



Samfunnsutvikling for god folkehelse

Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge

Publikasjonens tittel: Samfunnsutvikling for god folkehelse

Utgitt: 06/2014

Publikasjonsnummer: IS-2203

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Divisjon Folkehelse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Illustrasjon: Privat

FORORD

Helsedirektoratet har i vår Strategiske plan (2014-2018) som mål å sette folkehelse og forebygging først. Dette innebærer at forebygging og sosial utjevning skal inngå i alle våre oppdrag, strategier og tiltak. Vi skal bidra til at befolkningens helse vektlegges på tvers av sektorer i alt vårt arbeid lokalt, nasjonalt og globalt. Tidlig innsats er viktig, og barn og unge skal prioriteres. Vi skal få mer kunnskap om virkemiddelbruk, og bidra til å utvikle resultatmål og indikatorer på tvers av sektorer.

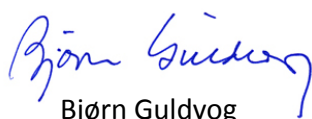
Helse skapes på en rekke arenaer og livsområder som på ulike måter har betydning for folks helse og levekår. Eksempler er skole, arbeid, bolig og nærmiljø. Denne tilnærmingen er visualisert av Margaret Whitehead og Göran Dahlgren fra 1991. Den såkalte regnbuemodellen viser hvordan ulike lag av påvirkningsfaktorer påvirker folkehelsen og den sosiale fordelingen av denne (se kap.2.1). Med inspirasjon i denne figuren har vi valgt å illustrere forsiden av denne rapporten med en vakker regnbue. At en regnbue også symboliserer mangfold er et flott sammentreff.

Regjeringen skal legge frem en Stortingsmelding om folkehelsepolitikken hvert fjerde år, første gang våren 2015. Hensikten er å styrke den politiske og demokratiske forankringen av folkehelsepolitikken. Fireårsintervallet henger sammen med Kommunal- og moderniseringsdepartementets utsending av nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Samordningen skal bidra til at nasjonal folkehelsepolitikk ses i sammenheng med regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Dette systemet ble etablert gjennom Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar» fra 2013.

Som grunnlag for regjeringens neste folkehelsepolitiske melding til Stortinget er Helsedirektoratet bedt om å utarbeide en rapport om status i folkehelsearbeidet i Norge og råd og anbefalinger for videreutvikling av dette arbeidet. Denne rapporten er vårt svar på bestillingen.

Vår rapport utgjør et av flere grunnlag for arbeidet med ny folkehelsemelding. Vi håper at mange samfunnsaktører høres i den kommende medvirkningsprosessen.

Oslo, juni 2014


Bjørn Guldvog
direktør

INNHOOLD

FORORD	2
1. INNLEDNING	6
Sammendrag og hovedbudskap	6
Bakgrunnen for denne rapporten	9
Rapportens innretning og valg av tema	10
Overlappende områder	10
Avgrensninger	10
Global påvirkning av norsk folkehelse og folkehelsepolitikk	11
Forskning	12
DEL I DAGENS SITUASJON	14
2. STATUS I FOLKEHELSEARBEIDET	15
2.1 Status folkehelse og påvirkningsfaktorer	15
2.2 Norsk folkehelsearbeid – utviklingstrekk og perspektivendringer	18
2.3 Lokalt folkehelsearbeid: stor utvikling - ulik takt	19
2.4 Nasjonale virkemidler for å støtte lokalt folkehelsearbeid	21
2.5 Nasjonale virkemidler for sunne levevaner	23
2.6 Rapporteringssystem som verktøy for tverrsektorielt folkehelsearbeid	26
DEL II GJENNOMGRIPENDE UTFORDRINGER	30
3. SOSIAL ULIKHET I HELSE	31
3.1 Utfordringen	31
3.2 Hva er sosiale helseforskjeller?	32
3.3 Hvorfor skal vi redusere helseforskjellene?	34
3.4 Prinsipper for tiltaksutforming	34
4. INDIVID OG SAMFUNN	36

5. INNVANDRERHELSE	39
5.1 Innvandrere og folkehelse	39
5.2 Innvandringsperspektiv i folkehelsearbeidet	40
DEL III UTVIKLINGSOMRÅDER	42
6. PSYKISK HELSE I FOLKEHELSEARBEIDET	43
6.1 Hvorfor psykisk helse i folkehelsearbeidet?	43
6.2 Psykisk helse er mer enn fravær av symptomer og plager	45
6.3 Hvordan påvirker miljøfaktorene psykisk helse og trivsel?	48
6.4 Mestringsbetingelser	50
6.5 utfordringer framover	55
7. HELSEFREMMEDE NÆRMILJØUTVIKLING	57
7.1 Hvorfor nærmiljø i folkehelsearbeid?	57
7.2 Kvaliteter i helsefremmende nærmiljøer	58
7.3 Kompetanseutvikling	61
7.4 Samarbeid for helsefremmende nærmiljøutvikling	61
8. EN GOD OPPVEKST MED LIKE MULIGHETER	62
8.1 En god barndom varer livet ut...	62
8.2 ...og dårlige levekår i barndommen kaster lange skygger	63
8.3 En ungdomstid med mange krav	64
8.4 Et utdanningsløp som inkluderer flere	64
8.5 Levevaner etableres tidlig i livet	67
8.6 Samkjørte tjenester til barn og unge	69
8.7 Enda bedre helsestasjoner og skolehelsetjeneste	69
9. FRIVILLIG SEKTOR	71
10. SAMFUNN FOR HELSEFREMMEDE VANER	75
10.1 Situasjon og utfordringer	75
10.2 S sammensatt innsats	76

11. ARBEIDSMILJØ, SYSSELSETTING OG ØKONOMI	79
11.1 Innledning	79
11.2 Arbeidsmiljø	79
11.3 Sysselsetting	82
11.4 Økonomi	83
12. AKTIV, SUNN OG TRYGG ALDRING	85
12.1 Innledning	85
12.2 Utfordringsbildet	87
12.3 Aktiv aldring	90
12.4 Sunn aldring	92
12.5 Trygg aldring	93
12.6 Helse- og omsorgstjenesters betydning for aktiv, sunn og trygg aldring	94
12.7 Behov for tverrsektoriell strategi	95
13. STØTTE TIL LOKALT FOLKEHELSEARBEID	97
13.1 Fornye ambisjonsnivået og trappe opp innsatsen	97
13.2 Økt tilgang til metoder og verktøy i lokalt folkehelsearbeidet	98
13.3 Helsetjenesten og lokalt folkehelsearbeid	102
13.4 Oppfølging av tilsyn med folkehelseloven	103
13.5 Koordinerte statlige føringer til kommunene	104
13.6 Økt kapasitet og kompetanse i lokalt folkehelsearbeid	105
13.7 Implementering og evaluering av folkehelseiltak	107
13.8 Følge med-opplegg for lokalt folkehelsearbeid	108
VEDLEGG 1	109
Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger	109
VEDLEGG 2	133
Utkast til sjekklister for helsekonsekvensvurderinger	133
LITTERATUR	136

1. INNLEDNING

Sammendrag og hovedbudskap

Folkehelsen i Norge er svært god

Dette er første setning i nærmest enhver rapport om folkehelsen i Norge, også denne. Og setningen er så absolutt sann. Sett i forhold til de økonomisk harde tider som har rammet store deler av Europa, og ikke minst i forhold til situasjonen i andre deler av verden, er vi som nasjon svært privilegerte. Gjennom en lang tradisjon med demokratisk samfunnsbygging hvor ressurser og muligheter er langt bedre fordelt enn andre deler av verden, har enkeltmenneskene i Norge også langt større muligheter til å forme sine liv ut fra sine egne ønsker og ambisjoner.

Målene for norsk folkehelsepolitikk er:

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

Det første målet handler ikke om det vi umiddelbart kan tenke - at hver enkelt av oss bør få erfare et liv som hundreåring. Midt i barndommen, ungdommen, voksenliv og aldring er eventuelle hundreårsfeiringer antageligvis blant det siste vi tenker på. Vi ønsker å leve gode liv med god helse – der vi er i livet.

Det summariske målet for forventet levealder skjuler det som fortsatt er en hovedutfordring, nemlig at det er store forskjeller i hvor lenge

hver enkelt kan forvente å leve med god helse. Og disse forskjellene er ikke tilfeldige. De følger systematisk mønstre av ressurser som inntekt og utdanning.

Hvordan helsen fordeler seg i et samfunn er kanskje en av våre viktigste markører for hvordan et velferdssamfunn fungerer

Sosial ulikhet i helse er fortsatt en av våre største utfordringer som samfunn. Det er en gjennomgripende utfordring som fordrer at vi tar tak i årsakene – og årsakenes årsaker – istedenfor bare å reparere i etterhånd. Det er derfor et viktig bidrag som har kommet med den store kunnskapsgjennomgangen om sosial ulikhet i helse som Professor Espen Dahl ledet og lanserte tidligere i år. Gjennomgangen har gitt grunnlag for denne rapporten, men vil også ligge til grunn for videre arbeid fra Helsedirektoratet i tiden fremover.

Folkehelse og fordeling i alt vi gjør

Det hadde vært besnærende å kunne peke på noen få grep for å bedre folkehelsen og redusere sosial ulikhet i helse. Men det er verken klokt eller mulig. Komplekse utfordringer krever rett og slett sammensatte løsninger. En lang rekke samfunnsforhold påvirker folkehelsen. Og så lenge sosial ulikhet i helse oppstår på grunn av ulik ressursfordeling på en rekke samfunnsområder og gjennom hele livet, må vi tenke folkehelse og fordeling i alt vi gjør – i det store – og i detaljene. Reformen og tiltak kan ha et godt formål, men om vi ikke følger med på fordelings effekter i den detaljerte gjennomføringen er det ikke sikkert vi oppnår våre mål.

Velferdsordningene våre er grunnmuren. Men en rekke aktører har et ansvar. Den nye folkehelseloven er et godt steg i riktig retning for god samfunns- og nærmiljøutvikling lokalt. I denne rapporten tar vi til orde for:

Økt innsats mot samfunnets mestringsbetingelser

Det å mestre hverdagslivets oppgaver og utfordringer er avgjørende for psykisk helse og trivsel. Når livssituasjoner skaper kronisk stress svekkes både psykisk helse, fysisk helse direkte ved nedsatt immunforsvar, og vi kan få redusert overskudd til å ta gode helsevalg. Betingelser for å mestre våre liv ligger på mange livsarenaer som familie, barnehage, skole, arbeidsliv nærmiljø og fritid. Når psykisk helse skal bli en del av folkehelsearbeidet må vi rette oppmerksomheten mot disse arenaene og skifte fokus fra sykdom til trivsel. Gode sosiale nettverk og sosial støtte fremmer helse.

Å ha barn og unges likeverdige muligheter som førsteprioritet

Gode kår i barndommen gir spiren til et godt liv med god helse. Både økonomi i barnefamilier, inkludering i gode barnehager og skoler, sunne vaner, nærmiljøer og fritid spiller en rolle. En god ungdomstid er avgjørende for den enkelte og for oss som samfunn. I Hellas og Spania er andelen i aldersgruppen 15-24 som er utenfor arbeid og skole langt over 50 %. Vi kan snakke om en generasjon med tapte muligheter. Selv om dette er svært langt fra situasjonen i Norge, har vi altfor stort frafall fra skoleløpet med de konsekvenser det har for fremtidig arbeid, levekår og risiko for dårlig psykisk helse og trivsel for de det gjelder.

Samordnet innsats for helsefremmende nærmiljøutvikling

Nærmiljøene der vi lever og bor kan enten fremme eller hemme mulighetene for god helse. Helsefremmende nærmiljøer legger til rette for deltakelse og sosiale møteplasser,

aktivitet og trygghet. Prosjektbasert innsats bør videreføres i mer varig tverrsektoriell innsats for å støtte lokalt arbeid.

Forsterket innsats for å støtte lokalt folkehelsearbeid

Lokalt folkehelsearbeid er en bærebjelke for folkehelsen i Norge. Her utvikles nærmiljøer og livsarenaer som gir tilhørighet og former våre liv. Det lokale arbeidet har vært i stor utvikling, særlig etter at folkehelseloven trådte i kraft. De kommuner som får til å ivareta folkehelse i samfunnsplanlegging har i større grad knyttet koordinatorfunksjoner til et strategisk nivå i organisasjonen. Mange kommuner er godt i gang, men totalbildet viser kommuner som har kommet ulikt i sitt folkehelsearbeid. Kommunene trenger tillit, statlig støtte og økt kapasitet.

Bedre samspill mellom samfunnsaktører

Frivillig sektor er et fremtredende trekk og en betydelig ressurs. Helsedirektoratet ønsker å stimulere frivillige organisasjoner i rollen som interessepolitisk aktør i folkehelsearbeidet. Det er sentralt å fremme lokalt samarbeid og drive utviklingsarbeid i samspill med frivillige organisasjoner.

Samarbeid mellom arbeidslivets parter og partnerskap med næringsaktører som tar ansvar for folkehelse har et stort potensiale.

En tverrsektoriell strategi for aktiv, trygg og sunn aldring

De fleste av dagens seniorer er godt stilt økonomisk, har god livskvalitet og et høyere utdanningsnivå enn noen eldregenerasjoner før dem. Begrepsbruk som «de eldre» skygger over et stort mangfold og flere livsfaser. Helsedirektoratet mener at det er behov for en nasjonal strategi for hvordan Norge skal bli et aldersvennlig samfunn med vekt på aktiv, sunn og trygg aldring. Innsatsen bør være livsfaseorientert og omfatte deltakelse, møteplasser, boligforhold, nærmiljø og transporttjenester, arbeidsliv og levevaner. Å

fremme god psykisk helse og trivsel og forebygge isolasjon er en hovedoppgave.

Samfunn for helsefremmende vaner

Vi har alle et ansvar for egen helse. Samtidig påvirkes vi av vårt fysiske og sosiale miljø. Summen av de ulike virkemidlene for å påvirke befolkningens helserelaterte atferd er viktigere enn enkelttiltakene alene. Det er viktig at spekteret av tiltak og virkemidler strekker seg over informasjon, lovgivning og regulering som utfyller hverandre og gir effekt.

Utvikling av tiltak tilpasset mangfoldet i innvandrerpopulasjonen

Innvandrere er en svært sammensatt gruppe, både med hensyn til hvor de kommer fra og hvilken grunn de har hatt for å komme, enten det er arbeid, studier, familierelasjoner, som flyktning eller for å søke asyl. Innvandrere utgjør en ressurs, samtidig som noen har utfordringer. Vi vet at innvandrerfamilier er overrepresentert blant fattige barnefamilier og at de scorer høyere på en del helseproblemer. Å se på utfordringer i en bestemt innvandrergruppe som etniske eller kulturelle skillelinjer kan tilsløre utfordringer som dreier seg om manglende integrering, dårlige levekår og diskriminering. Likeverdige tjenester samt å sikre likeverdig deltakelse på samfunnsarenaer som barnehage, skole, arbeid og kultur/fritid er avgjørende.

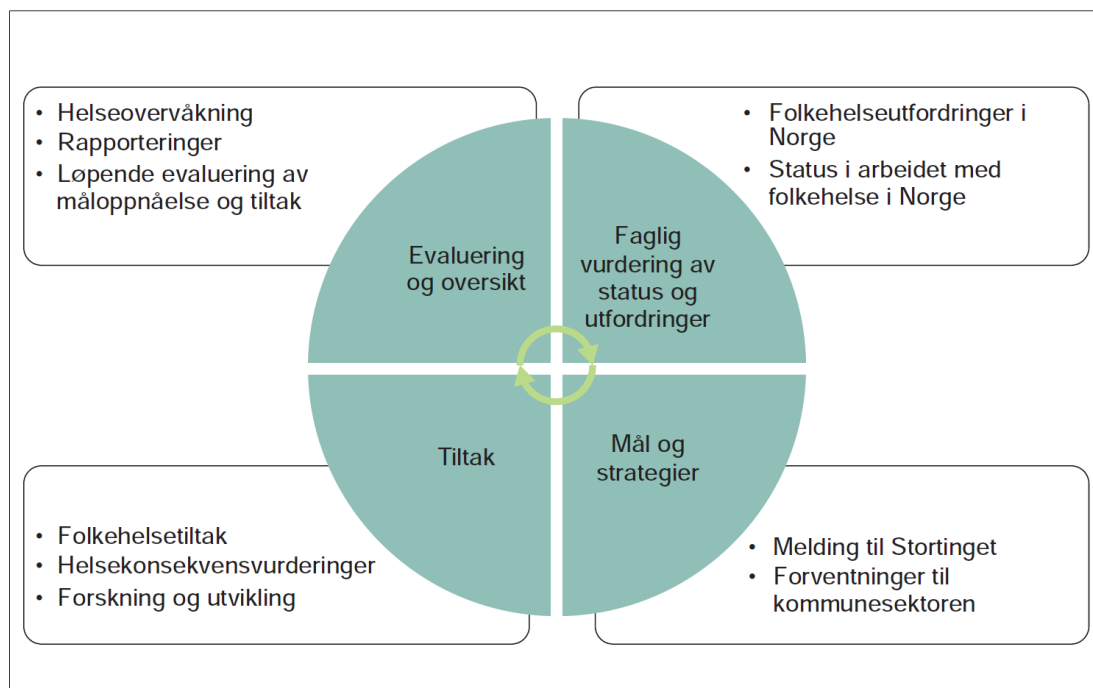
Forskning

Den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien «HelseOmsorg21» har som visjon «Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse». En hovedutfordring er at god helse er ulikt fordelt i befolkningen, at ulikheten er økende, og at det er et sammensatt årsaksbilde knyttet blant annet til oppvekstsvilkår, utdanning, arbeidsforhold og livsstil som må møtes med forebyggende og tverrsektorielle tiltak. Et kunnskapsløft for kommunene er en hovedprioritet. Helsedirektoratet ser spesielt behov for økt vektlegging av implementeringsforskning, og at det utvikles mer robuste og kompetente fagmiljø knyttet til sosial ulikhet i helse.

Helsedirektoratets visjon er:

God helse - gode liv

Vi må videreutvikle arbeidet med en samfunnsutvikling som er helsevennlig i alle livets faser. Fra barndom, via ungdomstid og voksenalder til en aktiv, trygg og sunn alderdom.



Bakgrunnen for denne rapporten

Denne rapporten inngår i et nytt styringssystem for nasjonalt tverrsektorielt folkehelsearbeid. Hvert fjerde år skal Helsedirektoratet utarbeide en rapport med en vurdering av status innen folkehelsearbeidet i Norge og presentere Helsedirektoratets råd og anbefalinger for videreutvikling av folkehelsearbeidet. I stortingsmelding nr. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen «*God helse – felles ansvar*» beskrives dette systemet med figuren over.

Denne rapporten fra Helsedirektoratet er *ett* av flere bidrag til Helse- og omsorgsdepartementet som skal legge frem en stortingsmelding om folkehelsearbeidet i Norge.

Det er bare et år siden folkehelsemeldingen ble lagt frem for stortinget. Slik sett kunne en tenke seg at vi burde vente med å komme med en ny rapport om videreutvikling av

arbeidet. Departementet har imidlertid bedt om at denne rapporten skal komme denne våren fordi regjeringen vil legge frem en ny melding om folkehelsearbeidet for stortinget våren 2015. Et hensyn i det nasjonale systemet for tverrsektorielt folkehelsearbeid er at de fireårige stortingsmeldingene skal kunne være førende for styringsdialogen med kommunesektoren og statlige etater. Folkehelsemeldingen tar derfor til orde for at behandling av folkehelsemeldinger bør skje i forkant av statlig utsending av nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging, som sendes til kommuner og fylker hvert fjerde år. Det vil bidra til at nasjonal folkehelsepolitikk ses i sammenheng med regionalt og lokalt folkehelsearbeid. For å komme inn i denne syklusen må første framleggelse av melding etter Stortingsmelding nr. 34 (2012-2013) skje våren 2015.

Samtidig som Helsedirektoratet utgir denne rapporten vil Folkehelseinstituttet gi ut en rapport med oversikt over utvikling i befolkningens helse og forhold som påvirker

denne. Kapittel 1.1 i denne rapporten har derfor kun en svært kortfattet omtale av helsetilstand og risikofaktorer. For en utførlig oversikt over forventet levealder, sykdomsbilde og risikofaktorer viser vi til Folkehelseinstituttets rapport.

Rapportens innretning og valg av tema

Det er kort tid siden forrige folkehelsemelding og det er begrenset hvor mye som har skjedd på feltet siden. Helsedirektoratet er derfor ikke uttømmende i statusvurderingene i denne rapporten. Vi har valgt å omtale områder hvor vi mener det er stort potensiale for videreutvikling. Et viktig grunnlag for denne rapporten er den nylig avgitte gjennomgangen: Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt, som ble utarbeidet av et forskerpanel på oppdrag fra Helsedirektoratet (1). Rapporten utgjør en oppsummering og analyse av tilgjengelig, forskningsbasert kunnskap om forhold som påvirker og forårsaker sosial ulikhet i helse i Norge. Flere av disse områdene omtales derfor i denne rapporten, som oppvekst, skole og utdanning, sysselsetting, arbeidsmiljø, inntekt og fattigdom og levevaner.

Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet er et område med stort behov og potensiale for utvikling. Også innen helsefremmende nærmiljøutvikling ligger det et store muligheter i å samordne innsats. For å oppnå en trygg, sunn og aktiv aldring er det behov for en tverrsektoriell strategi. Innvandrerhelse trenger strategiske grep som er tilpasset det mangfold innvandrerpopulasjonen representerer. Nye initiativ kan tas i samarbeid med frivillig sektor nasjonalt og lokalt. Lokalt folkehelsearbeid er en bærebjelke i norsk folkehelsearbeid. Støtte til lokalt folkehelsearbeid er avgjørende for rettferdig og god folkehelse.

Overlappende områder

De forhold som påvirker folkehelsen veves sammen av komplekse og overlappende årsakskjeder og mekanismer på ulike samfunnsområder, og gjennom livsløpet. Dette er en utfordring for analysen av utviklingsområder i denne rapporten. De samme forhold berøres fra flere vinkler og gjennom et livsløpsperspektiv.

For de som leser denne rapporten i sin helhet, vil det derfor fremstå som de samme forhold omtales flere steder. For eksempel er det et eget kapittel om oppvekst samtidig som barn og unge berøres i flere kapitler som for eksempel psykisk helse og trivsel. Vi har likevel valgt å la kapitlene få et innhold som gjør at hvert enkelt kapittel står på egne ben og kan leses helhetlig hver for seg.

Avgrensninger

Denne rapporten omhandler det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og avgrenser seg dermed fra omtale av helsetjenesten. Regjeringen har varslet at de vil legge frem tre meldinger til stortinget, dvs. ny sykehusplan, stortingsmelding om primærhelsetjenesten og stortingsmelding om folkehelsearbeidet. Folkehelseloven avgrenser folkehelsearbeidet mot behandling i helsetjenesten, forebygging rettet mot individer med allerede identifisert risiko, symptomer eller diagnoser og mot habilitering/rehabilitering. En slik avgrensning innebærer ikke på noen måte en nedvurdering av den viktige innsatsen i helsetjenesten. Det innebærer derimot en klargjøring og ansvarsdeling. Strategier for å arbeide tverrsektorielt med samfunnsutvikling som fremmer helse og trivsel og forebygger sykdom er andre enn strategiene for å videreutvikle helsetjenestene.

Global påvirkning av norsk folkehelse og folkehelsepolitikk

Det er få forhold ved den norske folkehelse som ikke påvirkes av årsaker utenfor landets grenser. Økt reisevirksomhet og økt befolkningstetthet bidrar til at smittsomme sykdommer ikke kjenner noen landegrenser. Klimaendringer gjør at nye og gamle smittsomme sykdommer igjen truer vårt kontinent. De ikke-smittsomme sykdommene som diabetes, KOLS, kreft og hjerte-karsykdommer påvirkes av globale trender.

Ulikhet i arbeidsledighet i Europa gjør at migrasjonsstrømmene forsterkes, særlig tatt i betraktning de fire friheter i EØS-området. Norges befolkningssammensetning er i endring. Folkehelsepolitikken må derfor tilpasses en stadig mer mangfoldig befolkning.

Det norske folkehelsearbeidet og arbeidet med sosial ulikhet i helse skjer i lys av Verdens helseorganisasjon (WHO) Europas *Helse 2020: et europeisk rammeverk for handling på tvers av myndigheter og samfunn for å fremme helse og trivsel* (2). De to overordnede strategiske målene er:

- forbedre helsen for alle og redusere de sosiale ulikhetene i helse
- forbedre lederskap og deltakerorientert styring for helse

Helse 2020 løfter frem et positivt helsebegrep ved å løfte trivselsaspektet. Det er nødvendig å skape samfunn som tilrettelegger for gode liv der folk lever. Dette vil kreve nye tilnærminger og innovasjon. Hva skal til for at folk trives, og hvordan kan trivsel defineres og måles?

Denne rapporten drøfter hvordan trivsel og utjevning av sosiale helseforskjeller bedre kan ivaretas i folkehelsearbeidet i Norge og tar i så måte innover seg den retningen Helse2020 angir.

Med Helse 2020 har WHO Europa klart å samle alle sine separate helseinitiativ til ett overordnet rammeverk. Helse 2020 er en viktig overbygning for arbeidet med å bidra til en samfunnsutvikling for helse og trivsel i Norge og Europa. Rammeverket vil være viktig for den strategiske tenkningen på helseområdet og i folkehelsearbeidet i Norge i årene som kommer. Dette gjelder på statlig nivå, og forhåpentligvis vil det også være en viktig inspirasjonskilde for landets kommuner og fylkeskommuner når de skal utarbeide mål, strategier og tiltak i tråd med ny folkehelselov.

Det nasjonale arbeidet mot de ikke-smittsomme sykdommene er en del av WHO's globale monitoreringsrammeverk og den globale handlingsplanen fra 2013. Gjennom disse dokumentene har Norge skrevet under på en global målsetting om å redusere for tidlig død som følge av ikke-smittsomme sykdommer med 25 % innen 2025. I *Norsk NCD-strategi* fra 2013 tas dette inn som en nasjonal målsetting. WHO's rammekonvensjon om tobakk inngår i dette arbeidet. Dette er et internasjonalt lovverk hvor Norge er forpliktet til å innføre tiltak for å begrense tobakksbruk.

EU har traktathjemmel for å koordinere samarbeid på helseområdet, og EØS-avtalen gjør Norge til en del av dette. Den såkalte folkehelseartikkelen legger opp til at fellesskapet skal bidra til samarbeid i folkehelse spørsmål medlemslandene imellom, og ellers støtte opp under nasjonal helsepolitikk. Videre forplikter EU seg til å ta hensyn til beskyttelse av folkehelsen i all sin politikk og i alle sine aktiviteter. Mulighetene for erfaringsutvekslinger, kompetanseoverføring og deltakelse i europeiske nettverk utgjør en merverdi for Norge.

EU har flere programmer som retter seg mot folkehelsen, blant annet Folkehelseprogrammet og Horisont 2020. EUs

arbeid på helseområdet har søkt å møte en rekke felleseuropeiske helseutfordringer som blant annet aids, narkotika, kreft. Mye av helsesamarbeidet i EU-regi foregår gjennom internasjonale nettverk og felles tiltak («joint actions»). Norge tar aktivt del i dette samarbeidet. Noen sentrale satsningsområder er psykisk helse og well-being, sosial ulikhet i helse, aktiv aldring, ernæring og tobakk. EUs aldringsstrategi har gjort seg spesielt gjeldende den senere tiden, og er relevant for Norge å se til i vårt eget arbeid med å møte de kommende demografiske utfordringene.

FNs tusenårs mål utløper i 2015. Disse har vært en overbygning for den globale utviklingsinnsatsen siden 2000, også innenfor helse. Som arvtaker utvikler FNs medlemsland nå et nytt sett mål, kalt bærekraftsmål. I motsetning til tusenårsmålene som fokuserte på utviklingsland, skal bærekraftsmålene gjelde alle FNs medlemsland, inkludert Norge. Disse skal ikke fastsettes før FNs generalforsamling i september 2014, men det er sannsynlig at landene vil enes om en målpakke som både berører smittsomme sykdommer, ikke-smittsomme sykdommer og barne- og mødrehelse. I tillegg jobber Norge blant annet for at bærekraftsmålene inneholder tverrsektorielle tiltak som kan utjevne sosiale, økonomiske og miljømessige helsedeterminanter. Disse målene vil bli enda mer ambisiøse enn de vi allerede har forpliktet oss til. For å nå dem vil måtte gjøre grep på nasjonalt nivå.

Forskning

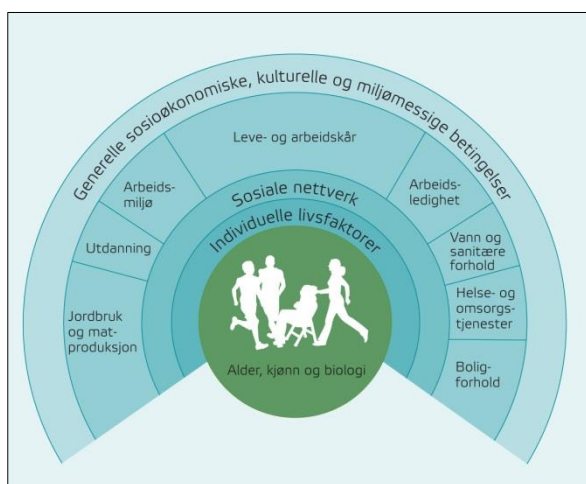
Folkehelsemeldingen (3) presenterte en strategi for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I denne rapporten drøfter vi ikke spesielt forskningsbehovet på folkehelsefeltet, men viser til den nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategien «HelseOmsorg21» som har som visjon «Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse» (4). Et hovedmål i rapporten er økt utnyttelse av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Det påpekes at en hovedutfordring er at god helse er ulikt fordelt i befolkningen, at ulikheten er økende, og at det er et sammensatt årsaksbilde knyttet blant annet til oppvekstvilkår, utdanning, arbeidsforhold og livsstil som må møtes med forebyggende og tverrsektorielle tiltak. Blant hovedprioriteringene i HelseOmsorg21 er et kunnskapsløft for kommunene, vektlegging av kompetanse og utvikling, samt utprøving og dokumentering av effekter av tiltak. Helse- direktoratet ser spesielt behov for økt vektlegging av implementeringsforskning knyttet til folkehelsefeltet, og at det utvikles mer robuste og kompetente fagmiljø knyttet til sosial ulikhet i helse.

