenesten i årene fremover. Kartleggingen av andelen skoler som er godkjente etter regelverket i *Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skole* viste at det er en utfordring å styrke den reaktive delen av tjenesten, slik at den fungerer som et sikkerhetsnett for helsehensyn i lokalsamfunnet.

Det er enda viktigere å styrke miljørettet helsevern som en proaktiv tjeneste. En hovedintensjon må være at en styrket samfunns-helsetjeneste i større grad arbeider for å legge til rette for helsefremmende forhold i kommunen. Miljørettet helsevernstjenestens proaktive arbeid bør være en naturlig del av kommunenes folkehelsearbeid – som et miljørettet folkehelsearbeid.

Det miljørettede folkehelsearbeidet bør være innrettet mot et bredt sett av helsens påvirkningsfaktorer, også utfordringer som levekår og sosiale faktorer, sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse og samfunnsforhold som påvirker helseatferd. En fornyet og styrket tjeneste vil kunne fylles av flere personellgrupper som har kompetanse til å utføre et bredt tverrsektorielt arbeid rettet mot samfunnsforhold som påvirker folkehelsen. Nye og eksisterende virkemidler for å styrke kompetanse på lokalt og regionalt nivå bør utredes. Direktoratets anbefalinger er nærmere beskrevet i evalueringen av miljørettet helseverntjenesten (5).

Fremover er det nødvendig å:

- styrke veiledning overfor kommunenes miljørettet helseverntjeneste, blant annet i forhold til sosiale miljøfaktorer.

### Kapasitetsutfordringen – behov for å styrke kommunene

På tross av lovkrav om kommunenes folkehelsearbeid, og på tross av positive resultater fra prosjekter som partnerskapsatsingen og Helse i plan, så er det et betydelig behov for å styrke kommunenes kapasitet til å få oversikt, planlegge, gjennomføre og evaluere det lokale folkehelsearbeidet, og til å yte forebyggende helsetjenester som er tilgjengelige og av høy kvalitet.

Helsedirektoratet mener at styrkingen av de forebyggende helsetjenestene som et ledd i Samhandlingsreformen har vært viktig. Det er likevel behov for en ytterligere styrking av ressursene til det lokale folkehelsearbeidet, for eksempel gjennom en opptrappingsplan for folkehelsearbeid. Helsedirektoratet mener at erfaringene med bruken av rammetilskudd til forebyggende helsetjenester bør få betydning for måten midler i det videre kanaliseres til kommunene.

Fremover er det nødvendig å:

- øke ressursene til kommunenes folkehelsearbeid for å styrke den lokale kapasiteten.

### Økt kompetansestøtte fra regionalt og nasjonalt nivå

Et godt lokalt folkehelsearbeid krever kompetente kommuner. Det er betydelig folkehelsekompetanse i kommunene, men også stor variasjon mellom kommunene. Det er derfor behov for å styrke kompetansestøtten til kommunene.

De sju regionale kompetansesentrene på rusfeltet viser hvordan dette kan gjøres. Disse har ulike forankringspunkt (både i private og offentlige institusjoner), men skal blant annet yte kompetansestøtte til kommunene innen lokalt rusforebyggende arbeid. Kompetansesentrene ble etablert i 1994 og har i perioden fått et betydelig endret mandat.

Høsten 2010 forberedes en evaluering av kompetansesentrene, blant annet for få vite mer om kommunenes bruk og nytte av sentrene.

Evalueringen vil være et viktig grunnlag for å vurdere behov for og innretning på kompetansesentre på andre folkehelse tema. For tiden er følgende kompetansesenterfunksjoner for forebygging og folkehelsearbeid til vurdering:

- Styrke forebyggingsmandatet til Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP), som kompetansestøtte overfor kommunene
- Etablere allergisentre i de fire helse-regionene, blant annet for å støtte kommunehelsetjenestens oppfølging av pasienter og for å støtte kommunenes forebyggingsinnsats
- Tillegge Norsafety i Harstad en nasjonal funksjon innen lokalt skadeforebyggende arbeid.

Fremover er det nødvendig å:

- øke kompetansestøtten til kommunene fra regionalt og nasjonalt nivå.

### Kompetanseutfordringen – samspill med høgskoler og universiteter

Gjennom sin samfunnsplanlegging og bruk av ny planlov kan kommunene gjøre folkehelsearbeidet til et politisk og faglig prioritert område. Det er en utfordring å gjøre folkehelsearbeid til en kontinuerlig politisk prosess i kommunene.

Det blir derfor viktig framover å tilføre kommuner og aktører på regionalt nivå god fagkompetanse om fremming og betydning av god folkehelse i kommunen og om hvordan kommunepolaner og det samfunnsplanleggingsverktøy ny planlov representerer kan tas i bruk.

Fremover er det nødvendig å:

- ta et initiativ overfor aktuelle universiteter/

høgskoler for nærmere vurderinger og analyser av kompetansebehovet i folkehelsearbeidet slik dette kommer fram i denne Utviklingstrekkrapporten. Disse analysene og vurderingene vil kunne danne grunnlag for innretning og omfang av relevante kurs- og videreutdanningstilbud. I lys av Samhandlingsreformen og ny samlet folkehelselov er det en særlig utfordring å videreutvikle *folkehelse som eget tverrfaglig fagområde*, teoretisk og praktisk, ved våre universiteter og høgskoler.

### Styrke frivillige organisasjoners rolle i folkehelsearbeidet

Frivillig sektor spiller en betydelig rolle i å fremme befolkningens helse.

Fremover er det nødvendig å:

- ta initiativ til et forpliktende samarbeid mellom Helsedirektoratet og frivillige organisasjoner.

## WHO Healthy Cities i Europa – Verdens helseorganisasjons sunn by-prosjekt

WHO Healthy Cities i Europa består i dag av over 1200 byer/kommuner/regioner i over 30 land. Healthy Cities ble initiert av WHO i 1987 for å satse på helsefremmende arbeid i et tverrsektorielt perspektiv, og en mer rettferdig fordeling av sosiale faktorer som påvirker helsen. Det primære målet for Healthy Cities-prosjektet har vært, og er, å bidra at hensynet til folkehelse settes på den sosiale, økonomiske og politiske agendaen, og at ansvaret for helse blir delt mellom alle sektorer. Utgangspunktet for Healthy Cities-prosjektets arbeid er en strategisk integrering av befolkningens helse i overordnet planlegging basert på lokale helseprofiler. Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner er det nasjonale nettverket av sunne kommuner og fylkeskommuner som arbeider etter WHO-konseptet i Norge.

#### Mer informasjon:

- WHO Healthy Cities Europa (1)
- Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner (2)
- De harde fakta om sosiale ulikheter i helse (3)



# Utøvelse av folkehelsearbeidet

## Del 2





# Kapittel 7

## Helsetjenesten: Gruppe- og individrettet folkehelsearbeid

Selv om helse skapes på mange ulike arenaer, har helsetjenesten en viktig rolle i folkehelsearbeidet. I kraft av sin kompetanse er helsetjenesten en sentral pådriver i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Noen mennesker har større risiko for sykdom enn andre. De bør få tilbud om hjelp til å forebygge at de blir syke, på samme måten som de får tilbud om behandling. Målrettede tiltak fra helsetjenesten for å endre helseatferd i ulike befolkningsgrupper er et viktig bidrag for å møte fremtidens helseutfordringer.

Helsetjenestens innsats i folkehelsearbeid kan deles i primær og sekundærforebyggende arbeid (jf. kapittel 1). Sekundærforebyggende tiltak som retter seg mot personer i symptomfri fase eller med faresignaler og begynnende uhelse, defineres her som folkehelsearbeid. Forebyggende innsats i klinisk symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom er ikke definert som folkehelsearbeid, men er like fullt en viktig del av helsetjenestens arbeid.

## Primærhelsetjenestens rolle i gruppe- og individrettet folkehelsearbeid

Selv om effektive universelle, befolkningsrettede tiltak er iverksatt vil det være noen som utvikler økt risiko for sykdom (f.eks. overvekt, høyt blodtrykk, redusert glukosetoleranse). Sekundærforebyggende strategier omfatter tiltak som retter seg mot undergrupper av befolkningen eller individer med særlige helsemessige kjennetegn.

I helsetjenesten vil ulike nivå av sekundærforebygging i praksis skje om hverandre. Eksempelvis vil veiledning om fysisk aktivitet og kosthold for en fysisk inaktiv person som har hatt hjerteinfarkt (sekundærforebygging

## Fysisk aktivitet og eldre

- Eldre som er fysisk aktive er mer selvhjulpne, har lavere risiko for å falle, har bedre kognitiv funksjon og bedre livskvalitet enn fysisk inaktive eldre (5; 6)
- Generell fysisk aktivitet og spesielt gange er viktige aktiviteter for å øke graden av selvhjulpenhet hos eldre (8)
- Personer over 90 år som begynner med styrketrening kan øke muskelstyrken med 50–200 prosent (12; 13).

i symptomgivende fase) kunne primærforebygge andre sykdommer som kreft og muskel- og skjelettlidelser.

Helsetjenesten kan bidra til å forebygge sykdom gjennom å endre helseatferd i risikogrupper og bidra til å etablere sunne levevaner hos brukere av helsetjenesten. Primærhelsetjenesten har en unik mulighet på dette området. Hele kommunens befolkning er innom ett eller flere av kommunens helsetjenestetilbud i løpet av et livsløp. Forebygging i kommunal helsetjeneste skjer i dag gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern, hos fastleger, fysioterapeuter og enkelte kommunale oppfølgingstilbud for endring av levevaner (frisklivstilbud). Vi skal videre i kapittelet gå nærmere inn på grupperettet folkehelsearbeid ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlegenes rolle, andre helsetjenester i kommunen, frisklivstilbud og spesialisthelsetjenestens rolle.

### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten – helhetlig og tverrfaglig

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et gratis lavterskeltilbud til alle barn og unge fra 0–20 år og deres foreldre, samt gravide. KOSTRA-rapporteringen viser at nær alle bruker helsestasjonstjenesten. Tjenesten benyttes av ca 1,2 mill. brukere hvert år. Dette er en unik arena for befolkningsrettet og grupperettet folkehelsearbeid. Tjenesten

## Samhandlingsreformen

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* beskriver tre hovedutfordringer for fremtidens helsetjenester i Norge:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
2. Tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.



## Spedbarnshelse

- Spedbarnsdødeligheten er svært lav i Norge, og har falt jevnt de siste 100 år. I 2008 var antallet 3,5 per 1000 levende fødte. Årsaken til spedbarnsdødelighet er i de fleste tilfeller medfødt sykdom (1).
- Andelen barn som kun fikk morsmelk (fullammede) var 82 prosent ved fire ukers alder, 46 prosent ved fire måneders alder og ni prosent ved seks måneders alder. Kun én prosent av spedbarna hadde aldri fått morsmelk (3).
- Vaksinasjonsdekningen i Norge er blant den høyeste i verden; for trippelvaksine (difteri, stivkrampe, polio) for toåringer f. 2006 er dekningen 94 prosent, og for 16-åringer f. 1992 er dekningen 92 prosent, MMR 95 prosent (7).

skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge i alderen fra 0–20 år, ved å forebygge sykdom og skade, og ved å fremme god fysisk og psykisk helse.

Der skolehelsetjenesten er tilgjengelig brukes den av 50 prosent av elevene. Brukerundersøkelser viser at i alt 93 prosent av ungdom og foresatte til barn med psykiske problemer opplever at helsestasjonen møter dem på en positiv og ivaretakende måte. Omdømmeundersøkelser viser at helsestasjonen har høy tillit i befolkningen (42).

### Svangerskapsomsorgen

En faglig forsvarlig, differensiert *fødselsomsorg* er i stand til å fange opp gravide med behov for oppfølging, noe som igjen forutsetter en velfungerende *svangerskapsomsorg* med

## Kapasitet i skolehelsetjenesten

St.meld. nr. 47 *Samhandlingsreformen* (2008–2009) viser til at kapasiteten i skolehelsetjenesten er for dårlig, og at målet er å utvikle tjenesten til et lavterskeltilbud som blant annet skal bidra til tidlig hjelp på riktig nivå.

Regjeringens strategi for forebygging 2009 viser til de mulighetene som ligger i forebyggende arbeid rettet mot barn og unge.

kontinuitet og systematisk samarbeid mellom jordmødre og leger.

Følgetjenesten for gravide er en tjeneste som er avhengig av samhandling og samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og mellom kommuner. Denne beredskapen er en nødvendig tjeneste for befolkningen i områder med lang reisevei til fødested.

### Bemanningsutviklingen

Det er over lang tid observert en nedbygging og svekkelse av kommunenes tjenestetilbud på det aktuelle området. Rapporter fra Helsetilsynet (14), KOSTRA-statistikk (15) og konkrete kartlegginger som HiAk-undersøkelsen i 2005 (16) underbygger disse observasjonene. Funnene har blitt bekreftet gjennom undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet med bruk av TNS Gallup høst/vinter 2009/2010. Det dreier seg ikke om at tilbudet legges ned, men om at personellressursene, og særlig tverfagligheten i tilbudet reduseres. Dette ses hovedsakelig innen skolehelsetjenesten.

Den observerte svekkelsen av disse forebyggende tjenestene står i kontrast til ambisjonene om økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon som er fremhevet i Samhandlingsreformen. En svekkelse av tilbudet er også i kontrast til den rolle helsestasjons- og skolehelsetjenesten er forutsatt å ha i samfunnets innsats for barn og unge, jf. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets rapport fra 2009: *Satsing på barn og ungdom*.

## Helse blant barn og unge med innvandrerbakgrunn

Ca 14 prosent av befolkningen i Norge har innvandrerbakgrunn, dersom man regner med alle som ikke er født i Norge og alle som har minst én utenlandsk forelder (2). Nesten halvparten av innvandrerbefolkningen er bosatt i de sørøstlige delene av landet. Størst konsentrasjon er det i Oslo, hvor innvandrerbefolkningen har økt betraktelig spesielt de siste 20 årene.

Innvandrerbefolkningen er svært sammensatt hva gjelder utdanningsbakgrunn, klasse og sosioøkonomiske forhold. Språklige og kulturelle forskjeller vil i varierende grad utløse behov for tilrettelagte tjenester i form av kvalifisert tolkebruk og tilrettelagt informasjon og

veiledning. Det er et mål at helsetjenestene skal være likeverdige og tilpasset slik at hele befolkningen kan dra nytte av tjenestene. Dette innebærer at tjenestene må ta høyde for ulike forventninger og behov og ulike forståelser av god behandling og gode løsninger på aktuelle problemer. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil det være relevant med kunnskap om ulike kulturelle syn på barn/ungdom, relasjonen barn-foreldre, seksualitet, samliv, foreldreskap, kjønnsroller og familie. Kjønnslemlestelse og tvangsekteskap utgjør nye utfordringer for helsetjenestene.

Oppvekst i husholdninger med vedvarende lavinntekt er

i økende grad et innvandrerfenomen. Nær fire av ti av alle barn i familier med lave inntekter over tid har i dag innvandrerbakgrunn, viser tall fra 2007. Kombinasjonen av blant annet svak yrkestilknytning blant de voksne og høy forsørgelsesbyrde på grunn av store familier, har ført til at mange innvandrerfamilier har hatt en dårligere inntektsutvikling enn befolkningen generelt. Mens under tre prosent av barn og unge under 18 år uten innvandrerbakgrunn bodde i husholdninger med vedvarende lavinntekt, var den tilsvarende andelen blant barn og unge med innvandrerforeldre over 25 prosent (10).

*Regjeringens mål og innsatsområder i Statsbudsjettet 2009.*

Rapporten *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten – Tjenestekvalitet og kapasitet* (18) viser at det er ingen sammenheng mellom antall gravide og jordmorressurser i bydel/kommune. Det er en tendens til at gravide avvises hos jordmor på grunn av manglende kapasitet.

Jordmordekningen er geografisk skjevfordelt og med til dels svært små stillingsbrøker for jordmødrene. De største utfordringene er i sentrale strøk med mange gravide og i distrikter med store avstander. Årsakene til at gravide ikke kommer til jordmor, er mangel på informasjon om tjenesten og for lav jordmordekning. Det er i gjennomsnitt 0,6 årsverk i kommunene på landsbasis. I ca 70 prosent av kommunene/bydelene er det ansatt bare én jordmor. 87 prosent av kommunene/bydelene benytter deltidsstillinger. Om lag 40 prosent av kommunene med over én times reisevei til fødested har ingen følgetjeneste.

### Utfordringer videre

Undersøkelser viser at livsfasen rundt svangerskap og fødsel er en livsfase der helseatferd overveies og endres. Gravide er mest mottakelige for endring av f.eks. tobakk- og alkoholvaner i første del av svangerskapet (14). I Sverige tilbys alle gravide tidlig i svangerskapet en konsultasjon om levevaner hos jordmor. Det bør vurderes om en slik konsultasjon også bør tilbys gravide i Norge.

Antall nyfødte øker år for år. Et mellomalternativ for fremskriving av befolkningsøkningen tilsier at fødselstallene vil stige med 8000 fødsler fra 2008 frem til 2020 (20). I 2009 ble det født 61 800 barn, og det har ikke skjedd siden 1972.

Barselomsorgen har lenge vært i endring. Oppholdet på sykehuset etter fødsel er forkortet. Det er en sårbar periode i kvinners og familiers liv, og mange trenger omsorg og støtte i denne fasen for å mestre utfordringene som møter dem. I dag er det en uavklart situasjon for familier som reiser

## TWEAK (Tolerance, Worried, Eye Opener, Amnesia, Cut-down)

TWEAK er et screeningverktøy for avdekking av overforbruk/risikofylt bruk av alkohol hos kvinner i fruktbar alder. Instrumentet kan også brukes i den generelle befolkningen. Spørsmålene omhandler tålegrense for alkoholbruk, bekymringsmeldinger fra omgivelsene, symptomer på avhengighet, opplevd hukommelsestap og egen oppfatelse av alkoholkonsum. Skjemaet består av screening-instrumentet TWEAK med fem spørsmål. I tillegg er det tre direkte spørsmål om alkoholbruk, som er modifisert for gravide. Med verktøyet følger en veiledning. Utprøving og validering av den norske versjonen pågår i 2009–2010.

hjem tidlig. Kontakten med helsestasjonen er ikke godt nok etablert, og oppgavene er ikke tydelig avklart mellom foretak og kommune. Rutinene med hjemmebesøk er forskjellige fra kommune til kommune, og mange får ikke hjemmebesøk før etter to uker. Flere bydeler og kommuner har ikke kapasitet til hjemmebesøk og tilbyr derfor konsultasjon på helsestasjonen. Andelen hjemmebesøk er sunket fra 80 prosent i 2006 til 75 prosent i 2008 (15). Det betyr at én av fire familier ikke får hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sårbar for økonomiske svingninger. Tjenesten har ikke ventelister eller pressgrupper som påvirker kommunale beslutningsorganer i betydelig grad. Generelle krav til kommunale tjenestetilbud om forsvarlighet er i liten grad nok til å opprettholde forebyggende tjenester som dette. Effekten av manglende forebygging ses i et langt tidsperspektiv, noe som medfører at det er krevende å gjøre konkrete forsvarlighetsvurderinger.

For at tjenesten skal kunne leve opp til de forventinger som ligger i de politiske føringene er det viktig at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tilstrekkelig bemanning slik at den utgjør et reelt tilgjengelig lavterskeltilbud med kompetanse til å ivareta sine oppgaver.

For å nå målene er det behov for sterkere føringer på hvordan kommunene prioriterer disse tjenestene, blant annet gjennom lov

## FRI

FRI er et tobakksforebyggende undervisningsprogram for ungdomsskolen (13-15 år). Omtrent 110 000 ungdommer deltar hvert år i FRI, dvs. ca 56 prosent av alle norske ungdomsskoleelever. Målet er å forebygge bruk av snus og røyk. Metodene elevene lærer seg handler om hvordan de kan ta selvstendige valg og sette egne grenser.

Mange steder er skolehelsetjenesten involvert i FRI, både som pådrivere for å få klasser med i FRI og for å skape større forståelse for FRI på skolen. Noen driver også undervisning i enkelte FRI-temaer for elevene.

FRI utvikles av Helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet. FRI tilbys gratis til alle landets ungdomsskoler. [www.FRIstedet.no](http://www.FRIstedet.no)

og forskrift. Det er behov for etablering av et forskningsmiljø for å få kunnskap om hva som er effektive tiltak innen disse tjenestekområdene i et samfunnsperspektiv.