Del I

Dagens situasjon

2. STATUS I FOLKEHELSEARBEIDET

2.1 Status folkehelse og påvirkningsfaktorer



Figur 1: Regnbuemodellen av Margaret Whitehead og Göran Dahlgren fra 1991 illustrerer hvordan ulike lag av påvirkningsfaktorer påvirker folkehelsen og den sosiale fordelingen av denne (5).

Befolkningens helse er generelt god. Forventet levealder ved fødsel øker gradvis og i 2013 var den 79,7 år for menn og 83,6 år for kvinner. Utdanningsulikheten i forventet levealder har vært økende inntil det aller siste. De siste tallene tyder på lavere økningstakt og utflating blant menn, men fortsatt vekst blant kvinner (1).

I et internasjonalt perspektiv er forventet levealder blant de høyeste i verden (OECD). Norge skårer høyt på FNs levekårsindeks (UNDP). Alt peker i retning av at økningen i forventet levealder vil fortsette i årene fremover. Effekten av den økonomiske og strukturelle utviklingen vil påvirke befolkningens helse i positiv forstand. De

fleste årlige dødsfall i Norge er forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer og kreft.

Rundt 15 % av den voksne befolkningen røyker fremdeles daglig. Det er store sosiale forskjeller i røyking. Fire ganger så mange røyker daglig blant dem med kort utdanning (32 %) som blant dem med lang utdanning (8 %). Andel røykere er redusert i alle utdanningsgrupper de senere årene, men forskjellen er fortsatt svært stor.

I aldersgruppen 20–64 år oppfyller 35 % av kvinnene og 28 % av mennene de faglige anbefalingene for regelmessig fysisk aktivitet. Målinger viser at voksne nordmenn bruker drøyt 60 % av våken tid i ro eller stillesittende. Andelen av kvinner og menn som oppfyller kostholdsanbefalingene varierer mellom 22–25 % (frukt og grønnsaker), 25–27 % (inntak av fullkorn), 31–39 % (ren fisk) og 45–67 % (rødt kjøtt).

Omtrent 1/3 av innrapporterte ulykker skjer ved bolig eller boligområde (6). Målinger i de største byene i Norge viser at luftforurensingen overstiger anbefalte verdier hvert år. Vel 20 % av barn og 8 % voksne har eller har hatt plager med astma (7). 66 % av norske skoler er godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, mens 28 % er ikke godkjent (8).

Om lag 44 % av bosatte i tettsteder har trygg tilgang til nærturterreng, mens rundt 43 % har trygg tilgang til rekreasjonsareal. I alt har 60 % av alle bosatte i tettsteder trygg tilgang til enten rekreasjonsareal eller nærturterreng.

For de aller største tettstedene har om lag halvparten ikke trygg tilgang til grønne arealer med de kravene til areal, avstand og trafikk/fartsgrense som er satt i undersøkelsen. 3 % av rekreasjonsarealet i tettsteder er nedbygd fra 2007 til 2011 (9).

I forhold til mange andre land rapporterer befolkningen i Norge stor grad av livskvalitet (glede, tilfredshet, vitalitet), sosial støtte, tillit og tilhørighet. Samtidig ser vi klare mønstre av sosial ulikhet også her (10).

Befolkningens levevaner, helse og trivsel henger tett sammen med den generelle velstanden i samfunnet. Hvordan ressurser og levekår er fordelt forklarer langt på vei sosial ulikhet i helse. I folkehelsearbeidet er det derfor viktig å følge med på utviklingstrekk i samfunnet og identifisere de faktorer som har betydning for befolkningens helse. Vi snakker da om både positive og negative faktorer som påvirker hele befolkningen og faktorer som er ulikhetsdrivende.

Gjennom rapporteringssystem-sosial ulikhet i helse, har Helsedirektoratet i samarbeid med andre statlige direktorater og fagmiljøer etablert et sett indikatorer som har gjort det mulig å følge utviklingen på en rekke samfunnsområder. Teksten i dette kapitlet baserer seg på indikatorer som er utviklet i det eksisterende indikatorsystemet. Status på utvalgte områder vil også omtales i de enkelte kapitlene.

Økonomi/inntektsfordeling

En mye brukt indikator for å måle inntektsulikhet i et land er Gini-koeffisienten. I følge SSB har den for Norges del holdt seg rimelig stabil det siste tiåret, og er per 2012 på 2,24. Ifølge tall fra Eurostat var Norge i 2011 det landet i Europa med minst inntektsulikhet. Ser vi på gruppene med vedvarende lavinntekt, viser indikatorene en svak nedgang fra 1999-2010, med en påfølgende

Mål på inntektsulikhet

GINI-koeffisient: Et ulikhetsmål som varierer fra 0 til 1. Jo større denne koeffisienten er, jo større er inntektsulikheten. Gini-koeffisienten tar utgangspunkt i forholdet mellom kumulativ andel av befolkningen rangert etter stigende inntekt, og den kumulative andelen av inntekten som de mottar.

S80/S20: Viser forholdet mellom den samlede inntekten til den rikeste femtedelen av befolkningen, og den samlede inntekten til den fattigste femtedelen av befolkningen.

P90/P10: viser forholdet mellom inntekten som har en inntekt høyere enn 90 prosent av befolkningen (P90) og den personen som har en inntekt lavere enn 90 prosent av befolkningen (P10).

stabilisering på 5 %. Nedgangen skyldes i all hovedsak at det i dag er færre eldre i lavinnteksgruppen (1).

Barndom/oppvekst/skole

De fleste norske barn går i barnehage. Indikatorer som viser utviklingen i barnehagebruk viser at andelen barn med heltidsplass i barnehage var 95,8 % i 2013. Blant de eldste barna, 3-5 år, var andelen oppe i 96,3 %. Andelen minoritetsspråklig barn i barnehage har vært stigende de siste 10 årene, og nærmer seg gjennomsnittsnivået i barnepopulasjonen. I 2013 lå andelen minoritetsspråklige barn med heltidsplass på 96,2 %. Det siste året har veksten vært særlig stor blant ett- og fireåringer på hhv. 16 og 14 %.

I samarbeid med Utdanningsdirektoratet har en søkt å finne indikatorer som kan si noe om kvalitet i barnehagen. I forskrift om pedagogisk bemanning i barnehage står det at «Det skal være minimum én pedagogisk leder per 14-18 barn når barna er over tre år og én pedagogisk leder per 7-9 barn når barna er

under tre år og barnas daglige oppholdstid er over seks timer». Flere barnehager fylte denne normen i 2012 sammenlignet med året før, men fremdeles mangler 3 av 5 barnehager tilstrekkelig pedagogisk bemanning.

Frafall i videregående opplæring er en samfunns- og folkehelseutfordring. Manglende utdanning gir stor risiko for svak eller ingen tilknytning til arbeidsmarkedet, lav inntekt, dårlige levekår og helse. Helsedirektoratet har derfor fulgt utviklingen i andelen elever som slutter underveis eller fullfører uten å bestå hhv Vg/3 fagprøve eller studieforbereende fag, etter foreldrenes utdanningsnivå. Tendensen er at flere faller ut av det mer yrkesforberedende løpet, men at de samme sosiale forskjellene, målt ved foreldrenes utdanningsnivå, finnes for begge gruppene. Andelen som fullfører og består videregående opplæring etter fem år har ligget stabilt på rundt 69 %. I tillegg viser tall fra Skoleporten at det er relativt store geografiske forskjeller i andelen elever som fullfører videregående skole, med de laveste andelen i Finnmark og Nordland, og de høyeste i Oslo og Sogn og Fjordane.

Ofte kan årsaken til frafall spores tilbake til tidlige i skoleløpet og endog til språkutvikling i barnehageårene. Det har ikke vært mulig å etablere indikatorer på dette området.

Læringsresultatene i norsk skole følger tett foreldrenes utdanningsnivå, og mye tyder på at skolen er med på å reprodusere sosiale forskjeller i læringsutfall. Analyser av resultatene fra PISA undersøkelsene viser imidlertid at det er mindre prestasjonsforskjeller i Norge enn i andre land, og betydningen har blitt mindre siden 2003. I Norge er det også mindre forskjell mellom minoritetslever og majoritetslever enn i de andre nordiske landene.

Arbeidsliv

Målet om et mer inkluderende arbeidsliv er operasjonalisert gjennom intensjonsavtalen som er inngått mellom partene i arbeidslivet (IA-avtalen). Avtalen ble nylig fornyet for ytterligere fire år (4.mars 2014 – 31.desember 2018), og vil blant annet ha et særlig fokus på det forebyggende sykefraværarbeidet som skjer på arbeidsplassen.

Rapporteringsystemet viser utviklingen i sykefraværet ved å se på andelen langtidssykemeldte (< 13 uker), som er i arbeid ett år etter avsluttet sykefravær, fordelt etter yrkesgrupper. Og selv om 2011-tallene viser at godt og vel 70 % er i jobb etter langtidssykefravær, så finner vi forskjeller mellom de mer akademiske og administrative yrkene og yrker uten krav til utdanning.

NAV produserer kvartalsvis statistikk som viser utviklingen i sykefraværet. Med sykefravær menes både legemeldt og egenmeldt, hvor det legemeldte utgjør omtrent 85 %. I følge NAV var det totale sykefraværet 4. kvartal 2013 på 6,4 %. Sykefraværet er høyest blant kvinner, og det avspeiles når man ser sykefravær fordelt etter næring: helse- og sosiale tjenester er næringen med høyest sykefravær - på 7,8 %, deretter følger transport og lagring, mens vitenskapelig og teknisk tjenesteyting, og olje- og gassutvinning ligger lavest, med hhv 3,3 og 2,7 %. Sykefraværet følger med andre ord et sosioøkonomisk mønster, noe som innebærer at sykefraværet i befolkningen ikke kan forklares med sykdom alene, men inngår i en sosial kontekst som handler om bransjer, utdanningsnivå og øvrig ressursfordeling og fordeling av generell livsbelastninger i befolkningen.

En annen sentral dimensjon ved forholdet mellom arbeid og helse, er knyttet til arbeidsmiljø og ulike former for eksponering. Gjennom overvåkingssystemet NOA - Nasjonal

overvåking av arbeidsmiljø og helse, som er utviklet ved Statens arbeidsmarkedsinstitutt, har vi indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen i forekomst av ulike arbeidsmiljøbelastninger på norske arbeidsplasser. For perioden 2005 -2009 har forekomsten av negative eksponeringsfaktorer blitt redusert. Det har vært størst nedgang i såkalt mekanisk eksponering, slik som «løft i ubekvem stilling» som særlig forekommer i bygg- og anleggsbransjen. Det er en overvekt av negativ arbeidsmiljøeksponering blant kort utdannede, men nedgangen i den totale forekomsten, har også gjort de sosiale forskjellene mindre.

Også i europeisk sammenheng blir det norske arbeidsmiljøet ansett for å være bra. Men det er selvfølgelig en del arbeidsforhold som faller utenfor denne type kartlegging og hvor det avdekkes alvorlige mangler knyttet til helse, miljø og sikkerhet, samt ansettelsesforhold og lønn. Det er naturlig nok vanskelig å fastslå omfanget av sosial dumping, men ifølge FAFO er bransjene bygg og anlegg, industri og hotell og restaurant mer utsatt enn andre.

Bolig

Boligstandarden i Norge er gjennomgående god; i gjennomsnitt er det 1,7 rom per person i boligen, og 97 % har både wc og bad (SSB). Over halvparten av norske husholdninger bor i enebolig. Likevel vet vi at en del mennesker lever under helseskadelige boforhold, eller mangler et tilfredsstillende botilbud. I samarbeid med Husbanken har vi indikatorer som antyder omfanget av denne gruppen vanskeligstilte på boligmarkedet. Det foretas ikke regelmessige tellinger av antall bostedsløse i Norge, men den siste kartleggingen som ble gjennomført av Norsk institutt for by- og regionsforskning, NIBR, viste at det fantes om lag fantes 6259 bostedsløse i 2012 (11).

En indikator det har vært mulig å følge, og som gir en viss pekepinn når det gjelder antall vanskeligstilte på boligmarkedet, er antall husstander i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder. Her kan vi også skille på husstander med og uten barn. Fra 2010 til 2011 ble det totale antallet redusert fra 1009 til 880, mens antall husstander med barn har ligget stabilt på rundt 30.

2.2 Norsk folkehelsearbeid – utviklingstrekk og perspektivendringer

Folkehelsearbeidet har vært i stor utvikling det siste tiåret. Folkehelsepolitikken har blitt utviklet i en dynamikk mellom en rekke samfunnsaktører og samhandling mellom statlig og lokalt nivå. Blant annet er kommuners erfaringer fra modellforsøk og praksis lagt til grunn for statlig politikktutforming.

Med Stortingsmelding nr.16 - Resept for et sunnere Norge (2002 – 2003) (12) startet etableringen av en ny infrastruktur for folkehelsearbeidet gjennom regionale partnerskap for folkehelse. Det var et mål å bedre koordinering vertikalt mellom stat og kommune og horisontalt mellom sektorer. Sosial ulikhet i helse ble løftet frem som et rettferdighetsproblem og en utfordring for folkehelsearbeidet. Tilrettelegging for sunne levevaner vektla innsats innen fysisk aktivitet, kosthold, tiltak mot rusmisbruk og tobakksbruk. Det var bare delstaten New York og Irland som hadde innført røykfrie serveringssteder før dette også ble realisert i Norge i 2004.

I 2007 ble det etablert en nasjonal tverrsektoriell strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. For å utjevne det gjennomgripende mønsteret (gradient) av sosial ulikhet i befolkningens helse ble det konkretisert mål og innsats innen områdene

inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd og helsetjenester.

Flere fylkeskommuner tok en aktiv rolle som koordinator i partnerskap for folkehelse. Og med forvaltningsreformen av 2010 ble deres rolle formalisert gjennom lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

I samhandlingsreformens begynnelse var det helsetjenestene som skulle være gjenstand for reform for styrket forebygging, koordinering og tidlig innsats. Men både stortinget, mange kommuner og fylkeskommuner løftet frem behovet for at reformen i helsetjenesten måtte følges av en fornyet innsats rettet mot de samfunnsmessige forhold som påvirker at helseproblemer oppstår eller at god helse skapes, dvs. folkehelsearbeidet. Stortinget etterlyste lovgivning også for folkehelsearbeidet. Dermed ble folkehelseloven utviklet parallelt med ny helse- og omsorgstjenestelov. Ansvar for folkehelsearbeidet ble flyttet fra helsetjenesten til kommunene som sådan, som en integrert del av kommunenes samfunnsutviklingsansvar iht. plan- og bygningsloven. Loven bekrefter dreiningen bort fra detaljert statlig styring av lokalt arbeid. De utfordringer kommunene selv kommer frem til, ut fra vurdering av objektiv statistikk og lokal kunnskap, skal danne grunnlaget for lokal innsats.

Da forslaget til folkehelselov var på høring fikk innretningen bred støtte, men samtidig ble det etterlyst en tilsvarende bred og koordinert innsats på nasjonalt nivå. Når kommunene må tenke helse i alt de gjør, må også staten gjøre det. En bestemmelse om «helse i alt staten gjør» ble tatt inn i loven, og med folkehelsemeldingen «God helse- felles ansvar» av 2013 (3) ble det lagt en strategi for hvordan folkehelse skulle ivaretas på tvers av sektorer nasjonalt. Det ble besluttet at

tverrsektorielle folkehelsemeldinger skulle legges frem for stortinget hvert 4. år for å få en jevnlig politisk debattering av den brede folkehelsepolitikken.

Folkehelsearbeidet har beveget seg fra å ha et hovedfokus på bekjempelse av epidemier og smittsomme sykdommer, via en interesse særlig for levevanerelaterte sykdommer, til oppmerksomhet mot et bredt sett av faktorer som påvirker helse. Folkehelsearbeid er ikke et ansvar for det offentlige alene. Hele samfunnet må bidra. Dette gjelder også aktører utenfor offentlig sektor, som næringslivet, partene i arbeidslivet, frivillige organisasjoner og andre aktører som kan bidra til å bedre helsen i befolkningen.

Fra å være et felt for faglig ekspertise har folkehelsearbeidet blitt løftet tydeligere ut i det demokratiske rom og blitt gjenstand for politiske prioriteringer.

2.3 Lokalt folkehelsearbeid: stor utvikling - ulik takt

Endringene i folkehelsearbeidet har bestått både av en dreining i innretningen på folkehelsearbeidet, i nye forventninger til arbeidsformer på regionalt og lokalt nivå og i endrede rammer når det gjelder finansiering.

Med folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2012 (13) er det etablert et fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Den enkelte kommune/ fylkeskommune skal ha oversikt over sine helseutfordringer. Drøfting av helseutfordringene skal være grunnlag for lokale og regionale planstrategier som vedtas av kommunestyrene og fylkestingene etter plan- og bygningsloven. Helseutfordringene skal også danne grunnlag for mål og strategier. Kommunene har plikt til

å iverksette nødvendige tiltak for å møte utfordringene.

Folkehelsearbeid berører en rekke områder innen kommunal virksomhet og kan knyttes nært til kommunens ansvar for og oppgaver innen velferds- og samfunnsutvikling. Folkehelsearbeidet gir derfor kommunen mulighet for å se helse i sammenheng med et bredt sett av virkemidler og med kommunens utviklingsarbeid.

Det er utfordrende å følge med på hvordan folkehelsearbeidet utvikler seg i norske kommuner. Siden arbeidet skal ta utgangspunkt i utfordringene i den enkelte kommune og fylkeskommune, vil også innsatsen kunne ha ulikt innhold på tvers av kommuner. På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte NIBR i 2011 en kartlegging (2011-kartleggingen) av lokalt folkehelsearbeid (14). Hensikten var å etablere oversikt over status for lokalt folkehelsearbeid før folkehelseloven trådte i kraft. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Hege Hofstad, en av forfatterne av kartleggingsrapporten, utarbeidet et notat om status og vurderinger av videreutvikling av lokalt folkehelsearbeid. Notatet er vedlagt rapporten i sin helhet som Vedlegg 1.

Helsedirektoratet er opptatt av ikke å utsette kommunene for mange omfattende og tidkrevende kartlegginger. Et viktig virkemiddel for å følge med på utviklingen er etablering av spørsmål om folkehelsearbeid i den årlige Kommune-Stat-Rapporteringen (KOSTRA). Spørsmål om folkehelsearbeid inngikk i KOSTRA for første gang ved siste rapportering (2013). Disse tallene er ennå ikke tilgjengelige.

Kommunene har kommet ulikt i folkehelsearbeidet

Helsedirektoratet opplever stor entusiasme og aktivitet for å utvikle lokalt folkehelsearbeid. Mange kommuner jobber aktivt for å bidra til

en samfunnsutvikling som fremmer helse og trivsel. Ser vi på landet totalt sett står kommunene likevel ulikt i folkehelsearbeidet, både når det gjelder å ha etablert et systematisk folkehelsearbeid, slik folkehelseloven angir, samt organisering og tiltaksutvikling. Dette skyldes blant annet ulikheter mellom kommunene både hva gjelder ressurser og kompetanse. Når kommunene får nye styringssignaler preges endringene naturlig nok av eksisterende organisering, styringskultur, kompetanse og kapasitet. Innføring av endringer innebærer en «oversettelsesutfordring», som til dels preges av et historisk avtrykk av tidligere og eksisterende diskurser, normer, organisasjonsformer og tilfældigheter. Slik såkalt «stivhengighet» innebærer at kommunene velger ulike steg i endring og utvikling (Vedlegg 1).

Oversikt

Et helt nødvendig utgangspunkt for kommunene er å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hva som påvirker denne. Slik oversikt skal gjøre folkehelsearbeidet kunnskapsbasert og treffsikkert. Fra 2011-kartleggingen vet vi at kun et fåtall kommuner (19 %) hadde utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer før folkehelseloven trådte i kraft. Mange kommuner er fortsatt i startgropa når det gjelder folkehelseoversikt, men det er grunn til å tro at et økende antall kommuner har kommet i gang ((14) og Vedlegg 1). Utfordringene knytter seg bl.a. til å finne frem til informasjon som gir et godt bilde av kommunens helsetilstand og sentrale påvirkningsfaktorer, til tolkning av informasjonen og til koblingen fra å kjenne utfordringsbildet til å iverksette tiltak.

Plan

Plan- og bygningsloven er kommunenes viktigste verktøy for en samlet og helhetlig samfunnsplanlegging. Det er en nær kobling mellom folkehelseloven og plan- og

bygningssloven. Plan- og bygningssloven skal bl.a. bidra til en framtidrettet planlegging som fremmer folkehelse, motvirker sosiale ulikheter i helse, samt til dimensjonering av tiltak knyttet til befolkningsvekst og arealbruk i lokalsamfunnet. Planlegging etter plan- og bygningssloven bidrar til langsiktighet, helhet og viser sammenhenger mellom ulike sektorer som påvirker folkehelsen. Gjennom god planlegging kan tverrsektorielle tiltak utvikles, som gode nærmiljøer og oppvekstvilkår. Videre kan det planlegges for møtesteder og en aktiv fritid. En første integrering av folkehelse i planlegging etter plan- og bygningssloven er etablert i mange kommuner. Videre oppleves bruk av planer etter plan- og bygningssloven som en viktig forankring av folkehelseinnsatsen, samtidig som dette gir retning og legitimitet til folkehelsearbeidet. Utfordringene handler bl.a. om å få de ulike sektorene som har viktige virkemidler i folkehelsearbeidet til å ivareta helsehensyn i planprosessene (Vedlegg 1).

En kartlegging foretatt av NIVI Analyse AS viser at 79 % av kommunene vedtok sin planstrategi innen utgangen av 2012. Det ble også foretatt en kvalitativ gjennomgang av planstrategiene i 15 kommuner. Her viste det seg at 11 av de 15 kommunene har løftet fram folkehelse i planstrategien. Mer eller mindre systematisk har noen kommuner gjennomgått data for blant annet utdanningsnivå, arbeidsledighet, levekår og andre påvirkningsfaktorer på befolkningens helse. Andre kommuner har bare kort kommentert at folkehelse er et satsingsområde uten en nærmere drøfting. Rapporten innvender at sammenhengen mellom kunnskapsgrunnlag, drøftingen av strategiske valg og definering av planbehov ofte fremstår som vag (15).

Koordinering

Et velfungerende lokalt folkehelsearbeid krever god koordinering. 2011-kartleggingen (14) viser at kommuner med folkehelsekoordinator integrerer

folkehelsehensyn i planer i større grad enn kommuner uten folkehelsekoordinator. Flere kartlegginger har videre vist at stillingene ofte er små og plassert i helsetjenesten. I noen kommuner er ansvaret for folkehelsearbeidet tillagt andre stillinger. Ved utgangen av 2011 hadde om lag 60 % av norske kommuner egne folkehelsekoordinatorer. Om lag 80 % av disse stillingene var på rundt 60 % eller mindre (14). De kommunene som har plassert folkehelse på strategisk nivå i organisasjonen, for eksempel i egne strategiske avdelinger eller tilknyttet rådmannen, ser ut til å lykkes bedre med å få til en tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet.

2.4 Nasjonale virkemidler for å støtte lokalt folkehelsearbeid

Den statlige støtten til lokalt og regionalt folkehelsearbeid er intensivert siden folkehelseloven ble vedtatt.

Folkehelseprofilene er unike rapporter for hver kommune og fylkeskommune. I profilene presenteres noen hovedtrekk ved befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer i form av korte tekster og enkle diagrammer. Profilene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Med utgangspunkt i hvilke kommunedata som finnes i registrene, er nøkkeltallene valgt ut i fra et forebyggingspotensiale og kjente folkehelseutfordringer. Opplysningene er fortolket statistikk fra ulike nasjonale registre. Denne typen informasjon er særlig egnet for å se hovedtrekk, trender og utvikling over tid, og som grunnlag for sammenligninger. Nye folkehelseprofiler publiseres første kvartal hvert år sammen med årlig oppdatering av statistikkbanken. Folkehelseinstituttet arbeider kontinuerlig med å skaffe nye datakilder.

Kommunehelse statistikkbank kan benyttes for mer detaljert statistikk. Statistikkbanken er et nettbasert verktøy der det finnes flere indikatorer, og det er muligheter for å vise statistikk fordelt på kjønn og aldersgrupper. Tallmaterialet kan fremstilles i form av tabeller, diagrammer eller kart.

Med utspring i kommunenes behov for kartlegging av bl.a. helse, trivsel og rusmiddelbruk blant ungdom er det utviklet et eget nettbasert verktøy. *Ungdata* er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser og er gratis. Ungdata gir kunnskap om helsetilstanden i ungdomsbefolkningen og faktorer som kan virke inn på denne. Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt utviklings- og forebyggingsarbeid rettet mot ungdom. Temaene omfatter skole, familie, venner og fritidsaktiviteter samt spørsmål om helse, rus, kriminalitet og syn på framtida. Det er Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus) som har det faglige ansvaret for undersøkelsen, mens kommunen (eventuelt fylkeskommunen) står for den praktiske gjennomføringen.

Folkehelseinstituttet har i oppgave å utforme maler for innhold og gjennomføring av *fylkeshelseundersøkelser*, jf. forskrift om oversikt over folkehelsen. Gjennom forskriften er det gitt en forventning om at fylkeskommuner som gjennomfører fylkeshelseundersøkelser (blant voksenbefolkningen) bør benytte malene som utarbeides fra nasjonale helsemyndigheter. Det er lagt opp til at fylkeskommunene selv er ansvarlig for databehandling og finansiering. Befolkningsundersøkelser kan gi verdifull informasjon som supplerer den som finnes i eksisterende registre og fra lokale kilder. Data fra en befolkning gir spesielle muligheter for

informasjon om helse- og sosiale forhold, som opplevelser av levekår, trivsel, trygghet, egen helse og levevaner. Slike data kan gi bedre forutsetninger for å iverksette målrettede tiltak og for å følge effekten av tiltak. Det skal gjennomføres piloter høsten 2014. Helsedirektoratet ferdigstilte i 2013 en veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (16). Hensikten med veilederen er å bidra til forståelse av innholdet i krav i folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen. Veilederen gir råd om hvordan arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer kan utføres i praksis, i henhold til kravene.

Når det gjelder støtte til arbeidet med å forankre folkehelse i kommuneplanleggingen har Helsedirektoratet utarbeidet råd og veiledning på *kommunetorget*: www.kommunetorget.no. Dette kommer som en oppfølging av satsingen «Helse i plan» der om lag 30 kommuner deltok i et utprøvningsarbeid med å integrere folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. På kommunetorget.no gis det tips om hvordan folkehelse kan forankres i de ulike planene som inngår i planlegging etter plan- og bygningsloven samt i økonomiplan etter kommuneloven.

Helsekonsekvensutredning (HKU) er et metodisk verktøy som kan synliggjøre hvordan beslutninger og tiltak i ulike sektorer kan påvirke befolkningens helse og fordelingen av denne. Gjennomføring av helsekonsekvensutredning kan bidra til at ulike sektorer blir bevisst hvilke konsekvenser egen politikk og tiltak kan ha for befolkningens helse og fordeling av denne, og deretter gjøre eventuelle justeringer. Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til verktøy for å ivareta hensyn til folkehelse og sosial ulikhet i helse på tvers av sektorer. Verktøyet skal

videreutvikles i samarbeid med kommuner i Østfold.

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å utvikle veiledning på nett rettet mot kommuners iverksetting av folkehelseiltak. Dette skal være en faglig kunnskapsstøtte og et praktisk hjelpemiddel for kommunene. En første versjon av nettsiden «*Folkehelsekommune – veiviser i lokalt folkehelsearbeid*» lanseres sommeren 2014.

2.5 Nasjonale virkemidler for sunne levevaner

Alkoholpolitikken

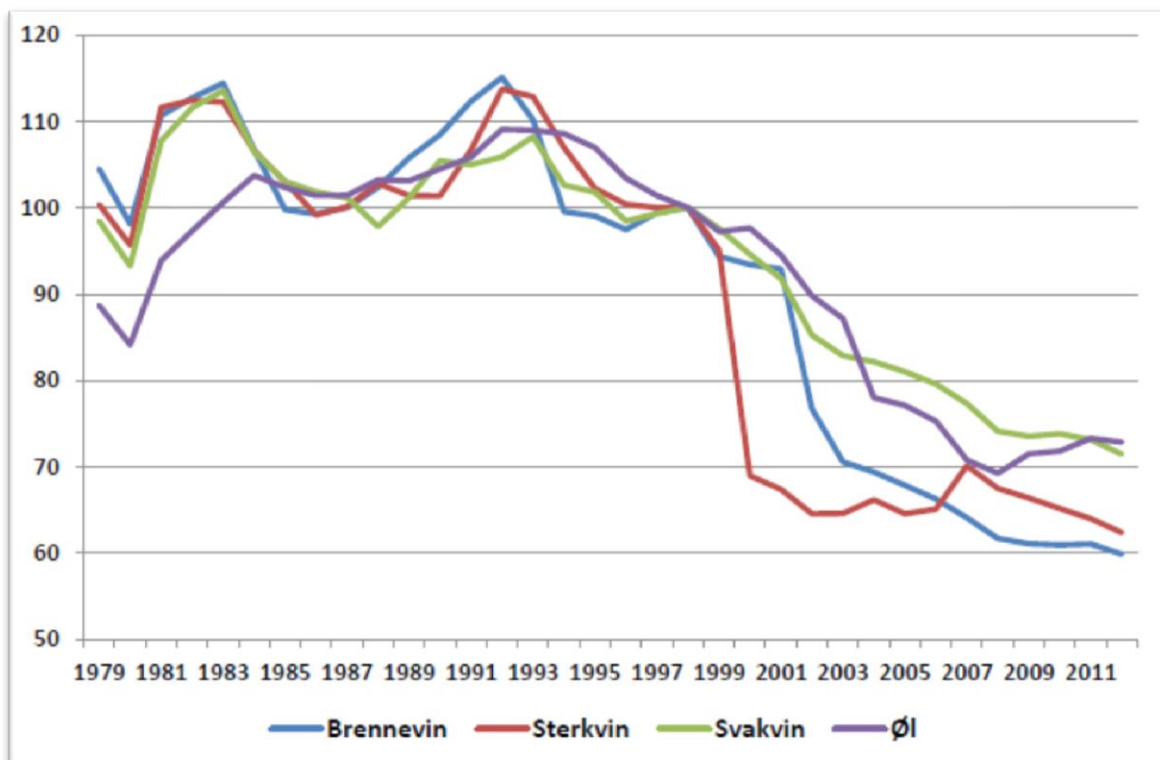
Utgangspunktet for norsk alkoholpolitikk er at alkohol er en lovlig vare, men at det er nødvendig med ulike virkemidler for å begrense skadevirkningene av forbruket. Det er bakgrunnen for at vi har en relativt restriktiv alkoholpolitikk, også sammenlignet med de fleste andre vestlige land. De viktigste regulative virkemidlene er bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og avgiftspolitikken. Disse virkemidlene støttes opp av og suppleres med generelt holdningsskapende arbeid og informasjonsvirksomhet. Mål og virkemidler i norsk alkoholpolitikk ble sist lagt frem i

St. meld. St. 30 (2001-2012) Se meg! En helhetlig ruspolitikk (17). Hovedtrekkene i politikken ligger fast, også etter regjeringsskiftet.

Mens alkoholloven legger de ytre rammene for bevillingssystemet, er det kommunene som har den løpende forvaltning av loven, og de er også pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk plan. Det er kommunene som i all hovedsak gir bevilling for salg og skjenking av alkohol, og har også mulighet til å regulere salgs- og skjenketider. Kommunene har dermed i betydelig grad påvirkningsmuligheter når det gjelder tilgjengeligheten av alkohol.

Når det gjelder salgsbevillinger har det vært en gradvis nedgang de siste 20-25 årene, noe som særlig skyldes strukturendringer i næringen og en reduksjon av antall dagligvareforretninger. Antall skjenkesteder med kommunal bevilling er imidlertid nær tredoblet de siste 30 årene.

Kommunene har også ansvar for kontroll med utøvingen av bevillingene. Det har vært en økning i antall kommuner som rapporterer avdekkete brudd på bestemmelsene. Trolig har dette sammenheng med at Helsedirektoratet de siste årene har fokusert særlig på kontrollvirksomheten, og at det kan ha ført til hyppigere og mer målrettede kontroller.



Figur 2: Indeks for forholdet mellom nominell prisindeks for ulike drikkesorter og indeks for lønn per normalårsverk fra Nasjonalregnskapet 1979-2012 (1998=100)

Som nevnt er avgiftspolitikken et sentralt virkemiddel i alkoholpolitikken. Det synes også å være en økt tilslutning til dette i befolkningen. Vi ser imidlertid av figuren ovenfor at den relative prisen på alkohol i forhold til lønnsinntekt er blitt betydelig redusert de siste årene.

Tobakk

Det er bred internasjonal enighet om de mest effektive virkemidlene på tobakksområdet, og de gjenfinnes også i den nasjonale strategien for tobakksarbeidet for perioden 2013-2016. Hovedelementene er restriktiv tobakkslovgivning, høyt avgiftsnivå på tobakk, kommunikasjon/kampanjer og et godt tobakksavvenningstilbud.

Mange viktige endringer i tobakkskadeloven trådte i kraft i 2013/14, som totalt røykeforbud på arbeidsplasser,

transportmidler og lokaler der allmennheten har adgang, samt skoler og barnehager med forbud mot snus og røyking. Fra før finnes blant annet reklameforbud, aldersgrense og helseadvarsler. Norge har høye priser på tobakksvarer, men det har ikke vært reell avgiftsøkning de siste tre årene. Siden 2012 har det igjen vært satset på kampanjer og kommunikasjonstiltak i større skala. Hensikten har vært å støtte opp om lovgivning, promotere vern av barn mot passiv røyking, motivere til sluttetforsøk og gjøre kjent de ulike sluttetilbudene på nasjonalt og lokalt nivå. Forebyggingsprogram i skolen styrker elevenes evne til å ta selvstendige valg. Direktoratet tilbyr landsdekkende hjelp til snus- og røykeslutt gjennom ulike tjenester, som bl.a. Røyketelefonen, Slutta-appen for mobil (lastet ned over 200 000 ganger siden lansering i 2013) og tjenester på nett og sosiale media. Videre skjer tobakksavvenning i

regi av helsetjenesten, frisklivssentraler, samt frivillige og private aktører.

Norge er en av 178 parter i WHO's tobakkskonvensjon. I en gjennomgang fra 2013 konkluderte Helsedirektoratet med at Norge i hovedsak har implementert konvensjonens krav og store deler av de tilhørende retningslinjene, men at det fortsatt finnes områder å strekke seg etter. I en europeisk rangering av landenes tobakksforebyggende tiltak vurderes Norge til en 4. plass.

Ernæring

Helsedirektoratet ga i 2011 ut nye nasjonale kostråd og i 2014 reviderte anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet basert på Nordic Nutrition Recommendations. Helsedirektoratet har ferdigstilt og startet implementering av en tiltaksplan for å redusere saltinntaket i befolkningen.

Helsemyndighetene initierte i 2012 en langsiktig kommunikasjonssatsing på nøkkelhullet og kostrådene «Små grep, stor forskjell». Satsingen vil videreføres i 2014 med særlig fokus på salt. Norge deltar nå i nordisk samarbeid om kommunikasjon av kostråd og saltreduksjon. Helsedirektoratets nye materiell om sunnere mat på farten skal sammen med ny fag- og inspirasjonspakke om Mat og helse i arbeidslivet implementeres som ledd i oppdrag om sunnere mattilbud i kiosker og serveringssteder på offentlige arenaer.

Merkeordningen Nøkkelhullet har fått en viktig posisjon både blant forbrukerne og i næringen. Nå kjenner de fleste til merket (98 % i 2013) og en av to sier merket gir hjelp til å ta sunnere valg. I følge Norsk Spisefakta brukes merket uavhengig av sosial tilhørighet, utdanning og bosted. Helsedirektoratet og Mattilsynet følger opp ordningen med informasjons-, tilsyns- og utviklingsarbeid.

Det er gjort en kartlegging av mat og måltider i skole og skolefritidsordning i 2013.

Resultatene fra kartleggingen vil danne grunnlag for revidering av retningslinjer for skolemåltidet i 2014. Det ble høsten 2013 etablert et Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet. Høgskolen i Bergen er vertskap for senteret. Oppgavene er å synliggjøre og formidle sammenhengen mellom helse, fysisk aktivitet, ernæring og læring, og bidra til å styrke dette arbeidet i barnehager og skoler. Programmet Fiskesprell videreføres og videreutvikles i 2014.

WHO har utviklet anbefalinger for markedsføring av mat og alkoholfrie drikkevarer som ble vedtatt på Verdens helseforsamling i mai 2010. Norsk matvarebransje har et selvreguleringsystem for markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn, med bl.a. matvarebransjens faglige utvalg.

Mor-barn-vennlig initiativ har vist seg velegnet til å beskytte, fremme og støtte amming. I 2012 ble mer enn 90 % av barn i Norge født ved sertifiserte Mor-barn-vennlig sykehus. Mor-barn-vennlig initiativ er utvidet til også å omfatte helsestasjoner. Om lag halvparten av barna tilhører en helsestasjon som er sertifisert eller er i ferd med å sertifiseres som Ammekyndig helsestasjon, Nasjonal kompetansetjeneste for amming har godkjennings- og oppfølgingsansvar. Helsedirektoratet og Mattilsynet samarbeider om et felles system for overvåking av mat og kosthold. Dataene brukes blant annet til utforming og evaluering av ernæringspolitikken og regelverk, samt risikovurderinger i regi av Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Helsedirektoratet og Mattilsynet samarbeider også om utvikling av det nettbaserte beregningsprogrammet Kostholdsplanleggeren (Mat på data). Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet fått i oppdrag å foreslå

hvilke overvåkingsoppgaver innen ernæring og fysisk aktivitet som skal overføres fra direktoratet til instituttet.

Fysisk aktivitet

Et viktig grunnlag for innsats er overvåking av befolkningens aktivitetsnivå, samt kartlegging befolkningens kjennskap til faglige anbefalinger om fysisk aktivitet. Utvikling av dokumentasjon om utfordringer og innsatsområder om fysisk aktivitet og redusert stillesitting er andre sentrale virkemidler, herunder samfunnsøkonomiske beregninger relatert til fysisk aktivitet.

Helsedirektoratet gjennomfører et kompetanseprogram om nærmiljøkvaliteter, i samarbeid Miljødirektoratet og flere høgskoler og universiteter. En rekke kommuner er involvert i prosjektet, både gjennom kompetansehevende tiltak og gjennom god praksis. Sentrale perspektiver er tilrettelegging for sosiale møteplasser, og fokus på fysiske omgivelser som bidrar til trygghet, fysisk aktivitet og deltakelse. I mai 2014 lanserte Helsedirektoratet kampanjen Dine30 som skal inspirere flere til å komme i gang med fysisk aktivitet. Kampanjen retter seg spesielt mot voksne inaktive, og hovedmålet er å bygge ned tersklene for å komme i gang, samt å spre kunnskap om hva den enkelte kan gjøre. Helsedirektoratet har samarbeidet tett med frivillige og private aktører i planleggingen av kampanjen.

Sentrale satsninger for å legge til rette for økt fysisk aktivitet er Vegdirektoratets gå- og sykkelstrategier, Miljøverndepartementets Nasjonal strategi for et aktivt friluftsliv 2014-2020 og Nasjonal handlingsplan for statlig sikring og tilrettelegging av friluftsområder. Det er etablert samarbeid om planlegging av friluftslivets år i 2015. Helsedirektoratet er representert i det tverretatlige Forum for stedsutvikling og er samarbeidspartner i Groruddalssatsingen.

2.6 Rapporteringssystem som verktøy for tverrsektorielt folkehelsearbeid

I 2007 ble St.meld.nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (18) lansert. Meldingen var et produkt av et tverrdepartementalt samarbeid, noe som var en nødvendig forutsetning for et av meldingens fire innsatsområder; å redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller. Andre sektorers mål om utjevning og inkludering ble integrert i meldingen – og var utgangspunkt for det rapporteringssystemet som ble etablert for å følge opp strategien.

Rapporteringssystemet skulle gi en systematisk oversikt over utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller, og dermed fungere som en feedback-mekanisme til politikerne om status i arbeidet for å nå de målene som ble satt i meldingen. Denne statusrapporteringen kunne således legges til grunn for videre prioriteringer og strategier som var tilpasset gjeldende utfordringsbilde.

Rapporteringssystemet ble organisert med utgangspunkt i tverrsektorielle arbeidsgrupper på områdene inntekt, arbeid, oppvekst/skole, helsevaner, helsetjenester og sosial inkludering. I samråd med aktuelle fagmiljøer og direktorat ble indikatorer valgt ut på bakgrunn av eksisterende datakilder. Hver indikator skulle kobles til mål og delmål som var satt i meldingen. Hovedkriteriet ved valg av indikator var sosial fordeling; noe som viste seg vanskelig på flere målområder gitt betingelsene om å bruke foreliggende statistikk.

Indikatorene og en omtale av disse ble gitt i Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller – Folkehelsepolitisk rapport.

I Meld. St.34 (2012-2013)

Folkehelsemeldingen; God helse – felles ansvar (3), legges det opp til en videreføring av rapporteringssystemet tilpasset den nye folkehelsemeldingens mål og innsatsområder. Denne gang har indikatorsystemet en tydeligere forankring i det brede folkehelsearbeidet gjennom folkehelseovens kapittel 5 om statlige myndigheters ansvar, og i meldingens kapittel 8 om et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken. Helsemyndighetene har både gjennom tildelingsbrev og Folkehelseoven § 24, fått ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen. Indikatorsystemet vil inngå i et nasjonalt system for styringsdata om folkehelse, hvor staten skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og på bakgrunn av dette utforme folkehelsepolitikken framover.

Arbeidet med indikatorsystemet vil ta utgangspunkt i samme metode og organisering som rapporteringssystem – sosial ulikhet i helse. En ser også for seg at sluttproduktet vil ha en noenlunde lik struktur som Folkehelsepolitisk rapport. Valg av indikatorer vil også denne gangen foregå i tett og forpliktende samarbeid med andre relevante sektorer. Områdene for indikatorutvikling er som følger:

- Økonomiske levekår og bolig
- Sosial støtte og deltagelse
- Trygge og helsefremmende miljøer
- Sunne valg
- Oppvekst
- Arbeidsliv
- Systematikk i Folkehelsearbeidet
- Aktiv aldring

Utfordringer og videreutvikling av indikatorer

Det er knyttet en rekke utfordringer til etableringen av indikatorer. Først og fremst er mangel på relevant statistikk en utfordring – og særlig data som gjør det mulig å etablere stabile tidsserier. Mangel på kobling til sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler eller andre fordelingsvariabler gjør at man mister ulikhetsdimensjonen – i tillegg kan det være andre metodologiske utfordringer knyttet til validitet og representativitet. Sammenhengen mellom en sosial påvirkningsfaktor og helse kan være sammensatt. Det er vanskelig å påvise kausale sammenhenger, og korrelasjonen til helse må tolkes i vid forstand og innenfor en lang tidshorisont. Etableringen av et faglig solid indikatorsystem må derfor anses som en langsiktig utviklingsprosess. Men underveis i denne prosessen vil det etableres et samarbeid med andre sektorer som gjøre det mulig å løfte folkehelseargumentet inn på andre politikkområder samtidig som vi får løftet og synliggjort sentrale påvirkningsfaktorer.

Helsekonsekvensutredninger – et verktøy for helse i alt vi gjør

I tråd med folkehelseloven (§ 22) og utredningsinstruksen skal statlige myndigheter vurdere konsekvenser for befolkningens helse i egen virksomhet. Statlige utredninger / planer / tiltak der hovedmålet er noe annet enn helse kan bidra til å påvirke befolkningens helse på en positiv eller negativ måte. I slike prosesser er det derfor viktig at helsekonsekvenser vurderes eller eventuelt utredes nærmere.

Det finnes i dag ingen mekanismer for å avgjøre hvordan helse- og fordelingskonsekvenser har blitt vurdert eller tatt hensyn til i statlig politikkutforming. Helsedirektoratet foretok en gjennomgang av alle NOU'er (Norges offentlige utredninger) som ble publisert i 2012 for å se om helsekonsekvenser hadde vært et tema i utredningene.

I 2012 ble det publisert 18 NOU'er. Ettersom det ikke er et eksplisitt krav i utredningsinstruksen at konsekvenser for befolkningens helse skal vurderes/utredes, blir det opp til den ansvarlige departement og/eller det enkelte utvalg hvilke hensyn de anser som vesentlige for saken og som bør vurderes. Samtidig har de øvrige departementene mulighet til å komme med innspill til mandatene. I den forbindelse har Helse- og omsorgsdepartementet en mulighet til å sikre at det som et minimum gjøres en forhåndsvurdering av om tema for utredningen kan få konsekvenser for befolkningens helse eller fordeling av denne. Dette er i tråd med utredningsprosessen.

Av de 18 NOUene som ble ferdigstilt i 2012 er det Helsedirektoratets vurdering at åtte av dem berører en tematikk hvor det hadde vært relevant å vurdere konsekvenser for befolkningens helse og/eller fordeling av befolkningens helse på et eller annet nivå.

Det er kun én NOU som både i mandatet og i utredningen har omtalt helsekonsekvenser og fordelingskonsekvenser i sin rapport. Ingen av de øvrige NOUene har eksplisitt blitt bedt om å vurdere konsekvenser for befolkningens helse og/eller fordeling i sitt mandat slik det er gjengitt i rapportene. Til tross for dette er det flere (ca fem) av NOUene som har foretatt en begrenset vurdering av konsekvenser for individets helse, befolkningens helse og/eller fordeling. Helsedirektoratet har imidlertid ikke vurdert kvaliteten på vurderingene.

Selv om helse-/fordelingskonsekvenser berøres i begrenset omfang i noen av NOUene omtaltes det ikke avslutningsvis eller samlet i rapportene, slik man oppsummerer økonomiske og administrative konsekvenser. Ettersom det hverken er omtalt i mandatet eller i avslutningen kan det se ut til at det er en lite bevisst holdning til vurdering av helse- og fordelingskonsekvenser.

Del II

Gjennomgripende utfordringer

3. SOSIAL ULIKHET I HELSE

3.1 utfordringen

Sosiale helseforskjeller – systematiske variasjoner i helsetilstand mellom sosiale grupper – har stått på dagsorden i norsk folkehelsepolitikk i et drøyt tiår, gjennom skiftende storting og regjeringer. Likevel er helseforskjellene stadig blant våre største folkehelseutfordringer. Det skyldes ikke nødvendigvis at den politikk og de tiltak som har vært gjennomført har slått feil. Helseforskjellene skyldes prosesser som går over hele livsløp, og de forskjeller i for eksempel levealder som vi ser i dag, kan ha sine årsaker i levekårsforhold for en mann- eller kvinnealder siden. Likevel utgjør de vedvarende helseforskjellene en grunn til med jevne mellomrom å gå igjennom norsk

folkehelsepolitikk i et fordelingsperspektiv. En rapport som nylig ble lansert ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) (1) har foretatt en slik kunnskapsbasert gjennomgang (se tekstboks).

Sosiale helseforskjeller utgjør et samfunnsproblem, en tilstand som ikke er slik den burde være, som er menneskeskapt og derfor mulig å gjøre noe med, og som påkaller politisk handling. Dette er hovedbudskapet i kunnskapsoversikten. Rapporten peker ut de viktigste områdene for innsats for en bedre folkehelse, og rettesnorer for en mer rettferdig fordeling av folkehelsen. Helsedirektoratet følger opp kunnskapsoversiktens budskap i denne rapporten, og mye av det som står i dette kapitlet bygger på rapporten. Teksten her står likevel for Helsedirektoratets regning.

En norsk kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse - mandat

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2010-2015 varslet forrige regjering at den ville ta initiativ til å gjennomgå faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse, på tvers av sektorer. På denne bakgrunn ga Helsedirektoratet Høgskolen i Oslo og Akershus ved professor Espen Dahl i oppdrag å sette sammen et panel av forskere innenfor relevante fagområder som under Dahls ledelse skulle:

- Foreta en oppsummering og analyse av tilgjengelig, forskningsbasert kunnskap om forhold som påvirker og forårsaker sosial ulikhet i helse i Norge
- Så langt råd er, speile sosiale fordelingsmønstre og endringer over tid i forholdene i andre sammenliknbare land. Norske erfaringer skal beskrives og analyseres i et komparativt perspektiv
- Med utgangspunkt i relevante politiske dokumenter, identifisere de politikkområder og samfunnsinstitusjoner som har størst betydning for sosial ulikhet i helse
- Diskutere hvordan nye eller endrede tiltak kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene og deres sosiale konsekvenser, både sektorvis og sektorovergripende.
- Arbeide uavhengig av forvaltning, men innhente synspunkter fra Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse.
- Publisere endelig rapport om sitt arbeid.

Forskerpanelets rapport ble publisert i mars i år, og danner en vesentlig del av kunnskapsgrunnet for vår rapporten.

3.2 Hva er sosiale helseforskjeller?

Det finnes flere typer systematiske helseforskjeller som kan kalles «sosiale»: geografiske helseforskjeller (for eksempel etter region eller langs en by/land-akse), helseforskjeller mellom kjønn (i den grad kjønn er en sosial kategori), helseforskjeller etter opprinnelsesland (mellom innvandrere og etniske nordmenn eller mellom ulike innvandringsgrupper) også videre. Her skal vi imidlertid i hovedsak konsentrere oss om sosioøkonomiske helseforskjeller, dvs. helseforskjeller etter utdanning, økonomi og/eller yrke. Grunnen til denne avgrensningen er dels at de sosioøkonomiske helseforskjellene ser ut til å være mer grunnleggende og omfattende enn andre typer sosiale helseforskjeller. Sosioøkonomiske helseforskjeller finnes også innenfor andre sosiale kategorier, og ofte viser det seg at helseforskjeller etter andre sosiale kriterier langt på vei forsvinner når det tas hensyn til sosioøkonomiske faktorer. Dels utgjør også sosioøkonomiske helseforskjeller en egen forskningstradisjon med en egen årsaksforståelse («determinantperspektivet», som vi kommer tilbake til). Andre typer sosiale helseforskjeller utgjør i hvert fall til dels egne forskningsfelt med andre dominerende forklaringer og forståelser, og selv om feltene til dels er overlappende, er det ikke sikkert at det er så lurt å slå dem sammen i en praktisk, tiltaksrettet kontekst. I det følgende vil vi derfor med «sosiale helseforskjeller» forstå sosioøkonomiske ulikheter i helse dersom ikke annet er spesifisert.

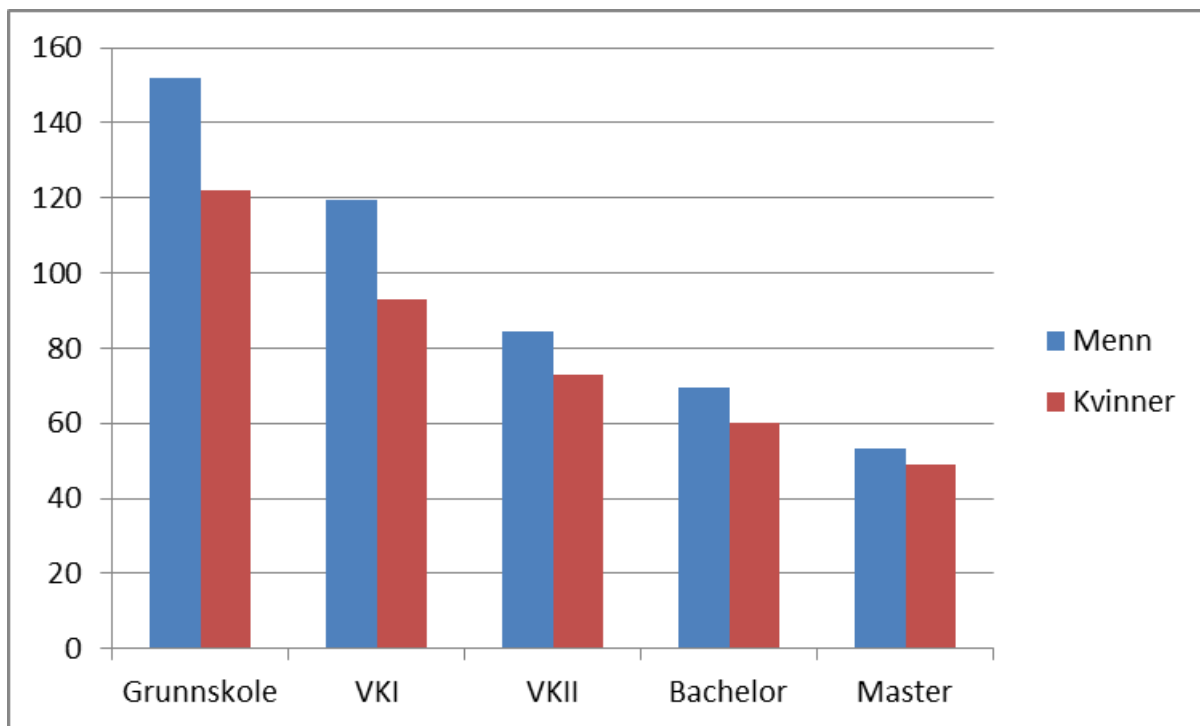
Litt om omfang

En av underlagsrapportene som ble utarbeidet til HiOAs gjennomgang, gjorde en beregning av hvor mange potensielle leveår som gikk tapt i 2010 i hele den norske befolkningen,

etter utdanning (19). Analysen tok utgangspunkt i en forventet levealder på 79 år for menn og 82 år for kvinner, og regnet ut hvor mange leveår som gikk tapt på grunn av for tidlig død i løpet av kalenderåret 2010. Resultatene viser blant annet at nesten tre ganger så mange leveår gikk tapt blant menn med grunnskoleutdanning, som blant menn med høyere universitetsutdanning. Også blant kvinner, som har mindre sosiale forskjeller i dødelighet enn menn, går langt mer enn dobbelt så mange leveår tapt. Bare for dette ene året, 2010, omfatter analysen mer enn 200 000 tapte leveår totalt, så en utjevning av de sosiale helseforskjellene innebærer et stort folkehelsepotensiale.

Hva skyldes helseforskjellene?

HiOAs gjennomgang legger til grunn et «determinantperspektiv» (strengt tatt det «sosiale helse-determinant-perspektiv», men vi kommer til å bruke disse begrepene synonymt her) på forklaringen av helseforskjellene. Det samme perspektivet har også ligget til grunn for norsk folkehelsepolitikk og for arbeidet for å redusere helseforskjeller de senere årene. Det er også godt etablert internasjonalt, blant annet i en rekke dokumenter fra WHO (se tekstboks). Perspektivet omforener mye av forskningen på sosiale helseforskjeller de siste tiårene som viser at grunnleggende sosiale årsaker, snarere enn individuelle risikofaktorer, ligger til grunn for de sosioøkonomiske mønstrene i helse. Kunnskapen om hvilke mekanismer som er involvert i «produksjonen» av helse og helsens fordeling har vokst mye de siste par tiårene, og selv om det er mye vi fortsatt mangler kunnskap om, viser HiOAs kunnskapsoversikt at det også er mye vi vet, både om hva som forårsaker sosiale helseforskjeller og om hva som ikke gjør det.



Figur 3: Tapte leveår i 2010, etter utdanning. Aldersjusterte rater per 1000 levende ved inngangen av året.

Sosiale helseforskjeller i Verdens helseorganisasjon

Verdens helseorganisasjon har hatt reduksjon av sosiale helseforskjeller høyt på agendaen i en årrekke. Noen av de viktigste milepælene i dette arbeidet er:

- Alma Ata-deklarasjonen (WHO, 1978)
- «Helse for alle»-målene (WHO, 1985)
- Helse 21 (WHO, 1998)
- Verdenskommisjonen om sosiale helsedeterminanter (2008)
- Rio-erklæringen om sosiale helsedeterminanter (2011)
- Helse2020 (WHO, Euro 2013)

Generelt kan det sies at det er mange faktorer og mange politikkområder som har påvirkning på helse og helsefordeling. HiOAs gjennomgang deler sin gjennomgang inn i

følgende hovedområder eller «determinantområder»:

- Oppvekst
- Skole og utdanning
- Sysselsetting
- Arbeidsmiljø
- Inntekt og fattigdom
- Helsevaner
- Helsetjenester

En lang rekke faktorer på alle disse områdene – og fordelingen av dem – har betydning for folkehelsen. Vi skal ikke gå igjennom alle her, siden vi kommer tilbake til de enkelte områdene senere i denne rapporten.

Her kan det imidlertid være på sin plass å nevne en diskusjon som ofte kommer opp i forbindelse med sosiale helseforskjeller: i hvilken grad er helsen et produkt av det sosiale miljøet, og i hvilken grad er det omvendt? Rent logisk kan det like gjerne være forskjeller i helsetilstand som forklarer forskjellene i sosial status, som omvendt.

Helse er en ressurs man kan ha mye eller lite av, og som potensielt kan omsettes i sosioøkonomisk posisjon. Forskning viser at denne typen «helserelatert sosial mobilitet» finner sted, særlig på enkelte områder – for eksempel spiller helsetilstand en rolle for bevegelser inn og ut av arbeidslivet.

Betydningen av helserelatert sosial mobilitet for de sosiale helseforskjeller i bred forstand er likevel beskjeden og til dels uklar (1). Det er for eksempel ikke gitt at for eksempel helserelatert mobilitet ut av arbeidslivet bidrar til å øke helseforskjellene mellom de som er i jobb og de som står utenfor. Det er rimelig å tenke seg at folk med dårligere helse i større grad forlater tunge og helsemessig ugunstige yrker, mens folk med bedre helse i utgangspunktet blir værende og eksponeres for helsebelastningen. På den annen side vil en del mennesker forlate arbeidslivet av helsemessige grunner, og dette kan bidra til å øke helseforskjellene mellom de som er i jobb og de som står utenfor. Så selv om helserelatert sosial mobilitet finner sted, er det vanskelig å slå fast om den bidrar til å øke eller minske de sosiale helseforskjellene.

Enkelte varianter av helserelatert sosial mobilitet antar at genetisk variasjon på en eller annen måte ligger til grunn for helsevariasjonen og derfor også de sosiale helseforskjellene. Disse variantene står empirisk og metodisk nokså svakt og har uansett ingen praktiske implikasjoner, så vi lar dem ligge her (1;20).

3.3 Hvorfor skal vi redusere helseforskjellene?

Hvorfor bør folkehelse generelt, og sosiale helseforskjeller særskilt, være et offentlig anliggende? Det er mange grunner til dette, men de kan i hovedsak deles i to grupper: etiske grunner og pragmatiske grunner.

De etiske argumentene for folkehelsearbeid, og spesielt for reduksjon av sosiale helseforskjeller, er at helsefordelingen i hvert fall delvis er bestemt av forhold som individene selv har liten eller ingen innflytelse på. Det er riktignok ikke gitt at samfunnet ikke skal bruke ressurser på situasjoner som individene selv er skyld i; på de fleste områder gjør vi faktisk det. De fleste vil for eksempel mene at vi har en etisk forpliktelse til også å hjelpe folk som har problemer som følge av bevisst og overveid deltakelse i risikosport, og det er vanskelig å se at risikabel helseatferd som røyking og fysisk inaktivitet er annerledes på en etisk relevant måte.

Men selv om man skulle mene at individene selv må bære det fulle og hele ansvaret for og kostnadene ved egen atferd, er åpenbart ikke helsen deres fullt og helt selvforskyldt. Forskning på helse over livsløpet viser at oppvekstvilkår – som ingen egentlig velger selv – spiller en stor rolle for helse senere i livet, både direkte (helsepotensiale formes av påvirkninger i barndommen) og indirekte (atferd i barndommen påvirker atferd som voksen, som igjen påvirker helse). Vi fødes inn i svært forskjellige miljøer og med ulike ressurser, og av hensyn til rettferdighet bør det være en samfunnsoppgave å forsøke å utjevne noen av disse forskjellene.

Den andre hovedtypen begrunnelser for å arbeide systematisk med å redusere helseforskjellene er mer pragmatisk: dårlig helse koster samfunnet store ressurser, både i form av utgifter til trygd og helsetjenester, og i form av tapt arbeidsfortjeneste. Regnestykket på tapte leveår ovenfor viser at de sosiale helseforskjellene utgjør et enormt uutnyttet samfunnsøkonomisk potensiale.