### **Fastlegenes rolle i forebyggende arbeid**

Fastlegene treffer store deler av befolkningen jevnlig og har stor innflytelse hos sine pasienter. 72 prosent av alle kvinner og 59 prosent av alle menn var i 2006 til én eller flere konsultasjoner hos fastlegen (21). Fastlegene har derfor et stort potensial for å

identifisere risikopersoner, motivere og veilede om endring av levevaner samt henvise til aktuelle oppfølgingstiltak. Imidlertid er ikke fastlegene nevnt som en aktør med ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom i Kommunehelsetjenesteloven § 1–3. I Merknader til Fastlegeforskriften §7, Fastlegens plikter overfor personer som er tilknyttet listen, står det imidlertid blant annet at «Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling.» Norsk forening for allmennmedisin (NFA) drøfter i sitt *Policydokument for forebyggende helsearbeid* flere utfordringer knyttet til fastlegenes rolle. De skriver blant annet at «det utøves et sterkt press på allmennlegene for å gjennomføre helsekontroller og risikooppsporing mot fremtidig sykdom ... Omfanget av slikt arbeid må tilpasses andre kjerneoppgaver, da allmennmedisinen primært skal tilby helsetjenester til syke (22). «Samhandlingsreformen vurderer om fastlegene «... bør ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging...» (s 84). Det er trolig nødvendig med en dialog om hvilke spesifikke forebyggende tiltak fastlegene skal prioritere, hvilke insentiver som bør utarbeides og hvem de skal samarbeide med. Det vil være behov for å utvikle og sikre gode oppfølgingstiltak.

Dagens takstsystem for fastleger (normaltariffen for næringsdrivende leger) inneholder ikke takster for primærforebygging av sykdommer relatert til helseatferd. Trolig gjøres det likevel mye forebyggende arbeid (utover vaksinerer etc.) av fastleger, men dette finnes ikke registrert i noe register. I takstsystemet finnes derimot to takster som er aktuelle for sekundærforebygging av noen sykdommer (diabetes, hjerte- og karsykdom, kols og kreft) som kan relateres til helseatferd. Det stilles flere krav til disse takstene som begrenser bruken. Takst 101 (Grønn resept) kan bare

brukes dersom pasientene har moderat forhøyet blodtrykk eller diabetes, og dette ikke behandles medikamentelt. Takst 102 (Røykeslutt) kan bare brukes for røykeavvenning som ledd i behandling av sykdom. Disse kravene innebærer at takstene ikke kan brukes for å forebygge sykdom. Fra et forebyggings-synspunkt er dette uheldig.

### **Fysioterapi og andre tjenester i kommunen**

*Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid* § 2.1 i Kommunehelsetjenesteloven påpeker at kommunen skal ha nødvendig personell til å løse pålagte tjenester. I merknad til forskrift står det at «For å løse de oppgaver som nevnt i Kommunehelsetjenestelovens § 1–3, herunder helsestasjon og skolehelsetjeneste, skal kommunen sørge for blant annet disse deltjenestene: allmennegetjeneste, herunder fastlegeordningen, helsesøstertjeneste, jordmortjeneste og fysioterapitjeneste.» Videre: «kommunen kan også ansette eller inngå avtaler med andre personellgrupper som psykolog, ergoterapeut og annet høyskoleutdannet personell med pedagogisk, sosialfaglig eller tverrkulturell kompetanse. For å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet bør kommunen søke å få en bred tverrfaglig kompetanse i tjenesten».

I Helsedirektoratets rapport *Nøkkeltall for helsesektoren 2009* blir det pekt på at det i kommunal helsetjeneste fortsatt er slik at det meste av utgiftene knyttes til diagnose, behandling og re-/habilitering. En forholdsvis liten andel av kommunens samlede utgifter går til forebyggende arbeid (23). Fysioterapeuter innehar spesiell kompetanse om kropp og bevegelse i et helseperspektiv. Med kjennskap til hvilke risikofaktorer som kan gi skader og sykdommer, kan fysioterapeuter også være sentrale bidragsyttere i helsefremmende og forebyggende arbeid (24). I 2008 var det totalt 4334 årsverk innen kommunal

fysioterapi (23). I Helsedirektoratets kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene frem til 2005 ble det rapportert at årsverk innen diagnose, behandling og rehabilitering har økt frem mot 2004, mens det har skjedd en stor reduksjon innenfor helsestasjon, skole og administrative stillinger. I 2005 var det mellom 3000 og 3500 kommunale fysioterapistillinger tilknyttet diagnose, behandling og rehabilitering, mot kun vel 200 innenfor skole/helsestasjon og færre enn 70 årsverk knyttet til annet forebyggende arbeid (24).

Nasjonale retningslinjer for forebygging av overvekt og fedme for voksne og barn/unge i primærhelsetjenesten ferdigstilles i løpet av 2010. Det blir vanskelig å ivareta anbefalingene i retningslinjene uten tilgjengelig tverrfaglighet i kommunene. Kompetanse innen ernæring er ofte en mangel på kommunenivå. Ernæringskompetanse bør være tilgjengelig som ressurs i alle fylkeskommuner.

### **Oppfølgingstilbud for endring av helseatferd – frisklivstilbud**

Det er for mange en vanskelig og langvarig prosess å endre helseatferd (25). Endring av helseatferd krever ofte individuell og/eller gruppetilpasset veiledning og oppfølging over tid i et støttende miljø. I evaluering av Grønn resept kom det fram at legene savnet tilstrekkelige oppfølgingstilbud å henvise pasientene til (26). Det finnes en rekke gode tilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeavvenning i regi av frivillige og private aktører. Det er imidlertid ulike tilbud fra kommune til kommune, og det er behov for et systematisk oppfølgende «apparat» i primærhelsetjenesten – en instans fastlegen eller andre helsepersonellgrupper kan henvise pasienter til for å få faglig hjelp over tid til å endre levevaner. Det er få kommuner som har et slikt forebyggende oppfølgingstilbud for voksne innenfor helsetjenesten.

Fem fylkeskommuner (Buskerud, Nordland,

## Frisklivstilbud

kan defineres som individ- og gruppetilpassede tiltak for å fremme god helseatferd og for å sikre sosiale fellesskap.

Oppland, Troms og Vest-Agder) har, med støtte fra Helsedirektoratet siden 2004, utviklet tilbud for oppfølging av helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Tilbudene er tilpasset for dem som ikke nås av andre eksisterende tilbud i frivillig eller privat regi, og de som trenger motivasjonshjelp til å endre helseatferd. Tilbudet er rettet mot høyrisikogrupper, eksempelvis personer med metabolsk syndrom, diabetes, smerteproblem, muskel- og skjelettlidelser, overvekt, lettere psykiske lidelser, sykemeldte, personer i ferd med å falle utenfor arbeidslivet og andre som vil ha vesentlig helsemessig nytte av endring av helseatferd. Evalueringer av modeller for oppfølging av helseatferd har vist gode resultater i form av deltakere som føler de blir møtt der de er og får hjelp til å sette realistiske mål og fornøyde leger som hevder at dette er et godt organisert opplegg (27). Frem til evalueringen i 2008 har frisklivstilbudene vært best på oppfølging av fysisk aktivitet for voksne og eldre. Dette henger trolig sammen med den kompetansen som er best tilgjengelig i kommunene. Tilgang på kompetanse er en utfordring med hensyn til ernæring og røykeslutt. Dette gjelder ikke minst i små kommuner. I videre utvikling av frisklivstilbudet kan kompetansen innen endringsarbeid og fremming av mestringsopplevelser potensielt kunne benyttes for mange målgrupper, også innen rus, psykiatri og tjenester for barn og unge.

Et organisert tilbud innen helsetjenesten for forebygging av sykdom gjennom positiv endring av helserelatert atferd bør eksistere i alle kommuner, gjerne som frisklivssentraler. Interkommunale samarbeid om frisklivstilbud kan være hensiktsmessig. Samarbeid mellom

## Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er kommunale kompetansesentre for veiledning og oppfølging innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingsystem for personer som har behov for endring av helseatferd.

Det finnes om lag 70 frisklivssentraler eller lignende kommunale oppfølgingstilbud for helseatferdsområder (Fysaksentral, Fysiotek, Aktivitet på resept etc.). Pasienter som av lege, annet helsepersonell, eller NAV har blitt identifisert med et økt helsemessig behov for hjelp til å endre helseatferd blir henvist til frisklivssentraler. Man kan også møte uten henvisning.

kommuner gir økt tilgang på kompetanse og større nedslagsfelt for å rekruttere deltakere. Geografiske avstander kan imidlertid være en barriere for deltakelse, og lokale tilpasninger av tilbudene er viktig. En utfordring i dag er at forebyggende helsetjenester for voksne ikke er en skal-tjeneste i kommunehelsetjenesten slik som helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det for barn og unge. Tjenesten blir derfor nedprioritert i kommunene. I mange kommuner som har etablert frisklivssentral er det kun 20 prosent stilling tilknyttet sentralen. Kapasitet, kontinuitet og utvikling begrenses av dette. En organisatorisk og planmessig forankring av frisklivstilbud i kommunehelsetjenesten er nødvendig for å sikre et kvalitativt og kontinuerlig godt tilbud.

### Lovverk

Lov om spesialisthelsetjenesten og Lov om helseforetak er så lite konkrete om forebyggende helsearbeid at det i praksis ikke er stilt krav til denne type oppgaver. Kommunehelsetjenesteloven er i utgangpunktet en god lov for helsefremmende og forebyggende arbeid ved at den stiller krav til bl.a. helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet og helseovervåking. Likevel viser det seg, blant annet i tilsynsaker, at det i praksis er vanskelig å stille krav til forebygging. Dette har sammenheng med at forsvarlighetskravet i stor grad er knyttet opp mot fare for liv og helse, som, med unntak

av smittevern, er vanskelig å anvende på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det er behov for en gjennomgang av lovverket både for primær- og spesialisthelsetjeneste for å tydeliggjøre ansvar for og innhold i forebyggende helsearbeid.

### Helsepersonells kompetanse om fysisk aktivitet, kosthold og tobakk

En kartlegging av kunnskaper om fysisk aktivitet, kosthold og tobakk blant sisteårsstudenter ved medisinske fakultet avdekket mangelfull kunnskap om sammenheng mellom helseatferd og helse (28). Ser man på fagplanen til mange helsefagutdanninger er det relativt få studiepoeng som er avsatt til kunnskap om forebyggende helsearbeid. Manglende fokus på effekter og metoder for forebyggende tiltak i utdanningen til viktige grupper av helsepersonell kan være med å påvirke hvilke tiltak helsetjenesten prioriterer i praksis.

En svensk litteraturoppsummering konkluderte med at gruppebaserte pasientopplæringsprogram for personer med type 2-diabetes forbedrer HbA1c etter 12–24 måneder med 0,83 prosentpoeng under forutsetning av at opplæringen skjer av personer som har pedagogisk kompetanse (17). Samtaleteknikker for å kommunisere med pasienter om endring av helseatferd har ikke tilstrekkelig fokus i grunnutdanningen for helsepersonell.

Helsepersonells veiledning og velmente råd

kan for noen kanskje oppleves som en inngripen i privatlivet. Forskning viser imidlertid at helsepersonell er den gruppen av fagfolk som befolkningen har størst tiltro til når det gjelder å få råd om helseatferd (29). Det er i tillegg dokumentert at helsepersonells veiledning om helseatferd har god effekt på endring av atferd og reduksjon i risiko for sykdom (30–33). Økt intensitet i veiledningen (antall veiledninger over tid) og supplering med andre oppfølgingstiltak gir ytterligere økt effekt (34–39).

Det er blant annet vist at intensiv veiledning og oppfølging av kosthold og fysisk aktivitet kan mer enn halvere risikoen for å utvikle diabetes hos personer med overvekt og redusert glukosetoleranse (37–39). Også en minimal intervensjon med kort rådgivning i primærhelsetjenesten har vist seg å ha god effekt (31).

### **Etiske problemstillinger ved forebyggende tiltak i helsetjenesten**

Å endre helsetjenesten til å arbeide mer pro-

### **Eksempel på minimal intervensjon**

- Røyker du?
- Hva tenker du om det at du røyker?

aktivt med forebygging basert på vurdering av individuell risiko reiser noen etiske problemstillinger. Studier viser at helsepersonell synes det er vanskelig å ta opp spørsmål om helseatferd med friske pasienter. Det oppleves som invadering av privatsfæren, man er redd for å ødelegge forholdet til pasienten, og man har ikke tid til denne typen intervensjoner. Når det foreligger en diagnose blir helseatferd tatt opp i større grad. Dette er et paradoks når vi f.eks. vet at 13 prosent av de som røyker daglig planlegger å slutte de neste 30 dagene (40).

Det kan hevdes at det å gjøre friske, symptomfrie personer til pasienter med behov for oppfølging i helsetjenesten er vesentlig

### **Motiverende samtale**

For å kunne bidra til at en pasient skal endre helseatferd er helsepedagogikk og samtalemotodikk avgjørende elementer. En pasient som ikke er motivert, eller klar for å endre helseatferd, vil ikke ta i mot velmente faglige råd fra helsepersonell. Motiverende samtale, MI (Motivational Interviewing), er en veiledningsmetode som brukes for å øke en pasients/brukers bevissthet rundt egen motivasjon for å endre helseatferd.

- MI ble opprinnelig utviklet i forbindelse med rådgivning av alkoholikere, men er i dag testet ut og funnet dokumentert effektiv i å endre også andre levevaner (4).
- MI er en kombinasjon av støttende og empatisk veiledning som bygger på teorien om at mennesker har en tendens til å i større grad følge opp de endringsmål som man selv formulerer og forsvare (9).
- MI benytter åpne spørsmål som; «Hva tenker du om det at du røyker?» og «Hvor viktig er det for deg å bli mer fysisk aktiv?».
- Forskning indikerer at MI er en spesielt anvendbar metode for brukere som er lite motiverte for endring av helseatferd. I denne gruppen vil en formanende veiledning vekke motstand og negative reaksjoner. Dette skjer på grunn av et misforhold i tilnærming med hvilket motivasjonsstadium for endring av helseatferd man befinner seg i (11).
- MI er en dokumentert effektiv metode for å hjelpe pasienter til å endre helseatferd når den benyttes av kompetent personell (4).
- Det er ikke dokumentert at MI er mer effektiv enn andre pedagogiske tilnærminger for å behandle type 2-diabetes (17).

forskjellig fra å gi behandling til personer som etterspør hjelp for opplevd sykdom. På den annen side kan det argumenteres med at det er uetisk å ikke intervensjon når det foreligger stor risiko for sykdomsutvikling, og man har metoder som kan stoppe eller begrense denne utviklingen.

Helsetjenesten behandler mange medikamentelt i forebyggende øyemed, særlig for å forebygge hjerte- og karsykdom. En rekke av de tiltakene som kan iverksettes for å forebygge diabetes, kols, hjerte- og karsykdom og kreft, handler om å endre helseatferd. Endring av helseatferd har få potensielle bivirkninger (41).

Kompetanseheving innen endrings- og mestringsfokusert helsepedagogikk og utbygging av oppfølgingstilbud som helsepersonell kan henvise til, er elementer som må etableres slik at helsepersonell kan jobbe systematisk med endring av helserelatert atferd hos sine pasienter (4; 9; 11).

## Oppsummering

En rekke kroniske sykdommer og lidelser som vi har sett en økning av de siste tiårene kan relateres til helseatferd. Vi mangler i dag et helhetlig system i helsetjenesten for å drive forebyggende arbeid rettet mot helserelatert atferd hos voksne (grunntutdanninger, kompetanse i kommuner, økonomiske insentiver, lovverk og oppfølgingstilbud). Helsetjenesten, herunder fastleger, har en unik mulighet til å identifisere personer som har økt risiko for utvikling av sykdom og å diagnostisere kronisk sykdom tidlig i forløpet. Hvis pasienter avdekkes å ha helseatferd som påvirker sykdomsrisiko negativt, bør legen eller annet helsepersonell gi veiledning om dette. Intervensjonen bør i tillegg omfatte henvisning til aktuelt oppfølgingstilbud. Det er påvist at veiledning om helseatferd hos lege eller annet helsepersonell er effektivt for å endre pasientens atferd. Effekten øker hvis pasienter får en viss kvalitativ oppfølging over tid. Kom-

munale frisklivstilbud, hvor leger eller annet helsepersonell kan henvise til oppfølging av motivasjon og endring av helseatferd, bør være tilgjengelig i alle kommuner.

## Spesialisthelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet

Folkehelseperspektivet er sentralt i lovtekst og overordnede føringer for spesialisthelsetjenesten. Punkt én i Spesialisthelsetjenesteloven er å «fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning». Det samme står å lese på regjeringens temaside om sykehus.

I praksis ser en at folkehelseperspektivet kommer i skyggen av fokuset på behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kan nok delvis forklares ved tjenestens kunnskaper, kompetanse og holdninger til folkehelsearbeid. Hva spesialisthelsetjenesten blir målt på, hva som faktisk blir bestilt fra henvisende instans, er også viktig for å forstå tjenestens prioriteringer. I tillegg innvirker også finansieringsmodellene og de økonomiske insentivene som disse gir.

Det finnes flere innfallsvinkler til hvordan spesialisthelsetjenesten kan fremme folkehelsen, og Helsedirektoratet ønsker i denne rapporten å peke på følgende tre hovedområder:

1. Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten.
2. Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak internt i spesialisthelsetjenesten, med primærhelsetjenesten og med andre samarbeidspartnere.
3. Fokus på mulighetene for sykdomsforebygging og helsefremming som ligger i datamaterialet fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og Norsk pasientregister.



## Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten kommer i kontakt med mange mennesker med helseproblemer som henger sammen med f.eks. manglende fysisk aktivitet, høyt rusmiddelbruk, ensomhet og/eller negativt kosthold, uten at de blir gjenstand for intervensjon. Pasienter i somatiske sykehus får gjerne informasjon om skadereduserende tiltak og anbefalinger om helseatferd etter at de har fått en diagnose, f.eks. hjertepasienter som tilbys hjerteskolet etter gjennomgått hjerteinfarkt.

Pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenesten er en sårbar gruppe fordi de er utsatt for helserisiko. Dette danner et spesielt godt grunnlag for påvirkning. Informasjonen og dialogen med pasienten kan tilpasses den enkeltes risiko og muligheter slik at pasienten får anledning til å finne hvilke endringer som må til for å fremme egen helse gjennom indikative, individuelle tiltak. Tidlig identifikasjon av for eksempel helseatferdsrelaterte risikofaktorer er en forutsetning for tidlig intervensjon.

Det er vesentlig å holde friske mennesker friske. Mennesker som ikke tidligere har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, men som skal til forebyggende undersøkelser, f.eks. mammografi, er en potensiell målgruppe for bevisstgjøring og mestring i forhold til endring av helseatferd.

Genetisk testing har tidligere hovedsakelig vært benyttet til diagnostisering av sjeldne, arvelige tilstander. Fagfeltet medisinsk genetikk får nå i økende grad et folkehelseaspekt, ved at en etter hvert finner sammenhengen mellom flere sykdommer og bestemte genvarianter. Vi vil få flere gentester for mer vanlige sykdommer, uten at det nødvendigvis finnes en klar sammenheng mellom de ulike genvariantene og sykdom. Ved slik testing

får en et mål på risikoen eller sårbarheten for sykdom. Med kunnskap om egen sårbarhet gjennom arv og genetikk, vil en kunne foreta endringer i helseatferd for å redusere risikoen for sykdom. Dette tilbudet kan dermed få åpenbare følger innen folkehelse, samtidig som det stiller oss overfor flere etiske og praktiske utfordringer.

Mange kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med barnefødsler. De siste årene har tallet på nyfødte i Norge ligget på rundt 60 000, og de fleste av disse er i kontakt med spesialisthelsetjenesten før, under og/eller etter fødselen. Det ligger dermed et stort potensial for helsefremming og sykdomsforebygging i å sikre at det blir gitt helseinformasjon til foreldrene i løpet av disse møtene med spesialisthelsetjenesten.

I løpet av en dag er det mange mennesker innom et helseforetak, det være seg pasienter, pårørende, kursdeltagere, studenter eller andre besøkende. I tillegg er det titusener av mennesker som har sitt daglige virke på landets helseforetak. Ved å gjøre helserelatert informasjon lett tilgjengelig, kan man få brakt denne bredt ut. Helsetorget på Akershus universitetssykehus er et godt eksempel på dette. Beliggende sentralt i inngangshallen har det et potensielt nedslagsfelt på flere tusen personer hver dag. Her presenteres helsefremmende og sykdomsforebyggende informasjon på en tilgjengelig måte, og man finner også opplysninger og kontaktinformasjon om sykehusets lærings- og mestringssenter.