3.4 Prinsipper for tiltaksutforming

På bakgrunn av den største gjennomgangen av forskningslitteratur på sosiale

helseforskjeller som noen gang er foretatt i Norge, anbefaler forskerpanelet ved HiOA noen «rettesnorer for morgendagens politikk». Slik forskerpanelet ser det, trekker enkelte av rettesnorene i en litt annen retning enn andre verdier og hensyn, slik som hensynet til personlig frihet. Helsedirektoratet mener det er mulig å legge forskerpanelets rettesnorer til grunn for folkehelsepolitikken uten at det går på bekostning av den personlige frihet. Siden god helse er en forutsetning for frihet, har en politikk som fremmer folkehelsen tvert i mot potensiale for å øke summen av frihet i samfunnet.

Forskerpanelets anbefalte rettesnorer er følgende:

1. *Det sosiale har betydning.* Prosessene som fører til sosiale ulikhet i helse er, så å si per definisjon, sosiale og arbeidet med å redusere dem må derfor nødvendigvis involvere sosiale determinantområder som utdanning, arbeid og økonomi.
2. *Helseforskjellene berører alle.* Forskning viser entydig at de sosiale helseforskjellene ikke består av en todelt befolkning der én gruppe har og en annen gruppe ikke har. Forskjellene i helse er tvert imot gradert gjennom hele befolkningen: litt flere ressurser gir statistisk sett litt bedre helse uavhengig av hvor i hierarkiet en befinner seg. Dette innebærer at strategier som retter seg mot hele befolkningen – *universelle tiltak* – vil kunne ha størst effekt.
3. *Tidlig innsats.* Det er alltid en fordel å intervenere så tidlig som mulig i årsakskjeden som fører til helseproblemer. Dette innebærer at vi, dersom vi har valget, alltid bør prioritere innsats mot grunnleggende («ultimate») årsaker til uhelse framfor mer umiddelbare («proksimale») årsaker. Det innebærer også at intervensjoner tidlig i livet bør prioriteres høyt.
4. *Hva folk kan, heller enn hva de vil.* Selv om folkehelsen er formet av strukturer utenfor individuell kontroll, handler helse også om individuelle valg. Som samfunn ønsker vi ikke å begrense den individuelle valgfriheten for mye, men vi ønsker samtidig at individene skal treffe de rette valgene. Ved å påvirke mulighetsbetingelsene for de individuelle valgene og legge til rette for sunne valg, oppnår vi begge deler.
5. *Samarbeid på tvers.* Komplekse problemer som sosiale helseforskjeller krever komplekse løsninger. Alle samfunnssektorer som bidrar til å skape og opprettholde sosiale helseforskjeller, må være med på å løse dem.
6. *Tiltakspakker.* Det finnes ikke noe magisk enkelttiltak som alene kan bidra vesentlig til å redusere helseforskjeller. Ofte vil kanskje mange små tiltak på mange områder i sum ha bedre effekt enn et stort enkelttiltak.
7. *Behov for bedre kunnskap.* Forskerpanelet identifiserer kunnskapshull på mange områder, og særlig peker de på at kunnskapen om fordelingseffekter av tiltak og reformer er mangelfull. Dette understreker betydningen av å planlegge og gjennomføre reformer og nye tiltak på en slik måte at det er mulig å evaluere deres effekt i ettertid.

De fleste av disse «rettesnorene» er i tråd med etablerte prinsipper i Helsedirektoratets arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller, jf. bl.a. handlingsplanen Gradientutfordringen fra 2005 (21). Vi merker oss ved denne anledning behovet for å følge opp og kanskje forsterke disse prinsippene i folkehelsepolitikken, og kommer til å la dem være rettesnorer også for innholdet i denne rapporten.

4. INDIVID OG SAMFUNN

Vi har alle et ansvar for egen helse. Samtidig påvirkes vi av de materielle og sosiale kontekstene vi inngår i. De forskjellige kontekstene utgjør forutsetningene for valg og handlinger som påvirker helsen. Å forklare og forstå menneskelig handling er ikke enkelt, å predikere og påvirke er enda mer komplisert. Individuelle kognitive faktorer som f.eks. kunnskap, holdninger og mestringstro påvirker handling, men disse faktorene er påvirket og delvis skapt av konteksten vi lever i. Samfunnsmessige strukturer påvirker handlinger gjennom f.eks. sosiale normer, kulturelle verdier, fordeling av økonomiske ressurser og juridiske bestemmelser.

I dette ligger det et stort potensiale for å bedre helsen i befolkningen og til å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette kan skje bl.a. gjennom å sikre en trygg barndom, oppvekst og utdanning, legge til rette for gode bo- og nærmiljø, et inkluderende arbeidsliv og en aktiv, sunn og trygg alderdom.

Samtidig ligger det en stor potensiell folkehelsegevinst i befolkningens valg når det f.eks. gjelder kosthold, tobakksbruk, fysisk aktivitet og alkoholbruk. Utfordringen er at kunnskap om hva som er sunt ikke automatisk fører til sunnere valg. Individuer tar ikke nødvendigvis sine valg bare ut ifra en vurdering av hva som øker sjansene for et langt liv og antall år med god livskvalitet. Vaner, enkelhet, kostnader, nytelse, behag, smak, trender, sosial forventning, likegyldighet, motstand m.m. kan være eksempler på faktorer som i like stor grad påvirker individuelle valg, som kunnskap om

hva som er sunt. Sunne valg er i stor grad et overskuddsfenomen: det krever for eksempel overskudd og ressurser hos den enkelte for å være fysisk aktiv i et samfunn som er stadig mer innrettet mot stillesitting. Fra et samfunnsperspektiv vil det derfor være ønskelig med tiltak som påvirker mulighetsbetingelsene for de individuelle valgene.

Folkehelsearbeidet har siden sin spede begynnelse blitt basert på kunnskapen om hvordan miljø og samfunn påvirker befolkningens helse. Samfunnsrettet innsats har ført til store forbedringer. Bedring av boforhold, rent vann og sanitæranlegg har for eksempel hatt en enorm innflytelse på reduksjon av smittsomme sykdommer. På samme måte har vår tids lovregulering av f.eks. røykfrie serveringssteder hatt innflytelse på røyking i befolkningen, med den effekt dette har for å forebygge blant annet lungekreft. Pris- og avgiftspolitik, reklameforbud og aldersgrenser medvirker til redusert alkoholbruk og rekruttering til tobakksbruk. Mange av samfunnets virkemidler og tiltak for å legge til rette for sunne valg er virksomme i dag, og for flere av disse vil en først se effekten og gevinsten av på lengre sikt.

Det er Helsedirektoratets rolle å peke på de samfunnsmessige trender og strukturer som påvirker folkehelsen. Når det er bragt frem kunnskap om at et samfunnsforhold påvirker folkehelsen, er det vår oppgave å peke på muligheten for innsats på disse områdene. Når det gjelder samfunnets mulighet til å

påvirke og regulere individenes valg og valgmuligheter må slike tiltak alltid avveies mot alvorlighetsgraden til det man vil påvirke, sannsynlighet og forventninger av effekt. Påbud om bruk av bilbelter, forbud mot helseskadelige produkter eller mot reklame for varer som gir stor helseskade er eksempler på reguleringer som har stor effekt både på autonome voksne og på barn som ofte ikke gjør sine valg selv. Regulering og lovgivning som innskrenker noen individers valgfrihet, er nødvendige virkemidler i noen sammenhenger for å beskytte friheten til andre individer. I andre sammenhenger kan det ligge et stort mulighetsrom i andre typer tiltak som legger til rette for individuelle valg.

Innen forebygging kan en skille mellom tiltak som retter seg mot individer med høy risiko for en sykdom og befolkningsrettede tiltak som når alle. Forebygging rettet mot individer med høy risiko (for eksempel oppfølging fra helsepersonell hos fastlege eller på frisklivsentral) kan ha stor effekt på de menneskene det gjelder, men det har en begrenset totaleffekt i befolkningen, fordi det dreier seg om relativt få individer. De befolkningsrettede tiltakene derimot, som kanskje bare utgjør en liten endring for enkeltmennesket, kan ha stor effekt i befolkningen som helhet. Dette fremstår paradoksalt og kalles derfor forebyggingsparadokset. Forklaringen er at det ikke er i gruppen med høyest risiko at de fleste sykdomstilfeller oppstår. De fleste tilfellene kommer fra gruppen med middels høy risiko. Dette fordi denne gruppen er så mye større.

I praksis betyr dette at en god skole med et godt læringsmiljø for alle barna kan ha mye større innflytelse på antallet som dropper ut av skolen, enn tjenester rettet direkte mot ungdommer som er i ferd med å falle ut av skolen. Det betyr også at dersom matvareprodusentene reduserer saltinnholdet

i sine matvarer vil det ha større innflytelse på hvor mange som får hjerte- og karsykdommer, enn kostveiledning overfor de som har utviklet høyt blodtrykk. Likeledes er en restriktiv alkoholpolitikk et mer effektivt tiltak for å redusere summen av alkoholskader i samfunnet enn innsats overfor personer med et etablert alkoholproblem. Dette må ikke forstås slik at vi ikke skal ha tiltak og tjenester rettet mot sårbare grupper eller mennesker med høy risiko. Det er mange gode grunner til å rette forebygging mot individer med høy risiko for sykdom. Vi sparer lidelse hos den enkelte og unngår svært ressurskrevende behandling som trengs når sykdommen har fått utvikle seg. Dette var en hovedbegrunnelse for samhandlingsreformen. Det samme gjelder for tiltak rettet for eksempel mot barn i fattige familier, eller barn og unge som står i fare for å droppe ut av skolen. Det er både etiske og faglige grunner for slik innsats. Men uten innsats på miljø- og samfunnsnivå for å styrke positive ressurser og svekke risiko, blir individrettet innsats utilstrekkelig.

Et hovedanliggende for folkehelsearbeidet er å identifisere ressurser og risikofaktorer som påvirker befolkningen og derved finne områder for tiltak. Endringer i konteksten - det fysiske og sosiale miljøet som omgir oss - endrer nivå og fordeling av ressurser og risiko og dermed helse og sykdom i befolkningen. Mange samfunnsaktører har mulighet til å ta en rolle, enten det skjer ved offentlig regulering, selvregulering hos for eksempel matindustrien eller avtaler mellom ulike samfunnsaktører.

Ut fra kunnskap om hvordan strukturer kan påvirke menneskers adferd har flere rettet oppmerksomhet mot hvordan en gjennom design og utforming kan påvirke individuelle valg. Dette omtales som *dulting* (eng.: *nudging*). Å dulte andre kan forstås som en vennligsinnet handling for å påvirke og legge

til rette for andre. Det innebærer en kombinasjon av det å påvirke andres handling samtidig som den enkelte skal kunne gjøre sine egne valg. Individene som påvirkes er vanligvis ikke selv klar over at de er gjenstand for dulting. Det finnes en rekke eksempler på hvordan dulting kan påvirke individer til å gjøre flere mer miljøvennlige valg. Innen folkehelse kan dulting være tiltak og virkemidler som får folk til å velge sunnere.

Selv om begrepet dulting i en folkehelsesammenheng er relativt nytt, har dulting som virkemiddel mange paralleller til tradisjonelt folkehelsearbeid. I arbeidet med å utvikle nærmiljø finnes det mange eksempler på tiltak rettet mot fysiske omgivelser som vil stimulere til mer fysisk aktivitet. Det kan være tilrettelegging for ballbinger, parkanlegg, sykkelstier, lekeplasser osv. Andre eksempler på tilsvarende påvirkning er mindre synlig oppstilling av usunne matvarer, mer synlig oppstilling av frukt og grønnsaker ved butikkassen, eller synliggjøring av trapper på bekostning av heiser.

Mange muligheter for slik påvirkning vil en kunne finne innen næringslivet, særlig innen matvarehandel, matprodusenter og restaurant/kantiner. Samtidig er det også et viktig poeng at dulting oppstår enten det er styrt eller ikke. I butikkammenheng er det lange tradisjoner for at innretninger og hyllearrangement er nøye planlagt for enten å selge visse produkter eller å øke omsetningen generelt. Våre handlinger dultes av ulike aktører hele tiden, og ofte i en usunn retning. I en folkehelsesammenheng kan derfor begrepet dulting i like stor grad være til hjelp til å avdekke og forhindre usunne valg som til å legge til rette for sunne valg.

Dulting blir omtalt og definert som «libertariansk paternalisme». Dette begrepet understreker at ideen om dulting har en motsetning i seg mellom frihet til å treffe egne

valg versus andres føringer og påvirkning av valget en tar. Litt av poenget med begrepet er at den som blir dultet ikke nødvendigvis er klar over det selv. Det trenger ikke bety at individet ville ha handlet annerledes eller ha motforestillinger mot dette, men det er like fullt et paternalistisk innhold i begrepet som kan være en utfordring. For mange tiltak vil dette være uproblematisk, men rent prinsipielt bør en legge grundige vurderinger til grunn dersom en vurderer offentlige initierte tiltak med utgangspunkt i slik tenking. I hovedsak bør en fra offentlig hold tilstrebe seg mest mulig åpenhet omkring tiltak som har til hensikt å påvirke individene til sunne valg. Det samme etiske ansvaret og åpenhetskravet bør hvile på endringer som har andre formål enn å fremme helse.

Samtidig kan tenkningen omkring dulting synliggjøre hvordan andre private aktører og sektorer med enkel innstas kan supplere offentlig innsats for å påvirke til sunne valg. Arbeidskantiner kan vektlegge å ha en sunn meny, arbeidsplasser kan utformes slik at trappebruk blir det naturlige alternativ, idrettsarrangementer kan tilby sunn kioskmatt osv. Dulting kan utgjøre en utvidelse av mulighetsrommet for mange aktører til å ta en rolle i folkehelsearbeidet, gjennom samarbeid på nasjonalt nivå eller ved lokale initiativ og partnerskap mellom ulike samfunnsaktører.

Dulting er noe annet enn regulering, og vil aldri kunne erstatte denne. Den begrensede mengden forskning som finnes om dulting, viser noe begrensede effekter på populasjonsnivå, og effekten er størst når dultetiltak støttes opp av regulative virkemidler (22). Et eksempel på en slik kombinasjon av regulering og dulting er det norske forbudet mot synlig oppstilling av tobakksvare. Som et supplement til mer strukturelle virkemidler kan dulting være verdifullt, som erstatning er det ikke like effektivt.

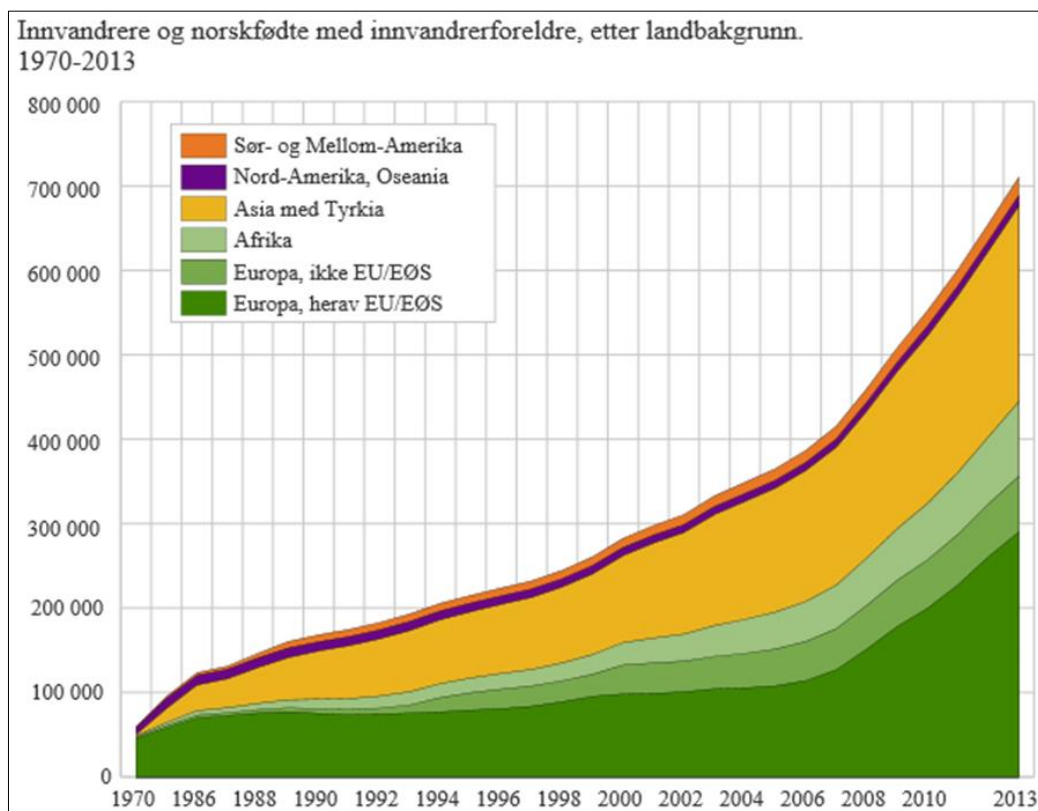
5. INNVANDRERHELSE

5.1 Innvandrere og folkehelse

Ved inngangen til 2014 var det 633 100 innvandrere og 126 100 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. Innvandrere stod for 12 % av folkemengden i Norge per 1. januar 2014, mens norskfødte med innvandrerforeldre utgjorde i overkant av 2 prosent av alle bosatte i landet. Innvandrere i Norge er en veldig sammensatt gruppe. De har bakgrunn fra 221 ulike land. Innvandrere fra Polen er den klart største innvandrergruppen i landet. Den største gruppen innvandrere til Norge består av statsborgere fra EU-området. Mange har kommet fra Asia og Afrika, gjennom familiegjenforening, eller

som flyktninger fra land med konflikter, som Somalia, Eritrea, og Afghanistan.

Samtidig som innvandrere kommer fra mange land og verdensdeler, har de ulike innvandringsgrunn. De har kommet hit som arbeidsinnvandrere, gjennom familierelasjoner, som flyktninger, asylsøkere eller for å ta utdanning. I 2011 utgjorde 30 % av innvandrerne familiegjenforening, 11 prosent studenter og au pairer og 10 % flyktninger, mens 49 % av alle som innvandret fra land utenfor Norden var arbeidsinnvandrere. 70 % av arbeidsinnvandrerne kom fra de nye EU-landene i Øst-Europa, de fleste fra Polen. I 2012 fikk 5200 personer innvilget asyl i Norge. Av flyktninger mottar Norge ca. 1200 årlig.



Figur 4: Statistisk sentralbyrå

SSBs definisjon på innvandrere

Innvandrere er personer bosatte i Norge som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre.

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer med to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre født i utlandet.

5.2 Innvandringsperspektiv i folkehelsearbeidet

Fordi innvandrere i Norge er en så uensartet gruppe, er det ikke enkle svar på folkehelsestrategier. Det er store forskjeller mellom innvandrergruppene og innad i de ulike gruppene. Et stort flertall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge snakker norsk, deltar i arbeidslivet og er økonomisk selvstendige. Innvandrere utgjør en ressurs, samtidig som noen har utfordringer. Innvandrere som står utenfor arbeid og utdanning er overrepresentert. Vi ser at innvandrerbefolkningen gjennomsnittlig skårer lavere enn befolkningen forøvrig på levekårsindikatorer som sysselsetting, inntekt og helse. Innvandrere, særlig noen grupper, er overrepresentert i husholdninger med vedvarende lavinntekt, noe som særlig rammer barn. Arbeidsdeltakelse anses som nøkkelen til god integrering; det kan bidra til økt deltakelse i samfunnsliv for øvrig og forebygge sosial isolasjon og ensomhet. Når vi vet at innvandrere er underrepresentert i organisasjonslivet, blir skole og arbeidsplass viktige arenaer for kontakt og involvering.

Helsesektorens oppmerksomhet mot innvandrere har først og fremst hatt et helse-tjenestefokus. Likeverdige tjenester som tar hensyn til ulike innvandringsbakgrunn og ulike behov for tilpasning er viktig (23). Folkehelsearbeid handler primært om å fremme ressurser for helse eller å forebygge at helseproblemer i befolkningen oppstår og

disse årsakene handler som hovedregel om samfunnsforhold utenfor helsetjenesten selv. Når innvandrer-befolkningen scorer høyere enn befolkningen for øvrig på enkelte helseproblemer, er det folkehelsearbeidets oppgave å rette innsats mot disse helseutfordringenes årsaker.

Å se på utfordringer i en bestemt innvandrergruppe som etniske eller kulturelle skillelinjer kan tilsløre utfordringer som dreier seg om manglende integrering, dårlige levekår og diskriminering. På samme måte som dårlige levekår, liten tilhørighet og sosial støtte og mestring gir dårlig helse i den norske befolkningen, gir de samme forhold helseutfordringer for innvandrere. Mange nyankomne innvandrere har lite nettverk, og er oftere ensomme (24). I tillegg rapporterer litt over halvparten av innvandrerne i Norge å ha opplevd diskriminering på ett eller flere områder.

Strategier for bedre innvandrerhelse må ta hensyn til at innvandrergruppen er svært heterogen, ikke minst når det gjelder innvandrergrunn. Kunnskapen om disse komplekse årsakssammenhenger når det gjelder innvandrergruppers helse og trivsel er svært mangelfull og bør styrkes. Samtidig vet vi at levekårsarbeid som for eksempel angår inntekt for barnefamilier, barnehagedeltakelse, gode læringsforløp i skole med godt skolemiljø og et inkluderende arbeidsliv er viktige virkemidler. Integrerings- og mangfoldsdirektoratets strategi «mangfold er hverdagen» er et godt utgangspunkt for tverrsektorielt levekårs- og folkehelsearbeid som kan bedre innvandreres muligheter til god helse (25).

Det bør legges til rette for at innvandreres levekår, helse og trivsel i større grad settes på dagsorden gjennom lokalt folkehelsearbeid iht. folkehelseloven, særlig i kommuner med stor innvandrerandel.

Del III

Utviklingsområder

6. PSYKISK HELSE I FOLKEHELSEARBEIDET

6.1 Hvorfor psykisk helse i folkehelsearbeidet?

Det har i noen år vært en ambisjon i større grad å tydeliggjøre psykisk helseperspektivet, både i det forebyggende arbeidet i helsetjenesten og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Samhandlingsreformen, Folkehelseloven og Folkehelsemeldingen trekker på ulike måter frem behovet for slikt arbeid. Dette er ikke unikt for Norge. WHO-strategier, både for folkehelse og psykisk helse gjenspeiler de samme trendene.

Psykiske lidelser er i dag en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Dette er tilfelle enten man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær (26).

I et folkehelseperspektiv er ensomhet, stress, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring sentrale utfordringer. Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet er nødvendig for helse og trivsel.

I arbeidet med psykisk helse har det blitt lagt for lite vekt på miljøfaktorer og på de forhold som påvirker psykisk helse og trivsel i hele populasjonen. I folkehelsearbeidet ønsker vi derfor å sette fokus på mestringsbetingelser. Med mestringsbetingelser mener forhold i menneskers miljøer og arenaer som fremmer mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og

vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, og positive relasjoner.

I det fremtidige arbeidet med å legge større vekt på psykisk helse og trivsel bør disse perspektivene styrkes i alle ledd, både i somatiske og andre helsetjenester, på primær- og spesialisthelsetjenestenivå, i forebygging i helsetjenesten og i samfunnsutviklingen generelt. Dette kapitlet redegjør først og fremst for hva som er en hensiktsmessig forståelse av psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Sosial ulikhet i psykisk helse

Den sosiale ulikheten i psykisk helse og trivsel peker på hvilken betydning levekårsforhold har. En rekke undersøkelser viser at lav sosioøkonomisk status, målt som kort utdanning eller lav inntekt, har sammenheng med risiko for psykiske plager.

Resultater fra Folkehelseinstituttets tvillingundersøkelse viser at angstlidelser er seks ganger vanligere blant folk med bare grunnskole enn blant de med høyest utdanning (27). I tråd med tidligere undersøkelser viser Levekårsundersøkelsen fra 2008 at husholdningsinntekt er forbundet med samtlige mål på psykisk helse. Personer med høyt utdanningsnivå har færre psykiske plager og rapporterer høyere tilfredshet med livet, bedre mestring, vitalitet og sosial støtte (28).

Den sosiale gradienten er også tydelig i de nasjonale resultatene fra Ungdata (29). Ungdom som oppgir at familien deres har hatt dårlig råd de to siste årene er gjennomgående mindre tilfredse og er sjeldnere fornøyd med venner, foreldre og lokalmiljøet. De har også oftere symptomer på depressive plager. Når ungdommers svar på spørsmål om psykisk helse, venner og trivsel systematisk henger sammen med familiens økonomiske situasjon, peker dette på behovet for at vi som samfunn må ha innsats også utenfor helsetjenesten.

En WHO-publikasjon om psykisk helse og sosial ulikhet beskriver det slik: «Forekomsten av psykiske plager i samfunnet må forstås mindre som individuell patologi og mer som et svar på at relativ deprivasjon og sosial urettferdighet undergraver de følelsesmessige, åndelige og intellektuelle ressursene som er avgjørende for psykisk helse og trivsel» (30).

Helsetjenester er viktige, men ikke nok

«Befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. I det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle som tiltak i helsetjenesten (30).»

I og med at det fortsatt er behov for utvikling av helsetjenestene til mennesker med psykiske plager og lidelser, kan det være utfordrende å sette fokus på psykisk helse i *det brede folkehelsearbeidet*, det vil si

Håndtere konsekvenser eller risiko

De fleste vil være enige i at en barneskoleklasse med svekket læringsmiljø, dårlige relasjoner mellom lærere og elever, og mobbing og lav sosial støtte utgjør en risiko for barns psykiske helse. De fleste vil antakelig også være enige i at det er nødvendig å iverksette tiltak. Tiltak kan ta mange ulike former.

Ett svar kan være å bygge opp tjenestene til de barna som viser tegn på psykiske plager slik at de kan få rask og god behandling. 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 informasjon til barn og voksne og kanskje opplæring i ferdigheter til å håndtere negative tilbakemeldinger og stress kan barna og deres foreldre få økt kompetanse for å takle situasjoner de kommer opp i. Man kan til og med forsøke å identifisere spesielle grupper som er mer sårbare og tilby målrettet informasjon og opplæring til 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. Gjennom systematisk innsats forankret i skolens ledelse kan læringsmiljøet forbedres slik at relasjoner mellom elever og lærere bedres og mobbing reduseres.

I virkelighetens verden vil man ofte velge en kombinasjon av strategier, og fordeler og ulemper ved ulike strategivalg må veies mot ulike samfunnshensyn. Den første strategien kan beskrives som en strategi for å redusere konsekvenser av problemer 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 eller miljørettede virkemidler, som tar sikte på å redusere risikoen.

innsatser som ikke primært er rettet mot dem som allerede har det vanskelig. Behandling og forebygging av psykiske lidelser i kommunale helsetjenester er sentralt i strategier for videreutvikling av helsetjenesten. Skal vi redusere forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen er det imidlertid også

behov for å utvikle innsatser som påvirker faktorer tidligere i årsakskjeden. Hvilke faktorer på hvilke arenaer er det som bidrar til større risiko for psykiske plager og lidelser? Og videre; hvilke faktorer bidrar til menneskers trivsel? Vi må samle og formidle kunnskap om miljø- og samfunnsfaktorer som har betydning for psykisk helse og trivsel, og denne kunnskapen må legges til grunn for tiltak og i samfunnsplanleggingen generelt.

Et miljø- og befolkningsfokus

Psykisk helse har i en årrekke vært forstått som et individ- og helsetjenesteanliggende. For å integrere psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet er det behov for å tydeliggjøre hva dette betyr i et populasjons- og samfunnsperspektiv.

I dette arbeidet blir det også viktig å skille mellom årsaker til helse eller uhelse hos individet og årsaker til hvorfor lidelse eller helse oppstår eller fordeler seg i populasjoner. Hvis vi utelukkende sammenlikner enkeltindivider i en gitt populasjon, vil vi aldri kunne få øye på de risikofaktorene eller helsefremmende faktorene som påvirker hele populasjonen¹. Hvis vi for eksempel vil undersøke psykisk helse hos ungdommer ved å undersøke hver enkelt i en skoleklasse, vil vi finne mange individuelle forskjeller som kan forklare ulikheter i den enkeltes trivsel eller mestring. En vil kanskje finne sammenhenger mellom elevenes psykiske helse og deres personlighet eller intelligens. Denne kunnskapen er nyttig, men ufullstendig i vår sammenheng.

Dersom vi ikke vurderer forhold i det fysiske og sosiale miljøet alle elevene oppholder seg i, forhold som påvirker hele elevpopulasjonen, vil vi miste av syne de ressurser eller

¹ Et eksempel som ofte er brukt på dette er om en tenker seg at alle røykte 20 sigaretter om dagen på helt lik måte. Forskning som sammenlikner individene i denne populasjonen vil kunne finne ut at lungekreft er en genetisk sykdom. Røykingen som risikofaktor vil ikke bli oppdaget fordi alle er eksponert. Dette er en utfordring også når det gjelder psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet.

risikofaktorer som påvirker hele gruppen. På samme måte må vi undersøke hvilke forhold som påvirker populasjoners psykiske helse.

Psykologien som vitenskap har fremskaffet mye kunnskap om individuelle faktorer som har betydning for psykiske lidelser, psykisk helse og trivsel. I utformingen av selektive tiltak, som for eksempel ulike program for barn og unge i risiko for å utvikle atferdsvansker, har også kunnskap fra psykologien vært sentral. For at psykologisk kunnskap skal bidra konstruktivt inn i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er det nødvendig å se *mennesket i kontekst*. Med dette menes en systematisk tilnærming der vi ser på:

- 1) Hvilken betydning de nærmeste miljøene og arenaene vi er i kontakt med har, for eksempel venner, familie, skole, arbeidsplass og nærmiljø.
- 2) Hvordan kontakten mellom disse 'nære' systemene påvirker oss. For eksempel er kontakten mellom foreldre og skole svært viktig for barn.
- 3) Hvilken betydning rammene for disse systemene/arenaene har for mennesker. Dette kan dreie seg om kvaliteter i barnehager, skoler og arbeidsliv.
- 4) Hvordan ideologier og verdier i kulturer påvirker systemene og menneskene.

De ulike analysenivåene (31) som er beskrevet ovenfor kan være nyttige når vi skal se på psykisk helse og trivsel i et miljø- og befolkningsperspektiv.

6.2 Psykisk helse er mer enn fravær av symptomer og plager

Hva menes med «psykisk helse» i en folkehelsesammenheng? Psykisk helse kan i teorien forstås som et nøytralt begrep (omtrent som «helse»), der vi kan spesifisere med adjektiver som «god» eller «dårlig».