I Lov om spesialisthelsetjenesten slås det fast at opplæring av pasienter og pårørende er én av sykehusenes fire viktigste oppgaver. Man har opprettet lærings- og mestringssentre i de forskjellige helseforetakene for å ivareta denne oppgaven, etter mønster av det første lærings- og mestringssenteret opprettet på Aker sykehus i Oslo i 1997. Det er i tillegg ett nasjonalt lærings- og mestringssenter tilknyttet Oslo universitetssykehus HF, Aker,

som har som en av sine primære oppgaver å stimulere og støtte etablering av lærings- og mestringssentre ved alle landets helseforetak.

Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en møteplass for helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende. Et LMS arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. LMS har som mål at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og slippe flest mulig sykehusinnleggelse. Det sentrale folkehelseperspektivet her er «empowerment». Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre – i motsetning til å være prisgitt hjelp fra andre, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesten.

Lærings- og mestringssentrene utgjør en god møteplass og metodikk for å drive folkehelsearbeid i tilknytning til spesialisthelsetjenesten.

Det finnes også andre instanser innen spesialisthelsetjenesten som har en rolle når det gjelder opplæring av pasienter og pårørende. Det finnes for eksempel 16 tverrfaglige kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger som gir landsdekkende tilbud for vel 300 diagnoser. Sentrene skal bidra til at personer med sjeldne tilstander får samme service og tilbud som andre, i nært samarbeid med øvrige tjenester. For å kunne ta i bruk tilgjengelige mestringstrategier, er det en forutsetning at den enkelte har god kjennskap til sin egen diagnose.

### **Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebygging**

Det svikter ofte på kontaktformidling og samarbeid mellom de ulike offentlige tjenestene. Samarbeid med og medvirkning fra

kommunehelsetjenesten er en grunnleggende forutsetning for effektivt forebyggende og helsefremmende arbeid. Pasienter og brukere må sikres sammenhengende tjenester.

Ved økt samarbeid muliggjør man at spesialisthelsetjenesten kan bidra med sin kompetanse inn i kommunene. I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* står det at «Det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet for å reparere i etterkant. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og vil sørge for at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide.»

Spesialisthelsetjenesten har en stor mulighet til å utnytte sin medisinske og helsefaglige autoritet på flere nivå i arbeidet med å påvirke mennesker til positive helsevalg. Det individuelle nivå er knyttet til møtet med pasienter i gruppe eller som enkeltindivider. Systemnivået retter seg mot spesialisthelsetjenesten og dens samhandlingspartnere. Det gjelder å realisere dette potensialet gjennom kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak. Målet må bli økt fokus på å opprette arenaer der spesialist- og primærhelsetjenesten kan utveksle kompetanse. Den sammensatte kompetansen som kan komme ut av et slikt samarbeid, vil så kunne utnyttes for å sette i gang bredt anlagte, helsefremmende tiltak for befolkningen i de aktuelle helseforetakenes nedslagsfelt.

Helse Nord sitt diabetesprosjekt har medført en bedre organisering av diabetesbehandling på sykehusene. Man anså dette som en forutsetning for å bedre samarbeidet med primærhelsetjenesten. I «Saltensprosjektet» som er et direkte resultat av diabetesprosjektet, har man satset på opplæring av primærhelsetjenestepersonell i behandling av diabetespasienter, med filosofien «overføring av ansvar for en komplisert gruppe pasienter til fastlegene forutsetter bedre samarbeid og en overføring av kunnskap og kompetanse».

Dette er et godt samhandlings- og kompetanseutvekslingseksempel.

WHO har etablert nettverket Health Promoting Hospitals (HPH). Medlemmene i nettverket søker å innarbeide en helsefremmende kultur i sin organisasjon gjennom implementering av helsefremmende verdier, strategier og standarder i sitt arbeid. Fokus i aktivitetene er både på pasient, pårørende og ansatt, så vel som lokalsamfunnet organisasjonen hører til. Nettverket ønsker å oppmuntre til, og å legge til rette for, kommunikasjon og kunnskapsutveksling blant sine medlemmer. HPH er et ungt konsept, det er fremdeles lite utviklet, og består i norsk sammenheng mest av enkeltprosjekter. Samtidig utfordrer konseptet sykehusene til en tenkning med helse som felles verdi for alle profesjoner, i motsetning til en tradisjonell behandlingstilnærming med sykdom i fokus. Akershus universitetssykehus har nå sekretariatsfunksjonen i det som i Norge kalles Norsk nettverk for helsefremmende arbeid, og er dermed forpliktet til å videreutvikle HPH-konseptet gjennom tiltak, fagutvikling og forskning på helsefremming generelt. HPH likestiller strategier rettet mot pasienter og pårørende, ansatte, sykehusorganisasjonen som system, lokalsamfunn samt politisk nivå.

HPH-nettverket har stort potensial i retning av å øke helsefremming og folkehelsefokus på helseforetakene, samt å oppnå intensjonene i Samhandlingsreformen. Det er imidlertid viktig at nettverket vokser, slik at det blir spredt over hele landet og over flest mulig virksomheter i helsevesenet.

### **Muligheter for sykdomsforebygging og helsefremming i datamaterialet fra spesialisthelsetjenesten**

Norsk pasientregister (NPR) er et av Norges sentrale helseregistre og blir drevet av Helse- direktoratet. Når pasienter får henvisning til eller behandling i spesialisthelsetjenesten, blir

en rekke opplysninger registrert ved behandlingsstedet. Et utvalg av disse opplysningene sendes til NPR.

I kraft av sitt innhold, sine muligheter og formål er NPR av betydning for folkehelsearbeidet. Hovedformålet for NPR er å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, men i tillegg skal registeret:

- Bidra til medisinsk og helsefaglig forskning som kan gi viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser og sykdommers årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak
- Danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre
- Bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader.

Kobling av data fra NPR til andre datakilder åpner opp for svært mange muligheter når det gjelder kartlegging av årsaker og utbredelse av sykdom. Tilpassing av folkehelsearbeidet krever oppdatert informasjon om utbredelsen av sykdom i befolkningen, noe NPR legger til rette for. I det følgende vil vi gi noen eksempler på hvordan vi mener NPR kan ha betydning for folkehelsearbeidet:

#### **Utbredelse av sykdom**

NPR kan benyttes til epidemiologiske kartlegginger av forekomst av ulike diagnoser. Store geografiske forskjeller i forekomst av ulike tilstandskoder, eller økning over tid kan være indikasjoner på at man bør rette inn spesielle forebyggende tiltak.

#### **Årsaker til sykdom**

I Norge er det gjennom flere store befolkningsundersøkelser samlet inn store mengder data gjennom spørreskjema, måling av høyde og vekt, og innsamling av blod- og urinprøver. Denne type data blir oppbevart og er gjenbruk-

bar i flere studier. Da data samles inn på et tidspunkt som er uavhengig av forekomst av sykdom, kan de ha stor verdi for avdekking av risikofaktorer for sykdom. Personer med gitte sykdomskarakteristika kan identifiseres i NPR og kan kobles opp mot data fra befolkningsundersøkelsene for kartlegging av risikofaktorer. God informasjon om risikofaktorer er nødvendig for å kunne iverksette forebyggende tiltak.

### **Pasienter med kronisk sykdom**

Behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten for pasienter med kronisk sykdom kan nå undersøkes ved hjelp av data fra NPR. Av spesiell interesse for folkehelsearbeidet vil det være å undersøke om det er store geografiske forskjeller i oppfølging av pasienter i ulike sykdomsgrupper, eller om oppfølging er avhengig av andre demografiske faktorer, slik som alder, kjønn eller sosioøkonomiske forhold. Gjennom kobling til andre registre kan man få annen detaljert informasjon. Lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet uavhengig av demografi er viktig for befolkningens helse.

### **Komplikasjoner etter behandling**

Ved å følge pasientgrupper etter endt behandling kan man undersøke om risiko for komplikasjoner varierer mellom sykehus, eller om enkelte prosedyrer er forbundet med særlig risiko for komplikasjoner. Med tilgang på denne typen informasjon kan beslutningstakerne gjøre vurderinger og endringer som har betydning for befolkningens helse.

### **Opplysninger om hjerte- og karsykdom**

Hjerte- og karsykdom er den vanligste dødsårsaken i Norge, men vi har ingen systematisk oppfølging av pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Sverige gjennomførte ved hjelp av sitt personidentifiserbare pasientregister en systematisk oppfølging av pasienter etter hjerteinfarkt. Studien viste stor geografisk ulikhet,

og funnene ble brukt til å bedre overlevelsen betydelig og redusere ulikhetene i løpet av få år. Med NPR blir det nå mulig å gjennomføre den type forskning på blant annet hjerte- og karsykdom også i Norge.

### **Opplysninger om ulykker og skade**

Å bidra til kunnskap som kan gi grunnlag for forebygging av ulykker og skader er et av formålene for NPR. Data om hvem som skades, hvordan det skjer og når det skjer gir viktig grunnlag for å kunne sette inn målrettet og effektiv innsats for å forebygge ulykker. Ulykker er et stort folkehelseproblem, og medfører et stort antall skader og drepte hvert år. Ulykkesskadde opptar om lag 10 prosent av alle senger ved norske sykehus. Registreringen av skadedata i NPR vil gi en verdifull mulighet for å se opplysninger om ulike typer skader opp mot behandlingsforløpet i helsetjenesten.

I tillegg til NPR finnes det en rekke medisinske kvalitetsregistre. Også disse kan – på tilsvarende måte som NPR – brukes til kvalitetsutvikling av helsetilbudet til de berørte diagnoseområdene, derunder forebyggende tiltak. Det er viktig å videreutvikle disse kvalitetsregistrene, samordne dem, samt å satse på bred informasjonsformidling i helsevesenet om de mulighetene som ligger i bruk av disse registrene. Det er behov for å utvikle en felles nasjonal strategi- og handlingsplan for helseregistre, med fokus på nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre. Regjeringen har derfor igangsatt et nasjonalt helseregisterprosjekt ledet av Helse- og omsorgsdepartementet.



# Utøvelse av folkehelsearbeidet

## Del 2





# Kapittel 8

## Psykisk helse som folkehelseutfordring

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Omtrent halvparten av alle nordmenn vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet.

Depresjon, angst og rusmiddelmisbruk er blant verdens dyreste sykdommer, men de kan forebygges. En bred satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeidet må skje både i og utenfor helsevesenet. Det må satses på forebygging, lavterskel og tidlig intervensjon.

God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

## Kontekst og bakgrunn

Psykisk helse-feltet har blitt betydelig styrket gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008). Samlet årsverksinnsats i kommunene som går til psykisk helsearbeid har økt med over 5000, og det er bygget ut et desentralisert behandlingstilbud med 75 distriktpsykiatriske sentre. Det har vært en sterk vekst i personellinnsats og mer enn dobbelt så mange får nå hjelp i psykisk helsevern for voksne. Dekningsgraden i psykisk helsevern for barn og unge har økt fra to til fem prosent. Et viktig satsingsområde under opptrappingsplanen har vært økt åpenhet om psykisk helse. Åpenhet kan bidra til å redusere fordommer og senke terskelen for å oppsøke hjelp.

Opptrappingsplanen har imidlertid primært hatt et tjenestefokus og i relativt stor grad fokusert på styrking av behandlingstilbudet hos de med alvorlige psykiske lidelser, sammensatt problematikk, og barn og unges psykiske helse. Forebygging av psykiske helseplager og styrking av behandlingstilbudet hos de med mindre alvorlige psykiske lidelser har vært en av de svakest utviklede sidene av Opptrappingsplanen (St.prp. nr. 1 2009–2010). Etterspørselen etter psykisk helsehjelp er langt større enn tilbudet som ytes. Problemets omfang gjør det utfordrende for helsevesenet å tilby hjelp til alle som søker behandling. Behandlingsapparatet må styrkes, men minst like viktig er det å satse sterkere på forebyggende strategier på psykisk helsefeltet.

I St.prp. nr. 1 (2009–2010) og St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* fremkommer det tydelig at regjeringen tar folkehelseutfordringene på psykisk helse-feltet på alvor. Forebyggingsarbeidet skal styrkes, det skal sørges for tidlig identifisering av psykiske problemer, og bevisstheten om den psykiske helsens betydning på alle arenaer og sektorer skal økes. I St.prp. nr. 1 (2009–2010) har

regjeringen også varslet at den har som mål å gjøre psykisk helsehjelp i kommunene mer tilgjengelig, og at det er behov for et styrket tilbud til personer med angst og depresjon, herunder utvikling av lavterskeltiltak. Dette skal bl.a. skje gjennom å øke antallet psykologer i kommunene.

## Forekomst av psykiske plager og lidelser

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Studier av forekomst i befolkningen viser at omtrent halvparten av alle nordmenn vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (4). Angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser, spesielt omfattende alkoholavhengighet og alkoholmisbruk, er de tre vanligste gruppene av psykiske lidelser blant voksne i Norge (4).

Omkring åtte prosent av alle barn og unge i Norge i alderen 3–18 år har en diagnostiserbar psykisk lidelse (4). På et hvert tidspunkt har rundt 15–20 prosent av barn i denne alders-

## Psykisk helse som begrep

Psykisk helse referer til utvikling av og evnen til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og fleksibilitet. God psykisk helse handler om livskvalitet, å føle seg vel med andre, ha positive følelser om andre og evne til å møte livets utfordringer. I følge WHO er helse en subjektiv opplevelse påvirket av utenforliggende faktorer som fred, utdanning, sosial rettferdighet etc., og således ikke bare noe som oppstår og eksisterer i individet (3).

Det er vanlig å skille mellom psykiske vansker/plager og lidelser. Psykiske vansker referer til grader av angst, depresjon, søvnvansker, alkoholmisbruk etc. Vanskene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Symptombelastningen behøver ikke være så stor at det kan stilles diagnose. Psykiske lidelser referer til psykiske plager av en slik grad at det kan stilles diagnose.



gruppen psykiske vansker med så mange symptomer at det går utover trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (4). Resultater fra «Barn i Bergen-studien» viser at angst er den mest utbredte av de psykiske lidelsene, og at mange av disse barna ikke får et behandlingstilbud.

Det foreligger ikke sterke holdepunkter for at det har vært verken en økning eller en reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene. Det har imidlertid vært en sterk økning i behandling for psykiske lidelser. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med det vi finner i andre vestlige land. På verdensbasis lider 400 mill. mennesker av en psykisk lidelse og praktisk talt alle er berørt som ektefelle, forelder, barn eller familie (5).

### **Konsekvensene av psykiske lidelser**

For om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidsstyrken er psykiske problemer en vesentlig årsak. I 2009 ble psykiske lidelser rapportert å stå for 13,7 prosent av sykefraværet (6). Psykiske lidelser blir imidlertid ofte underrapportert som årsak til sykemelding, og det er grunn til å tro at det reelle tallet er høyere (7). Uførepensjon for psykiske lidelser innvilges ved yngre alder enn for somatiske sykdommer, og psykiske lidelser medfører derfor flere tapte arbeidsår enn alle andre sykdommer. WHO antar at den samlede belastningen med uførhet og for tidlig død på grunn av depresjon vil øke, og i 2020 vil psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land (7).

Psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunnet store beløp hvert år i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter (7). Samfunnsøkonomisk er depresjon den klart mest kostnadskrevende av de psykiske lidelsene (8). Depresjon koster samfunnet tre-fire ganger mer enn hver av

de mest alvorlige sinnslidelsene, schizofreni, og bipolar lidelse, og tre ganger så mye som selvmord og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Bare én av fire som har depresjon mottar behandling for dette (9; 10). Av de som får behandling består denne hovedsakelig av medikamenter foreskrevet av allmennlege; i en undersøkelse i Oslo var dette 31 prosent, mens bare noen få fikk psykoterapi (11). Færre enn 10 prosent av de med angst og depresjon får tilbud i spesialisthelsetjenesten (12). En tredjedel av uføretrygdede for depresjon sier i en norsk studie at de ikke opplever å ha fått tilbud om behandling for sin depresjon (13). Dette til tross for at god behandling finnes med dokumentert kostnytte effekt, bl.a. gjennom kognitive metoder og assistert selvhjelp (14).

En annen konsekvens av depresjon er forkortet levetid (16). Forskning tyder på at depresjon bidrar til å øke dødeligheten for de store somatiske folkehelsesykdommene som hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og muligens kreft (4). Hver tredje pasient med alvorlig somatisk lidelse har depresjon i moderat grad. Depresjon oppdages sjelden, underbehandles, fordyrer bruk av somatiske helsetjenester og svekker rehabilitering (12).

### **Kan psykiske lidelser forebygges?**

Per i dag finnes det mye kunnskap om virksomme behandlingsmetoder for de som allerede har utviklet psykiske lidelser som angst og depresjon. Kunnskapsgrunnlaget knyttet til virksomme forebyggingstiltak for å unngå utvikling av psykiske lidelser er mer usikkert. Vi kjenner viktige risiko- og beskyttelsesfaktorer for de fleste folkesykdommene som angst, depresjon og misbruk/ avhengighet, men vi vet mindre om effekt, kostnadseffektivitet og brukertilfredshet ved forebyggende tiltak (15).

Til tross for mangelfull vitenskapelig doku-

mentasjon finns det likevel studier som gir oss nyttig kunnskap om virksomme forebyggingsstrategier på psykisk helse-området. Her vil vi se nærmere på denne kunnskapen, gi en kortfattet gjennomgang av teorier om hvordan psykiske vansker og lidelser oppstår, utdype de viktigste begrepene som benyttes i forebyggingsarbeidet og presentere effektive miljørettede og individrettede forebyggende tiltak på psykisk helse-området. Effektive grupperettede forebyggende tiltak omfatter både miljørettede og individrettede tiltak. Hensikten har ikke vært å lage en uttømmende oversikt over feltet, men å trekke frem noen av de viktigste områdene med vekt på vitenskapelig dokumentasjon. Kapittelet avsluttes med en kortfattet oppsummering av de viktigste helsefremmende og forebyggende tiltak på psykisk helse-området.

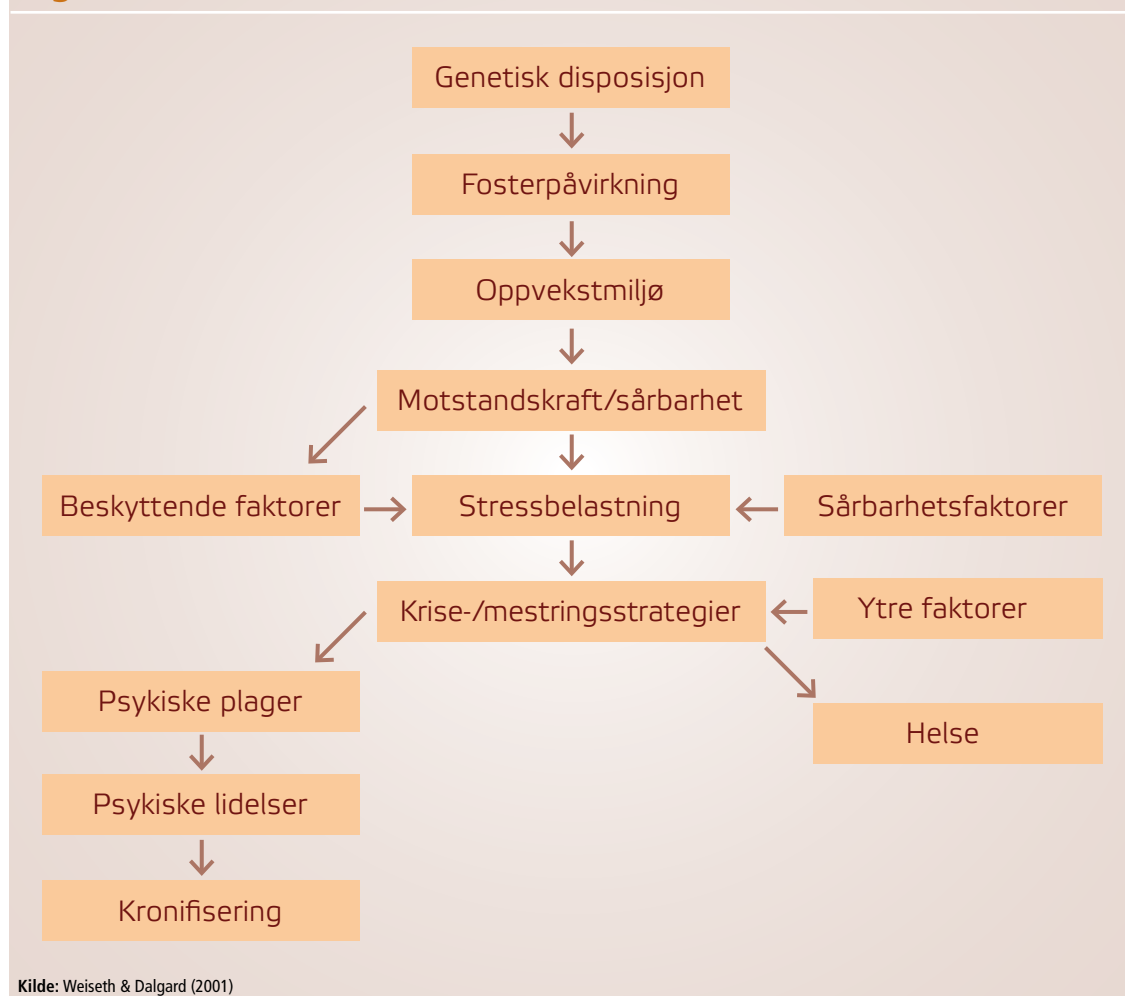
## Hvordan oppstår psykiske lidelser?

Det er lagt frem en rekke teorier som forsøker å forklare hvordan psykiske lidelser oppstår, utvikles og opprettholdes. En modell som har fått mye oppmerksomhet, og som er anerkjent, beskriver utvikling av psykiske lidelser i form av stressmestring – og sårbarhet (5). Der mestringen av stress svikter og sårbarhet foreligger, kan sykdom oppstå. Figur 8.1 illustrerer at psykiske plager og lidelser oftest utvikles i et komplekst samspill mellom arv og miljøfaktorer.

### Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Psykiske lidelser oppstår altså i en vekselvirkning mellom arvelige faktorer, personlige egenskaper (f.eks. selvtillit og evne til mestring) og miljømessige risiko- og beskyt-

Figur 8.1 Hvordan oppstår psykiske lidelser?



Kilde: Weiseth & Dalgard (2001)

telsfaktorer. Til tross for at de arvelige faktorene kan bety mye for utvikling av enkelte psykiske lidelser, så har antakelig nivået av risiko- og beskyttelsesfaktorer i et samfunn mer å si for nivået av psykiske helseproblemer i befolkningen (16). Helsefremmende og forebyggende helsearbeid dreier seg om å bedre helsen gjennom å redusere risikofaktorene og øke de beskyttende faktorene (16).

Det er mange forskjellige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser, og hver enkelt av dem har som oftest ikke stor betydning alene. Flere risikofaktorer samlet øker imidlertid sannsynligheten for at psykiske lidelser utvikles, dvs. at risikofaktorene virker additivt (14). Kroniske risikofaktorer er også av større betydning enn risikofaktorer av kort varighet (14). Miljømessige risikofaktorer er knyttet til bl.a. sosioøkonomisk ulikhet, arbeidsledighet, tilgjengelighet av alkohol, fysisk aktivitet, samlivsproblemer, ensomhet, sosial isolasjon og fravær av sosial støtte, røyking og opplevelse av misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet. Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en forebyggende effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. De viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser er sosial støtte og utviklet mestringsevne i ulike situasjoner (4).

## Sentrale begreper og definisjoner knyttet til psykisk helse

### Universell, selektiv og indikativ forebygging

På midten av 1990-tallet ble det foretatt en ny gjennomgang av klassifikasjonene i det forebyggende arbeidet, og man introduserte da de tre begrepene universell, selektiv og indikativ forebygging (17). *Universell forebygging* er tiltak rettet mot alle. Dette innebærer at man konsentrerer innsatsen om å fremme en positiv utvikling som kan gi alle maksimal beskyttelse

mot problemer. Både det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid kan inngå som en del av det universelle forebyggende arbeidet. *Selektiv forebygging* (høyrisikostrategi) er tiltak som bare rettes mot risikogrupper i befolkningen. Et av hovedmålene ved selektiv forebygging er å hindre negativ utvikling i grupper med antatt høy eksponering for en eller flere miljørelaterte risikofaktorer som f.eks. arbeidsledige og sosialhjelpsmottakere, enslige forsørgere med små barn, folk som nylig har opplevd alvorlige livshendelser, flyktninger og nære pårørende til psykisk syke. Selektiv forebygging kan også være både helsefremmende (som kan øke mestring og velvære) og forebyggende (som reduserer nivå av risikofaktorer). Ved *indikativ forebygging* er intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle psykiske problemer, men som ikke nødvendigvis fyller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse.

### Individrettet og miljørettet forebygging

Det er også vanlig å dele inn forebyggende arbeid i *individrettede* og *miljørettede* tiltak. Når det gjelder det individrettede forebyggende arbeid ved depresjon, angst og rusmiddelproblematikk, dreier det seg hovedsakelig om tiltak i gråsonen mellom det vi i denne rapporten har kalt sekundærforebygging ved *begynnende faresignaler eller uhelse* og sekundærforebyggende innsats i *klinisk (symptomgivende) fase*. Det er her snakk om å motvirke at folk som allerede viser tegn på psykisk lidelse skal utvikle en manifest, klinisk sykdom. Dette kalles gjerne indisert forebyggende arbeid. Det individrettede forebyggende arbeidet benytter seg av metoder som faller nær de metoder som brukes i behandlingen av disse tilstandene.

Det miljørettede forebyggende arbeidet dreier seg om tiltak rettet mot de bakenforliggende sosiale årsaksfaktorer, eksempelvis økonomiske problemer, arbeidsledighet, dårlig

arbeidsmiljø, dårlig bomiljø, sosial isolasjon eller problemer i tilknytning til innvandring. For barn og unge er det viktig å skape et godt miljø i barnehage og skole. Her vil det meste av arbeidet måtte utføres utenfor helsevesenet, i samarbeid med andre etater, frivillige organisasjoner og politikere. Ikke desto mindre har helsevesenet et lovpålagt ansvar også for det miljørettede forebyggende arbeidet, og plikter å ha oversikt over befolkningens helse-tilstand og de faktorer som påvirker denne. På dette grunnlag skal helsesektoren legge premissene for forebyggende tiltak (18).

### **Helsefremmende arbeid**

Et annet begrep som ofte benyttes på forebyggingsfeltet er *helsefremmende arbeid*. Helse-fremmende arbeid har til hensikt å styrke menneskers helse og livskvalitet utover det å gjøre dem fri for sykdom. Det helsefremmende perspektivet fokuserer på de positive sidene ved helse. Fremming av psykisk helse fokuserer på forbedring av miljøet (sosialt og fysisk), og på å bedre mestringsevnen og kompetansen hos individer så vel som i samfunnet (5). Når man betegner en intervensjon som helsefremmende, er målet for intervensjonen å bedre den psykiske helsen ved f.eks. å øke den generelle graden av velvære, selvbilde, optimisme, positiv atferd, mestring og evne til takle motgang og belastninger i livet. Tema som mestring, resiliens og trivsel er mer fremtredende enn risiko og sykdom. Helsefremmende tiltak kan også legge vekt på samfunnsmessige forhold som politikk, lovgivning, utdanning og økonomi.

### **Miljørettet forebyggende arbeid på psykisk helse-feltet**

Det er generelt langt vanskeligere å måle effekten på den psykiske helsen ved tiltak på samfunnsnivå, som bl.a. handler om å motarbeide arbeidsledighet, fattigdom, sosial

ulikhet, etnisk diskriminering og sosial desintegrasjon, enn ved individrettede og grupperettede tiltak (2). Til tross for dette finnes det flere gode studier fra både Norge og andre land som dokumenterer effekten av ulike miljørettede forebyggende tiltak for å bedre befolkningens psykiske helse. Det dreier seg hovedsakelig om studier av tiltak som har bidratt til forebygging av angst og depresjon gjennom styrking av sosiale nettverk og sosial integrasjon (2). Under gis det en kort redegjørelse for noen viktige miljømessige risikofaktorer som kan påvirkes, og på den måten bidra til å forebygge psykiske lidelser.

### **Arbeid**

En rekke undersøkelser viser at arbeidsledighet over tid bidrar til økt hyppighet av psykiske plager (2). Levekårsundersøkelsen for 2005 viste at de som er uten jobb hadde tre til fire ganger høyere sannsynlighet for å ha betydelige psykiske plager enn de som er i jobb, og forskjellen var signifikant (16). Enkelte har hevdet at sammenhengen mellom arbeidsledighet og psykiske lidelser kunne skyldes at de som falt ut av arbeidslivet hadde dårligere helse på forhånd, og at det hele berodde på en seleksjonseffekt. Undersøkelser har imidlertid vist at de arbeidslediges psykiske helse blir normalisert når de kommer tilbake i arbeid (2). Hypotesene som benyttes til å forklare arbeidets positive betydning for den enkeltes psykiske helse er at arbeid bl.a. bidrar til å gi mening og struktur i tilværelsen, sosialt samvær, inntekt og tilhørighet. For mange er også arbeid nært knyttet til identitet og verdighet. For personer med angst og depresjon kan sykemelding bidra til å forsterke opplevelsen av inaktivitet, ensomhet og negativ grubling (4). Mange med depressive lidelser vil ha behov for yrkesrettede tiltak for å holde seg i arbeid eller vende tilbake til jobb. Sykemelding med vekt på fravær og hvile brukes ofte ved sykdom. Ved depresjon

og angstlidelser er nærvær og aktivitet viktig. Det bidrar til å gi hverdagen form og struktur, og gir mindre rom for passivitet, ensomhet og depressiv grubling (14).

Et sentralt og viktig miljørettet forebyggende tiltak er således å opprettholde høy sysselsetting i befolkningen (4). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012 er regjeringens plan for arbeidet med å hindre utstøting og lette inkluderingen i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser. Den nasjonale strategiplanen skal bidra til å bryte barrierer og bygge bro mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren for brukergruppen. Evalueringen fra denne satsingen er ennå ikke fullført, men foreløpige resultater tyder på at dette er effektive forebyggende tiltak mot arbeidsuførhet som følge av psykiske lidelser. Senter for jobbmestring er et tiltak i regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse. Det er etablert sju sentre for jobbmestring ved NAV arbeidsrådgivning. Mange har behov for tettere oppfølging og mer skreddersydde tilbud med vekt på behandling/veiledning som kan øke jobbdeltakelse. Det settes nå i gang et stort forskningsprosjekt ved Uni Helse og Universitetet i Bergen for å få mer kunnskap om effekten av dette tiltaket.

### **Sosioøkonomisk status**

Det foreligger solid dokumentasjon på en sterk sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status, målt etter inntekt, utdanning og yrke, og psykiske plager (2). Blant dem med lav inntekt og utdanning er det en sterk overrepresentasjon av minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere, ikke-vestlige innvandrere, langtidsledige, uførepensjonister og unge enslige. Dette er alle risikogrupper for å utvikle psykiske lidelser. Noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse kan forklares med opplevelse av maktesløshet og lav tillit til egen mestring

### **Senter for jobbmestring**

er et tiltak for mennesker med angst og depresjon, både sykemeldte og personer på atferdstraining. Målsettingen er at de skal komme tilbake i ordinært arbeid. Jobbsøking og veiledning er tett integrert med behandling av psykisk lidelse. Resultatene viser mindre symptomer på angst og depresjon, lavere sykemeldt fravær og generelt bedre livskvalitet.

### **Raskere tilbake**

er et tiltak som skal hindre unødig langtidsfravær. Ordningen ble lovfestet i 2007 og skal sikre tettere oppfølging av sykemeldte. Ved Vinderen DPS, Lovisenberg DPS og Universitetssykehuset i Nord-Norge er det åpnet kveldspoliklinikker som en del av raskere tilbake-tilbudet hvor personer med angst og depresjon kan få rask behandling. Resultatene fra satsingen ser så langt lovende ut ved at mange vender tilbake til jobb og reduserer sine symptomer på angst og depresjon.

kombinert med lav sosial støtte (4).

Politiske tiltak som bl.a. økonomisk støtte til svakerestilte grupper, skattepolitiske virkemidler og lik tilgang til utdanning kan bidra til å redusere sosioøkonomiske forskjeller, og på en indirekte måte også bedre befolkningens psykiske helse (4). Helsevesenets rolle blir først og fremst å dokumentere og påpeke sammenhengen mellom sosioøkonomiske forhold og helse, og dermed være en premissleverandør for politiske beslutninger (2).

### **Innvandrere og integrering**

Innvandrere, og spesielt flyktninger, har en signifikant høyere forekomst av psykiske plager sammenliknet med norskfødte (2). Fengsling, tortur, tap av venner og familie

og andre traumatiske hendelser før ankomst forklarer noe av den økede forekomsten av psykiske plager hos innvandrere, spesielt hos flyktninger. Manglende arbeid, manglende sosial støtte, manglende integrering i det norske samfunnet, opplevelse av diskriminering, samt en generell opplevelse av maktesløshet, synes å være de viktigste forklaringsfaktorene etter ankomst til Norge (2). Tiltak som retter seg mot disse problemene er viktig for å forebygge og redusere psykiske plager og lidelser hos innvandrere.

### **Arbeids- og skolemiljø**

Flere studier har påvist en høyere forekomst av psykiske lidelser hos arbeidstakere som mangler mulighet til å kontrollere og påvirke egen arbeidssituasjon (4). Dette gjelder spesielt hvis arbeidet oppleves som krevende. Forskning viser at generelle arbeidsmiljøtiltak anvendt på allerede gode arbeidsmiljø som regel ikke er effektive tiltak for å redusere psykiske lidelser i befolkningen (4). Tiltakene må iverksettes mot dem som allerede opplever et misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet, og grupper som opplever lav sosial støtte, herunder mobbing (4).

Mobbing kan settes i sammenheng med en rekke helseplager, og er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske plager (19). Studier viser en høy korrelasjon mellom mobbing og fysiske plager. Nordhagen m.fl. (2005) mener fysiske helseplager er dobbelt så vanlig hos barn og unge som mobbes enn blant andre barn. Det dreier seg først og fremst om hodepine, ryggsmarter, «vondt i magen» og svimmelhet. Psykiske plager er enda mer utbredt blant barn og unge som mobbes. Her anslår Nordhagen at forekomsten er to til sju ganger høyere blant dem som mobbes. Symptomene kan være engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet. Jo oftere et barn blir mobbet, jo større er risikoen for helseplager (20).

De siste årene har det blitt iverksatt flere tiltak for å forebygge mobbing, både i skolen og i arbeidslivet. Bl.a. finnes det flere programmer mot mobbing i skolen, slik som Zero, Olweus, PALS og LP-modellen, som har vist seg å ha effekt i det forebyggende arbeidet (21). Olweus' antimobbeprogram har utmerket seg med gode resultater (22). Programmet bygger på noen få nøkkelprinsipper som er utledet fra forskningen på mobbing, bl.a. faste grenser mot uakseptabel atferd mot andre, og viktigheten av å skape et skolemiljø som er kjennetegnet av varme, positiv interesse og engasjement fra de voksnes side (2).

Evnen til læring, positiv selvoppfatning og evne til sosial kontakt er av stor betydning for barn og unges psykiske helse. Det finnes en rekke psykoedukative programmer som tar sikte på å utvikle disse egenskapene hos elevene og i tillegg gi ungdom kunnskap om psykisk helse, hvordan være venn for en som sliter og kunnskap om det lokale hjelpeapparatet. I Norge er særlig programmene «Steg for steg» og «Zippys venner» tatt i bruk. Begge programmene har blitt evaluert og har oppnådd gode resultater (2).

### **Sosial støtte og nærmiljø**

Sosial isolasjon og manglende sosial støtte fra det sosiale nettverket øker risikoen både for psykiske og somatiske helseproblemer (2). Sosialt nettverk forstås som det uformelle nettverket av venner, familie, arbeidskamerater, naboer og andre personer vi har rundt oss. Med sosial støtte menes først og fremst den emosjonelle kontakten vi har med andre, men også nettverkets funksjon i form av praktisk hjelp og sosial kontroll (23). Sosial støtte, eller mangelen på den, har særlig innvirkning hvis vi er utsatt for ulike påkjenninger og negative livshendelser. Sosial støtte fungerer som en «buffer» eller beskyttelsesfaktor gjennom at den styrker vår mestringsevne.

En nylig fremlagt studie fra FHI viser at det er en sterk sammenheng mellom den sosiale støtten ungdom får fra foreldre, lærere og venner og deres trivsel og fungering. Studien viser også at ungdommene selv ønsker mer tid med foreldrene sine. For å forebygge at ungdom utvikler psykiske plager er det viktig å sørge for at både ungdom og familiene deres har gode sosiale nettverk rundt seg. Både veiledning fra helsevesenet til foreldre om hvordan det er å ha en ungdom og foreldregrupper er gode forebyggingstiltak for å bedre ungdoms psykisk helse. Forebyggende tiltak fra det offentlige bør rettes mot oppvekstvilkårene for ungdom flest (24).

Gjennom utviklingstiltak i lokalsamfunnet kan helsevesenet i samarbeid med andre samfunnsinstanser, lokalpolitikere og befolkningen selv, bidra til å forebygge psykiske helseproblemer. Et stikkord er *empowerment*, som innebærer at lokalbefolkningen selv trekkes aktivt inn i arbeidet med å identifisere problemene og bedre det lokale miljøet, sammen med fagfolk og lokale politikere. Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper forebygger psykiske lidelser, som for eksempel depresjon og angst, ved å styrke mestringskompetanse og redusere belastninger (4). Disse tiltakene

### «Liv laga i Lofoten»

Et eksempel på forebyggende arbeid rettet mot lokalsamfunn er «Liv laga i Lofoten». Dette arbeidet ble gjennomført i samarbeid med den lokale psykiatriske poliklinikken, den kommunale helse- og sosialtjenesten og politikere. Prosjektet rettet seg mot enkeltindivider i vanskelige livssituasjoner, utsatte sosiale grupper og lokalsamfunnet som helhet. Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper ble etablert, likeledes samtale- og aktivitetsgrupper som rettet seg mot spesielle problemområder, for eksempel problemer i tilknytning til sviktende fiske. Sammenfattende kan en si at sosial integrasjon var den sentrale målsettingen for prosjektet. Evalueringen av prosjektet viser at intensjonene ble oppfylt.

## Sosial støtte

Det benyttes ofte tre spesifikke spørsmål for å måle graden av sosial støtte i befolkningen. Disse tre spørsmålene omhandler antall personer man føler står så nær at de vil hjelpe i en vanskelig situasjon, hvor stor interesse man selv viser for andre og hvor enkelt det er å få praktisk hjelp fra naboer. Spørsmålene inngår i et spørsmålsbatteri som går under navnet Oslo 3-skalaen. Tall fra SSBs Helse- og levekårsundersøkelse 2005 viste at 44,9 prosent av den norske befolkningen opplevde å ha mye sosial støtte, mens 46,6 prosent hadde middels støtte og 8,5 prosent hadde lite støtte.

kan iverksettes overfor personer som er i risikoutsatte grupper eller har vært utsatt for belastende livshendelser. Eksempler på slike hendelser er dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom. Forebygging av psykiske lidelser blant eldre kan skje gjennom tiltak som motvirker sosial isolasjon og passivitet (4). Gruppebaserte tilbud der de eldre har medinnflytelse på planleggingen og utviklingen av tilbudene har vist seg særlig effektive (18). Eldresentre kan være en egnet arena for å forebygge depresjon, angst og kognitiv svikt (18). Generelt sett er det viktig å tilrettelegge for gode sosiale møteplasser for mennesker i alle aldre.

## Sivilstand

Forskning viser at skilte/separerte voksne (og deres barn) samt aleneboere utgjør en risikogruppe for å utvikle psykiske lidelser, sammenlignet med de som lever i forhold (4). I SSBs Helse- og levekårsundersøkelse fra 2005 rapporterer 16,2 prosent av skilte/separerte om betydelige psykiske plager, mot 7,4 prosent blant de som ikke er skilt/separert. Gifte og samboende opplever også færre

## Sosialt isolerte kvinner i en drabantby

En studie av sosialt isolerte kvinner i en bydel i Oslo undersøkte muligheten for å forebygge og redusere psykiske helseplager. Kvinnene, som i utgangspunktet hadde mange psykiske plager og et dårlig fungerende sosialt nettverk, ble inndelt i to tilfeldige grupper. Forsøksgruppen ble igjennom et år tilbudt ukentlige gruppesamtaler med psykolog der hensikten var å knytte kontakter og utvide det sosiale nettverket. Den andre gruppen fungerte som kontrollgruppe uten spesielle intervensjoner. Etter både tre og seks år hadde kvinnene i forsøksgruppen, i motsetning til kvinnene i kontrollgruppen, redusert sine psykiske plager. Forsøksgruppen rapporterte også om bedre livskvalitet (2).

episoder med alvorlig depresjon enn enslige og skilte. Forskjellen kan ha sammenheng med mellomliggende variabler, som økonomisk situasjon, opplevelsen av å ha venner og et sosialt nettverk, integrasjon i lokalsamfunnet og opplevd selvbilde (16).