I dagligtale brukes imidlertid 'psykisk helse' ofte i betydningen psykiske plager og lidelser. For eksempel blir psykisk helse oftere omtalt som en utfordring enn som en ressurs. Denne anvendelsen og forståelsen av psykisk helsebegrepet står i kontrast til de offisielle definisjonene (for eksempel WHO's definisjon av psykisk helse).

I folkehelsearbeidet er det behov for å finne et begrepssett som i større grad peker på 'den positive psykiske helsen', det vil si mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, samt positive relasjoner. Det er her naturlig å se til internasjonale organer som WHO og OECD som benytter begrepet «well-being» for å beskrive denne tilstanden av positiv fysisk og psykisk helse. «Wellbeing» kan være vanskelig å oversette eller definere helt entydig. I den offisielle oversettelsen av WHO-definisjonen er «velvære»² brukt, men «trivsel» og «livskvalitet»³ brukes også om noen av de samme fenomenene. Wellbeing-forskningen kan deles inn i to ulike tradisjoner med litt ulike filosofiske røtter. Det hedoniske⁴ perspektivet ser på wellbeing som positive følelser, nytelse, tilfredshet og «lykke», mens det eudaimoniske⁵ perspektivet betoner tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, samt positive relasjoner. Teorier og forskning nyttet til eudaimonisk

² Det kan argumenteres for at 'velvære' fortsatt bør brukes, i og med at det er en direkte oversettelse av wellbeing. I dagligtale brukes begrepet imidlertid ofte om tilstander eller aktiviteter som er knyttet til nytelse, og vurderes derfor som mindre egnet i vår sammenheng.

³ Livskvalitet er et begrep som er beslektet med både psykisk helse-begrepet og med wellbeing. Livskvalitet defineres ulikt avhengig av teoretisk plattform, og det varierer i hvilken grad subjektive og objektive aspekter vektas.

⁴ Gresk opphav: hedone betyr nytelse.

⁵ Gresk opphav: eu kan oversettes med 'god' og daimon er 'ånd'.

Miljøfaktorers betydning bør få mer oppmerksomhet i psykologisk forskning. Psykologien har beskjeftiget seg mest med individuelle årsaksforklaringer. Når vi skal bruke kunnskap fra psykologien i folkehelsearbeidet er det viktig å være oppmerksom på dette. Ett eksempel på hvordan et ensidig individfokus kan falle uheldig ut, er tolkningen og omtalen av det berømte 'marshmallow-eksperimentet' som undersøker barns evne til å utsette belønning. Denne evnen har vært målt gjennom 4-5-åringers evne til å vente med å spise et godteri som ligger rett foran øynene på dem. De blir fortalt at de får mer godteri som belønning dersom de klarer å vente. Resultater viser at evnen til å utsette belønning henger sammen med bedre fysisk helse, lavere grad av fedme, færre seksuelt overførbare sykdommer og sannsynlighet for alkohol- og rusproblemer i voksen alder. Det å klare å vente har i stor grad blitt oppfattet som selvkontroll eller selvregulering, altså egenskaper ved barnets personlighet.

En nyere studie fant imidlertid at hvorvidt barna klarte å vente eller ikke, var påvirket av tidligere erfaringer. Det vil si at barn som har erfaringer med at det lønner seg å vente, vil vente, mens barn som har erfart at løfter ikke blir holdt, naturlig nok i større grad velger å spise det godteriet som ligger foran dem. Individuelle trekk har naturligvis mye å si for hvordan mennesker oppfører seg, men dersom vi ikke også vier oppmerksomhet til den betydningen miljøfaktorer har, risikerer vi å utarbeide innsatser på feil grunnlag.

(Madsen, O.J. (2014) «Det er innover vi må gå.» En kulturpsykologisk studie av selvhjelp. Oslo: Universitetsforlaget)

wellbeing trekker frem noen viktige aspekter ved wellbeing som kan ha betydning for forståelsen av psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Det å oppleve mening og fellesskap, at man mestrer og har kontroll over egen tilværelse har stor betydning for helse og trivsel som nytelse og tilfredshet.

Kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen er viktig i folkehelsearbeidet. Samtidig er det i behov for å fokusere på andre fenomener enn sykdom

og lidelse. I forlengelse av punktene ovenfor blir trivsel (wellbeing) et naturlig valg. Dette er også i tråd med WHO og OECDs strategier. Det er imidlertid ingen eksakt konsensus om hva wellbeing er og hvordan det best måles. Det vi har som endemål preger måten vi tenker på, og vi må kritisk vurdere hva som er ønskelige mål for samfunnsplanleggingen. Der wellbeing inngår som endemål er det ofte tilfredshetsdelen av fenomenet som måles. Spørsmålet er om ikke andre fasetter av well-beingbegrepet er vel så viktige for god helse og gode liv?⁶ Helsedirektoratet anbefaler at man i oversiktsarbeidet søker å måle fenomener som mestring, positive relasjoner (sosial støtte), mening, tilhørighet delte mål og verdier. Miljømessige forhold (f.eks. sosioøkonomisk status) påvirker også mulighetene for selvrealisering, vekst og opplevelse av formål og mening i livet (32).

Helsedirektoratet har på norsk valgt å bruke betegnelsen «psykisk helse og trivsel». Det er ingen fullgod oversettelse, men dekker i stor grad meningsinnholdet i well-being-begrepet.⁷

Stress og mestring – hverdagens utfordringer

Et helt vanlig liv består av mange oppgaver, utfordringer og hendelser. Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet er helt sentral for helse og trivsel.

Stress oppstår når vi opplever endringer, krav eller trusler fra omgivelsene. Det fører til fysisk og mental mobilisering som bidrar til at vi yter optimalt. Utfordringer er en del av livet og kan virke stimulerende, men hvis vi over tid opplever å ikke mestre det som kreves av oss, blir stresset kronisk og kan påvirke helsen:

- **Fysiologisk:** nedsatt immunforsvar, anspenthet og større risiko for

⁶ Som ett eksempel; hvis vi utelukkende måler elevens trivsel i skolen på grad av tilfredshet, mister vi kanskje verdifull informasjon om hvorvidt denne gruppen opplever skolegangen som meningsfull.

⁷ I mange sammenhenger brukes derfor det engelske 'well-being' enten alene eller i parentes. Dette fordi begrepet henger sammen med et internasjonalt forsknings- og politikktutviklingsfelt.

muskelsmerter, forstyrret søvn. Det også er dokumentert sammenheng mellom kronisk stress og hjerte- og karlidelser.

- **Atferd:** stress kan føre til endring i mestringsstrategier, som for eksempel uhensiktsmessig bruk av alkohol eller andre rusmidler og at en ikke orker vedlikeholde sunne vaner.
- **Psykologisk:** kronisk stress kan føre til konsentrasjonsvansker og påvirke evnen til god problemløsning. Det er også en sammenheng mellom kronisk stress og utvikling av psykiske plager og lidelser.

Det er opplevelsen av ikke å mestre som kjennetegner skadelig stress. Kronisk stress påvirker evnen til å fungere i hverdagslivet. Det kan føre til uhensiktsmessige endringer i levevaner og til svekket immunforsvar. Over tid kan dette igjen få alvorlige konsekvenser for helsen.

Evne og mulighet til mestring avhenger av mange faktorer; både individuelle og miljømessige. Individuelle forutsetninger har betydning for hvordan mennesker opplever og håndterer utfordringer i livet. Samtidig vet vi at verken belastninger eller ressurser er likt fordelt i befolkningen. Utdannelse gir kompetanse til å håndtere mange typer vansker, og påvirker også hvilke sosiale nettverk man har tilgang på. Mennesker med lang utdanning rapporterer mer sosial støtte, det vil si flere nære relasjoner, at de har noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp. Denne støtten har en beskyttende effekt mht å utvikle kroniske stressreaksjoner. Det er fordi den sosiale støtten bidrar til mestring av både livshendelser og hverdagsliv gjennom følelsesmessig støtte, praktisk og økonomisk hjelp og problemløsning gjennom råd og informasjon.

Privatøkonomi gir også ulike forutsetninger rent materielt, for å velge boligkvalitet og lokalmiljø med de følger dette har, og for å

skaffe seg en pålitelig bil eller klare plutselige utgifter. Men i et samfunn der forventningene til levestandard og ytre tegn på vellykkethet er høye, har privatøkonomien sannsynligvis stor betydning for menneskers *opplevelse* av å mestre livet. De ytre tegnene på vellykkethet er både materielle og psykososiale; det handler nok om bil, klær og bolig, men også om å *visе frem* at man er fysisk aktiv, at man lever sunt, 'lager maten fra bunnen av' eller er en forelder som tilbyr barna sine sunne fritidsaktiviteter og spennende ferier. Selv om man ikke lever i absolutt fattigdom, har privatøkonomien betydning for muligheten til å delta på lik linje med andre i sosiale sammenhenger og aktiviteter knyttet til skole, arbeidsplass eller fritid.

Det å mestre hverdagslivets oppgaver og utfordringer er avgjørende for psykisk helse og trivsel. I et folkehelseperspektiv er det viktig å se hvordan økonomi, utdanning og sosial støtte påvirker mestringsmulighetene og hvordan disse betingelsene kan adresseres gjennom strukturelle tiltak.

Ensomhet og mangel på sosial støtte er også folkehelseutfordringer

Ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker menneskers mestringsressurser og medfører risiko for dårligere helse. Vi kan derfor se på dette som utfordringer som er av spesiell interesse i folkehelsearbeidet.

Resultater fra Levekårsundersøkelsene viser oss hva som kjennetegner dem som opplever ensomhet og mangel på sosial støtte: «Personene som opplever at de ikke kan regne med noen, kjennetegnes av at de er enslige uten kjæreste, har lav utdanning (risikoen synker med økende utdanningsnivå) og står utenfor arbeidslivet på grunn av uførepensjon, annen pensjon eller fordi de er hjemmearbeidende. (...) Det ser særlig ut til at

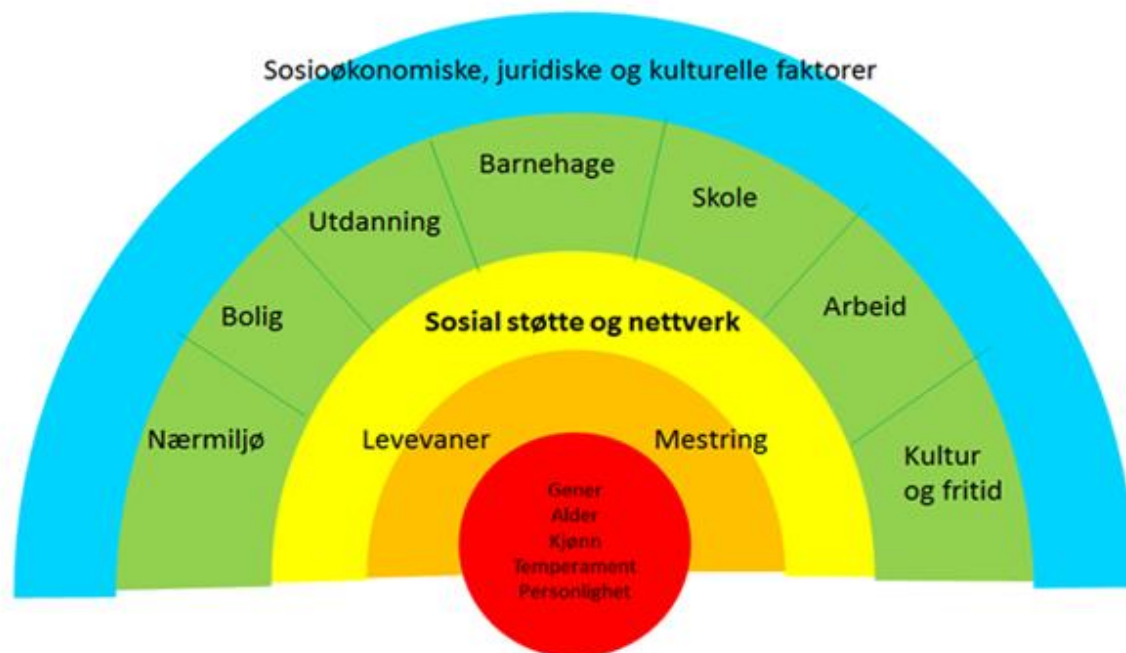
uførepensjonistenes relativt dårlige situasjon har sammenheng med deres helsemessige og økonomiske problemer (33).» Ungdata beskriver at nær en av ti ungdommer i alderen 13-16 år mangler fortrolige venner, eller for tiden ikke har noen de kan kalle venner. Ungdommer som vokser opp i familier med dårlig råd, rapporterer i større grad at de mangler venner som de kan stole helt på (29).

Forskningen på ensomhet og sosial støtte har brukt ulike spørsmål og rapporterer litt ulike tall. Et fellestrekk ved resultatene er at de tyder på at deltagelse er en viktig samlende faktor; det å ikke være i utdanning, arbeid eller annen aktivitet påvirker naturlig nok muligheten for å knytte og opprettholde bånd. Dårlig helse og/eller økonomiske problemer kan også påvirke mulighetene for deltagelse.

6.3 Hvordan påvirker miljøfaktorene psykisk helse og trivsel?

Kunnskapen om de eksakte årsakene til psykiske lidelser er fortsatt mangelfull. Dette henger delvis sammen med at det sjelden er spesifikke sammenhenger mellom risikoforhold og type lidelse. Mange forskjellige risikofaktorer bidrar til utviklingen av en enkelt lidelse, samtidig som én og samme risikofaktor kan føre til utvikling av mange ulike lidelser. Som motvekt til risikofaktorer, påvirkes helsen også av faktorer som fremmer god psykisk helse og faktorer som beskytter individer mot å utvikle lidelser i perioder med store belastninger.

Grovt sett kan en si at helse er resultatet av samspillet mellom individuelle egenskaper og beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i miljøet (26). Når vi skal integrere psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet, betyr dette at vi må ha kunnskap om forhold som påvirker psykisk helse og trivsel, og mekanismene som knytter dem sammen. Modellen ovenfor



Figur 5: Dette er en videreutvikling av Dahlgrens & Whiteheads modell fra 1991, der kjente påvirkningsfaktorer for psykisk helse og trivsel er satt inn. Sosial støtte og sosiale nettverk hadde også en plass i den opprinnelige modellen.

retter oppmerksomheten vår mot ulike nivåer av faktorer som påvirker psykisk helse og trivsel.

Strukturelle forhold ved samfunnet, som sosial trygghet, tilgang på arbeid og utdanning, lovgivning og samtidskulturelle faktorer har betydning for befolkningens psykiske helse og trivsel. Internasjonal forskning rapporterer for eksempel at høyere grad av offentlige utgifter og sosiale rettigheter er assosiert med bedre trivsel hos befolkningen (34). Samfunn med høy sosial kapital, dvs at de er preget av gjensidig tillit, både innbyggerne imellom og mellom befolkningen og samfunnsinstitusjonene, sosial støtte og samhold, har høyere trivselsnivåer og mindre helseproblemer, både psykiske og somatiske.

Vi har god dokumentasjon på at samfunnsforholdene påvirker befolkningen psykiske helse og trivsel. Årsakssammenhengene er sammensatte og

komplekse. Vi velger her å trekke fram noen som er av spesiell relevans i vår sammenheng.

Stress er en medvirkende årsak til sosial ulikhet i helse

Sosial ulikhet i helse kan delvis forklares med materielle forhold (for eksempel ulikhet sosial ulikhet i belastninger knyttet til arbeidsmiljø), og med ulikhet i levevaner. Dersom vi skal inkludere et psykisk helseperspektiv i folkehelsearbeidet er imidlertid de psykososiale forklaringshypotesene av spesiell interesse. Disse hypotesene tar utgangspunkt i at forekomsten av uheldig stress øker med synkende sosioøkonomisk status. Vi så i avsnitt 6.2 hvordan kronisk stress på ulike måter påvirker kropp, atferd og psyke.

Årsakssammenhengene forklares gjennom ulike psykososiale mekanismer, dvs. teorier om at forhold knyttet til kort utdanning eller lav inntekt bidrar til akkumulativt og kronisk stress og på denne måten forklarer noe av den sosiale ulikheten i helseutfall (35). beskriver

dette på følgende måte: «En hovedtilnærming er at forekomsten av stressorer, både akutte (plutselige hendinger) og kroniske (langvarige stressende livssituasjoner), har en sosial gradient som mer eller mindre tilsvarer posisjonen i det sosioøkonomiske hierarkiet. Eksempler på akutte stressorer kan være en plutselig økonomisk belastning en ikke greier å dekke, trafikkulykker, brann i hjemmet, å bli oppsagt fra jobben, samlivsbrudd eller dødsfall blant ens nærmeste.

Kroniske stressorer kan bestå av kontinuerlige vansker med å greie økonomiske forpliktelser, langvarige vansker i privatlivet, gnagende boligproblemer over lang tid, stadig frykt for kriminalitet i nabolaget, en konstant redsel for å miste jobben eller opplevelsen av gjentatte nedvurderinger og ydmykkelser fra overordnede. Levekårsundersøkelser og livsløpsstudier tyder på at det finnes et slikt sosioøkonomisk mønster. Den sosiale gradienten i stressorer har altså samme mønster som gradienten i helseulikhetene (35).» Det er viktig å legge til at somatiske helseproblemer også kan være en slik kronisk stressor (26).

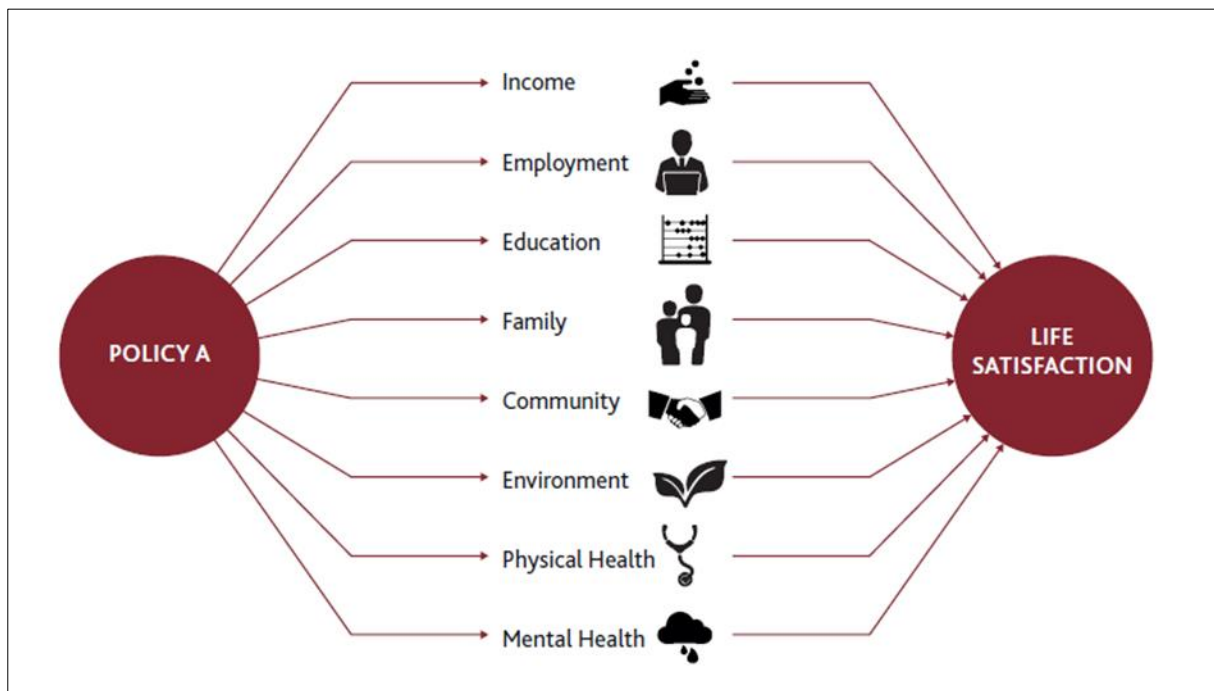
Hva bidrar til mestring?

I folkehelsemeldingen ble sosial støtte og deltagelse trukket frem som viktige tema i folkehelsearbeidet. Det foreligger god dokumentasjon på sammenhengen mellom grad av sosial støtte (det vil si i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og spørre om hjelp) og helseutfall, både fysisk og psykisk. Sosial støtte er helsefremmende i seg selv. Samtidig bidrar den sosiale støtten til at det er lettere å mestre hverdagslivets små og store oppgaver. Gjennom å bidra til mulighet for drøfting, trøst og praktiske råd, hjelp eller økonomisk støtte, fungerer sosial støtte som en buffer mot stress.

Sosial støtte (og nettverk) både påvirker og påvirkes av andre faktorer. Deltagelse på ulike arenaer er ofte en forutsetning for å opprette relasjoner og nettverk, for eksempel deltagelse i lag og foreninger i eller nærmiljøet, i skolegang og utdanning samt arbeidslivstilknytning. Kronisk sykdom, økonomiske problemer eller det å stå utenfor arbeidsmarkedet er sentrale barrierer for utvikling og opprettholdelse av sosiale nettverk. Samtidig vil det å ha et godt nettverk og oppleve sosial støtte kunne virke fremmende for å få en jobb eller bli i arbeid. Det er også lettere å skaffe seg ny bolig når man har sosial støtte. Sosial støtte og mestring er altså fenomener som er tett knyttet sammen, og det er nettopp gjennom å bidra til mestring av de utfordringer et helt vanlig hverdagsliv gir at sosial støtte bidrar til god psykisk helse og trivsel. Videre er det selvsagt mange faktorer, både individuelle og miljømessige, som påvirker i hvilken grad individer opplever å mestre. I tråd med tankegangen bak Dahlgren og Whiteheads modell (ovenfor), blir vi i folkehelsearbeidet spesielt opptatt av kunnskapen om hvordan faktorer i miljøet påvirker mestringen. Vi kaller dette for mestringsbetingelser. Sosial støtte er en slik mestringsbetingelse, og som nevnt tidligere er økonomi og utdanning også mestringsbetingelser.

6.4 Mestringsbetingelser

Når folkehelsearbeidet skal inkludere psykisk helse og trivsel bør fokus rettes mot de betingelsene i samfunnet som påvirker mestring. I sin ytterste konsekvens kan dette dreie seg om de fleste sider ved samfunnet vårt. Fra sosial sikkerhet og tilgangen på arbeid og utdanning, til mulighet for ulike typer deltagelse, sosial støtte og nettverk. Andre eksempler er fysisk utforming av nærmiljø, pedagogiske virkemidler i barnehager og skoler, samt offentlige



tjenesters utforming. Hvis psykisk helse og trivsel skal prioriteres i folkehelsepolitikken, hvilke områder bør det da satses på?

Folkehelsemeldingen la et spesielt fokus på sosial støtte og deltagelse. Dette er et viktig spor som bør videreutvikles. Samtidig må integrering av psykisk helse i folkehelsearbeidet ha et bredere perspektiv og se på flere ulike miljø- og samfunnsfaktorers betydning. Kunnskap om strukturelle og samfunnsmessige forhold som har betydning for psykisk helse og trivsel vil kunne peke på hvilke forhold på hvilke arenaer som er relevante og derved legge grunnlaget for innsatser, intervensjoner og generell folkehelsepolitikk.

Vi kan bruke kunnskapen om hva som er viktige påvirkningsfaktorer for psykisk helse og trivsel når vi skal peke på relevante politikkområder. Figuren over er hentet fra rapporten 'Wellbeing and Policy' (36) som ble publisert i 2014. Inntekt, arbeidslivstilknytning, utdanning, familie, nærmiljø og helsetilstand er viktige områder som har stor betydning for psykisk helse og

trivsel, i figuren benevnt som 'tilfredshet med livet'.

Familie

Familien har stor betydning for psykisk helse og trivsel, både for barn og voksne, men hvilke forhold er det som påvirker familien?

«Barn har mindre muligheter til å påvirke sine rammebetingelser enn det voksne har. Deres oppvekstmiljø vil være preget av foreldrenes sosioøkonomiske forhold, sosiale og emosjonelle ressurser og levevaner. Mye av virkningen av samfunnsforhold og levekår på barns psykiske helse går via den virkningen de samme faktorene har på foreldrene (37).

Foreldrenes utdanning og inntekt kan påvirke barn og ungdom direkte, for eksempel gjennom tilgang på materielle ting som bolig av god kvalitet, internettilgang og egen PC, eller gjennom mulighet for deltagelse i aktiviteter. Samtidig kan kort utdanning og dårlig økonomi gi dårlige mestingsbetingelser for foreldre hvilket igjen påvirker måten de er foreldre på. Søvnproblemer og negative oppdragsstrategier ser ut til å være viktige

mekanismer for å forstå sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse hos barn (38).

Graden av sosial støtte spiller også inn fordi den har betydning for foreldres håndtering av hverdagslige oppgaver og utfordringer. I familier med mange belastninger virker sosial støtte beskyttende, og lite opplevd sosial støtte hos foreldrene er en risikofaktor for barnas psykiske helse (26).

Barnehage

Småbarns psykiske helse formes av den daglige omgang de har med andre mennesker. Barnehager av høy kvalitet kan ha psykisk helsefremmende effekter for de fleste barn. Alle førskolebarn bør ha tilbud om en lett tilgjengelig, økonomisk overkommelig barnehage av høy kvalitet. Fra et folkehelseperspektiv kjennetegnes barnehager med høy kvalitet av at de har små barnegrupper, tilstrekkelig, godt utdannet og personlig egnet, stabilt voksenpersonell som har lett tilgang til veiledning fra kommunepsykolog eller annet særskilt psykisk helsepersonell (26).

Barnehager av god kvalitet og tilrettelagt læring kan bidra til å gi barn likere muligheter (39). Barn i kvalitetsbarnehager får mulighet til å utvikle sosial kompetanse og å få venner. Men barnehagen kan også være en arena hvor foreldrene får støtte, kunnskap og veiledning og knytter sosiale bånd til andre foreldre. Et godt samarbeid mellom barnehagen og foreldrene kan ha stor betydning for barnet.

Skole

Skolen er en viktig arena i barn og unges oppvekst, og forskning viser at et godt læringsmiljø fremmer helse, trivsel og god sosial utvikling (26;40). Et helsefremmende skolemiljø består av en skole som gir elevene muligheter for å delta aktivt og utfolde seg, anledning til å oppleve mestring og som er preget av positive forhold mellom elevene.

Skolen er også viktig for utvikling og opprettholdelse av sosiale nettverk. Et godt læringsmiljø kan gi mange gode opplevelser av fellesskap og mestring, faktorer som kan styrke og virke beskyttende på barns psykiske helse. Barns trivsel i skolen henger sammen med rapportert psykisk helse og trivsel senere i livet.

I skolen er mobbing og manglende mestring blant de mest alvorlige risikofaktorene for dårlig psykisk helse. Studier har dokumentert klare sammenhenger mellom tilfredshet med livet, trivsel på skolen og elevenes prestasjoner (41).

Miljøfaktorer som er sentrale for å styrke barn og unges psykiske helse sammenfaller med fem grunnleggende forhold som gir et godt læringsmiljø. Disse er lærerens evne til å lede klasser og undervisningsforløp, positive relasjoner mellom elev og lærer, samt kultur for læring blant elevene.

Et godt samarbeid mellom skole og hjem og god ledelse, organisasjon og kultur for læring på skolen er også grunnleggende forhold. Paragraf 9A i Opplæringsloven peker på skolens oppgave i å sikre elevene både helse, trivsel og læring og lovfester elevens rett til et godt psykososialt miljø. Den pålegger skolen å arbeide aktivt og systematisk for styrke det som fremmer elevens helse og trivsel, og også å hindre at elever opplever krenkelser eller mobbing i skolehverdagen. Betydningen av elevenes egen deltakelse i å skape et godt miljø vektlegges også i lovverket.

Arbeidsliv og arbeidsmiljø

Det å være i arbeid kan på ulike måter påvirke psykisk helse og trivsel positivt. Det bidrar til økonomisk trygghet, bedre boligstandard, sosiale nettverk, og økt handlefrihet. Det å være i arbeid kan også ha viktige sosiale og psykologiske funksjoner. Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og bidrar til bedre

selvbilde. Det å stå utenfor arbeidslivet kan være forbundet med dårlig økonomi og sosial ekskludering. Psykisk helse og trivsel kan påvirkes av å være uten arbeid, uansett hva som er årsak til at man står utenfor arbeidslivet (26).

Der somatisk sykdom kan være hovedårsak til utstøting fra arbeidsmarkedet, vil gjerne konsekvenser i form av tapt nettverk/sosial isolasjon, dårligere og mindre forutsigbar økonomi, tap av anseelse og bekymringer for fremtiden, gi opphav til psykiske helseplager (42).

En av anbefalingene i norsk kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse er å sørge for at de som står utenfor arbeidslivet sikres tilstrekkelig økonomiske standarder, sosiale arenaer og meningsfull aktivitet (39).

Å være i arbeid er imidlertid ikke alltid bare helsebringende. Dersom jobben medfører at en utsettes for ulike former for stress eller psykososiale belastninger, har dette betydning for psykisk helse og trivsel. Blant annet er det ugunstig når det stilles høye krav samtidig som en har lite kontroll over sin egen arbeidssituasjon. Et opplevd misforhold mellom innsats og belønning, negative hendelser som mobbing på arbeidsplassen og lite sosial støtte synes også å bidra til psykiske helseproblemer (26)».

Når stress knyttet til forhold i arbeidslivet skal adresseres er det viktig med innsatser på flere nivåer. Det er verken etisk eller virksomt å imøtekomme stress i arbeidslivet med individrettede innsatser alene. Det mest virksomme er innsatser rettet mot individer og samtidig og koordinert påvirkning av strukturelle faktorer (43). Strukturelle tiltak kan dreie seg om å øke mulighet for kontroll over egne arbeidsoppgaver, øke de ansattes medvirkning, og vurdering av arbeidsbyrde (43). Andre forhold som har betydning er klare forventninger og en opplevelse av at arbeidet

verdsettes (36). Fokus på fysiske belastninger og risiko for arbeidsulykker bør også opprettholdes. Det er behov for en egen satsning på dette feltet, som kan supplere de arbeidslivsrettede innsatsene for mennesker med psykiske lidelser⁸.

Hva skal til for å bidra til en god balanse mellom arbeid og fritid? Livet består av mange oppgaver og forpliktelser, også knyttet til familie og privatliv. I nyere tid har man også begynt å se på de helsemessige konsekvensene av en stadig mer fleksibel arbeidstid hvor arbeid og fritid glir over i hverandre. En direkte helsekonsekvens av dette kan være overbelastning, søvnmangel og stress. Nye måter å organisere arbeidet på – landskap, fjernarbeidsplasser, ad-hoc strukturer, o.l. vil også kunne ha betydning for arbeidsmiljø og trivsel.

Nærmiljø

Nærmiljøfaktorer som transport, fysisk utforming av miljøet (fortau, gang- og sykkelveier, sosiale møteplasser, stier og løyper, grøntarealer, aktivitetsplasser for uorganisert fysisk aktivitet) og tilgjengelighet av tjenester (butikker, offentlige kontorer etc.) påvirker mulighetene for deltakelse, inkludering og trivsel (3). Å bo i et belastet område henger sammen med lavere rapportert psykisk helse og trivsel, også for de som har god inntekt. De som liker omgivelsene de bor i, rapporterer mer positive følelser og stressreduksjon, mer

⁸ Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) er sentral her. Lovens formål er blant annet: «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, 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». For ansatte i offentlig sektor blir arbeidstakers rett til medbestemmelse, deltagelse og reell innflytelse på egen arbeidssituasjon sikret gjennom Hovedavtalen som reforhandles hvert fjerde år mellom stat/kommune og hovedsammenslutningene.

interesse for samfunnet og det sosiale liv og økt opplevelse av tilhørighet (34).

Det fysiske miljøet påvirker både hvordan og i hvilken grad vi har kontakt med andre mennesker og har på denne måten betydning for psykisk helse og trivsel. Det fysiske miljøet bør legges til rette for valgfri sosial kontakt gjennom naturlige møteplasser som parker og plasser. Der de fysiske omgivelsene 'presser' mennesker til tett kontakt, er dette forbundet med tilbaketrekning. Miljøfaktorer som støy eller forurensning virker negativt, mens 'grønne' faktorer bidrar positivt til psykisk helse og trivsel (36).

Forhold som boligens standard og beliggenhet har betydning for trivsel samt opplevd mulighet til deltakelse og sosialt samvær (for eksempel å invitere venner med hjem). Imidlertid har både statlig boligpolitikk og regional/kommunal planlegging også betydning. Ett eksempel er hvorvidt samme område har boliger for ulike behov, sett i et livsløpsperspektiv. Dersom eldre mennesker som ønsker å flytte fra enebolig til leilighet tvinges til å flytte vekk fra sine sosiale nettverk, kan dette føre til at de enten mister viktig sosial støtte eller blir boende i en bolig som er uegnet for deres behov. Ett annet eksempel er at deltagelse i lokalsamfunnet blant annet påvirkes av pendling og påvirkningen øker med økende tid som brukes.

Kultur, fritid og frivillighet

Deltakelse på ulike arenaer har verdi i seg selv, og kan gi opplevelse av å høre til og bidra i samfunnet. Det er viktig å redusere sosiale, økonomiske eller kulturelle barrierer for deltakelse og kultur- og organisasjonsliv. Frivillige aktører er en ressurs for å inkludere ulike grupper i aktiviteter som gir sosial kontakt og nettverk, og kan nå mennesker som det offentlige ofte ikke når.

Helseatferdens betydning for psykisk helse og trivsel

Helseatferd påvirker både fysisk og psykisk helse. Lite fysisk aktivitet og usunt kosthold øker risikoen for psykiske plager og lidelser. Samtidig vil en helsefremmende livsstil med tilstrekkelig søvn, mosjon og godt kosthold gi overskudd og virke beskyttende (26). Røyking er også assosiert med dårligere psykisk helse og økt risiko for psykiske lidelser (44), og det ser ut til å være en klar sammenheng mellom røyking og symptomer på angst/depresjon både hos dem med og uten forutgående psykisk lidelse. Videre viser studier at symptomene avtar allerede en uke etter røykeslutt (45).

Det kan diskuteres hvorvidt søvn bør omtales som helseatferd, men søvnvaner og søvnkvalitet har svært stor betydning for helse og trivsel (34). Søvnvansker er en av de vanligste og mest oversette helseplagene og de negative konsekvensene er godt dokumentert. Undersøkelser fra en rekke land viser at omkring en tredjedel av befolkningen lider av ukentlige søvnvansker. Søvnvansker henger sammen med lavere rapportert psykisk helse og trivsel, er en risikofaktor for frafall fra arbeidslivet og uføretrygd, samt innebærer økt risiko for ulykker og dødelighet. Mennesker med lav inntekt og kort utdanning har høyere forekomst av søvnvansker, dette gjelder også barn og unge (46).

Årsakssammenhengene er sammensatte. På den ene siden bidrar uhensiktsmessige levevaner til risiko for psykiske plager og lidelser. Samtidig kan en opplevelse av manglende mestring i seg selv bidra til risikoatferd og uheldige levevaner.

Informasjon om hvordan ernæring, fysisk aktivitet, alkohol og tobakksbruk påvirker helsen har vært en sentral del av helsemyndighetenes arbeid for å bedre folkehelsen. Kunnskapen vi har om

helseatferdens betydning også for den psykiske helsen gir ekstra kraft til dette feltet. Samtidig vet vi at store grupper i befolkningen ikke klarer å leve opp til anbefalingene. Hvordan skal vi forstå den sosiale ulikheten i helseatferd? Elstad (35) antyder at sosial gruppetilhørighet spiller en stor rolle og at helseatferden har blitt en del av kommunikasjonen om hvilket sosialt lag man tilhører. Det å leve opp til anbefalingene er et mestringsfenomen, en del av det å presentere et vellykket liv. Det kan være en betydelig skam knyttet til å ikke klare og leve opp til en livsstil som en vet er sunn. Dette er et forhold en bør være seg bevisst i offentlig debatt og informasjon om gode levevaner.

6.5 utfordringer framover

Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet er like komplekst og omfattende som det folkehelsearbeidet som har vært rettet mot den fysiske/somatiske helsen. Forståelsen av psykisk helse i folkehelsearbeidet skiller seg fra det psykisk helse-begrepet som springer ut fra helsetjenestene. Det er noen forskjeller som er særlig viktige:

1. 'Den positive psykiske helsen', det vil si psykisk helse og trivsel⁹, er et mer hensiktsmessig fokus enn psykiske plager og lidelser.
2. Tiltak i folkehelsearbeidet retter seg mot faktorene som påvirker psykisk helse og trivsel, ikke egenskaper, symptomer eller lidelser hos individer.
3. Innsatsområder i folkehelsearbeidet dreier seg om samfunnsplanlegging og utvikling i sektorer som arbeidsliv, nærmiljø, barnehage, skole og utdanning.

Integrasjon av psykisk helseperspektivet i folkehelsearbeidet handler om trivsel, i betydningen av å være tilfreds med livet sitt, men også å oppleve mestring, autonomi, tilhørighet, vekst, delte mål og verdier og

positive relasjoner. Disse perspektivene ligger også til grunn for WHO's Helse 2020.

Hvordan fremme mestring og deltagelse?

Deltagelse på livets mange arenaer er av sentral betydning for mennesker psykiske helse og trivsel, enten det dreier seg om skole, arbeidsliv eller nærmiljø. Det å stå utenfor skole, arbeids- og samfunnsliv gir dårlige kår for helse og trivsel. Kunnskap om ulike barrierer for deltagelse anbefales som et utgangspunkt for tiltak og innsatser som har som mål å understøtte befolkningens psykiske helse og trivsel.

Psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om å bruke kunnskapen om menneskers omgivelser og på hvilken måte de bidrar til eller er til hinder for psykisk helse og trivsel, med et særlig fokus på mestring, og så bruke denne kunnskapen i samfunnsplanleggingen. Dette er et område med stort potensiale for videreutvikling, både i det nasjonale tverrsektorielle folkehelsearbeidet og i lokalt folkehelsearbeid iht. folkehelseloven.

Kunnskap

Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet har flere kunnskapsutfordringer. En oppgave er å identifisere og systematisere kunnskapen og sette den inn i en folkehelsesammenheng. Det er også behov for å identifisere kunnskapshull og stimulere til forskning. Helsedirektoratet tar en aktiv rolle i sammenstilling av kunnskap. I løpet av de neste årene vil det komme en rekke kunnskapsrapporter om psykisk helse og trivsel, sosial støtte og andre relevante tema. Helsedirektoratet anbefaler også økt oppmerksomhet til forskning som omhandler hvordan forhold på livets ulike arenaer påvirker psykisk helse og trivsel.

Feltet vil styrkes jo mer kunnskap vi får om evaluerte tiltak på universelt nivå. Når dette er sagt, har vi likevel et tilstrekkelig

⁹ Det vil si 'wellbeing'

kunnskapsgrunnlag til å handle på en rekke områder hvor det er sannsynlig at tiltakene vil ha god effekt på befolkningens psykiske helse og trivsel, de er i tråd med målene andre sektorer har, og det er liten grunn til å tro at disse vil ha uforutsette negative konsekvenser.

Skape en samfunnsutvikling for psykisk helse og trivsel

Fremtidens visjon for psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet kan i likhet med utviklingen i England sette 'wellbeing' som målet for samfunnsutviklingen. Dette innebærer et skift fra sykdomsfokus til trivsel, og med en grunnleggende anerkjennelse av betydningen sosiale og sosioøkonomiske miljøfaktorer har for å skape en samfunnsutvikling for helse og trivsel.

7. HELSEFREMMEDE NÆRMILJØUTVIKLING

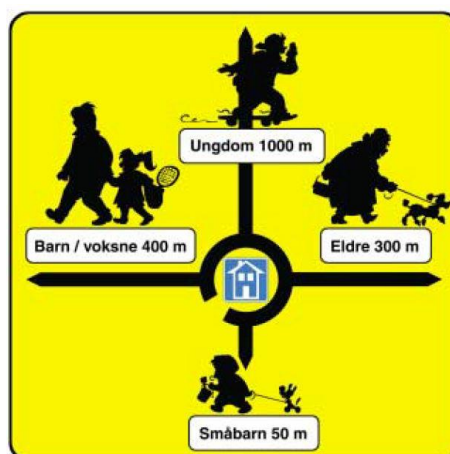
7.1 Hvorfor nærmiljø i folkehelsearbeid?

Norge står ovenfor en rask befolkningsvekst i bysentra og tettbygde strøk. Dette krever nye planmessige grep. For Helsedirektoratet er det viktig at den nye stedsutviklingen ikke kun består av kvantitative mål om vekst, men at kvaliteter ved nærmiljø vektlegges. Utviklingen vil gi utfordringer, men også muligheter til å forme gode og helsefremmende nærmiljøer.

Nærmiljøet er en viktig gjennomføringsarena i folkehelsearbeidet. Nærmiljøet består av et fysisk rom som omfatter boligområder, parker, plasser, vegger, gater, lekeplasser, natur- og friområder og kulturlandskap, og inkluderer institusjoner som barnehager, skoler og sykehjem. Nærmiljøet består også av et psykososialt rom, blant annet knyttet til opplevelse av trygghet, sosiale møteplasser og ved at estetisk kvalitet kan påvirke folks trivsel og følelse av stolthet og identitetstilknytning. Hva som i praksis fungerer som nærmiljø vil være avhengig av individets aksjonsradius. Barn, unge, eldre har ulik aksjonsradius og nærmiljøet er særlig viktig hvis aksjonsradius er begrenset for eksempel ved funksjonsnedsettelse.

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) består sunne byer av et fysisk miljø som fremmer helse, rekreasjon, trygghet, sosiale

møteplasser, god tilgjengelighet, stolthet og kulturell identitet (47). Utforming av utemiljøer, bygg og offentlig rom har betydning for tilgjengelighet, fysisk aktivitet, trygghet og sikkerhet, psykisk helse og deltakelse i sosiale aktiviteter (48;49).



Figur 6: Figuren viser hvor stor aksjonsradius personer i ulike aldersgrupper har. Figuren er basert på tall fra "Planlegging av grønnsstruktur i byer og tettsteder", Direktoratet for naturforvaltning 6-1994.

Områdeløft i norske storbyer har vært et nødvendig virkemiddel for å reparere levekårsutsatte nærmiljøer. Fysisk degenerering av nærmiljø er nært forbundet med sosiale problemer. Strukturelle tiltak for å legge de fysiske forhold i nære omgivelser til rette for fysisk utfoldelse for alle har potensial til å redusere sosial ulikhet i helse (1).

Kartlegginger viser at en større andel av dem med lang utdanning er mer fysisk aktive enn

personer med kort utdanning (50). En studie fra Storbritannia viser at nærmiljøet har betydning for menneskers livssjanser ved at tilgang til grøntområder gir lavere sosial ulikhet i helse. Grøntområder stimulerer til fysisk aktivitet og kan virke stressreducerende, som igjen reduserer dødelighet (51).

Fysisk tilrettelegging i nærmiljøet vil også bidra til å forebygge ulykker. For personer under 45 år er ulykker den største dødsårsaken. Personskadedata 2013 viser at «bolig, boligområde» er vanligste skadested for innrapporterte skader (6), og utforming av trygge nærmiljø vil derfor være viktig.

Helsevennlighet kan i flere situasjoner komme i konflikt med andre hensyn i byplanlegging. Det engelske National Institute of Clinical Excellence (NICE) konkluderer blant annet med at strukturelle faktorer som fremmer fysisk aktivitet kan være å begrense biltrafikk og hindre utbygging i parker og grøntområder (52). For å skape bærekraftige nærmiljøer vil det til tider være nødvendig å ta upopulære avgjørelser.

7.2 Kvaliteter i helsefremmende nærmiljøer

Plan- og bygningsloven er et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet. I evalueringen av regionalt og lokalt folkehelsearbeid skriver Helgesen og Hofstad (2012) at folkehelse temaer kan styrkes i kommunenes planprosesser dersom temaenes fysiske relevans tydeliggjøres (14).

Tilgjengelighet, deltakelse og universell utforming

Fordi barn, eldre og personer med nedsatt funksjonsevne ofte har en mindre aksjonsradius enn andre, bør service- og aktivitetstilbud lokaliseres i nærheten av boområder. Et nærmiljø som tilrettelegger for

sosiale møteplasser som stimulerer hverdagslig kontakt kan påvirke psykisk helse positivt. De fysiske kvalitetene i nærmiljøet kan innvirke på menneskers grad av isolasjon eller integrasjon. En svensk kunnskapssamling om det bygde miljøets påvirkning på fysisk aktivitet viser at mennesker som er sosialt isolert har to til fem ganger høyere risiko for tidlig død (53). Faktorer som er viktig for deltakelse i nærmiljøet er en følelse av trygghet og mestring, sosial inkludering og identifisering med nærmiljøet. Nærmiljøutvikling som fremmer utjevning av levekårsforskjeller er viktig i folkehelsearbeidet.

Forekomst av vegtrafikk og industri vil kunne påføre nærmiljøet belastninger i form av støy, vibrasjoner, luftforurensning, stråling og ubehagelig lukt. Det har vært en jevn økning av forekomsten av astma og allergi de siste 40 årene. Spesielt bekymringsfullt er den sterke økningen blant barn og unge. Pollen kan føre til store problemer for allergikere og astmatikere. Beplantning av allergifremkallende vekster i nærmiljøet bør derfor unngås. Urbane områder med raskt voksende bomiljøer med dårlige fysiske kvaliteter og mangel på lett tilgjengelige og uformelle sosiale møteplasser, kan være til hinder for utvikling og vedlikehold av et stimulerende nærmiljø.

Kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern er nedfelt i kapittel 3 i folkehelse loven. Kartlegginger av kommunenes innsats innen miljørettet helsevern har avdekket mangler både når det gjelder kompetanse og kapasitet. Miljørettet helsevern har tradisjonelt ivaretatt kommunens plikt til å ha oversikt over ulike miljøfaktorer i kommunen. Det er viktig at denne kunnskapen nå settes inn i et systematisk folkehelsearbeid med forankring i kommunalt planarbeid i henhold til folkehelse loven.

Infrastruktur for aktiv transport

Sterk vekst i personbiltrafikken de siste tiårene belaster miljø og klima, og følgelig også befolkningens helse. I tillegg til luftforurensing og støy kan trafikken redusere steds kvalitet og legge beslag på arealer i byer og tettsteder. Dette begrenser også mulighetene for aktivitet. I London har myndighetene erkjent betydningen av aktiv transport for helse. Derfor er helse tatt inn som hovedmål i hovedstadens handlingsplan for transport i 2014-2017. Gjennom planen og en bevilgning på fire milliarder britiske pund skal offentlige steder, luftkvalitet, og gang- og sykkelveinett forbedres for å fremme helse. Bakgrunnen for dette er en stor samfunnsøkonomisk og helsemessig gevinst i form av økt fysisk aktivitet, renere luft, støyreduksjon, færre trafikkuulykker, mindre stress og mer kontakt mellom naboer (54). I mai ble Kongsberg tildelt Statens pris for attraktivt sted 2014. En del av begrunnelsen for utnevnelsen er at kommunen har valgt en byutviklingsstrategi som de har kalt «Kompaktbyen», som blant annet skal bidra til levende sentrumsutvikling, mindre bilisme, og mer aktiv transport (55). Det europeiske FN-programmet THE PEP (Transport, Health and Environment Pan-European Programme) anerkjente nylig betydningen av helhetlig planlegging. I Paris-deklarasjonen 2014, som Norge har sluttet seg til, ble avtalen supplert med et nytt hovedmål om at transport-, helse- og miljøvurderinger skal inkluderes i helhetlig by- og arealplanlegging (56).

Reisevaneundersøkelsen fra 2009 viser at nesten halvparten av bilførerreisene i Norge var under 5 km (57). I tråd med Klimaforliket har norske transportmyndigheter et mål om at vekst i persontransport i de største byområdene skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange. Nasjonal gå- og sykkelstrategi har som mål å bidra til flere gående og syklende. I dag er sykkelandelen på kun 4 %. Målet er en dobling. Infrastrukturentiltak som

gang- og sykkelveger, stier og løyper, og trygge krysningspunkter er viktige virkemidler. Tiltak for å begrense personbiltrafikk vil også være nødvendig der det eksisterer alternativer (49).

Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet på veg (2014-2017) sier at nesten 30 prosent av dødsulykkene i perioden 2005-2012 er relatert til faktorer knyttet til veg- og vegmiljø. Gående og syklende har i dag høyere risiko for å bli drept eller hardt skadd per km sammenliknet med de som kjører bil. For å nå mål om flere gående og syklende må det tilrettelegges for trygg infrastruktur. Et viktig tiltak er å bygge separate anlegg for trafikkgruppene (58). Nasjonal Transportplan (2014-2023) er tydelig når det gjelder prioritering av kollektivtransport, sykkel og gange, og skisserer mulighet for innføring av restriktive tiltak mot privatbilismen (59). Dette kan være å senke fartsgrenser, bygge fartsdumper, innføre rushtids- og piggdekkavgift, begrense parkeringsplasser, tilrettelegge for bilkollektiver.

Det bør være et prinsipp at boligbygging og utvikling av nye nærmiljøer skjer rundt kollektivknutepunkt. Disse knutepunktene må være forbundet med et omfattende og sammenhengende gang- og sykkelvegnett som gjør personbilen overflødig. Både kollektivtrafikk og aktiv transport bidrar til økt fysisk aktivitet og bedre bomiljø. Syklister, gående og brukere av andre transportformer som innebærer fysisk aktivitet bør gis høyest prioritet i utvikling og vedlikehold av infrastruktur.

Sunne og grønne nærmiljøer

Generelt er mennesker mer aktive dersom parker, grøntområder, anlegg for rekreasjon og mosjon, kollektivtransport og viktige målepunkter som skoler og butikker ligger i nærheten av hjemmet eller arbeidsplassen (49). Eksempler viser at rask befolkningsvekst,

urbanisering og fortetting fører til en reduksjon av rekreasjonsareal og nærturterreng. Rom for bevegelse bør være prioritert i nærmiljøutvikling. Dette innebærer at friluftsområder i nærmiljøet må prioriteres og nedbygging av lokale «100-meterskoger» forhindres. Offentlig rom bør stimulere til aktivitet gjennom gang- og sykkelvegnett, turstier, joggeløyper, skiløyper, utendørs treningsapparater eller kreativt design av offentlige steder. Det er ikke kun kvantiteten av stier, fortau og grøntområder som har betydning for aktivitet, men kvaliteten på disse. Barnehage- og skolegårder er gjerne en del av folks nærmiljø. Det er viktig at barn har skolegårder som inviterer til utfoldelse i skoletiden, men også på fritiden. Uteområdet skal ikke være for ensformig, men utfordre barns fysiske og kognitive mestringsevne på en trygg måte.

Nye boligområder må ta slike hensyn gjennom planreguleringer i kommunene. Ifølge folkehelseloven skal vurdering av nærmiljøenes fysiske og sosiale miljøfaktorer inngå i en kartlegging av kommunens folkehelseutfordringer. Det er videre et behov for at alle friluftsområder i Norge kartlegges og verdsettes. Ordningen med statlig sikring og tilrettelegging av særlig viktige friluftsområder bør videreføres. Ifølge Folkehelsemeldingen er det ofte lite grunnlag for forvaltningen til å vurdere friluftslivsverdiene for de enkelte områdene i plan- og arealforvaltningssaker, og det er et behov for å styrke kunnskapen hos kommunale, regionale og statlige planmyndigheter om naturmangfoldets verdi for folkehelse (3).

Trygge omgivelser

Utforming av lokalmiljøer spiller en stor rolle for folks reelle og oppfattede trygghet. Dette er en forutsetning for folks fysiske og psykiske helse, trivsel og livskvalitet. Frykt for skader, ulykker, vold og kriminalitet kan være

barrierer mot å bevege seg i nærmiljøet. Følelse av trygghet påvirker derfor deltakelse i utendørs aktiviteter og omvendt. Levende rom føles trygge, mens folketomme og mørke rom kjennes utrygge. Mange ulykker skjer i folks hjem og nærmiljø (60). Kommunene skal i dag ha oversikt over skader og ulykker lokalt, med faglige vurderinger av årsaker og konsekvenser. Eksempler på effektive forebyggende tiltak i nærmiljøet er belyste og strødde gang- og sykkelveier, trafikkregulering, sikring av skoleveier og forskriftsmessig utforming av lekeplasser.

Mulighet for aktivitet og bevegelse blant eldre kan blant annet forebygge hoftebrudd. Både den reelle og oppfattede opplevelsen av trygghet og sikkerhet er avhengig av en kombinasjon av tiltak. Modellen «Trygge lokalsamfunn», basert på WHO's modell «Safe Communities», viser nettopp til at samarbeid på tvers av sektorer lokalt er en viktig faktor for å lykkes i å forebygge (61). Trygge og sikre nærmiljøer gir en mer aktiv befolkning med bedre helse, og en velferdsgevinst. Eksempelvis har en studie ved Høgskolen i Oslo og Akershus beregnet at total ressursbruk ett år etter et hoftebrudd for eldre over 70 år er gjennomsnittlig 562.000 kroner. Vel 50 % av disse kostnadene dekkes av kommunen (62).

Systematisk arbeid med forebygging er en viktig del av det lokale folkehelsearbeidet, og kan hindre store individuelle lidelser og gi en samfunnsøkonomisk gevinst. Flere lokalsamfunn er i dag flinke til å samle informasjon om skader og ulykker for så å iverksette målrettede tiltak. En økt satsing på registrering av skader og ulykker i primærhelsetjenesten, og gjennom Norsk pasientregister (NPR) i spesialisthelsetjenesten vil være et viktig grunnlag for forebygging og for å skape trygge nærmiljøer.

7.3 Kompetanseutvikling

For å utvikle kunnskap om sammenhenger mellom folkehelse og ulike faktorer i nærmiljøet, samt å bidra til lokal kompetansebygging, er det initiert et utprøvningsarbeid for kunnskapsbygging om sammenhenger mellom folkehelse og faktorer i nærmiljøet. Helsedirektoratet har samarbeidet med 25 kommuner, fem fylkeskommuner og fire universiteter og høyskoler. Kunnskapen om hvordan samfunns- og arealplanlegging kan bidra til å ivareta gode bo- og nærmiljøer med sosiale møteplasser, gode oppvekstmiljøer, grøntstruktur, natur- og friområder, sosial integrering, økt livskvalitet og deltakelse står sentralt i utprøvningsarbeidet.

Det er fortsatt ønskelig å arbeide for kunnskaps- og kompetansebygging, i regi av høyskoler og universiteter, som kan bidra til å fremme nærmiljøkvaliteter som god helse og trivsel. Basert på kunnskap og erfaring med nærmiljøutvikling bør det utvikles en tydelig metodikk for arbeidet med nærmiljøutvikling i et folkehelseperspektiv i kommuner og på statlig nivå. Videre bør det arbeides for at folkehelseperspektivet i større grad tas inn i studieløp, blant annet for å skolere fremtidige planarbeidere i folkehelse. På kommunetorget.no er det utarbeidet en veileder i hvordan fremme folkehelse i planprosessene.

7.4 Samarbeid for helsefremmende nærmiljøutvikling

Helsefremmende nærmiljøutvikling fordrer tverrsektorielt samarbeid. Som ledd i effektivisering og forenkling bør det undersøkes hvordan en mer varig tverrsektoriell satsing på departements- og direktoratsnivå kan erstatte ulike etaters prosjektbaserte innsats på nærmiljøutvikling. Ut fra felles mål kan sektorene sammen og

hver for seg bidra. Dette krever samarbeid mellom stat, fylkeskommune og kommune. I dag kan forvaltningsnivå og kommunegrenser hindre en hensiktsmessig arealutvikling og komplisere blant annet utviklingen av gode transportløsninger. Det er nødvendig å utvikle virkemidler som kan fasilitere utvikling på tvers av kommune- og fylkesgrenser.

Det er behov for mer samordning av regelverksutvikling, informasjonskampanjer og den statlige kommunikasjonen til kommuner og fylkeskommuner om helsefremmende nærmiljøutvikling. Kommunesektorens organisasjon (KS) bør inviteres til et tett samarbeid.

Medvirkning fra lokalbefolkning og lokale aktører er en forutsetning for å identifisere faktorer som fremmer eller hemmer folkehelse i nærmiljøet. For å skape en vedvarende og bærekraftig nærmiljøutvikling er det nødvendig å bruke og videreutvikle de lokale ressursene. Dette kan være frivillige organisasjoner, lokalt næringsliv, private grunneiere, utbyggere, kompetansemiljøer, velforeninger, skoler eller lokale partigrupper. Lokale aktører sitter ofte med den beste kunnskapen og må ha medvirkning og føle eierskap til prosessene. På den måten kan en skape en overskridende dugnad mellom offentlige, private og frivillige aktører. Dette kan være frivillig avtaler som forplikter privat næringsliv og frivillige organisasjoner til å fremme folkehelse gjennom ansvaret som arbeidsgivere, samfunnsaktører og gjennom kommersielle aktiviteter.

8. EN GOD OPPVEKST MED LIKE MULIGHETER

8.1 En god barndom varer livet ut...

En helhetlig og langsiktig satsing for bedre folkehelse må starte tidlig med tyngdepunktet rettet mot barn, unge og foreldre/familien. Barndommen er den fasen i livet der utvikling av egenskaper hos individet har størst elastisitet. Der man tidligere så barndom som en ventetid før voksenlivet, anerkjenner man i dag barn og unges kompetanse og rett til å delta i samfunnet. Barn og unges sosiale, kognitive og emosjonelle ferdigheter er viktige for deres helse og trivsel. Den kompetanse de besitter er viktig for samfunnsutviklingen både lokalt og nasjonalt. Samtidig med at barn ses som selvstendige individer, er barna helt avhengig av den oppfølgingen de får fra foreldre og andre i deres nære omgivelser. I barne- og ungdomstiden utvikler vi oss, etablerer våre levevaner og, langt på vei, staker ut kursen for resten av livsløpet.

En god oppvekst bidrar til å styrke barns mestringsressurser, slik at de kan hente frem egne ferdigheter til å utfolde seg og delta aktivt i skole og fritids- og nærmiljø. En god barndom er viktig for hvert enkelt barn, familien, deres nære omgivelser og for hele samfunnet.

Gode barneliv er viktig i seg selv. Samtidig vil barndom og ungdomstid med stor grad av livsutfoldelse, sunne levevaner, læring og følelse av mestring gi selvtillit og robusthet mot utfordringer senere i livet. Dette legger også grunnlaget for helsen i resten av livet.

En god barndom kan beskrives som en tilværelse preget av trygg og stabil tilknytning til omsorgspersoner, gode voksenmodeller og velfungerende barnehage, skole og nærmiljø. For at barn og unge skal oppleve mestring og bygge ressurser er det viktig å utvikle deres selvfølelse og egenverd, og spesielt følelsen av å kunne mestre hverdagslivets utfordringer og problemer.

Det er viktig for barnas levekår og oppvekst at de opplever tillit og trygghet fra foreldrene. Stabil og trygg familietilknytning er en sentral forutsetning for harmonisk vekst og trivsel. Ca. 25 000 barn opplever hvert år at foreldre skilles eller gjennomgår samboerbrudd. Et nytt trekk er at skilsmisser i økende grad skjer i familier med lavere sosioøkonomisk posisjon. Utdanningsforskjellene i familieoppløsning er større i Norge enn i flere andre land. Opplevelsen av familiekonflikt og/eller familieoppløsning i barndommen kan påvirke levekårene negativt i et livsløpsperspektiv (63). Et godt samspill mellom foreldre og barn minsker risikoen for et stort antall helseproblemer, blant annet ulike former for psykisk uhelse og risikofylte livsstilmønstre hos barna gjennom hele livet. Et godt og fortrolig forhold mellom foreldre og barn fungerer som en beskyttelsesfaktor for barna, mens det motsatte kan bli en risikofaktor (64).

Foreldrestøtte

Foreldrestøtte kan handle om alt fra en møteplass for familier til foreldrekurs over tid. Behovet for støtte varierer under barns oppvekst, avhengig av barnets utvikling og foreldrenes omsorgskvalitet og hvilke hendelser som inntreffer i familien og i samfunnet. Barns relasjon til foreldre har stor betydning for både den psykiske og fysiske helsen gjennom hele livet. Et godt og fortrolig forhold mellom foreldre og barn fungerer som en beskyttelsesfaktor for barna, mens svakheter i hjemmemiljøet er en risikofaktor.

8.2 ...og dårlige levekår i barndommen kaster lange skygger

De fleste norske barn har det bra og har gjennomgående god helse. Men dårlig familieøkonomi og svekkede materielle levekår påvirker barn og unges hverdag og utvikling negativt. Dårlig familieinntekt kan bl.a. medføre ekskludering fra viktige sosiale arenaer og gi dårlige boforhold, som igjen kan bidra til utrygghet og påvirke barnas helse på sikt. Barnefattigdom innebærer for eksempel ofte at barn av økonomiske grunner opplever sosiale begrensninger og utestenging fra sosiale sammenhenger.