Det er gode holdepunkter for at samlivskurs og parterapi kan forebygge samlivsproblemer og samlivsbrudd (14). Det er også grunn til å tro at samlivskurs for alle par som venter sitt første barn er et virksomt tiltak for å forebygge psykiske lidelser (4). Flere studier har vist at sosiale støttegrupper for mennesker som har opplevd samlivsbrudd har en positiv effekt på livskvalitet og fører til redusert depresjon (18). For barn og unge som opplever familieoppløsning er det utviklet flere intervensjonsprogrammer som har til hensikt å redusere de psykiske skadevirkningene (2).

### Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser (25). Særlig i forhold til depresjon ser man positiv effekt av mosjon. Undersøkelser tyder på at fysisk aktive mennesker har redusert sannsynlighet for å utvikle depresjon sammenlignet med fysisk inaktive (26). Også for andre psykiske lidelser som angst, schizofreni, demens og ruslidelser kan fysisk aktivitet være nyttig (27). Effekten kan ha sammenheng med fysiske mekanismer, men den kan også knyttes til den psykiske

opplevelsen av mestring, distraksjon fra depressive tanker og følelser, og den sosiale sammenhengen treningen inngår i (14).

Gjennom økt tilrettelegging av det offentlige rom i form av bygging av sykkelstier, lekeplasser, parker og lignende kan det fysiske aktivitetsnivået til barn og unge og voksne økes. Skolen er en viktig arena for å øke det fysiske aktivitetsnivået blant barn og unge (4). Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser er ofte i dårlig fysisk form, eller har drevet såpass lite med fysisk aktivitet at de kan ha behov for hjelp til å komme i gang. Helsetjenesten og helsepersonell spiller her en viktig rolle både når det gjelder å informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet som forebyggings- og behandlingsmetode (28). Treningskontaktordningen der legfolk etter kursing trener sammen med personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer har vist seg å være et godt tiltak (28).

### Individrettet forebyggende arbeid på psykisk helsefeltet

Individrettet forebyggende arbeid ved depresjon og angst dreier seg om å motvirke at folk som allerede viser tegn på psykisk lidelse skal utvikle en manifest, klinisk sykdom. Individrettede forebyggende tiltak ved depresjon og angst kan hovedsakelig inndeles i to hovedgrupper: tiltak som bygger



på sosial støtte til utsatte grupper, og tiltak som bygger på psykologiske metoder (18).

Den høye forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen er mer forårsaket av kronisitet og tilbakefall, enn av at det oppstår mange nye tilfeller (5). Eksempelvis er det slik at halvparten av de som rammes av depresjon for første gang, får en ny episode senere. Sekundært forebyggende arbeid som gjennom tidlig og adekvat behandling tar sikte på å forhindre at sykdom videreutvikles kan derfor effektivt redusere forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen (5).

### **Utsatte grupper av barn og unge**

Når det gjelder barn og unges psykiske helse er foreldrenes psykiske helse og sosiale livssituasjon en sentral påvirkningsfaktor. Forebyggende tiltak rettet inn mot voksne vil således også virke positivt inn på barn og unges psykiske helse. Studier viser at de fleste barn og unge som utvikler symptomer på psykiske lidelser vokser opp i familier uten spesielle belastningsfaktorer (4). Risikoen øker imidlertid betraktelig når belastningene er store, varer over lang tid og rammer mange livsområder (4). Særlig høy risiko for å utvikle psykiske helseproblemer finnes hos 1) barn og unge som vokser opp hos psykisk syke foreldre, 2) barn og unge av foreldre med rusmisbruk, 3) barn og unge som opplever vold i familien, 4) barn og unge fra innvandrer-miljøer, 5) barn og unge som er sosialt isolerte eller marginaliserte, og 6) barn og unge med særlig biologisk risiko (4).

### **Barn og unge av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusmisbruk**

Når det gjelder barn og unge som vokser opp hos foreldre med psykiske lidelser og rusproblemer, må det understrekes at vanskeligheten i situasjonen varierer med alvorligheten av lidelsen den voksne har, hvor lenge lidelsen varer og barnets alder og modenhet (2).

I forebyggingsøyemed er det sentralt at det finnes metoder og rutiner for å fange opp og registrere de barna som lever med foreldre som er psykisk syke eller har rusproblemer. Spesialisthelsetjenesten har fra 1. januar 2010 et lovpålagt ansvar for å registrere barna til klientene og avdekke barnas psykososiale fungering.

Helsestasjonene bør tillegges et særskilt ansvar for å systematisk identifisere vordende foreldre med psykiske vansker og rusproblemer slik at disse får et adekvat behandlingstilbud. Depresjon hos mor under svangerskapet og etter fødsel kan ha negative følger for barnets utvikling, for eldre søsken og for parforholdet. Rundt en tredjedel av alle barseldepresjoner starter under graviditeten. FHI har foreslått at kartlegging av symptomer på angst og depresjon hos kvinner før og etter fødsel bør inngå som en fast del av oppfølgingen av gravide og spedbarnsmødre (22). Det er forskningsmessig belegg for å anta at 10–15 prosent av barselkvinner til enhver tid sliter med symptomer på angst og depresjon (4). Nær 100 prosent av foreldre med barn i alderen 0–5 år er i kontakt med helsestasjonen, noe som gjør dette til en unik forebyggingsarena. Tidlig hjelp til barnefamilier som sliter med barneoppdragelse, i forhold knyttet til barnas eller foreldrenes egen helse, mestring av hverdagen, arbeidssituasjon, partnerforhold eller sosiale relasjoner generelt vil være viktig

### **Endring i Helsepersonelloven**

Helsepersonell har fra 1. januar 2010 en plikt til å bidra til at barn som pårørende får nødvendig oppfølging. Det er først og fremst behandlere til den voksne pasienten som skal se til at barnet får nødvendig oppfølging, men det kan også være annet personell, blant annet personell med ansvar for barn.

## Topp-studien

Allerede når barn er 18 måneder gamle gjør eksponering for risikofaktorer dem mer utsatte for å utvikle symptomer på angst og depresjon når de kommer i tenårene. Risikoen er i tillegg større enn om eksponeringen skjer senere i barndommen. Studien baserer seg på data fra det norske TOPP-prosjektet (33).

for å fange opp utsatte familier.

Helsestasjonene har en lang tradisjon for å tilby nettverksskapende tilbud som barselsgrupper og støtte- og gruppesamtaler for foreldre. For å styrke det forebyggende arbeidet ved helsestasjonene ytterligere bør flere psykologer med kompetanse på disse områdene inngå. Helsedirektoratet har for øvrig en egen satsing og tilskuddsordning for å øke antallet psykologer i norske kommuner, herunder også helsestasjonene (29).

### Barn og unge som opplever vold i familien

Barn og unge som opplever vold og seksuelle overgrep i familien er også en sårbar gruppe når det gjelder utvikling av psykiske helseproblemer. I tillegg til direkte vold og overgrep mot barn, er også vold og overgrep mot mor eller far en stor risikofaktor. Dersom foreldrene har belastninger som gir seg utslag i voldelige konflikter vil omgivelsene fremstå som uforutsigbare og utrygge (2). Å være vitne til at omsorgsgiver blir utsatt for vold eller overgrep kan være verre enn at barna selv blir slått (4).

Når det gjelder tiltak for å forebygge senere psykiske lidelser for barn og unge som er utsatt for vold og overgrep, er det sentralt å sikre det enkelte barn en reell opplevelse av trygghet fra minst én støttende foreldrefigur. Vedkommende må få støtte til å følge barnet gjennom behandlingen som utføres (2). Ubehandlet traume som følge av vold i familien

kan føre til depresjon, lærevansker og ADHD i barneårene. I ungdomsalder kan ubehandlet traume føre til rusmisbruk, atferdsvansker og suicidalitet. Blant unge voksne kan vanskene ofte diagnostiseres som personlighetsforstyrrelser. Unge voksne med personlighetsforstyrrelser kan ha redusert omsorgsevne dersom de får barn (2). Dette viser at de personlige og samfunnsmessige omkostningene ved å ikke ta traumer hos barn og unge på alvor er store.

### Barn og unge fra innvandremiljøer

Flyktningbarn som bærer med seg traumatiske erfaringer forbundet med krig, vold og tap av venner og familie er en spesielt sårbar gruppe. Enslige mindreårige flyktninger bosatt i Norge har en betydelig høyere andel psykiske plager enn andre ungdommer med etnisk minoritetsbakgrunn som bor med familiene sine. Mange er ensomme og mangler trygge relasjoner med voksne.

Lokalmiljøene må komme mer på banen i forhold til barn og unge som har kommet til Norge og fått opphold her uten følge av foreldrene sine (30). Forskning fra Norge har for øvrig vist at kulturkompetanse, i form av mestring av samhandlingsformer og kommunikasjon, innenfor både minoritetskulturen og den norske kulturen, er viktig for ung-

## Psykisk helsetjeneste for barn og unge i Lørenskog kommune

Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PHBU) er et team i helsetjenesten som tilbyr lett tilgjengelig psykisk helsehjelp til barn, unge og gravide. Teamet består av fem psykologer og to spesialkonsulenter. De samarbeider tett med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De har også jevnlige møter med kommunens helsesjef og fastleger. Teamet tilbyr råd og veiledning, vurdering, kortvarig behandling samt noe undervisning og kommuniserer klart at ingen vansker er for små til at de kan kontaktes. Barn, ungdom, deres familier samt gravide i kommunen kan ta direkte kontakt, henvisning er ikke nødvendig. Tilbudet er gratis, og arbeidet er forankret i kommuneplanen.

dommers tilpasning og psykiske helse (2). Dette bør fokuseres på både når det gjelder forelderådgivningen ved helsestasjonene og i det forebyggende arbeidet som skolens hjelpeapparat driver (2).

### **Evaluerte programmer og familieintervensjoner**

De siste årene har det blitt utviklet en rekke programmer og intervensjoner hvor målsettingen har vært å forebygge og minske atferdsproblemer hos barn og unge. Felles for disse programmene er at de bygger på en sosial læringsmodell som beskriver hvordan forsterkninger i det sosiale miljøet utvikler og opprettholder atferdsproblemer. Nedenfor beskrives kort et utvalg av slike programmer hvor intervensjonsstudier har vist god effekt.

«De utrolige årene» er et forebyggende program for barn i alderen fra fire til åtte år der målsettingen er å forebygge og minske atferdsproblemer. Foreldre til barn med atferdsproblemer møtes ukentlig i 12 uker. Gruppen ledes av terapeuter, og fokuset er på positive foreldrestrategier, stressmestring og at foreldrene hjelpes til å øke barnas sosiale ferdigheter. Intervensjonsstudier viser at barna fikk bedre sosial kompetanse og foreldrene brukte mindre tøffe og mer positive foreldrestrategier (31).

«Tidlig innsats for barn i risiko» (TIBIR) er et program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn. Programmet er tilpasset det kommunale tjenestenivået, og en av målsetningene er å minske atferdsproblemer på skolen. Intervensjonen består av generelt forebyggende informasjonsarbeid til foreldre og ansatte, rådgivningstjeneste for foreldre, konsultasjonsbistand for ansatte i skole/barnehage, ferdighetstrening og terapeutisk oppfølging av familier med barn med alvorlige atferdsvansker. Resultater fra intervensjonsstudier viste at barna hadde signifikant mindre problematferd og bedre

elev-lærerrelasjoner.

«Parent Management Training, Oregon Model» (PMTO) er en metode der foreldrene lærer å endre dysfunksjonelle strategier. Man fokuserer på å hjelpe foreldrene til å sette grenser, ha oversikt over hva barna gjør, løse problemer, involvere seg positivt i barna og oppmuntre barna til å utvikle ferdigheter. Resultater fra evalueringen viser mindre atferdsproblemer hos barna, og lærerne rapporterer om bedre sosial kompetanse.

### **Utsatte grupper av voksne**

Nettverksorienterte tiltak som sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser, f.eks. uventet dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom, har vist seg effektive når det gjelder å forebygge depresjon og angst gjennom styrking av mestringskompetanse og reduksjon av belastninger (4). Gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet blant eldre har vist seg effektive for å forebygge depresjon (18).

### **Psykologiske metoder**

Det finnes ulike psykologiske metoder for å forebygge og behandle psykiske lidelser som psykodynamiske, interpersonlige eller kognitive metoder. Det er veldokumentert at kognitive metoder er effektive når det gjelder forebygging av depresjon (18). Dokumentasjonen av andre psykologiske metoder er svakere. Med forebygging menes i første rekke forebygging av klinisk depresjon hos personer med lettere depressive plager, såkalt indisert forebygging, og hindring av tilbakefall hos de med klinisk depresjon, såkalt tertiærforebyggende arbeid (18) Sistnevnte vil ikke være innenfor folkehelsebegrepet definert innledningsvis, men dette arbeidet vil ha en betydning for folkehelsen ved at man forebygger tilbakefall.

## Hva er kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi?

Kognitiv terapi eller kognitiv atferdsterapi er en tidsbegrenset og strukturert psykologisk tilnærming. Det fokuseres på tanker, forestillinger, oppfatninger, holdninger, og hvordan disse påvirker vår atferd og vårt følelsesliv. I behandlingen er det sentralt å identifisere, realitetsteste og evt. korrigere negative tankemønstre, da urealistiske eller dysfunksjonelle negative tanker anses som en sentral vedlikeholds faktor.

### Kurs i mestring av depresjon

Kurs i mestring av depresjon (KID) er lagt opp som undervisning hvor deltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell og tilhørende teknikker og metoder rettet mot å endre tanke- og handlingsmønsteret som vedlikeholder og forsterker nedstemtheten/depresjonen. Deltakerne trenes også i å engasjere seg i lystbetonte aktiviteter og å utvikle sosiale relasjoner. Hver kursgruppe består av 10–15 personer og blir vanligvis ledet av to psykiatriske sykepleiere. I gruppen er ikke deltakerne pasienter, men først og fremst aktive kursdeltakere, som også får hjemmelekser.

Siden høsten 2003 har mellom 3 000 og 4 000 nordmenn blitt kurset i å mestre depresjon (32). Etter åtte ukentlige møter på 2,5 timer, samt tre oppfølgingsmøter, ble nærmere 70 prosent av kursdeltakerne vesentlig bedre, sammenliknet med 37 prosent i en kontrollgruppe. Bedringen består bl.a. av mindre følelse av tristhet, større interesse for andre, større glede av aktiviteter og mindre søvnproblemer (32). KID er under videre forbedring basert på erfaringene så langt. Det arbeides også med en kurspakke beregnet på bruk i bedrifter.

### Internettbaserte metoder mot depresjon

De siste årene er det i Norge utviklet internettbaserte terapiprogrammer som MoodGYM og BluePages for å forebygge og behandle depresjon og angst. Programmene er basert på kognitiv atferdsterapi og har til hensikt å øke brukernes kunnskap om sine symptomer og deres sammenheng med automatiske negative tanker, dysfunksjonelle holdninger, mestringsstrategier og interpersonelle relasjoner. BluePages gir hovedsakelig informasjon om depresjon, mens MoodGYM er et interaktivt program basert på kognitiv atferdsterapi (8).

### Kommunale lavterskeltjenester

Utbygging av kommunale lavterskeltilbud der personer med tidlige tegn på depresjon og angst kan henvende seg og motta adekvat kortvarig behandling uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid, kan hindre utstøting fra arbeidsliv, kronifisering og at unødige psykiske tilleggs lidelser får utvikle seg. Lavterskeltilbud som dette vil også ha en potensiell samfunnsøkonomisk gevinst gjennom å forhindre kronifisering, krevende behandling senere og store nettverksbelastninger. Utvikling av gode kommunale lavterskeltjenester på psykisk helseområdet er et viktig satsingsområde for Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har en egen tilskudsordning for å stimulere til rekruttering av flere psykologer i kommunehelsetjenesten. Målet er at flere med lettere og moderate psykiske lidelser mottar behandling for dette i kommunehelsetjenesten.

Storbritannia har igangsatt en storsatsing på behandling av angst og depresjon. Der brukes nær to milliarder årlig til videreutdanning av 3600 terapeuter, og i 2010 er 115 sentre etablert. Målet er å gi 900 000 mennesker behandling hvert år. Sentrene tilbyr psykologisk behandling som er kog-

## Lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid

- Gir direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Er tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholder personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne å benytte.

nitivt rettet, bistand til jobbmestring og assistert selvhjelp. Det foretas en grundig forskningsmessig evaluering av satsingen i Storbritannia. Så langt er resultatene oppløftende. I pilotsentrene som er etablert rapporterer 52 prosent av brukerne om vesentlig bedring («recovered») (12).

### Selvhjelp

Psykiske vansker kan ofte være normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon. Overgangsfaser som skilsmisse, fødsler og arbeidsledighet gjør mennesker mer sårbare for å utvikle psykiske problemer. Det er derfor viktig å knytte det forebyggende helsearbeidet til tiltak i disse fasene. For mange vil de psykiske vanskene gå over etter en tid eller når de miljømessige faktorene endrer seg. Det er først når de psykiske problemene varer over tid og går utover daglig fungering at det er grunn til å søke hjelp. Åpenhet om psykiske problemer og sosial støtte vil være viktige faktorer for at mennesker mestrer livets utfordringer på en god måte. Det er også mye man kan gjøre selv. Det er viktig å forsøke å se sine egne muligheter og ressurser. Videre er det viktig å være med på ulike aktiviteter, og da spesielt aktiviteter som kan gi en følelse av mestring og tilfredsstillelse samt økt sosialt samvær. Fysisk aktivitet er effektivt og enkelt

for å ivareta den psykiske helsen. Bevegelse påvirker humøret, gir energi, reduserer stress og gir bedre søvn. Sunne matvaner, nok søvn og måtehold i forhold til alkohol er også viktig for en god psykisk helse.

### Forebygg tidlig

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Omtrent halvparten av alle nordmenn vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av livet. Blant barn og unge vil åtte prosent til enhver tid ha en psykisk lidelse, mens 15–20 prosent har psykiske vansker i så stor grad at det går utover daglig fungering. Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk er av verdens dyreste sykdommer, men disse lidelsene lar seg i stor grad forebygge. Det er derfor behov for en bred satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Norge. Dette arbeidet må skje både i og utenfor helsevesenet. God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Det er nødvendig å sette inn adekvate forebyggende og helsefremmende tiltak så tidlig som mulig i barns liv. Dette gjelder både tiltak rettet mot risikogrupper og tiltak som forebygger problemutvikling hos barn flest. Det er også viktig å igangsette tiltak som bedrer oppvekstmiljøet til alle barn. Det

bør som nevnt rettes en spesiell oppmerksomhet mot barn som lever med foreldre som har psykiske lidelser, misbruker rusmidler og/eller er voldelige. Videre anbefales det et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i alle norske kommuner med fagpersonell med spesiell kompetanse på psykiske vansker og lidelser hos barn og unge.

Barnehagen og skolen er viktige arenaer for å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette arbeidet bør inkludere effektive tiltak mot mobbing, bedre barnas sosiale ferdigheter, legge til rette for god personlighetsutvikling, øke evne til konfliktløsning samt øke kunnskapen om psykiske vansker og lidelser. Det bør også iverksettes forebyggende tiltak i bomiljø gjennom å etablere flere arenaer og aktivitetstilbud hvor barn og unge kan møtes og utvikle støttende vennskapsforhold.

Psykiske lidelser er ofte komplekse, og det vil være store individuelle forskjeller når det gjelder opplevelse, fungering og mestring. Fordi psykiske lidelser oppstår på bakgrunn av et komplekst samspill av flere risikofaktorer, vil det være nødvendig med ulike forebyggende tiltak. I det forebyggende og helsefremmende arbeidet mot voksne er det viktig å inkludere helsefremmende og forebyggende tiltak som gjelder alle, så vel som tiltak rettet mot risikogrupper. Helsefremmende tiltak vil være knyttet til forbedring av miljøet samt bedre mestringsevnen.

Det finnes i dag god kunnskap om effektive forebyggingsstrategier på psykisk helse-området. Denne kunnskapen er, som vi har sett, knyttet til risiko- og beskyttelsesfaktorer samt ulike individ- og miljørettede forebyggende tiltak. Arbeidsledighet og mangel på sosial støtte er sentrale risikofaktorer for utviklingen av psykiske lidelser hos voksne, mens sosial støtte og utviklet mestringsevne er sentrale beskyttelsesfaktorer. Dette viser viktigheten av å iverksette forebyggende tiltak

som øker den sosiale støtten og mestringsevnen. Når det gjelder miljørettet forebyggende arbeid vil mye av arbeidet måtte utføres utenfor helsevesenet, i samarbeid med andre etater, frivillige organisasjoner og politikere. Det individ- og grupperettede forebyggingsarbeidet må ses i sammenheng med utbyggingen av kommunale lavterskeltilbud og økt antall psykologer i kommunene. Psykologisk individrettede metoder står sentralt i forbygging av tilbakefall ved angst og depresjon.

Å satse på forebygging av psykiske vansker og lidelser er ikke bare knyttet til stor samfunnsøkonomisk gevinst. Det handler også om å bedre livskvaliteten til hundretusener av nordmenn som erfarer psykiske vansker i så stor grad at det går utover daglig fungering. Ved å starte med å tenke forebygging hos barn og unge og ved å komme tidlig til i symptomutviklingen, er det mulig å gi mennesker redskaper og muligheter til å mestre eget liv.



Veien videre

# Del 3







# Kapittel 9

## Veien videre i folkehelsearbeidet

Selv om helsetilstanden for gjennomsnittsnordmannen er god, er det betydelige sosiale helseforskjeller. Trekk ved dagens helsetilstand, helseatferd og demografi varslers om store utfordringer i årene som kommer.

Grunnlaget for samfunnets helseutfordringer om 20–30 år legges i dag, på samme måte som dagens helseutfordringer er et resultat av de siste 20–30 års levevaner. Vi har kunnskapen, og vet hva som virker. Vi må handle nå for å sikre fremtidens helse og velferd.

Sykdomsbildet fremover vil preges av en økning i kroniske og sammensatte lidelser. De store fødselskullene etter krigen blir eldre og får høyere risiko for kroniske sykdommer. Samtidig bidrar den medisinske utviklingen til at flere overlever akutt sykdom og lever videre med svekket helse. Mange vil trenge forebyggende bruk av medikamenter, hyppige helsekontroller og livslang behandling.

Morgendagens helseutfordringer er i stor grad knyttet til dagens helseatferd. Selv om tobakksbruken har gått kraftig ned de siste ti årene, ser vi en økende kolsepidemi blant eldre. Fortidens og dagens kosthold og manglende fysiske aktivitet gir økende forekomst av Type 2-diabetes. Andelen med muskel- og skjelettplager vil trolig fortsette å øke. Flere eldre gjør at flere rammes av demens. Fra 2004 til 2020 er det anslått at antallet krefttilfeller vil øke med 30 prosent. Hvis utviklingen fortsetter som nå, vil hvert tredje barn som fødes i dag få kreft før fylte 75 år. Usunne helsevaner blant yngre generasjoner kan dessuten føre til økt risiko for overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdommer også i denne gruppen.

Helsedirektoratets *Folkehelsepolitiske rapport (IS-1763)* viser at det er systematiske forskjeller i livsstil og helseatferd mellom utdanningsgruppene: Jo høyere utdanning, desto sunnere helseatferd. Helseforskjellene har økt de senere år fordi dødeligheten har gått mer ned i grupper med høy sosioøkonomisk status, enn i grupper med lavere sosioøkonomisk status. En av årsakene er at det først og fremst er personer med høy sosioøkonomisk status som har fått en mer helsefremmende atferd.

De systematiske forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper peker i retning av at helseatferd ikke bare er et individuelt valg, men også er knyttet til levekår, muligheter og normer i ulike sosioøkonomiske grupper. For å utjevne forskjellene i helseatferd er det

nødvendig å påvirke de samfunnsstrukturene som styrer atferden. Folkehelsearbeidet må legge til rette for sunne valg – og spesielt for grupper med lav sosioøkonomisk status. Grunnlaget for samfunnets helseutfordringer om 20 eller 30 år, legges i dag. Dersom forskjellene i helseatferd øker, vil helseforskjellene i Norge fortsette å øke framover – stikk i strid med politiske mål.

Dette er utfordringer som ikke løses ved å behandle stadig flere, eller bevilge mer penger til sykehus-Norge. For å opprettholde levestandarden, gode helsetjenester og en bærekraftig utvikling, må folkehelsearbeidet styrkes og de sosiale ulikhetene i helse utjevnes. Arbeidet må skje i helsetjenestens daglige møter med den enkelte pasient, men først og fremst i det brede, tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Strukturelle virkemidler (inkludert lovgivning, økonomiske virkemidler og fysisk utforming) som bidrar til å gjøre de sunne valgene lettere for den enkelte, er avgjørende.

## **Styrket vekt på helsedeterminanter og sosial ulikhet i helse**

Befolkningens helse påvirkes av en lang rekke faktorer gjennom hele livsløpet. Noen av dem – som f.eks. levekår – er grunnleggende, i den forstand at de påvirker mange av de andre påvirkningsfaktorene. Andre faktorer – som f.eks. helseatferd – har en klarere og bedre dokumentert effekt på helse, men er selv påvirket av mer grunnleggende levekårsforhold. For å lykkes med å endre helseskadelig atferd må vi i folkehelsearbeidet også rette oppmerksomheten mot de bakenforliggende årsakene. Et vellykket folkehelsearbeid er avhengig av en bred og sterk innsats mot mange faktorer samtidig – det finnes ingen enkel oppskrift på en bedre folkehelse. Folkehelsearbeidet må derfor favne bredt og inkludere både levekår og fordelingen av levekår i befolkningen.

Sjansen for å lykkes med et bredt, tverrsektorielt folkehelsearbeid er liten dersom helsesektoren prøver å diktere politikken andre sektorer skal føre, eller hvis andre sektorer utelukkende ses som arenaer for folkehelsearbeid. Dersom vi i stedet søker å finne felles interesser, skaper vi også et bedre samarbeidsklima. Fysisk aktivitet i skolen bedrer f.eks. ikke bare elevenes helse direkte, men bidrar også til et bedre læringsmiljø. Og omvendt: et godt læringsmiljø bedrer ikke bare elevenes skoleprestasjoner, men vil på sikt også bidra positivt til deres helse. Ofte vil det være lettere å finne slike felles, tverrsektorielle interesser når vi retter blikket bakover i helseårsakskjeden. Dersom dette arbeidet skal lykkes, trenger vi i helsesektoren å styrke vår kompetanse på tverrsektorielt arbeid. Helsesektoren må i tiden fremover opparbeide seg større kapasitet for tverrsektorielt arbeid – både lokalt, regionalt og nasjonalt.

En oppgave som uansett tilfaller helsesektoren som en del av vårt sektoransvar, er å peke på de faktorer innenfor andre sektorer som påvirker helse. Når for eksempel dårlig arbeidsmiljø medfører helseproblemer, sitter helsesektoren igjen med et problem som er skapt av – og må løses innenfor – en annen sektor. Det er det selvsagt vår oppgave å påpeke. Dette innebærer at helsesektoren må følge med på ikke bare helsetilstanden i befolkningen, men også tilstanden innenfor de viktigste helsepåvirkningsområdene. Siden vi vet at f.eks. utdanning er viktig for helse, er også utdanningsstatistikk relevant for folkehelsestatistikk. Tilsvarende må vi arbeide for at helsekonsekvensanalyser i framtiden blir en naturlig del av beslutningsgrunnlaget innenfor andre relevante sektorer.

Disse erkjennelsene har fått stadig større gjennomslag også internasjonalt. WHO's kommisjon for sosiale helsedeterminanter leverte sin sluttrapport høsten 2008 (1). Rapporten bestod av en gjennomgang og evaluering

av hvilke politikkområder internasjonalt som har størst betydning for sosial ulikhet i helse. Kommisjonen anbefalte at liknende gjennomganger ble foretatt regionalt og i de enkelte land. Som en oppfølging har WHO Europa nylig satt i gang en gjennomgang av politikkområder som har betydning for helse og helseulikheter i Europa-regionen. Flere enkeltland har tatt liknende initiativer. Det ville styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet betydelig om også Norge foretok en gjennomgang og evaluering av hvilke politikkområder og hva slags politikk som fremmer og hemmer folkehelsen.

## **Tverrfaglighet og kapasitetsbygging i lokalt folkehelsearbeid**

Det meste av grunnlaget for god helse legges utenfor helsetjenesten. Tverrsektorielt arbeid krever et endret fokus fra helsesektorens side. Helsesektoren bør søke å fremforhandle felles mål med andre sektorer. Oppmerksomhet rundt påvirkningsfaktorer (determinanter) skaper muligheter for bedre tverrsektoriell dialog, felles ansvar og felles ressursallokering. Det er behov for å bygge kapasitet for tverrsektorielt arbeid i helsesektoren.

Kapittel 6 viser til en rekke evalueringer fra de siste årene som har vurdert det lokale og regionale folkehelsearbeidet. Denne rapporten peker på sju sentrale satsingsområder i det lokale og regionale folkehelsearbeidet:

- Forsterke innsatsen med å hjelpe kommunene til å kartlegge det lokale utfordringsbildet
- Videreføre Helse i plan
- Avklare hva partnerskapsatsingen bør være videre
- Tydeliggjøre lokale muligheter – et styrket miljørettet folkehelsearbeid
- Kapasitetsutfordringen – behov for å

- styrke kommunenes folkehelsearbeid, eksempelvis gjennom øremerkede tilskudd
- Økt støtte fra regionalt og nasjonalt nivå, herunder opprettelse av kompetansesentre
  - Kompetanseutfordringen – bedre samspill med høgskoler og universiteter.

Blant viktige tiltak fremover er å:

- tilgjengeliggjøre data på kommunenivå fra nasjonale undersøkelser og registre
- utvikle et felles system for fylkesundersøkelser i samarbeid med FHI, KS og landets fylkeskommuner
- utvikle veiledningsmateriell om hvordan lokale utfordringsbilder kan utvikles
- bidra til utvikling av folkehelsearbeid som en kontinuerlig politisk prosess i kommunene, bl.a. ved å stimulere flere kommuner til å arbeide etter Helse i plan-konseptet
- bidra til at erfaringer fra utprøvingen av Helse i plan tas i bruk som virkemiddel ved gjennomføring av Samhandlingsreformen, forebyggende lokale helsetjenester, og i ny folkehelselov
- bidra til at kommunene gjennom samfunnsplanlegging og bruk av ny planlov kan gjøre folkehelsearbeidet til et prioritert område, bl.a. ved å tilføre kommuner og regionalt nivå økt plan- og prosesskompetanse
- videreutvikle partnerskapet med landets fylkeskommuner
- styrke samarbeidet med KS om lokalt folkehelsearbeid
- videreutvikle møteplassene mellom Helsedirektoratet, fylkesmennene og fylkeskommunene om lokalt folkehelsearbeid
- videreutvikle kompetansebyggende tiltak rettet mot fylkesmennene og fylkeskommunene
- styrke veiledning overfor kommunenes

miljørettet helseverntjeneste, blant annet i forhold til sosiale miljøfaktorer

- øke ressursene til kommunenes folkehelsearbeid for å styrke den lokale kapasiteten
- øke kompetansestøtten til kommunene fra regionalt og nasjonalt nivå
- vurdere kompetansebehovet i folkehelsearbeidet og bidra til utvikling av relevante kurs og kompetansegivende utdanning i samarbeid med universiteter og høgskoler
- ta initiativ til et forpliktende samarbeid mellom Helsedirektoratet og frivillige organisasjoner.

## Aktiv bruk av strukturelle virkemidler

Risikofaktorer som tobakk, alkohol, kosthold, fedme og fysisk inaktivitet påvirker hver for seg eller sammen forekomsten av vår tids store folkesykdommer. En effektiv måte å påvirke hele befolkningen på er gjennom å endre rammebetingelsene for helserelatert atferd gjennom bruk av strukturelle virkemidler.

Noen strukturelle virkemidler kan være populære, som i de tilfellene der etterspurte goder blir mer tilgjengelige. Eksempler kan være utbygging av parkanlegg eller lekeplasser. Effektive tiltak for å endre samfunnsstrukturer er imidlertid ofte upopulære, mens populære tiltak som informasjon ofte er ineffektive (2). En viktig forklaring på at strukturelle virkemidler kan møte motstand er at folk opplever at handlingsrommet deres begrenses. Det blir vanskeligere å fortsette med atferd som man ønsker å fortsette med eller opplever det som vanskelig å slutte med. Fra et folkehelseperspektiv er det likevel grunn til å bruke strukturelle virkemidler på en rekke felter, blant annet fordi de er effektive og fordi de kan utjevne sosiale forskjeller.

På tobakk- og alkoholområdene har Norge

gode tradisjoner for bruk av strukturelle virkemidler. Her har vi på mange måter vært et foregangsland i internasjonal sammenheng. Innenfor ernæring, fysisk aktivitet og psykisk helse har Norge en langt svakere tradisjon for å bruke sterke og effektfulle strukturelle tiltak.

Alkohol er blitt billigere i Norge de siste årene når vi justerer for kjøpekraften. Samtidig har alkoholforbruket økt i befolkningen. Det er derfor på tide å vurdere en mer effektiv bruk av avgiftssystemet på alkohol.

Helsedirektoratet ønsker også strengere regler på tobakksområdet – særlig tiltak som forebygger at ungdom starter å røyke og tiltak som beskytter befolkningen – og spesielt barn – mot passiv røyking. WHO's gjennomgang av det tobakksforebyggende arbeidet i Norge viser at vi er for passive i det forebyggende arbeidet mot tobakk. Behovet for nye mål og effektive virkemidler er åpenbart. Blant tiltakene som bør vurderes er 20 års aldersgrense på tobakk i Norge – vi vil ha samme aldersgrense for sprit som for tobakk. Et annet aktuelt tiltak er heldekkende bilder på tobakksbutikkene, slik at reklameeffekten blir borte. Salg av tobakksvarer til mindreårige er ulovlig, men loven håndheves ikke. Vi anbefaler derfor at det innføres en bevilningsordning og tilsyn slik at færre barn får kjøpt tobakk. Pris er et virkemiddel som har dokumentert effekt på ungdoms alkohol- og tobakksforbruk. Prisvirkemiddelet må derfor brukes slik at prisen på tobakksvarer øker. Samtidig må hjelpen til dem som ønsker å slutte styrkes, og det er nødvendig med nye massemediekampanjer.

Studier viser at mange barn og unge ikke er tilstrekkelig fysisk aktive. Innføring av daglig fysisk aktivitet i grunnskolen vil være viktig for å øke fysisk aktivitet blant barn og unge. Daglig fysisk aktivitet i skolen vil ha effekt på alle barn og vil bidra til godt læringsmiljø, gode vaner og bedre helse.

Tilsvarende vil tilrettelegging for trening og

fysisk aktivitet på arbeidsplassen være et viktig bidrag til å øke fysisk aktivitet i den voksne befolkningen. Dette er en god investering i forebygging og god helse for de ansatte. Det er også behov for å utvikle bedre gang- og sykkelveier for å stimulere til aktiv transport mellom hjem og skole, arbeid og fritidsaktiviteter.

Overvekt og fedme er et økende helseproblem nasjonalt og globalt. Usunne kostvaner er en betydelig risikofaktor for sykdommer som hjerte- og karsykdom, Type 2-diabetes og en rekke kreftformer. Grunnlaget for usunne kostvaner legges ofte i barneårene. For å redusere framtidig risiko er det viktig at barn holder normalvekt og har et kosthold med lavt innhold av fett, sukker og salt. Innholdet av salt, spesielt i ferdigvarer, er for høyt.

Vi trenger å tenke på samme måte på ernæringsområdet, som vi har gjort på alkohol- og tobakksområdet i flere tiår nå. Det må vurderes restriksjoner på markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge. Markedsføring av usunn mat og drikke til barn er omfattende, og det er godt dokumentert at den har effekt på barns preferanser, kjøpeatferd og matinntak. På denne bakgrunn har WHO vedtatt et sett med retningslinjer for å redusere markedsføringen av slike produkter mot barn og unge (3). Vi har hatt forbud mot reklame for alkohol og tobakk i mange år, samtidig som barn og unge utsettes for massiv reklame for usunne og blant annet sukkerholdige produkter.

I dag er det stadig tilbud som to flasker brus til prisen av én. Tilsvarende finnes aldri på melk. Sukkerholdig brus kan være billigere enn melk og vann i mange butikker. Prisvirkemidler i form av avgifter på matvarer bør vurderes. Avgifter på tobakk og alkohol bidrar til høyere priser og redusert forbruk. Det er grunn til å tro at økt pris på usunne matvarer vil kunne vri forbruket i helsemessig gunstig retning. Tiden er moden for å vurdere mer

aktiv bruk av sukkeravgiften for å redusere skadevirkningene av sukker. Nasjonale myndigheter må forsøke å legge til rette for sunne valg. Økte avgifter på sukker vil være et skritt i riktig retning.

Helsemyndighetene har nylig introdusert Nøkkelhullsmerket i Norge. Målet med merkeordningen er at det skal bli enklere for forbrukerne å velge sunnere matvarer i butikken og sette sammen et sunt og variert kosthold. Fett, salt, sukker og kostfiber er valgt som kriterier for Nøkkelhullet. Det er fordi en samlet vitenskapelig dokumentasjon viser at dersom man reduserer inntaket av fett, salt og sukker, og øker inntaket av kostfiber, vil det redusere risikoen for en rekke sykdommer.

Helsedirektoratet ønsker å utrede muligheten for redusert merverdiavgift på nøkkelhullsmerkede matvarer slik at disse varene blir billigere. Det er også mulig å tenke seg en differensiering som sørger for at prisen øker på varer som ikke har Nøkkelhullsmerket.

## Styrket gruppe- og individrettet arbeid i helsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i å avdekke problemer, intervensjon tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvisning til andre instanser. Studier viser at tjenesten benyttes uavhengig av sosioøkonomisk status. Tjenesten kan derfor bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller.

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for at barn, unge og familier skal få nødvendig hjelp, og en godt utbygd helsestasjon og skolehelsetjeneste kan være et viktig kontaktpunkt mot det øvrige kommunale hjelpeapparatet. Tjenesten er dessuten en viktig arena for innsatsen i det generelle folkehelsearbeidet rettet mot ernæring, fysisk aktivitet og forebygging av tobakk og rus.

Denne rollen krever imidlertid at tjenesten har en bemanning som gjør den til et reelt

lavterskeltilbud og at den har kompetanse til å ivareta sine oppgaver. Det er bl.a. behov for sterkere føringer, gjennom lov og forskrift, for hvordan kommunene prioriterer disse tjenestene. Det er også behov for forskning på verktøy og metoder.

En av intensjonene i Samhandlingsreformen er å forebygge mer. En rekke av de kroniske sykdommene som har økt de siste tiårene kan knyttes til helseatferd. Helse-tjenesten, herunder fastlegene, er i en unik posisjon til å identifisere personer med økt risiko for sykdom og diagnostisere kronisk sykdom tidlig i forløpet. Veiledning om levevaner hos lege eller annet helsepersonell er effektivt for å endre pasienters atferd. Selv en mini-intervensjon som å spørre «Røyker du? Hva tenker du om det?» har effekt. Mer omfattende oppfølging øker pasientens sjans til å lykkes med atferdsendringer.

Helsetjenesten har i dag ikke noe systematisk forebyggende arbeid rettet mot helseatferd hos voksne. Legen eller annet helsepersonell bør gi veiledning til pasienter med helseatferd som øker sykdomsrisiko. Helsepedagogiske tilnærminger som motiverende samtale har vist seg å være effektive metoder for å bidra til endring av helseatferd. Slike intervensjoner bør i tillegg omfatte henvisning til aktuelt oppfølgingstilbud.

Kommunale frisklivstilbud, hvor leger eller annet helsepersonell kan henvise til oppfølging og motivasjon for endring av helseatferd, bør være tilgjengelig i alle kommuner.

Også spesialisthelsetjenesten kan fremme folkehelsen. Denne rapporten peker på tre hovedområder:

- Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak internt i spesialisthelsetje-

- nesten, med primærhelsetjenesten og med andre samarbeidspartnere
- Fokus på mulighetene for sykdomsforebygging og helsefremming som ligger i datamaterialet fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og Norsk pasientregister.