I perioden 2009-2011 levde 7,6 prosent av alle barn i Norge under EUs lavinntekstgrense, i følge Statistisk sentralbyrås inntektsstatistikk. Andelen barn som opplever langvarig inntektsfattigdom er fordoblet i tiårsperioden fra 1997-2009. Disse barna er ekstra sårbare bl.a. fordi de lett faller utenfor det aktive sosiale liv. Barn, unge og unge voksne i fattige familier har større risiko for helseproblemer (65).

Fattigdom finner vi særlig i husholdninger uten yrkesaktive; der forsørgere har kort eller ukjent utdanning; der hovedforsørger mottar sosialhjelp eller offentlige ytelser; i familier med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn; i husholdninger med mange barn; og blant enslige forsørgere (66;67).

Mens mindre enn 3 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 (SSB 2010).

En rapport Telemarksforskning utførte på oppdrag fra Røde kors viser at barn og unge som bor i familier med lav sosioøkonomisk posisjon, i langt større grad enn andre barn erfarer opphopning av negative livshendelser (68). De ulike livshendelser påvirker hverandre negativt. For eksempel vil et barn som bor i en familie der foreldrene mottar offentlig inntektsstønad og ikke er i lønnet arbeid, være langt mer fattigdomsutsatt enn andre barn. Dette øker risikoen for dårlige boforhold. De samme barna vil også oppleve langt større helseproblemer hos foreldrene enn andre barn. Dette kan igjen påvirke barnets egen helse, som i sin tur kan virke inn på barnets skolegang.

Barn i lavinntektsfamilier bor ofte dårligere og trangere enn andre, og de bor sjeldnere i en bolig som familien selv eier. De fleste barnefamilier i Norge, også lavinntektsfamilier, eier likevel egen bolig. Det er en liten gruppe barnefamilier som leier bolig, og en forholdsvis liten gruppe av disse igjen som leier av kommunen. Barnefamilier som bor i kommunale utleieboliger, har i gjennomsnitt en betraktelig dårligere bostandard enn andre lavinntektsfamilier som bor i en bolig de selv eier (69;70). Det er uheldig for barn å bo i midlertidige botilbud som asylmottak, krisesentre osv.

Høgskolen i Oslo og Akershus sin kunnskapsoversikt om sosiale helseforskjeller påpeker at kontantstøtteordningen bidrar til å gi mange barn en ulempe ved skolestart, ved at barna går glipp av mye sosial, språklig og kognitiv læring som de ellers kunne fått i barnehagen (1). Dette er ekstra uheldig fordi det gjerne er de som kunne trenge denne læringen mest som går glipp av den. Foreldre med innvandrerbakgrunn, kort utdanning og inntekt er de hyppigste brukerne av kontantstøtten. Det er behov for å vurdere hvordan økonomiske støtteordninger kan bidra til å redusere sosial ulikhet i barnehagebruk.

Det bør utvikles muligheter til deltakelse i et aktivt og mangfoldig fritidsmiljø til alle barn og ungdommer, ikke avhengig av foreldrenes økonomiske evne og stimulering for å tilrettelegge for gode møteplasser. Frivillige organisasjoner må gis rammevilkår slik at de blir en enda tydeligere møteplass for inkludering av alle barn og unge.

8.3 En ungdomstid med mange krav

Ungdatarapporten *Nasjonale resultater 2010-2012* gir et sjeldent innblikk i en aldersgruppe vi vet relativt lite om, men som står i en nøkkelposisjon i forhold til helse og levekår resten av livet (29). Rapporten viser at de fleste ungdommer i Norge er fornøyd med både foreldre, venner og lokalmiljø. Norge ligger helt i toppen når det gjelder nedgangen i røyking, dette skyldes både at flere slutter og ikke minst at ungdom lar være å begynne. Denne trenden må vi forsterke for at vi skal nå målet om en tobakksfri generasjon.

Likevel er ungdoms psykiske helse en større grunn til bekymring enn mangelen på fysisk aktivitet, i følge Ungdata-rapporten. Mange unge sliter med psykiske helseplager. Det er et stort antall unge som opplever stress og slit i hverdagen, de har søvn-problemer, føler

håpløshet og har dårlig selvbilde, og over 10 prosent sliter med et høyt nivå av depressive symptomer. Blant de viktigste risikofaktorene for dårlig psykisk helse finner forskerne forhold som har med oppvekstmiljø å gjøre. Mobbing og manglende mestring i skolen er blant de mest alvorlige risikofaktorene.

Det er til enhver tid en balanse mellom risikofaktorer som øker sannsynligheten for at barn og unge utvikler psykiske vansker, og beskyttelsesfaktorer som fremmer utviklingen av god psykisk helse. Faktorer som har vist seg å beskytte mot utvikling av psykiske vansker er blant annet stabil bostasjon og et trygt oppvekstmiljø, god sosial støtte fra familie og venner, støttende lærere og medelever og egenskaper hos barnet selv.

Nett og sosiale medier er sentrale handlingsarenaer for ungdom, og internasjonal forskning viser at helsefremmende og forebyggende tjenester på nett og mobile enheter er gode verktøy som ungdom bruker for å ta grep om egne liv. Digitale helsearenaer er viktige for unge brukere fordi de er gratis og lett tilgjengelige. Brukeren kan være anonym slik at det er lettere å ta opp vanskelige og tabubelagte helsespørsmål. De gir ungdom stor grad av kontroll og mulighet for egen læring - og de fungerer som en sentral innfallsport til lokale helsetjenester. Forskningen viser at slike tjenester er særlig viktige for unge gutter og unge som sliter med psykiske problemer (71-74). Fremover bør vi satse på at e-helsedialog arenaer samordnes og koordineres på tvers av direktorater.

8.4 Et utdanningsløp som inkluderer flere

Det er en sammenheng mellom utdanning og helse, men årsaksforholdene er sammensatte (75). Utdanningen påvirker levekår i bred forstand og derfor hvilke helsefremmende og

helsebelastende omstendigheter en utsettes for. Mange levekårsforhold varierer med utdanning: materiell levestandard, arbeidsforhold, levevaner og psykologiske belastninger. Utdanning påvirker også personlig og psykologiske egenskaper, som igjen vil ha helsemessige konsekvenser (Mæland 2009 og 2010).

Ifølge HiOAs kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse ser det ut til at sosioøkonomiske forskjeller i prestasjoner øker i løpet av grunnskoleopplæringen i Norge. Familiebakgrunn forklarer nesten en tredel av karakterforskjellene mellom elever på grunnskolenivå, men tendensen forsterkes i den videregående skolen. På skoler hvor læringsmiljøet blir oppfattet mer positivt finner man mindre utslag av foreldrenes utdanningsnivå på elevenes prestasjonsutvikling sammenlignet med skoler med dårligere læringsmiljø.

Barnehagens og skolens miljø påvirker barnas livskvalitet og bør derfor være utformet slik at det fremmer utfoldelse, mestring og deltakelse (26). Barnehager av høy kvalitet kjennetegnes av at de har små barnegrupper og voksenpersonell som er tilstrekkelig og godt utdannet, personlig egnet og stabilt. Voksenpersonellet bør også ha lett tilgang til tverrfaglig team samt veiledning fra andre tjenester (helsestasjon, PPT, barnevern, kommunepsykolog) og annet som har betydning for barns oppvekst.

Skolen er en viktig arena for læring, for å etablere sosiale relasjoner og for utvikling av selvfølelse og selvtillit. Dette er igjen grunnleggende forutsetninger for motivasjon, opplevelse av mestring og troen på egne evner til å gjennomføre en utdanning (Elstad 2008). Skolearenaen får økende betydning for barn og unges helse, trivsel og læring utover i tenårene (75).

En skole hvor elever opplever utrygghet i møte med lærer, mobbing og mestringsproblemer utgjør en helserisiko. Flere undersøkelser viser at det å oppleve skolemiljøet som belastende eller stressende er blant de mest alvorlige risikofaktorene for ungdoms psykiske helse (76). Det er klare sammenhenger mellom psykiske og kroppslige plager og sosial utstøting, mangel på sosial støtte, mobbing og en opplevelse av å mislykkes i forhold til de voksnes og skolens krav (41). Dette er spesielt uheldig med tanke på å bygge sosiale relasjoner og oppleve trygghet i oppveksten.

At mellom 25-30 prosent av unge ikke gjennomfører videregående opplæring innen fem år er en stor folkehelseutfordring (77). Personer uten videregående opplæring har lavere inntekt, svakere arbeidsmarkedstilknytning, større sannsynlighet for bruk av offentlige trygde- og stønadsordninger og økt sannsynlighet for kriminalitet og svak helse. Sannsynligheten for å være registrert som arbeidssøker hos NAV og for å motta offentlig støtte er også mye høyere i denne gruppen enn i andre utdanningsgrupper (1).

Årsaker til frafall i utdanningen kan spores tilbake til forhold i tidlig barndom, inkludering i barnehager av god kvalitet og mulighet til utvikling av sosiale, emosjonelle, fysiske og språklige ferdigheter i barneår. Studier har dokumentert klare sammenhenger mellom tilfredshet med livet og trivsel på skolen og elevenes prestasjoner.

Forskning viser at det både er forhold i og utenfor skolen som har betydning for om elever fullfører videregående opplæring. Noen faktorer viser seg å være av særlig betydning for om elever fullfører sin utdanning (78):

- Lang utdanning blant foreldrene spiller positivt inn på gjennomstrømmingen.

- Kjønn viser seg også å gi seg utslag på gjennomføringsevnen (flere jenter gjennomfører enn gutter).
- Det at man begynner på videregående skole direkte etter ungdomskolen virket markant positivt inn på gjennomføringsgrad i videregående opplæring.
- Forholdet mellom grunnskolepoeng og gjennomstrømning er også entydig. De elever som har høyest antall poeng fullfører i større grad enn de med lavt antall poeng.

Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og å oppleve mestring. I arbeidet med å øke andelen som gjennomfører videregående opplæring er det viktig å ta utgangspunkt i utdanningssektorens behov for bidrag fra helsesektoren. Samfunnsmandatene til begge sektorene omhandler målet om enkeltindividets gode liv, livsmestring og livskvalitet. Økt samarbeid mellom utdanningssektor og helsesektor omkring tidlig innsats på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå vil være av betydning for å øke andelen elever som gjennomfører videregående opplæring. Kjennskap til hverandres ansvarsområde, oppgaver og grenseflater er viktig å bli bevisst for å få til godt samarbeid i praksis med og rundt elever i barnehage, grunnskole og videregående opplæring.

Innsats for å redusere frafall i utdanningen må ta utgangspunkt i et livsløpsperspektiv, fra tidlig barndom til innsats rettet mot de som er i ferd med å droppe ut. Sosial, kognitiv, emosjonell og fysisk utvikling hos barn og unge må være et felles løft i barnehage, skole, nærmiljø og tjenester som jobber inn mot barn og familier.

Tiltak i barnehage og i tidlig grunnskole bør ikke minst rettes mot å fremme språkferdigheter, og grunnleggende kognitive ferdigheter, og utjevne sosiale forskjeller. Forskning som er gjort på tilbud om gratis kjernetid i barnehage for barn i noen bydeler i Oslo, viser to klare positive resultater: Når kjernetid er gratis og bydelene jobber aktivt for å få barn til å starte, rekrutteres flere med innvandrerbakgrunn til barnehagen. Forskerne finner at barna med innvandrerbakgrunn i bydeler med tilbud om gratis kjernetid presterer bedre på kartleggingsprøver i første klasse. Funnene viser størst effekt for jenter (79). Styrking av leseferdigheter og leselyst pekes det på som spesielt sentralt for å utvikle språkferdighetene. Egne foreldrestøttende tiltak overfor familier som har dårlige forutsetninger for å hjelpe barna med skolearbeidet kan vurderes (78).

Årsaker til skolefravall kan også ses i et sosialt fordelingsperspektiv. HiOAs kunnskapsoversikt (1) anbefaler at reformer og tiltak i skolen i sterkere grad må vurderes i et utjevningperspektiv. Eksempler på tiltak som løftes frem er reelt tilpasset opplæring og gjennomgående spesialundervisning i ordinære klasser. Økning av antall læreplaner og en permanent ordning med praksisbrev blir også anbefalt.

De systemiske forklaringer til stabiliteten i andelen av elever som ikke gjennomfører videregående opplæring peker på at de nye undervisningsformene, med mindre struktur og mer selvstendighet i skolearbeidet, kan bidra til økende forskjeller.

Både internasjonal og norsk forskning konkluderer med at tiltakene som viser seg å virke best er «sammensatte» tiltakspakker snarere enn enkelttiltak.

8.5 Levevaner etableres tidlig i livet

Ved å legge til rette for og stimulere til sunne levevaner i barnehager, skoler og nærmiljø, kan samfunnet bidra til å motvirke at sosiale forskjeller i levevaner reproduseres. Det er godt dokumentert at barn og unge fra hjem med lav sosioøkonomisk status rapporterer lavere inntak av frukt og grønnsaker og høyere forbruk av godteri og sukkerholdig drikke, enn de med høyere sosioøkonomisk status (80).

Spisevaner etableres ofte tidlig i livet og har en tendens til å vedvare. Siden matservering i barnehage og skole øker i omfang, har både ansvaret og mulighetsrommet for å påvirke spisevaner i positiv retning økt.

Helsedirektoratets skolemåltidskartlegging i 2013 viser at nesten 70 prosent av skolefritidsordningene daglig tilbereder et måltid for elevene etter skoletid.

Barnehagekartleggingen fra 2011 viser at over 80 prosent av barnehagene serverer lunsj og at rundt halvparten tilbyr varm mat minst en dag i uken.

Ifølge Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. bør måltidets sosiale funksjon ivaretas ved at det er fysisk tilrettelagt for spising og avsatt tilstrekkelig tid til at trivsel oppnås. Det er derfor en stor utfordring at alt for få grunnskoler i Norge legger til rette for at elevene skal få de anbefalte minimum 20 minutter til å spise. Skolemåltidskartleggingen viser at bare 40 prosent av skolene gir elever på mellomtrinnet (5.-7. trinn) den anbefalte matpausen. For barnetrinnet (1.-4. trinn) er tilsvarende andel 55 prosent. Det er også en utfordring at bare i overkant av halvparten av rektorene i grunnskolen kjenner til helsemyndighetenes retningslinjer for skolemåltidet.

Basert på at barn og ungdom i Norge spiser for lite frukt og grønnsaker, og at andelen

elever i ungdomstrinnet uten medbrakt mat er økende, anbefalte en arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet at tilbud om gratis melk og frukt eller grønnsak innføres for hele grunnskolen (81). Videre anbefalte gruppen at det bør vurderes å utvide dette tilbudet til et komplett brødmåltid, som et minimum for ungdomstrinnet, alternativt for hele grunnskolen. Erfaringen med foreldrebetalte ordninger er at disse bidrar til å sementere sosiale forskjeller. Ut fra fordelingshensyn og hensynet til gratisprinsippet i grunnskolen, anbefalte gruppen at ordninger med egenbetaling for skolemat unngås. Arbeidsgruppen viser til at erfaringer fra offentlige utviklingsprosjekter tyder på at satsing på skolemåltid og kantine på ungdomstrinnet virker positivt for klasse- og skolemiljøet. Dette kan bidra at flere trives og færre opplever mobbing. Slike positive effekter av organiserte skolemåltider bekreftes blant annet av skoleledere i Vinje kommune, hvor alle elever i grunnskolen får gratis skolemat i organiserte former. Helsedirektoratet anbefaler en styrking av innsatsen for å etablere ikke-foreldrebetalte skolemåltidsordninger.

England innfører universell ordning med gratis skolemåltid for 5-7-åringer fra september 2014 på bakgrunn av undersøkelser som viser til positive effekter på helse og læring med en slik ordning (82). Også i Sverige og Finland, som har universelle gratis skolemåltidsmodeller, legges det vekt på måltidets betydning for læringsmiljøet.

Praktiske matlagingsferdigheter gjør barn i stand til å ta større medansvar for eget kosthold og styrker barns mestringsevne. Barn har stor appetitt for mat de har laget selv, gjerne mat de har fulgt fra jord til bord. Tiltak og undervisning som stimulerer barns nysgjerrighet rundt og kompetanse om mat, matlaging og kosthold kan ha langtidsvirkende effekt gjennom å bidra til utvikling av sunne

spisevaner. Kompetanse blant lærere som underviser i Mat og helse er derfor viktig. Det anslås at rundt en av tre lærere som underviser i Mat og helse på barnetrinnet ikke har faglig fordypning.

Matvarebransjen kan bidra til gode betingelser for sunne matvalg for barn blant annet gjennom å unnvære markedsføring av usunn mat og drikke til barn og å bruke hylleplassering bevisst.

Gode aktivitetsvaner etableres tidlig. Aktivitetsnivået synker gradvis fra seksåringene opp gjennom ungdomstiden (83). I aldersgruppen 15-17 år vurderes halvparten av alle ungdommer, omtrent 80 000 å oppfylle anbefalingene om i gjennomsnitt minst 60 minutter moderat fysisk aktivitet.

Helsedirektoratet har lansert nye anbefalinger for fysisk aktivitet for barn og unge. Anbefalingene om minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet av moderat eller høy intensitet gjelder fortsatt. I tillegg er det presisert at tre ganger i uken bør det legges til rette for aktiviteter med høy intensitet som gir økt muskelstyrke og som styrker skjelettet. Lek og fysisk aktivitet utover 60 minutter hver dag gir mer robuste og friskere barn. Nytt er også at tiden i ro bør begrenses så mye som mulig, og stykkes opp med mer aktive perioder av lett aktivitet. De nye anbefalingene bør få konsekvenser for hvordan vi planlegger for barn og unge.

De siste årenes forskning viser at daglig fysisk aktivitet i skolen har en positiv effekt på læring (84-86) Dette er viktige funn med tanke på å styrke undervisningen med fysisk aktivitet i skolen. En kartlegging av kompetansenivået blant norske lærere i 2011 viser at halvparten av de kvinnelige lærerne som underviser i kroppsøvfingsfaget i grunnskolen ikke har formell kompetanse i

kroppsøving, tilsvarende tall blant menn er tre av ti. Undersøkelsen viste at på første trinn mangler 58 prosent av lærerne fordypning i kroppsøving, sammenlignet med 30 prosent på tiende trinn (83).

Barnehager og skoler har et stort potensial i å styrke sine roller som aktører i folkehelsearbeidet ved å satse mer på mattilbudet og mulighetene for læring og trivselsfremmende arbeid som kan knyttes til måltidet, samt å integrere mer fysisk aktivitet. Følgende innsatsfaktorer kan bidra til dette:

- En time daglig fysisk aktivitet i barnehagen og skolen kan være et viktig bidrag for å investere i et godt læringsmiljø og robuste fremtidige arbeidstakere.
- Det må jobbes for å øke skolens kjennskap til retningslinjene for mat og måltider i skolen, og blant annet sikre at skoler tilbyr elevene minst 20 minutters spisepause.
- Maten som serveres i barnehager og skoler må være av god ernæringsmessig kvalitet. Råd og veiledning må formidles gjennom mange kanaler, blant annet i samarbeid med utdanningssektoren. SFO har et spesielt stort behov for veiledning knyttet til matserving.
- Det må satses på mat- og ernæringsfaglig kompetanse for ansatte som jobber med mat og måltider i barnehager og i SFO, samt for lærere som underviser i faget Mat og helse.

Internasjonal forskning viser at god handlingskompetanse og et positivt forhold til egen kropp og seksualitet er avgjørende for seksuell glede, for å utvikle en trygg seksuell identitet og sikrere seksuelle handlingsmønstre. Nøkkelbegreper er autonomi, mestring og råderett over kropp og seksualitet (87-91) Strategier for å fremme seksuell helse blant ungdom i Norge legger vekt på dette (92).

Ungdoms seksuelle liv har forandret seg ganske radikalt på få år og generelt har norsk ungdom god seksuell helse. Endrede seksuelle handlingsmønstre skaper imidlertid nye risikoområder som krever god handlingskompetanse. Ungdom møter seksualitetens uttrykksformer i nye handlingsrom, blant annet gjennom internett og sosiale medier (93;94). Internasjonal forskning viser tydelig sosial ulikhet i seksuell helse. I flere OECD land er for eksempel tenåringsgraviditet og tenåringsmødre vanlig og utgjør et sosialt fattigdomsfenomen, mens abort er mer utbredt blant unge kvinner under høyere utdanning (95;96). Trendene i Norge er annerledes og mer komplekse. Norsk forskning kan for eksempel tyde i retning av at abort er mer utbredt blant kvinner med kort utdanning, mens kvinner med lang utdanning oftere bruker nødprevensjon (97). Disse funnene viser sosial ulikhet i håndtering av uønsket graviditet på et tidlig stadium. Det å forebygge uønsket svangerskap er et mestrings- og ressursfenomen. Kunnskapsoppsummeringer og evalueringer peker på at Norge har et betydelig potensiale til å forebygge uønsket svangerskap og abort gjennom lettere tilgang til prevensjon (92).

Minoritetsgrupper har ofte mindre handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og muligheter for å hevde sin autonomi, og det er betydelig større skjevfordelinger i seksuell helse blant minoritets- enn i majoritetsbefolkningen.

Nordiske undersøkelser og kunnskapsoppsummeringer viser at kunnskap, kommunikasjons- og ferdighetstrening på området seksualitet og seksuell helse må skje i tide for at barn og ungdom kan ha handlings- og mestringsstrategier når det er aktuelt. Undersøkelsene fremhever spesielt at skoleundervisningen må være ferdighetsorientert og at opplæring må skje før barn og ungdom trenger den. Videre må

undervisningen være tydelig innrettet på å inkludere kjønns- og minoritetsperspektiver.

8.6 Samkjørte tjenester til barn og unge

Det er mange aktører i ulike sektorer som har ansvar for barn og unges velferd og helse. Det gjøres også en innsats fra frivillige aktører. Samarbeid på tvers av tjenester og sektorer kan være utfordrende, men nødvendig for å skape best mulig betingelser for en helsefremmende start i livet.

Det er viktig at samfunnet er godt nok rustet til å fange opp og ivareta barn/familier som trenger veiledning og oppfølging. For å sikre mer samordnet og helhetlige løsninger for barn, unge og foreldre/familien på alle nivåer i samfunnet, er det viktig å samarbeide og samkjøre satsinger og tiltak både mellom nasjonale aktører og organisasjoner. Det store krav til forpliktende samarbeid med god forankring i ledelsen (98).

På statlig nivå er det behov for å få en tydeligere strukturell forankring av det helsefremmende og forebyggende arbeidet knyttet til barn og unge. Det bør i større grad legges opp til at nasjonale, regionale og lokale aktører samarbeid og samkjører sine tiltak for å styrke sine forebyggende innsatser for barn og unge. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har i flere år prøvd ut samarbeidsmodeller. Samarbeidsmodellene bidrar til å hindre oppfølgingsbrudd av barn og unge det knyttes bekymring til.

8.7 Enda bedre helsestasjoner og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en tjeneste som når så å si hele barnepopulasjonen. Når disse tjenestene er til

stede og tilgjengelige, fungerer de som lavterskeltilbud der foreldre og barn kan få råd og veiledning. Det er viktig at de er tverrfaglig sammensatt og er tilpasset de lokale utfordringene.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten bør likevel ikke sammenslås med fastlegene. En sammenslåing vil bidra til å endre en befolkningsbasert helsetjeneste fra helsestasjonen til en individbasert helsetjeneste knyttet til fastlegens bestemte liste. Skolehelsetjenesten må være lokalisert på skolen som elevenes egen lovpålagte helsetjeneste. I tillegg til lovpålagte oppgaver har tjenesten en unik mulighet til å treffe barn og unge på deres arena, og bidra til at de får rask hjelp når noe er vanskelig.

I skolehelsetjenesten er dagens situasjon dessverre en tjeneste som kun tilbyr det aller mest nødvendige, med lange ventelister og liten mulighet til å være et reelt lavterskeltilbud til barn. I tillegg mangler tjenesten kompetanse på bl.a. vold og overgrep, psykisk helse og helseplager hos barn med fluktbakgrunn. Helsetilsynets tilsyn i 2013 med helsestasjon som viser at tjenesten i stor grad ikke gjennomføres etter gjeldende veileder (99).

Helsestasjon og skolehelsetjenesten kan bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller hvis tjenesten har riktig kapasitet og er lett tilgjengelig. Det er også mye som tyder på at skolehelsetjenesten kan spille en rolle i å forhindre at elever avbryter den videregående opplæringen (1).

Helsedirektoratet anbefalte i Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (100) en styrking av tjenesten med en tydeliggjøring av kravene til innhold i tjenesten. Dette er gjennomført blant annet gjennom ny forskrift og arbeidet med å utarbeide nasjonale retningslinjer for

helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Som en oppfølging av Folkehelsemeldingen i 2013 ble det bevilget 180 millioner kroner til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det viser seg at mange kommuner ikke har brukt disse frie midlene til styrking av tjenesten. Barneombudet anbefaler i sin rapport «Helse på barns premisser» at statlige myndigheter bør sette en rettslig minimumsnorm og øremerke ressurser til tjenesten.

Statens helsetilsyn har gjennom sine tilsyn avdekket at tjenesten mange steder ikke følger det anbefalte undersøkelsesprogrammet og at det er mangelfull styring av tjenesten. Det er derfor behov for en tydeliggjøring av tjenestens rolle og ansvar i nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten som er under utarbeidelse. For å få den ønskede styrkingen av tjenesten bør det vurderes nasjonale normtall for bemanning.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør i større grad arbeide systemrettet med de utfordringene som de avdekker hos barn og unge blant annet gjennom kommunalt planarbeid. Samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten må ha gode rutiner og være forpliktende for begge parter. En systematisering av samarbeidet mellom skole og tjenestene rundt barn og unge vil kunne gjøre tjenester mer tilgjengelige for elever, foresatte og ansatte på skoler.

9. FRIVILLIG SEKTOR

Frivillig sektor representerer en betydelig ressurs og bidrar til engasjement, meningsfulle aktiviteter og utfører viktige samfunnsoppgaver. Et rikt og mangfoldig organisasjonsliv er av stor betydning for demokrati, fellesskap og velferd. Frivilligheten er et fremtredende trekk i det norske samfunnet. Det er høy deltagelse i både organiserte og uorganiserte aktiviteter. Frivillighet er viktig som folkehelseressurs, og kan knyttes til blant annet livskvalitet, psykisk helse, friluftsliv og idrett, trivsel og aktivitet i nærmiljøene. Mennesker som deltar i frivillig arbeid ser ut til å ha bedre tilfredshet med livet og bedre mestringfølelse enn de som ikke deltar.

Frivillige organisasjoner blir gjerne omtalt som den tredje sektor, og kjennetegnes blant annet ved å ha formål som er allmenntilgode, og ved å være medlemsbaserte og demokratisk styrt. Frivillige organisasjoner er imidlertid ingen ensartet gruppe og representerer et mangfold av ulike tilnærminger til frivillig arbeid. Frivillighetens egenart og autonomi er sentralt, samtidig som frivillig sektor løser viktige samfunnsoppgaver og bidrar til å oppfylle samfunns mål (101).

De generelle virkemidlene for å stimulere til deltagelse i frivillige organisasjoner forvaltes av Kulturdepartementet. I tillegg finnes det spesielle formål med egne ordninger. Helse- og sosialtjenestereguleringen har blant annet ansvar for å forvalte tilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider rusmiddelforebyggende og til frivillige organisasjoner på HIV-feltet. Selv om hovedregelen er at styrkingen av rammebetingelsene for frivillige

organisasjoner følger den generelle frivillighetspolitikken, bør det vurderes å videreutvikle samspillet med frivillige organisasjoner på mer avgrensede oppgaver.

Veileder for samarbeid med frivillig sektor.

Kulturdepartementet koordinerer statlig frivillighetspolitikk. Denne rollen innebærer å styrke samhandlingen med sektorene og frivillig sektor, bidra til forenkling av tilskuddsordninger, og kunnskapsinnhenting og forskning. Departementet lanserte nylig veilederen «Forenkling av statlige tilskuddsordninger for barne- og ungdomsorganisasjoner» som et supplement til Finansdepartementets veileder «Om etablering og forvaltning av tilskuddsordninger i staten». Hensikten er å bedre vilkårene for frivillige organisasjoner ved at organisasjonene skal kunne bruke mindre tid på søknadsskriving og rapportering, og frigjøre ressurser til aktivitet. Veilederen er en oppfølging av en kartlegging av statlige tilskuddsordninger som barne- og ungdomsorganisasjoner kan søke på. Hovedbudskapet er at forvalteren bør se sin ordning i sammenheng med andre ordninger og ta forenklingens hensyn til mottakerne: færre og mer presise mål og rapporteringskrav, og mer ensartet praksis og begrepsbruk. Veilederen oppfordrer også til å bruke Frivillighetsregisteret (94).

Frivillig sektor som interessepolitisk aktør

Frivillige organisasjoner spiller en viktig rolle i demokratiet ved at de skaper og deltar i samfunnsdebatten om hvordan Norge bør utvikle seg fremover. Frivillig sektor har vært initiativtaker og pådriver for mange av de velferdsgodene vi tar for gitt. Dagens styringsregime med vekt på «samstyring» mellom offentlige, private og frivillige aktører, viser at aktørene er gjensidig avhengige av hverandre for å nå viktige samfunns mål.

Det finnes flere frivillige organisasjoner som deltar i den offentlige meningsbrytningen. Dette gjelder blant annet Norges idrettsforbund, Turistforeningen, Kreftforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Sunne kommuner og Folkehelseforeningen arrangerer hvert år i oktober Folkehelsekonferansen, som en viktig møteplass for folkehelsearbeid i Norge. Sammenlignet med miljøsakene, er det likevel få og lavrøstede frivillige organisasjoner til å løfte frem hensynet til befolkningens helse og fordelingen av helse.

For 10 år siden ble Actis etablert som en sammenslutning for ulike organisasjoner innen det rusforebyggende arbeidet. Som rusfeltets samarbeidsorgan er Actis en samfunns påvirkende innen ruspolitikk for å redusere skadene ved bruk av alkohol, narkotika og pengespill. Helsedirektoratet mener at det bør vurderes tiltak for å stimulere frivillige organisasjoner i rollen som interessepolitisk aktør på vegne av folkehelsesaken, gjerne med inspirasjon fra miljøbevegelsen, Actis og andre.