Samhandlingsreformen handler om å flytte satsningsområdene i helsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, fra sykehus og til kommunehelsetjenesten. Kommunene må bli bedre til å overvåke helse-tilstanden lokalt og utvikle tjenestene i retning av mer forebygging og tidlig intervensjon.

## Økt vekt på psykisk helse i folkehelsearbeidet

Psykiske plager og lidelser er blant vår tids største folkehelseutfordringer. Omtrent halvparten av alle nordmenn vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av livet. Blant barn og unge vil åtte prosent til enhver tid ha en psykisk lidelse, mens 15–20 prosent har så store psykiske vansker at det går utover daglig funksjon. Depresjon, angst og rusmiddel-misbruk er blant verdens dyreste sykdommer. Disse lidelsene lar seg i stor grad forebygge. Det er derfor behov for en bred satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Norge. Dette arbeidet må skje både i og utenfor helsevesenet. God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Psykisk helse formes allerede i tidlig barndom. Det er derfor viktig å gripe tidlig inn for å forebygge psykiske lidelser og motvirke sosiale ulikheter i helse. Det viktigste tiltaket for å sikre god psykisk helse og god fordeling av helse i et generasjonsperspektiv er kanskje å forhindre at mennesker faller ut av skolen og arbeidslivet. En inkluderende skole og et inkluderende arbeidsliv er viktig for den

psykiske helsen. Utdanning er den enkelt-faktor som i størst grad kan forklare ulikheter i helse.

Det bør rettes en spesiell oppmerksomhet mot barn som lever med foreldre som har psykiske lidelser, misbruker rusmidler og/eller er voldelige. Lett tilgjengelige lavterskeltilbud i alle norske kommuner med fagpersonell med spesiell kompetanse på psykiske vansker og lidelser hos barn og unge bør utvikles. Barne-hagen og skolen er viktige arenaer for å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette arbeidet bør inkludere effektive tiltak mot mobbing, bedre barnas sosiale ferdigheter, legge til rette for god personlighetsutvikling, øke evne til konfliktløsning samt øke kunnskapen om psykiske vansker og lidelser. Det bør også iverksettes forebyggende tiltak i bomiljø gjennom å etablere flere arenaer og aktivitetstilbud hvor barn og unge kan møtes og utvikle støttende vennskapsforhold. Mye av det miljørettede forebyggende arbeidet også innenfor psykisk helse-området må utføres utenfor helsevesenet i samarbeid med andre etater, frivillige organisasjoner og politikere.

## Kunnskapsutvikling

Folkehelsearbeid defineres i denne rapporten som *samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helseisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.*

Denne definisjonen avgrensner seg mot kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Begrepet omfatter det vi i Norge kaller «helsefremmende arbeid» og «sykdomsforebyggende arbeid». Formålet med folkehelsearbeidet er å sette folk i stand til å ta kontroll over egen helse og faktorer som

påvirker helsen. En slik forståelse av folkehelsearbeid understreker at man ikke bare kan rette innsatsen mot å påvirke risikofaktorer på individnivå, men også må jobbe med samfunnsforhold som begrenser eller styrker enkeltmenneskets mulighet til å ta kontroll.

Kunnskapen som ligger til grunn for folkehelsearbeidet er ofte tverrfaglig, og kan i prinsippet omfatte kunnskap fra de fleste fagdisipliner. Folkehelsearbeid bygger både på kvantitativ og kvalitativ kunnskap. Ofte er for eksempel det som omtales som «erfaringsbasert kunnskap,» av stor betydning for planlegging og gjennomføring av tiltak.

Som en følge av dette kan kunnskapsdatabaser til bruk i folkehelsearbeid ikke basere seg på for spesifikke eksklusjons- og inklusjonskriterier. Det bør like fullt være et mål å samle, systematisere og evaluere erfaringer fra praktisk folkehelsearbeid i sterkere grad enn hva tilfellet er i dag.

Det er behov for oppsummering og tilrettelegging av tiltaksrelevant årsaksforskning, i tillegg til effektforskning. Når kunnskap om effekten av tiltak ikke foreligger, må tiltaksutforming basere seg på kunnskap om årsaker. Kost-nytteanalyser bør i større grad benyttes også på folkehelsefeltet.

For å imøtekomme disse behovene bør det utvikles:

- en kunnskapsenhet med spesifikt ansvar for folkehelsefeltet, for eksempel etter modell av NICE i Storbritannia. En slik kunnskapsenhet kan med fordel bygges opp innenfor en eksisterende organisasjon med tilsvarende kompetanse
- en strategi for bedre tilrettelegging av den kunnskapen som foreligger for det praktiske folkehelsearbeid. Ansvaret for slik tilrettelegging bør ikke delegeres til en bestemt organisasjon, men må hvile på alle aktører som er involvert i kunnskapsproduksjon og formidling på feltet

- bedre rutiner for å sikre at folkehelse- og folkehelserelevante tiltak evalueres i forhold til effekt på helse, helsefordeling og økonomi. Det bør utredes nærmere hvordan dette kan gjøres.

## Vi må handle nå

2010 markerer et viktig skille, demografisk sett. I år kommer knekken i kurven hvor antall personer over 65 år vil øke. Dagens 65-åringer ble født det året da 2. verdenskrig sluttet. Året etter, i 1946, ble de såkalte fredsbarna født. Aldri har det blitt født flere barn i Norge enn akkurat det året.

Etterkrigsgenerasjonene har opplevd en enorm utvikling i levestandard. Helsetjenesten i Norge har blitt kraftig utbygd i denne perioden. Norge har i dag en av verdens beste helsetjenester og en levestandard som ligger i verdens-toppen. De demografiske endringene vi står foran er et resultat av at vi har lyktes i å skape et samfunn med gode levekår og gode helse-tjenester. Samtidig ser vi at ulikheter i makt, penger og ressurser skaper helseforskjeller. Disse to trendene vil prege folkehelsearbeidet i årene fremover. Det er av avgjørende betydning både for den enkeltes liv og helse og for samfunnets mulighet til å opprettholde en bærekraftig velferdsstat at disse utfordringene møtes med kunnskapsbaserte og målrettede tiltak. Vi må handle nå for å sikre fremtidens helse og velferd.





# Litteratur

## Veien til en bedre folkehelse i Norge

1. Strand BH, Groholt EK, Steingrimsdottir OA, Blakely T, Graff-Iversen S, Naess O. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ* 2010;340:c654.
2. Dahl E, van der Wel K, Harsløf I. *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

## Kapittel 1–3

1. Folkehelse rapport 2010: helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010. Rapport 2010:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/0161795966.pdf>
2. Wandel M. Nutrition-related diseases and dietary change among Third World immigrants in northern Europe. *Nutrition and health* 1993;9(2):117-33.
3. Hauff E, Vaglum P. Establishing social contact in exile: a prospective community cohort study of Vietnamese refugees in Norway. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2010;32(7):408-15.
4. Arnhof Y. Onödig ohälsa: hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2008. R 2008:13. Tilgjengelig fra: <http://www.handisam.se/upload/On%C3%B6dig%20oh%C3%A4lsa/On%C3%B6dig%20oh%C3%A4lsa.pdf>
5. Rett til fysisk aktivitet. Oslo: Utdanningsdirektoratet; 15 okt. 2009. Rundskriv Udir-11-2009. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Rundskriv/Rundskriv-2009/Udir-11-2009-Rett-til-fysisk-aktivitet/>
6. Gillian A. In Iraq, life expectancy is 67. Minutes from Glasgow city centre, it's 54. *The Guardian*. [oppdatert 20 Jan 2006; lest 10 Feb 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.guardian.co.uk/society/2006/jan/21/health.politics/print>
7. Shah A. Poverty facts and stats. *Global Issues*. [oppdatert 28 Mar 2010; lest 15 Jan 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.globalissues.org/article/26/poverty-facts-and-stats>
8. Committee on the U.S. Commitment to Global Health, Board on Global Health. *The U.S. commitment to global health: recommendations for the Public and Private Sectors*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2009.
9. Maselko J. *Mental Health*. Presentation to IOM Committee on the US Commitment to Global Health [ppt-presentasjon]. Washington, DC: Temple University; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Global/USandGlobalHealth/Maselko.ashx>.
10. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369(9569):1302-13.
11. *Injuries* [nettside]. Geneva: World Health Organization [oppdatert 2010; lest 27 Oct 2009]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/topics/injuries/about/en/index.html>
12. Morris JR. *Improving road safety in developing countries: Opportunities for U.S. Cooperation and Engagement*. Washington, DC: Transportation Research Board; 2006. TRB Special Report 287. Tilgjengelig fra: <http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/sr/sr287.pdf>
13. *Youth and road safety*. Geneva: World Health Organization; 2007. Tilgjengelig fra: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116_eng.pdf)
14. *Interpersonal violence and alcohol: policy briefing*. Geneva: World Health Organization; 2006. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/pb\\_violencealcohol.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol.pdf)
15. *Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1998. NOU 1998:18. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19981998/018/PDFA/NOU199819980018000DDDPDFA.pdf>
16. *The Ottawa charter for health promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986* [nettside]. Geneva: World Health Organization [oppdatert 2010; lest 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
17. *The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion*. Geneva: World Health Organization; 2009. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/inner\\_NC2A\\_Conference\\_edition.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/inner_NC2A_Conference_edition.pdf)
18. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* (11 August 2005). Geneva: World Health Organization; 2005. Oversatt til norsk: *Bangkok-charteret for folkehelsearbeid*

- i en globalisert verden (Den 6. globale konferansen om helsefremmende arbeid. Bangkok, Thailand august 2005). Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/lokalt\\_folkehelsearbeid/bangkok\\_charter\\_2005\\_43992](http://www.helsedirektoratet.no/lokalt_folkehelsearbeid/bangkok_charter_2005_43992)
19. 7th Global Conference on Health Promotion: Promoting Health and Development: Closing the implementation Gap [Rapport fra den norske delegasjonen]. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/internasjonalt\\_helse/nairobi\\_konferansen\\_om\\_folkehelsearbeid\\_og\\_utvikling\\_\\_633174](http://www.helsedirektoratet.no/internasjonalt_helse/nairobi_konferansen_om_folkehelsearbeid_og_utvikling__633174)
  20. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14(1):32-8.
  21. Ringold DJ. Boomerang effects in response to public health interventions: some unintended consequences in the alcoholic beverage market. *Journal of Consumer Policy* 2002;25(1):27-63.
  22. Forbrukerinspektørene. Dyrt å spise sunt [nett-tv] Oslo: NRK [oppdatert 25 Nov 2009; lest 25 Nov 2009]. Tilgjengelig fra: <http://www1.nrk.no/nett-tv/indeks/192257>
  23. Stoltenberg C, Norum KR. Mangel på vitamin D: fra "engelsk syke" til sykdom hos innvandrere i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1996;116(13):1557-8.
  24. Strand BH, Groholt EK, Steingrimsdottir OA, Blakely T, Graff-Iversen S, Naess O. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ* 2010;340:c654.
  25. McLaren L, McIntyre L, Kirkpatrick S. Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *Int J Epidemiol* 2010;39(2):372-7.
  26. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy. *Daedalus* 1977;106(1):105-23.
  27. Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: folkehelsepolitisk rapport. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00270/Folkehelsepolitisk\\_\\_270809a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00270/Folkehelsepolitisk__270809a.pdf)
  28. Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. *Journal of Public Health Management and Practice* 1999;5(5):86-97.
  29. Closing the gap: strategies for action to tackle health inequalities. Brussels: EuroHealthNet [oppdatert 2010; lest Jun 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www.eurohealthnet.eu/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=105&Itemid=25](http://www.eurohealthnet.eu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=105&Itemid=25)
  30. European portal for action on health equity. Cologne: Federal Centre for Health Education [oppdatert 28 Apr 2010; lest Jun 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.health-inequalities.org/>

## Kapittel 4

1. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Ottawa: Public Health Agency of Canada and World Health Organization; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf>.
2. Bergem R, Ouff SM, Aarflot U, Hanche-Dalseth M. Partnarskap for folkehelse og Helse i plan: undervegsrapport. Volda: Møreforskning; 2009. Arbeidsrapport nr. 234. Tilgjengelig fra: [http://www.moreforsk.no/download.aspx?object\\_id=2B718996FE954AF09C099A36EEEB78D1](http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=2B718996FE954AF09C099A36EEEB78D1)
3. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr. 20 (2006-2007). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
4. Sosial ulikhet i helse: en faktarapport. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2007. Rapport 2007:1. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dav/1AE74B1D58.pdf>
5. Myklestad I, Rognerud M, Johansen R. Levekårsundersøkelsen 2005: utsatte grupper og psykisk helse. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. Rapport 2008:8. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dav/836ae5a58e.pdf>
6. Kawachi I, Kennedy BP. The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? *Soc Sci Med* 1997;45(7):1121-7.
7. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999;89(8):1187-93.
8. Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunathan T, Kaplan G. Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet* 2001;358(9277):194-200.
9. Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane; 2009.
10. Nadim M, Nielsen RA. Barnefattigdom i Norge: sammendrag. Oslo: Fafo; 2009. Fafo-rapport 2009:45. Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20135/20135.pdf>
11. Rege M, Telle K, Votruba M. The effect of plant downsizing on disability pension utilization. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2005. Discussion papers no. 435. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/publikasjoner/DP/pdf/dp435.pdf>
12. Claussen B, Bjørndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long

- term unemployed. *J Epidemiol Community Health* 1993;47(1):14-8.
13. Nylen L, Voss M, Floderus B. Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occup Environ Med* 2001;58(1):52-7.
  14. Trekk ved arbeidsmiljøsituasjonen 2004. Oslo: Arbeidstilsynet; 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=78945>
  15. Bragstad T, Hauge L. Geografisk variasjon i uførepensjonering 1997-2004. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [http://www.nav.no/\\_binary?download=true&id=202481](http://www.nav.no/_binary?download=true&id=202481)
  16. Brage S, Thune O. Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977-2006. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2008. *Arbeid og Velferd* nr. 3-2008. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/binary/93384/file?download=true>
  17. Hemingway H, Kuper H, Marmot M. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: An updated systematic review of prospective cohort studies. I: Yusuf S, Cairns JA, Camm AJ, Fallen EL, Gersh BJ, red. *Evidence-Based Cardiology*. 2 utg. London: BMJ Books; 2003. s. 181-218.
  18. Arbeidsforhold av betydning for helse: rapport om internasjonal forskning på området arbeid og helse utarbeidet av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) som bidrag til myndighetenes videre arbeid med ny norsk arbeidslivsgivning. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2004. Tilgjengelig fra: [http://asp.bibits.no/stami/filestore/DIVrapp\\_utred/2004/040923arbeidslivsgivning.pdf](http://asp.bibits.no/stami/filestore/DIVrapp_utred/2004/040923arbeidslivsgivning.pdf)
  19. Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon: helseforskjellene kan utjevnes ved å endre de sosiale helsedeterminantene. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Utgitt av Verdens helseorganisasjon i 2008 med tittelen Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
  20. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport 2009:8. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
  21. Elstad JI. Utdanning og helseulikheter: problemstillinger og forskningsfunn. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  22. Auld MC, Sidhu N. Schooling, cognitive ability and health. *Health Econ* 2005;14(10):1019-34.
  23. Freudenberg N, Ruglis J. Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis* 2007;4(4):A107.
  24. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). LOV-1998-07-17-61. §9a-1.
  25. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241(4865):540-5.
  26. Berkman LF. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 1995;57(3):245-54.
  27. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. I: Berkman LF, Kawachi I, red. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. s. 137-73.
  28. Elstad JI, Dahl E, Hofoss D. Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2005;125(22):3082-4.
  29. Et helhetlig diskrimineringsvern: diskrimineringslovutvalgets utredning om en samlet diskrimineringslov, grunnlovsværn og ratifikasjon av tilleggsprotokoll nr. 12 til EMK. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsavdelingen; 2009. NOU 2009:14. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
  30. Laaksonen M, Martikainen P, Nihtila E, Rahkonen O, Lahelma E. Home ownership and mortality: a register-based follow-up study of 300,000 Finns. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(4):293-7.
  31. Bråthen M, Djuve AB, Dølvik T, Hagen K, Hernes G, Nielsen RA. Levekår på vandring: velstand og marginalisering i Oslo. Oslo: Fafo; 2007. Fafo-rapport 2007:05. Tilgjengelig fra: <http://www.faf.no/pub/rapp/20005/20005.pdf>
  32. Laaksonen M, Tarkiainen L, Martikainen P. Housing wealth and mortality: A register linkage study of the Finnish population. *Soc Sci Med* 2009;69(5):754-60.
  33. Miljørettet helsevern: kjemiske, fysiske og biologiske miljøforholds betydning for helse i vårt land og fordelingen av disse. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Rapport 2009:7. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/16d776644a.pdf>
  34. Miljø og helse - en forskningsbasert kunnskapsbase. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport 2009:2. Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=6034:0:15,4511:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=6034:0:15,4511:1:0:0:::0:0)
  35. Radon [nettside]. Oslo: Statens strålevern [oppdatert 1 Jul 2010; lest 20 Sep 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.nrpa.no/radon>

36. Handlingsplan mot støy 2007-2011. Oslo: Miljøverndepartementet; 2007. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/md/dok/rapporter\\_planer/planer/2007/handlingsplan-mot-stoy-2007-2011.html?id=465549](http://www.regjeringen.no/nb/dep/md/dok/rapporter_planer/planer/2007/handlingsplan-mot-stoy-2007-2011.html?id=465549)
37. Miljøstatus i Norge [nettside]. Oslo: Klima- og forurensningsdirektoratet [oppdatert 2010; lest 22 Sep 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.miljostatus.no/>
38. McMichael AJ, red. Climate change and human health: risks and responses. Geneva: World Health Organization; 2003.
39. Ottesen P. Helseeffekter av klimaendringer [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2 Mar 2007; lest 22 Sep 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5618&MainArea\\_5661=5618:0:15,1328:1:0:0::0:0&MainLeft\\_5618=5582:56189::1:5624:2::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5618&MainArea_5661=5618:0:15,1328:1:0:0::0:0&MainLeft_5618=5582:56189::1:5624:2::0:0)
40. Ulykker i Norge – nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014. Oslo: Departementene; 2009. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
41. Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2009. Tilgjengelig fra: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/111036/E91823.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf)
42. Pedersen JI, Tverdal A, Kirkhus B. Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer i Norge. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2004;124(11):1532-6.
43. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Kortversjon. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
44. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
45. Utviklingen i norsk kosthold 2009. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
46. Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: folkehelsepolitisk rapport. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
47. Kumar BN, Grøtvedt L, Meyer HE, Søgaard AJ, Strand BH. The Oslo immigrant health profile. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/e56bc46ed7.pdf>
48. Bahr R, red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
49. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
50. Torsheim T, Samdal O, Wold B, Hetland J. Helse og trivsel blant barn og unge: Norske resultater fra studien "Helsevaner blant skoleelever. En WHO-studie i flere land. Bergen: HEMIL-senteret; 2004. Hemil-rapport 3/2004.
51. Lund KE, Lund M. Røyking og sosial ulikhet i Norge. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2005;125(5):560-3.
52. Bruk av snus blant unge i 2009. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
53. Vollset SE, Selmer R, Tverdal Aa, Gjessing HK. Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte levekår som skyldes røyking. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2006. Rapport 2006:4. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/F96A862E2C.pdf>
54. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2010.
55. RusStat: rusmiddelstatistikk på nett [database]. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning [oppdatert 2010; lest 22 Sep 2010]. Tilgjengelig fra: <http://statistikk.sirus.no/sirus/>
56. Vedøy TF, Skretting A. Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS); 2009. SIRUS-rapport 4/2009. Tilgjengelig fra: <http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/84873/1/sirusrap.4.09.pdf>
57. Elstad JI, Hofoss D, Dahl E. Hva betyr de enkelte dødsårsaksgrupper for utdanningsforskjellene i dødelighet? Nor epidemiol 2007;17(1):37-42. Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/168/149>
58. Folkehelse rapport 2010: helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010. Rapport 2010:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/0161795966.pdf>
59. Gåsemyr K, Totlandsdal JK, Mjaatvedt AG, Seliussen I. Rapport om svangerskapsavbrudd for 2008. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/a098a5c14b.pdf>
60. Gåsemyr K, Totlandsdal JK, Mjaatvedt AG, Seliussen I. Rapport om svangerskapsavbrudd for 2009. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/a4e5c20b8b.pdf>

61. Lov om helsetjenesten i kommunene. LOV-1982-11-19-66.
62. Skapes helse, skapes velferd: helsesystemets rolle i det norske samfunnet. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Utviklingstrekk i helsesektoren 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
63. The Tallinn charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>
64. Nasjonal helseplan (2007-2010). Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
65. Stoda i det lokale folkehelsearbeidet: rapport basert på rapporteringer fra fylkesmenn og fylkeskommuner for 2006. Oslo: Helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
66. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling: på rett sted: til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
67. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, red. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/document/E89260.pdf>
68. Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health. Public Health Agency of Canada and WHO; Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET); 2007. Tilgjengelig fra: [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf)
4. Helsedepartementet. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. St.meld. nr. 16 (2002-2003). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
5. Sælensminde K. Positive helseeffekter av fysisk aktivitet: en konkretisering av veien mot mer fullstendige samfunnsøkonomiske analyser. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
6. Sælensminde K, Torkilseng E. Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
7. Sælensminde K. Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
8. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
9. Sælensminde K. Frukt og grønnsaker i skolen: beregning av samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
10. Eckhoff T. Statens styringsmuligheter, særlig i ressurs- og miljøspørsmål. Oslo: Tanum-Norli; 1983.
11. Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: folkehelsepolitisk rapport. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
12. Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse: vedtatt 24. november 2005. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
13. Whitehead M, Dahlgren G. Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse: utjevning av helseforskjeller del 1. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
14. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2010.
15. Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholoven). LOV-1989-06-02-27.
16. Tilsetning av vitaminer og mineraler til usunne matvarer [nettside]. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring [oppdatert 7 apr 2008; lest 27 mai 2010]. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/ernaeringsraadet/meninger/tilsetning\\_av\\_vitaminer\\_og\\_mineraler\\_til\\_usunne\\_matvarer\\_154114](http://www.helsedirektoratet.no/ernaeringsraadet/meninger/tilsetning_av_vitaminer_og_mineraler_til_usunne_matvarer_154114)
17. Lov om planlegging og byggesaksbehandling

## Kapittel 5

1. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006. Tilgjengelig fra: [www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer\\_def.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf)
2. Sælensminde K. Gang- og sykkelvegnettverk i norske byer: nytte- kostnadsanalyser inkludert helseeffekter og eksterne kostnader av motorisert vegtrafikk. Oslo: Transportøkonomisk institutt; 2002. TØI rapport 567/2002. Tilgjengelig fra: [www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%D81%20rapporter/2002/567-2002/rapp-567-02.pdf](http://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%D81%20rapporter/2002/567-2002/rapp-567-02.pdf)
3. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. Tilgjengelig fra: [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_)

- (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71.
18. Skapes helse, skapes velferd: helsesystemets rolle i det norske samfunnet. Oslo: Helse- direktoratet; 2008. Utviklingstrekk i helsesek- toren 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirekto- ratet.no/](http://www.helsedirekto- ratet.no/)
  19. Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Oslo: Finansdepartementet; 2005. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
  20. Forebyggingstiltak – metodisk vurdering av samfunnsøkonomiske analyser. Hamar: Senter for Statlig økonomistyring; 2009. Rapport 8/2009. Tilgjengelig fra: [www.sfso.no/upload/forvaltning\\_og\\_analyse/Publika- sjoner%20og%20rapporter/Forebyggings- rapport\\_091213.pdf](http://www.sfso.no/upload/forvaltning_og_analyse/Publika- sjoner%20og%20rapporter/Forebyggings- rapport_091213.pdf)
  21. Klimakur 2020: tiltak og virkemidler for å nå norske klimamål mot 2020. Oslo: Klima- og foru- rensningsdirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.klif.no/publikasjoner/2590/ta2590.pdf](http://www.klif.no/publikasjoner/2590/ta2590.pdf)
  22. Vollset SE, Selmer R, Tverdal Aa, Gjessing HK. Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte levekår som skyldes røyking. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2006. Rapport 2006:4. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dokumenter/F96A862E2C.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/F96A862E2C.pdf)
  23. Grønne skatter: en politikk for bedre miljø og høy sysselsetting. Oslo: Statens forvaltnings- tjeneste; 1996. NOU 1996:9. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
  24. Nytte-kostnadsanalyser: prinsipper for lønns- somhetsvurderinger i offentlig sektor. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1997. NOU 1997: 27. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
  25. Nytte-kostnadsanalyser: veiledning i bruk av lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1998. NOU 1998: 16. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
  26. En vurdering av særavgiftene. Oslo: Depar- tementenes servicesenter, Informasjonsfor- valtning; 2007. NOU 2007:8. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
  27. Globale miljøutfordringer – norsk politikk: Hvordan bærekraftig utvikling og klima bedre kan ivaretas i offentlige beslutningsprosesser. Oslo: Departementenes servicesenter, Infor- masjonsforvaltning; 2009. NOU 2009: 16. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
  28. Gustavsen GW, Rickertsen K. Effects of taxes and subsidies on food purchases: a quantile regression approach. Oslo: Norsk institutt for landbruksøkonomisk forskning; 2010. Discussion paper no. 2010-1. Tilgjengelig fra: [www.nilf.no/Publikasjoner/DP/En/2010/DP-2010-01.pdf](http://www.nilf.no/Publikasjoner/DP/En/2010/DP-2010-01.pdf)
  29. Room R. Preventing Alcohol Problems: Popular Approaches are Ineffective, Effective

Approaches are Politically Impossible. Pre- sentert ved 13th Alcohol Policy Conference, "Preventing Alcohol Problems among Youth: Policy Approaches", Boston, Mass., 13-16 March, 2003. Tilgjengelig fra: [www2.edc.org/alcoholpolicy13/presentations/room2.doc](http://www2.edc.org/alcoholpolicy13/presentations/room2.doc)

## Kapittel 6

1. Urban health: Healthy Cities [Nettside]. Geneva: World Health Organization [oppdatert 2010; lest 21 Sep 2010]. Tilgjengelig fra: [www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/activities/healthy-cities](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/activities/healthy-cities)
2. Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner [Nettside]. Leiknes: Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner [oppdatert 14 Sep 2010; lest 16 Sep 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www. hmnett.no/](http://www.hmnett.no/)
3. Wilkinson R, Marmot, M red. De harde fakta: sosiale forhold av betydning for helsen. 2 utg. Leiknes: Norsk nettverk av helse- og miljø- kommuner; 2005. Utgitt av WHO Regional Office for Europe i 2003 med tittelen "Social determinants of health: The solid facts. Second edition". Tilgjengelig fra: [www.helsedirekto- ratet.no](http://www.helsedirekto- ratet.no)
4. Skjælaaen Ø. Kommunens forvaltning av alkoholloven 2009. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.sirus.no/files/pub/534/Kom- munenes%20forvaltning%20av%20alkohol- loven%202009.pdf>
5. Martinsen F, Smith A, Solevåg Ø. Evaluering av miljørettet helseverntjenesten i kommunene. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
6. Sosiale miljøfaktorer: intensjoner og innhold: delutredning i gjennomgangen av miljørettet helsevern. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
7. Stoda i det lokale folkehelsearbeidet: rapport basert på rapporteringer fra fylkesmenn og fylkeskommuner for 2006. Oslo: Helsedirekto- ratet; 2007. Tilgjengelig fra: [www.helsedirekto- ratet.no](http://www.helsedirekto- ratet.no)
8. Helgesen MK. Flink med folk i første rekke: organisering og iverksetting: en underveisrapport. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2010. NIBR- rapport 2010:7. Tilgjengelig fra: [http:// www.nibr.no/uploads/publications/0 fe55d84749265660145968870093446.pdf](http://www.nibr.no/uploads/publications/0fe55d84749265660145968870093446.pdf)
9. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skole- helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)

10. Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten: oppsummeringsrapport juni 2001. Oslo: Statens helsetilsyn; 2001. Tilgjengelig fra: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Landsomfattende-tilsyn/Fylkeslegenes-felles-2000-skolehelsetjenesten/>
11. Myklebust S, Hovde S. Kartlegging av helse-søstersituasjonen i Norge. Kjeller: Høgskolen i Akershus; 2005. Småskrift 4/2005.
12. Tall fra KOSTRA. Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/kostra/>.
13. Satsing på barn og ungdom: regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2009. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling: på rett sted: til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
15. Partnerskap for folkehelse i Norge: statusrapport til partnerskapskonferansen 6. og 7. desember 2005. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
16. Ouff SM, Bergem R, Hanche-Dalseth M, Vestby G-M, Hofstad H, Helgesen MK. Partnerskap for folkehelse og Helse i plan: sluttrapport. Volda: Møreforskning; 2010. Rapport nr. 7.
17. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Bergen: HEMIL-senteret. Serie bestående av 12 delrapporter utgitt 1993-1997.
18. Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1998. NOU 1998:18. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
19. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71.
20. Helgesen M, Hofstad H, Vestby GM. Kommune-helseprofiler: kommunenes bruk av Helsedirektoratets nettsted. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2008. 2008:28. Tilgjengelig fra: <http://admin.nibr.no/uploads/publications/e8dcd2fcab9d7985bfb94d0a8a0f1fe0.pdf>
21. Kommunal- og regionaldepartementet. Kommuneproposisjonen 2009. St.prp. nr. 57 (2007-2008). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
22. Bergem R, Ouff SM, Aarflot U, Hanche-Dalseth M. Partnerskap for folkehelse og Helse i plan: undervegsrapport. Volda: Møreforskning; 2009. Arbeidsrapport nr. 234. Tilgjengelig fra: [http://www.moreforsk.no/download.aspx?object\\_id=2B718996FE954AF09C099A36EEEB78D1](http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=2B718996FE954AF09C099A36EEEB78D1)
23. Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Oslo: Helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
24. Baklien B, Pape H, Rossow I, Storvoll EE. Regionprosjektet: nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2007. SIRUS rapport 6/2007. Tilgjengelig fra: <http://www.sirus.no/files/pub/389/sirusrap.6.07.pdf>
25. Rasmussen I, Grindheim JE, Jorde B. Samspill uten retning og midler? Hvem skal aktivere hvem? Evaluering av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)

## Kapittel 7

1. Spedbarnsdødelighet [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 27 apr 2010; lest 20 sep 2010]. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/artikler/?id=70809](http://www.fhi.no/artikler/?id=70809)
2. Innvandring og innvandrere 2008. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2009. Statistiske analyser 103. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no/emner/02/sa\\_innvand/sa103/sa103.pdf](http://www.ssb.no/emner/02/sa_innvand/sa103/sa103.pdf)
3. Spedkost: 6 måneder: landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn (Spedkost 2006-2007). Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
4. Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. Clin Psychol Rev 2009;29(4):283-93.
5. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. Health Qual Life Outcomes 2006;4:37. Tilgjengelig fra: doi:10.1186/1477-7525-4-37
6. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2008. Tilgjengelig fra: [www.health.gov/PAGuidelines/Report/pdf/CommitteeReport.pdf](http://www.health.gov/PAGuidelines/Report/pdf/CommitteeReport.pdf)
7. Tall fra SYSVAK pr. 31.12.08. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
8. Williams DM, Matthews CE, Rutt C, Napolitano MA, Marcus BH. Interventions to increase walking behavior. Med Sci Sports Exerc 2008;40(7 Suppl):S567-S573.
9. Hetteima J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005;1: 91-111.
10. Nadim M, Nielsen RA. Barnefattigdom i Norge: sammendrag. Oslo: Fafo; 2009. Fafo-rapport 2009:45. Tilgjengelig fra: [www.fafo.no/pub/rapp/20135/20135.pdf](http://www.fafo.no/pub/rapp/20135/20135.pdf)
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and



- processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(3):390-5.
12. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD002759.
  13. Hunter GR, McCarthy JP, Bamman MM. Effects of resistance training on older adults. *Sports Med* 2004;34(5):329-48.
  14. Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten: oppsummeringsrapport juni 2001. Oslo: Statens helsetilsyn; 2001. Tilgjengelig fra: [www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Landsomfattende-tilsyn/Fylkeslegenes-felles-2000-sko-lehelsetjenesten/](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Landsomfattende-tilsyn/Fylkeslegenes-felles-2000-sko-lehelsetjenesten/)
  15. Tall fra KOSTRA. Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: [ssb.no/kostra/](http://ssb.no/kostra/)
  16. Myklebust S, Hovde S. Kartlegging av helse-søstersituasjonen i Norge. Kjeller: Høgskolen i Akershus; 2005. Småskrift 4/2005.
  17. Patientutbildning vid diabetes: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2009. SBU-rapport 195. Tilgjengelig fra: [www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/patientutbildning\\_vid\\_diabetes\\_fulltext.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf)
  18. Utviklingsstrategi for jordmortjenesten: tjenestekvalitet og kapasitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  19. Mohsin M, Bauman AE. Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426,344 pregnant women in New South Wales, Australia. *BMC Public Health* 2005;5:138.
  20. Antall fødte, døde, absolutt og relativ befolkningsvekst per år: registrert 2008: framskrevet 2009-2060 etter tre alternativer [nettside]. Oslo: SSB [oppdatert 2009; lest 20 sep 2010]. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no/folkfram/arkiv/tab-2009-06-11-02.html](http://www.ssb.no/folkfram/arkiv/tab-2009-06-11-02.html)
  21. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjons-statistikk for 2006. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2007. NAV rapport 2007:4. Tilgjengelig fra: [www.nav.no/binary?id=805415133&download=true](http://www.nav.no/binary?id=805415133&download=true)
  22. Forebyggende helsearbeid: policydokument for Norsk forening for allmennmedisin, NFA [nettdokument]. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin. Den norske legeforening [oppdatert 25 okt 2007; lest 20 sep 2010]. Tilgjengelig fra: [www.legeforeningen.no/id/128650.0](http://www.legeforeningen.no/id/128650.0)
  23. Nøkkeltall for helsesektoren 2009. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  24. Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene: for perioden 1984-2005. Oslo: Helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  25. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
  26. Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt; 2005. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  27. Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Bergem R, Aarflot U. Ein resept å gå for? Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold. Volda: Møreforskning; 2008. Tilgjengelig fra: [www.oppland.no/Documents/Folkehelse/EvalueringsrapportM%C3%B8reforskning.pdf](http://www.oppland.no/Documents/Folkehelse/EvalueringsrapportM%C3%B8reforskning.pdf)
  28. Kolle E, Anderssen SA. Medisinstudenters kunnskapsnivå om fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og helse. Oslo: Norges Idrettshøgskole; 2006.
  29. Ommundsen Y, Aadland AA. Fysisk inaktive voksne i Norge: hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet? Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  30. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001292.
  31. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000165.
  32. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD002128.
  33. Ellingsen I, Hjermmann I, Abdelnoor M, Hjerkin EM, Tonstad S. Dietary and antismoking advice and ischemic heart disease mortality in men with normal or high fasting triacylglycerol concentrations: a 23-y follow-up study. *Am J Clin Nutr* 2003;78(5):935-40.
  34. Metoder för att främja fysisk aktivitet : en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2007. SBU-rapport 2007:181.
  35. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD003180.
  36. Kommunale rygestop- og tobaksforebyggelsesprosjekter. København: Statens institut for Folkesundhed; 2008.
  37. Anderssen SA, Carroll S, Urdal P, Holme I. Combined diet and exercise intervention reverses the metabolic syndrome in middle-aged males: results from the Oslo Diet and Exercise Study. *Scand J Med Sci Sports* 2007;17(6):687-95.
  38. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle

- TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344(18):1343-50.
39. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403.
40. Tall om tobakk: 1973-2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
41. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
42. Sitter M. Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007: evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A5204.

## Kapittel 8

- Sørensen T, Bøe N, Ingebrigtsen G, Sandanger I. Individual-local community and mental health: towards a comprehensive community psychiatric model for prevention of mental problems and promotion of mental health. *Nord J Psychiatry* 1996;50(Suppl 37):11-9.
- Dalgard OS. Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2006. Rapport 2006:2. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dokumenter/8AF0E9B952.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/8AF0E9B952.pdf)
- The Ottawa charter for health promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [nettside]. Geneva: World Health Organization [lest 2010]. Tilgjengelig fra: [www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html)
- Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport 2009:8. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf)
- Weisæth L, Dalgard OS, red. Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid. Oslo: Gyldendal; 2000.
- Sykefraværstatistikk [nettside]. NAV [oppdatert 24 mar 2009; lest 17 sep 2010]. Tilgjengelig fra: [www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rstatistikk/Sykefrav%C3%A6rstatistikk/191055.cms](http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rstatistikk/Sykefrav%C3%A6rstatistikk/191055.cms)
- Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2009-2010). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/](http://www.regjeringen.no/)
- Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12(Suppl 1):1-27.
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15(4):357-76.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007;370(9590):841-50.
- McCracken C, Dalgard OS, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Wilkinson G, Lehtinen V, et al. Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2006;189:161-7.
- Berge T, (DPS Vinderen). Foredrag i Helse- og omsorgsdepartementet 19. oktober 2009.
- Overland S, Glozier N, Krokstad S, Mykletun A. Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: the HUNT Study. *Psychiatr Serv* 2007;58(11):1479-82.
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Holte A, Sælid GA. Forebygging av psykisk sykdom [kronikk]. *Dagbladet*, 6. juli 2009.
- Clench-Aas J, Rognerud M, Dalgard OS. Psykisk helse i Norge: tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Rapport 2009:6. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dav/cb6edae52e.pdf](http://www.fhi.no/dav/cb6edae52e.pdf)
- Mrazek PJ, Haggerty RJ, red. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academy Press; 1994.
- Bøen H, Dalgard OS. Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. Rapport 2008:1. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dokumenter/790098721f.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/790098721f.pdf)
- Fosse GK. Mental health of psychiatric outpatients bullied in childhood [doktoravhandling]. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine,

- Department of Neuroscience; 2006.
20. Nordhagen R, Nielsen A, Stigum H, Köhler L. Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study. *Child Care Health Dev* 2010;36(6):693-701.
  21. Forebyggende innsatser i skolen: rapport fra forskergruppe oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier. Oslo: Utdanningsdirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: [www.forebygging.no/fhp/d\\_emneside/cf/hApp\\_101/hPKey\\_10574/hParent\\_22/hDKey\\_1](http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_10574/hParent_22/hDKey_1)
  22. Mathiesen KS, Karevold E, Knudsen AK. Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009.
  23. Fyrand L. Sosialt nettverk: teori og praksis. Oslo: Tano; 1994.
  24. Helland MJ, Mathiesen KS. 13-15-åringene fra vanlige familier i Norge: hverdagsliv og psykisk helse. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Rapport 2009:1. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dokumenter/d2d94780d4.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/d2d94780d4.pdf)
  25. Bahr R, red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  26. Martinsen EW, Moser T, Borge L, Moe T, Johannessen B, Kaggstad J. Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
  27. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002;156(4):328-34.
  28. Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
  29. Rodal J, Frank K. Psykologer i kommunene: barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/](http://www.helsedirektoratet.no/)
  30. Oppedal B, Jensen L, Seglem KB. Avhengig og selvstendig: enslige mindreårige flykntningers stemmer i tall og tale. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Rapport 2009:11. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dokumenter/87bc8567f7.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/87bc8567f7.pdf)
  31. Hjelp til barn med vansker [nettside]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 11. mar 2009; lest sep 2010] Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/psykisk/hjelp\\_til\\_barn\\_med\\_vansker\\_6494](http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/hjelp_til_barn_med_vansker_6494)
  32. Nyttig med kurs mot depresjon [nettside]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 15. feb 2008; lest sep 2010]. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5669&MainLeft\\_5669=5544:59559::0:5667:7::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:59559::0:5667:7::0:0)
  33. Toppstudien [nettside] Oslo: FHI [oppdatert 2. jun 2008] Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5565:0:15,4333:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,4333:1:0:0::0:0)

## Kapittel 9

1. Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon: helseforskjellene kan utjevnes ved å endre de sosiale helsedeterminantene. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Utgitt av Verdens helseorganisasjon i 2008 med tittelen *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
2. Room R. Preventing alcohol problems: popular approaches are ineffective, effective approaches are politically impossible. 2003. Presentert ved 13th Alcohol Policy Conference, "Preventing Alcohol Problems among Youth: Policy Approaches", Boston, Mass., 13-16 March, 2003. Tilgjengelig fra: <http://www2.edc.org/alcoholpolicy13/presentations/room2.doc>
3. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010. Tilgjengelig fra: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500210\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500210_eng.pdf)



 **Helsedirektoratet**

Postboks 7000,  
St. Olavs plass  
0130 Oslo  
Tlf 810 20 050  
Faks 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)



241 450  
Trykkasik