I tillegg til å stimulere rollen som interessepolitisk aktør, kan medvirkningsperspektivet styrkes. Frivillige aktører på folkehelseområdet kan i større grad tas med i policyutforming og planlegging som vel som i implementering av folkehelsepolitiske mål. På denne måten kan

frivilligheten bidra til å sette søkelys på tiltak som kan fremme folkehelse. Samarbeidet med frivillig sektor i utforming, planlegging og implementering av kampanjen Dine30 for økt fysisk aktivitet kan være et godt eksempel på mulighetene for samarbeid mellom det offentlige og frivilligheten.

Fremme samarbeid og nyskaping

Kommunenes ansvar for å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner er nedfelt i folkehelse-loven. Det meste av frivillig arbeid foregår lokalt, og kommunene kan trekke på mange ressurser for å styrke frivilligheten i lokalsamfunnet. I 2013 ble det utviklet en Samarbeidsplattform mellom Frivillighet Norge og KS (102). Plattformen tar opp overordnede prinsipper, forutsigbare rammebetingelser og relasjonen mellom frivillig sektor og kommunen. Frivillighet Norge har videre utarbeidet en veileder for hvordan lag og foreninger kan påvirke frivillighetspolitikken i kommunene, herunder å utvikle en helhetlig lokal frivillighetspolitikk (103). Omkring 20 % av kommunene har utviklet en egen frivillighetsmelding. Blant annet Bærum kommune har laget en strategi for samarbeid mellom frivillig sektor og kommunen (104).

Som en del av Helsedirektoratets ansvar for å understøtte kommunenes oppfølging av folkehelse-loven er Helsedirektoratet opptatt av at det utvikles mekanismer for å fremme lokalt samarbeid, både for skape lokale helsefremmende løsninger, i gjennomføringen av folkehelse-tiltak og i å fremme lokal frivillighet. Det bør vurderes nye metoder for å utløse lokal frivillig innsats.

Det er en lang tradisjon for samarbeid mellom stat og kommune, og frivillige organisasjoner innen folkehelsearbeidet i Norge. Dette samarbeidet bør videreutvikles og styrkes ved å ha en bevisst holdning til samarbeid. Nye folkehelseutfordringer krever nye tilnærminger. Helsedirektoratet mener det er

viktig å arbeide videre med endringer og utfordringer knyttet til frivillig deltagelse, og samarbeide for en fortsatt vital og aktiv frivillig sektor. Helse- og omsorgsdepartementet har invitert Frivillighet Norge til å lede en ny nasjonal møteplass for folkehelse. Møteplassen skal vitalisere og styrke samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og myndigheter i årene framover.

Mangfoldet i aktiviteter og tilbud gjør at frivillig sektor utpeker seg som medspiller innen et bredt spekter av folkehelseoppgaver. Frivillige organisasjoner kan bidra med nyskapende løsninger og erfaringsbasert kompetanse, men bør ikke erstatte etablerte velferdsordninger. Det må samtidig anerkjennes at det er mange som ikke nås gjennom offentlige tjenester. Her vil frivillig sektor spille en vesentlig rolle, og det kan være oppgaver frivillige organisasjoner gjør bedre enn det offentlige. Helsedirektoratet vil foreslå at utviklingsarbeid i større grad skjer i et samarbeid med frivillige organisasjoner. Dette kan være i utvikling av nye tiltaksområder, holdningsskapende arbeid og annet.

Gjennomgang av samarbeid

Det er høy deltakelse i både organiserte og uorganiserte aktiviteter. Studier fra forskningsprogrammet «Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor» viser samtidig at organisasjonssamfunnet er i endring. Det er en fremvekst av passive medlemskap, frivillighet uten medlemskap, frivillighet på nett og det er mindre interesse for å delta som aktive medlemmer og flere gir pengegaver. En del grupper deltar ikke i frivillig virksomhet, verken som støttemedlem, aktivt medlem eller bruker aktiviteter i regi av frivillige

Sosialt entreprenørskap

Lokale og nasjonale myndigheter samarbeider i varierende grad med ulike aktører. Sosiale entreprenører er en relativt ny type potensiell samarbeidsaktør for offentlig sektor. Sosialt entreprenørskap er et vidt begrep som er vanskelig å definere. Til tross for uenighet om definisjon, er det bred enighet om noen aspekter ved sosialt entreprenørskap. Sosialt entreprenørskap anvender kommersielle modeller for innovasjon med sosial eller miljømessig verdiskapning som overordnet mål. Med innovasjon menes nye organisasjonsmodeller, prosesser, produkter, tjenester eller nye tanker om samfunnsutfordringer.

Sosialt entreprenørskap er ikke en avgrenset sektor, men et sett av hybride organisasjoner og prosesser i ulike institusjonelle rom mellom og på tvers av eksisterende sektorer. Sosialt entreprenørskap er ikke det samme som samfunnsansvar for bedrifter og organisasjoner ettersom samfunnsansvar ikke nødvendigvis er entreprenørskap eller innovasjon. I tillegg er profitt kun et virkemiddel for å nå sosiale mål i sosialt entreprenørskap, og reinvesteres derfor i innovasjonsprosjektene fremfor å gå til for eksempel aksjonærer. Sosialt entreprenørskap skiller seg også fra det bredere begrepet «sosial innovasjon» der nye løsninger på sosiale behov ikke nødvendigvis er markedsbasert (99)

Internasjonalt har utviklingen av sosialt entreprenørskap i stor grad vært drevet av store organisasjoner med hovedmål om å støtte sosiale entreprenører, skape oppmerksomhet og spre kunnskap om feltet (100) Kjente norske sosiale entreprenører er eksempelvis «=Oslo», som er Norges første gatemagasin der vanskeligstilte selger magasinet og beholder halvparten av utsalgsprisen. «Pøbelprosjektet» er en annen sosial entreprenør med målsetting om å få unge mennesker utenfor skolesystem og arbeidsliv ut i jobb eller videreutdanning. Disse sosiale entreprenørene kan ikke ta ut utbytte, men eventuelt driftsoverskudd reinvesteres i organisasjonen. NAV forvalter blant annet en tilskuddsordning rettet mot sosiale entreprenører og sosialt entreprenørskap (101). Husbanken har tatt initiativ til en rapport som har hatt til hensikt å utarbeide en policyanalyse av hvilken rolle sosial innovasjon og sosialt entreprenørskap kan spille på det boligsosiale området innen en norsk velferdsstatlige ramme (102).

organisasjoner, og det er en utfordring å inkludere alle. Samarbeidet mellom myndighetene og frivillige organisasjoner må fange opp endringene som skjer i frivillig arbeid og hva dette kan innebære for frivillig sektor.

Helsedirektoratet har tatt initiativ til en gjennomgang av samarbeid med frivillig sektor og tilskuddsordningene for frivillig rusmiddelforebyggende arbeid. Rapporten vil foreligge høsten 2014. Helsedirektoratet vil bruke denne rapporten i videreutvikling av samarbeid med frivillig sektor, i evaluering av eksisterende samarbeid og i stimulering av lokalt frivillighetsarbeid.

10. SAMFUNN FOR HELSEFREMMENTE VANER

10.1 Situasjon og utfordringer

Den største andelen av for tidlig død i den norske befolkningen skyldes de ikke-smittsomme sykdommene som hjerte- og karsykdommer, diabetes (type2), kroniske lungesykdommer og kreft. De viktigste risikofaktorene er knyttet til helserelatert atferd som usunt kosthold, røyking, fysisk inaktivitet og alkoholbruk. Norge har i sin egen strategi (2013-17) forpliktet seg til å følge WHO sitt arbeid med å redusere omfanget av sykkelighet og for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent innen 2025.

Nasjonale undersøkelser viser at det ligger et stort potensial i endring av befolkningens helserelaterte atferd. Andelen som følger helsemyndighetens anbefalinger er lav både når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet. Som en konsekvens tilbringes store deler av våkentiden til voksne til stillesittende aktiviteter som i seg selv er en utfordring. Når det gjelder røyking har det vært en jevn nedgang over lengre tid. Alkoholforbruket har økt de siste 15-20 årene. Flere drikker alkohol og flere drikker alkohol ofte. Sammenlignet med andre land er imidlertid det registrerte alkoholforbruket lavt. I følge selvrapportert tall på høyde og vekt er forekomsten av overvekt og fedme økt til litt over 10 % av den voksne delen av befolkningen er i kategorien fedme (KMI ≥ 30 kg/m²).i følge

selvrapporterte tall. Objektive målinger i aldersgruppen 40-45 år har vist at 20 % av mennene og 17 % av kvinnene er i kategorien som har utviklet fedme.

Det er utfordringer knyttet til helserelatert atferd for befolkningen generelt, og til at den helserelaterte atferden opptrer ulikt i ulike befolkningsgrupper. Ett eksempel er andelen dagligrøykere som er vesentlig høyere i gruppen med lav utdanning sammenliknet med gruppen med høy utdanning. Norge er ett at de landene hvor forskjellen i dagligrøyking mellom de ulike utdanningsnivåene er størst, og dette er en av de viktigste forklaringene på økningen i sosial ulikhet i for tidlig død målt etter utdanningsnivå.

Økningen i alkoholbruk gjelder særlig i den voksne delen av befolkningen (over 50 år) og da blant kvinner. Men det er fortsatt slik at menn drikker langt oftere og mer per gang enn det kvinner gjør. Det er også slik at det er flere som drikker alkohol, og flere som drikker alkohol relativt ofte, blant dem med lang utdannelse enn blant dem med kort utdannelse både for menn og kvinner. Samtidig synes det som de med lavere sosioøkonomisk status har et mer helseskadelig drikkemønster (drikker sjeldnere, men betydelig mer per gang) enn de med høyere sosioøkonomisk status. Dette er komplekse sammenhenger som vi har behov for mer kunnskap om.

Andelen i befolkningen som følger myndighetenes kostråd er relativt liten. For eksempel spiser bare 1 av 5 så mye grønnsaker, frukt og bær som anbefalt (500 g/dag), bare 1 av 4 får i seg nok grove kornprodukter (fullkorn), og gjennomsnittlig inntak av salt er dobbelt så høyt som anbefalt. Andelen som følger kostanbefalingene er større blant dem med lengst utdanning sammenlignet med andelen som har kort utdanning. Et tilsvarende mønster finner en når det gjelder fysisk aktivitet blant voksne etter utdanningsnivå.

Objektivt målt fysisk aktivitet viser at rundt mer enn halvparten av den voksne befolkningen over 20 år har et aktivitetsnivå som gjør at de ikke oppfyller minimumsanbefalingen om i gjennomsnitt minst 150 minutters ukentlig moderat fysisk aktivitet eller 75 minutter med hard fysisk aktivitet, eller en kombinasjon av dette, den siste uken.

Innsatsen for å påvirke befolkningens helseatferd må ta særlig høyde for at tiltak og virkemidler virker i alle befolkningsgrupper for å unngå å skape større sosiale ulikheter innen helse.

10.2 Sammensatt innsats

Innsatsen for å påvirke befolkningens helserelaterte atferd er bred og sammensatt av ulike tiltak og virkemidler i ulike samfunnssektorer. Myndighetene ønsker å styrke befolkningens muligheter til å ta informerte valg og forsøker samtidig å legge forholdene til rette for å gjøre de sunne valgene enkle. Summen av innsatsen vil påvirke, i vel så stor grad som enkelttiltak alene. Bruk av tiltak og virkemiddel innebærer en vurdering av alvorlighetsgraden av det som skal forebygges eller fremmes, versus graden av inngripen i individets egne valg tiltaket innebærer.

Enkeltindividenes rett til å gjøre egne valg er viktig og skal vernes om. Befolkningen skal samtidig ha tilgang til informasjon om hvilke helserelaterte valg som er viktige for å redusere risikoen for tidlig død eller år med redusert livskvalitet. Myndighetene har derfor en viktig oppgave i å formidle informasjon og anbefalinger knyttet til for eksempel kosthold, fysisk aktivitet, alkohol- og tobakksbruk. Informasjon, kampanjer og kommunikasjonsvirksomheten skal både skape oppmerksomhet, gi kunnskap om og motivere til de sunne valgene. Merking av sunne alternativ ved bruk av Nøkkelhullmerket er et eksempel på hvordan matvareprodusenter og myndighetene i samarbeid hjelper forbrukeren (i innkjøpssituasjonen) med enkel informasjon om det sunneste handlingsvalget. Samarbeid om Nøkkelhullmerket bør videreutvikles. Det samme gjelder samarbeidet med bransjen og mattilbydere om god og tilstrekkelig matmerking til forbrukerne.

Helseadvarslene på tobakkspakkene har gjennom årene økt i omfang og gått fra å være små og korte tekstadvarsler til store advarsler med sterke bilder.

Kommunikasjonsarbeidet er også viktig gjennom å skape legitimitet for og tilslutning til andre virkemidler. Vektlegging av informasjons- og kommunikasjonstiltak må videre sees i lys av at dette arbeidet ikke foregår i en kontekst hvor andre aktører med til dels andre intensjoner, budskap og vesentlig mer ressurser, opererer. Kostholdsområdet og ulike treningsmetoder har f.eks. stor oppmerksomhet i mediebildet hvor en rekke aktører og ulike interesser er på banen og formidler synspunkter. Det er derfor viktig at helsemyndighetene opprettholder kommunikasjon om kunnskapsbaserte råd og anbefalinger om levevaner. Helsemyndighetenes langsiktige kommunikasjonsstrategi «Små grep – stor

forskjell» knyttet til kostrådene og Nøkkelhullet bør videreføres.

Helsedirektoratet vil samarbeide med aktører som formidler kunnskapsbaserte råd og arbeide både for å skape og opprettholde tillit og kjennskap i befolkningen til denne informasjonen.

For å påvirke befolkningens helserelaterte atferd trengs også virkemidler som lovgivning og regulering. Legitimiteten til disse ligger blant annet i at de potensielt negative konsekvensene av atferden man ønsker å påvirke er store. Et eksempel er innenfor tobakksområdet. Konsekvensene av røyking er store både for sykdom, for tidlig død og når man eksponerer andre. Derfor er også røyking den helserelaterte atferden hvor man finner de strengeste virkemidlene for å påvirke atferden, særlig gjennom røykeforbud på ulike samfunnsarenaer. Videre har de regulatoriske virkemidlene, herunder bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet og alders- og promillegrenser stor effekt på reduksjon av totalkonsum av alkohol og alkoholrelaterte skader. Selv om en rekke virkemidler er på plass, er det et behov for å legge til rette for en mer ansvarlig alkoholhåndtering i kommuner og på skjenkesteder for å sikre god håndtering av bevillingssystemet. Det vil bl.a. kunne skje gjennom å styrke kompetansen lokalt om håndheving av alkoholloven. Det er også ønskelig med kompetanseheving rettet mot fylkesmennene slik at de i større grad kan bistå kommunene i veilednings- og fortolkningssaker.

Helsedirektoratet ønsker å få gjennomført en evaluering av hvordan taxfree-ordningen påvirker omsetning av tobakk og alkohol i befolkningen, herunder konsekvenser for monopolordningen.

Mellom lovgiving/regulering og informasjon- og kommunikasjonsarbeid, er f.eks. pris

virkemidler viktige for å påvirke sunne valg. Avgiftsnivået på tobakk, alkohol og sukker bidrar til å holde prisen på usunne produkter høy. For eksempel bidrar høy pris på tobakk både til å hindre rekruttering til røyking og som en motivasjon til røykeslutt. For alkohol bidrar avgiftspolitikken til et redusert totalkonsum. Det er også ønskelig for å utrede prisvirkemidler på kostholdfeltet blant annet med hensyn til å redusere saltinntak og øke inntak av friske grønnsaker, frukt og bær. Når det gjelder fysisk aktivitet viser erfaringer fra andre land at tiltak for å begrense biltrafikk, redusere fartsgrensene og parkeringsmulighetene er effektive for å stimulere til økt fysisk aktivitet.

Et annet viktig virkemiddel for å påvirke til sunn helseatferd er gjennom planlegging og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene. Det kan være å legge til rette for sunne matvalg der folk spiser og for daglig fysisk aktivitet. Det gjelder både tilrettelegging for gange og sykling, men også ved at lokale tjenester og tilbud er tilgjengelig i rimelig nærhet slik at det er mulig å være aktiv i nærmiljøet. Videre er det viktig at en i nærmiljøutvikling legger til rette for fysisk aktivitet gjennom grønne områder, gang- og sykkelveier, lekeplasser og liknende.

Helsestasjon, barnehage, skole og skolehelsetjenesten er viktige med tanke på å etablere gode vaner innen f.eks. kosthold og fysisk aktivitet. I dette arbeidet inngår rådgivning, undervisning om sunne levevaner, praktisk matlaging, lett tilgang til frukt/grønnsaker, gode rammer for sunne skolemåltider og en times daglig fysisk aktivitet. Fagene «Mat- og helse» og «Kroppsøving» er sentrale for dagliglivsmestring og må styrkes. Tobakksfrie skoler vil kunne redusere rekruttering til tobakksbruk, mens aldersgrenser skal forhindre barn og unge sin tilgang til alkohol og tobakk før en viss alder. Også barn og

unges fritidsarenaer kan være tilrettelagt for å fremme sunn helseatferd.

Den kraftige økningen i bruk av snus blant unge er bekymringsfull. Innføring av EUs nye tobakksregulativ er en anledning til å gjennomgå norsk regulering av omsetning av snus. I forbindelse med gjennomgangen av norsk implementering av tobakkskonvensjonen, er det bl.a. foreslått å utrede nøytral innpakning av snus.

Det er mange faktorer fra fødsel, gjennom oppveksten, skolegang, arbeid og aldring som påvirker den helserelaterte atferden. Innsatsen må både rettes inn mot *etablering* av sunn helseatferd i tidlig alder samtidig som det legges til rette for *endring* av atferd for de som ønsker det. Personer som har røyket daglig i 40 år vil ha en gevinst i å slutte å røyke. Endring av aktivitetsnivå og kosthold vil på samme måte gi gevinster også for voksne og eldre. Derfor er det viktig med lett tilgjengelige tilbud og en ustrakt hånd til de som ønsker det. Det kan være enkle ting som mobilapper eller Facebookgrupper, til organiserte tilbud i helsetjenesten gjennom for eksempel fastlege eller som Frisklivssentraler. Også lokale initiativ, frivillig og privat sektor samt arbeidslivet bør kunne tilby slike tilbud.

Tilretteleggingen av sunne valg er i seg selv ingen garanti for hvilke valg befolkningen faktisk gjør. Det er forskjell på det som er en teoretisk mulighet for å velge sunt, versus den individuelle evnen til å gjøre sunne valg. Det vil alltid være en risiko for at tiltak som legger til rette for individuelle valg, i større grad når frem dem med høyere utdanning og flest ressurser. Utfordringen er å sikre at tiltak når frem i de ulike befolkningsgruppene i samme grad. I så måte har befolkningsrettede og universelle tiltak som regulering, avgifter, og infrastruktur den fordel at de når hele befolkningen i samme grad.

Helsedirektoratet stiller seg positiv til det samarbeid som er etablert med matvarebransjen. I norsk arbeid kan en kan lære av erfaringer fra Danmark hvor et konkret partnerskap om saltinnhold har ført til forpliktende grenseverdier for saltinnhold i alle relevante matvaregrupper. Slike partnerskap kan også etableres på andre områder.

Innenfor tobakksfeltet, har en gjennomgang av Norges implementering av tobakkskonvensjonen vist at det er et behov for bedre kjennskap til aktørene på tobakksmarkedet når det gjelder bl.a. aktører, ingredienser, produkt og marked.

Befolkningsretta og universelle tiltak bør være en hovedstrategi for å påvirke og tilrettelegge for sunne valg i befolkningen. Samtidig er det viktig at tiltak blir vurdert og evaluert med et blikk på i hvorvidt tiltak og virkemidler når ulike befolkningsgrupper i samme grad. Tiltak må ta høyde, og tilrettelegges for ulike forutsetninger i befolkningen f.eks. når det gjelder utdanning, alder, økonomi, bosted og etnisitet.

Summen av de ulike virkemidlene for å påvirke befolkningens helserelaterte atferd er viktigere enn enkelttiltakene alene. Det er viktig at spekteret av tiltak og virkemidler omfatter informasjon, lovgiving, regulering og partnerskap/allianser som utfyller hverandre og samlet gir positiv effekt.

11. ARBEIDSMILJØ, SYSSELSETTING OG ØKONOMI

11.1 Innledning

Arbeidsstyrken er landets viktigste ressurs, og en viktig del av forklaringen på de nordiske velferdsstatenes suksess. Nesten 70 prosent av befolkningen mellom 15 og 74 år er sysselsatt (105). Sammenliknet med andre land er arbeidsstyrken større i de nordiske velferdsstater enn i de fleste andre land, noe som ikke minst skyldes at grupper som i andre land har en svakere tilknytning til arbeidslivet – kvinner, yngre, eldre, folk med helseproblemer og folk med kort utdanning – i større grad er sysselsatt her. Dette skyldes trolig igjen et velferdssystem som legger forholdene til rette for arbeidsdeltakelse og et relativt inkluderende arbeidsliv.

Helsemessig er den høye arbeidsdeltakelsen i Norge gunstig av flere grunner. Arbeid gir inntekt, og inntekt kan omsettes mer eller mindre direkte i helsefremmende forbruk. For de fleste virker også arbeidet positivt inn på psykisk helse og velvære, fordi man får brukt evnene sine og føler seg verdsatt. Arbeid er dessuten en viktig inngang til sosiale relasjoner, og bidrar dermed til å styrke den sosiale kapitalen, som igjen omsettes i mer direkte helsefremmende kapital. Endelig er arbeidslivet en effektiv arena for folkehelsearbeid, fordi en så stor andel av befolkningen befinner seg der en stor del av tiden.

I beste fall har altså arbeidet et stort potensiale for å fremme folkehelsen. I verste fall kan det bidra til å svekke folkehelsen tilsvarende. Belastende arbeid som er dårlig betalt er åpenbart ikke gunstig. Eksklusjon fra arbeidslivet avskjærer folk, ikke bare fra aktivitet, men også de andre velferdsgodene som følger med – inntekt, nettverk, mestringsfølelse osv.

I dette kapitlet ser vi på ulike typer sammenhenger mellom helse og arbeid. I første del av kapitlet diskuterer vi hvordan arbeidsmiljøet og forhold på arbeidsplassene påvirker helsen i arbeidsstyrken. I neste del diskuterer vi hvordan det å ha arbeid i seg selv – kontra ikke å ha det – påvirker helsen. I siste del av kapitlet diskuterer vi mer generelt betydningen av samfunnets økonomiske strukturer på folkehelsen.

11.2 Arbeidsmiljø

Sammenhenger mellom arbeidsmiljøfaktorer og helse

Norsk politikk har lenge vært orientert etter den såkalte arbeidslinjen – flest mulig skal ha lønnet arbeid. Arbeidslinjen er begrunnet i flere hensyn, ikke minst økonomiske – finansieringen av en omfattende velferdsstat krever en stor arbeidsstyrke. De senere årene har også den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning gitt ytterligere vekt til dette argumentet.

Et annet argument for arbeidslinjen, er helseargumentet – vi har grunn til å tro at det er bedre for helsen å ha en jobb enn ikke å ha en. Helsen blant de som er i jobb er i snitt mye bedre enn blant de som ikke er det. Riktignok er det slik at mange av de som står utenfor arbeidslivet, gjør det av helsemessige grunner. Så forklaringen på helseforskjellene mellom sysselsatte og andre er ikke utelukkende at arbeidet i seg selv er helsefremmende. Men i det store og hele er deltakelse i arbeidslivet bra for helsen.

Stadig færre nordmenn arbeider innenfor tradisjonelt «tunge» og fysisk belastende yrker som industriarbeid og jordbruk. Men med nye næringsstrukturer oppstår også nye arbeidsmiljøutfordringer (106). Ulike typer psykososialt stress knyttet til bl.a. usikre/midlertidige jobber, høy teknologisk omstillingstakt og flytende grenser mellom arbeid og privatliv er trolig vanligere i dag enn for noen tiår siden. Ergonomiske arbeidsmiljøbelastninger som tunge løft, ubekvemme arbeidsstillinger og monotone arm- og håndbevegelser er vanlige i mange yrker som har hatt en stor vekst de siste årene, ikke minst innenfor helse og omsorg. Og mer klassiske fysiske eller kjemiske eksponeringer som støy, vibrasjoner og kjemikalier (for eksempel vaskemidler) har langt fra forsvunnet fra norske arbeidsplasser. Endelig er arbeidsulykker og til og med - dødsfall stadig en utfordring i enkelte næringer.

Et gjennomgående trekk ved de fleste arbeidsmiljøbelastninger er at de er sosioøkonomisk skjevfordelt. Det generelle mønsteret er at det er flest belastninger i yrker som krever kort utdanning (1). Unntatt fra dette mønsteret er enkelte organisatoriske utfordringer som «ny teknologi uten tilstrekkelig opplæring», omorganiseringer og flytende grenser mellom jobb og fritid. Det er også noen klare kjønnsmonstre i noen

eksponeringer: menn er i langt større grad enn kvinner utsatt for fysiske belastninger som støy, vibrasjoner, varme og kulde; mens kvinner er mer utsatt for kjemiske eksponeringer som rengjørings- og avfettingsmidler og vann på huden. Personer med innvandrerbakgrunn rammes uforholdsmessig ofte av arbeidsulykker.

I et folkehelseperspektiv er det altså mye som er positivt med arbeid, og det er gode helsemessige argumenter for en arbeidslinje. Men det er også mange faktorer i arbeidslivet og arbeidsmiljøet som utvilsomt bidrar til dårligere helse. Det er således vanskelig å anslå arbeidets betydning for folkehelse totalt og generelt. Det er likevel ikke så vanskelig å identifisere tiltaksområder for helsefremmende arbeid i arbeidslivet. Det er åpenbart at reduksjon av risikofaktorer – helsemessige ugunstige påvirkninger – vil gi gunstig innvirkning på folkehelsen. Det er også liten tvil om det ligger et stort potensiale i helsefremmende arbeidsplasser med fokus på levevaneområdene rus, tobakk, ernæring og fysisk aktivitet. Siden et klart flertall av den voksne befolkningen i Norge befinner seg i arbeidslivet en vesentlig del av tiden, vil helsefremmende tiltak her ha stor betydning.

Mindre belastende arbeidsmiljøer

Kunnskapsoversikten om sosiale ulikheter i helse fra Høgskolen i Oslo og Akershus som nylig ble lansert, peker på tre hovedtiltaksområder for et bedre arbeidsmiljø. Det første er knyttet til selve arbeidsmiljøet, med særlig vekt på fysisk/kjemiske og psykososiale faktorer. Det andre handler om mer organisatoriske rammer i arbeidslivet. Det tredje handler om primærforebygging i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv.

Fysisk/kjemiske arbeidsmiljøfaktorer er blant de risikofaktorene som utviser et klarest sosioøkonomisk mønster. Blant menn er

tradisjonelle fysiske belastninger svært skjevfordelt, selv om de i sum kanskje spiller en noe mindre rolle nå enn for noen tiår siden, i og med at antallet sysselsatte i tradisjonelt tunge næringer som industri og landbruk er redusert med henholdsvis 26 og 69 prosent siden 1970-tallet. Ergonomiske belastninger er trolig tiltakende innenfor helse- og omsorgsykker, og da særlig blant kvinner. Blant kvinner er også rengjøringsmidler og våtarbeid en betydelig utfordring.

Et arbeidsmiljøområde som det har vært økende fokus på de senere årene, og som kanskje berører vel så mange som de mer tradisjonelle eksponeringene, er det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er etter hvert betydelig evidens for at forholdet mellom kontroll, autonomi og selvbestemmelse i jobbsituasjonen har vesentlig betydning for helse. Særlig er det negativt helsemessig når graden av kontroll og autonomi står i et misforhold til arbeidsbelastningen: mange arbeidsoppgaver og liten kontroll over dem er spesielt ugunstig helsemessig sett.

Arbeidsmiljøloven dekker både tradisjonelle fysisk/kjemiske arbeidsmiljøfaktorer og psykososialt arbeidsmiljø. Loven og de mekanismene som er satt til å bidra til å følge den opp – i første rekke Arbeidstilsynet, men også i en del bransjer bedriftshelsetjenesten – er de viktigste strukturelle redskapene for å sikre et godt – og arbeide for et bedre – arbeidsmiljø. Evalueringer av Arbeidstilsynets kampanjer rettet mot forhold i utvalgte bransjer (basert på risikovurderinger), viser ofte at de har effekt både på kunnskap og praksis i virksomhetene. I forhold til psykososialt arbeidsmiljø er det vist positive effekter av bl.a. økt jobbkontroll, medvirkning og autonomi, særlig på psykisk helse (1).

«Det nye arbeidslivet» har vært lansert som en sekkebetegnelse på en rekke nye

organisatoriske ordninger som tilstreber større fleksibilitet i arbeidslivet: nye arbeidstidsordninger, grenseløs arbeidsplass og -tid, oppstyking og outsourcing av virksomheter i leverandørhierarkier og mer midlertidighet i ansettelsesforhold. Den helsemessige betydningen av disse faktorene er stadig noe usikker, men det synes klart at ulike typer utrygghet i ansettelsesforholdet – midlertidighet og opplevelsen av risiko for å miste jobben – har klart negativ effekt på helse. Dette er blant annet vist for psykisk helse og hjerte- og karsykdommer som helseutfall (107). I Norge er det også vist at nedbemanning fører til høyere dødelighet blant de som mister jobben (108).

De tre delmålene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) – redusert sykefravær, økt inkludering og lengre yrkesliv – har vært kritisert for å trekke i ulike retninger, og derved bekjempe hverandre. Arbeidsgivere som ønsker å redusere sykefraværet vil, i følge kritikere, være tjent med å unngå arbeidstakere med potensielt høyt sykefravær – blant andre de gruppene som avtalen har intensjoner om å inkludere. Det er vel imidlertid ikke grunn til å tro at målene i seg selv er selvmotsigende – selv om en evaluering fra SINTEF viste at det har vært fokusert sterkere på redusert sykefravær enn på større inklusjon (109). Kunnskapsoversikten fra Høgskolen i Oslo og Akershus argumenterer for mer og bedre forebygging i IA-arbeidet: kartlegging av arbeidsmiljøforhold og bedre tilrettelegging for personer i risiko. Internasjonal litteratur har vist at dette er effektivt for å få «færre ut» (106).

Mer helsefremmende arbeidsplasser

Å arbeide for et helsefremmende arbeidsmiljø handler først og fremst om å redusere forekomst av skadelig eksponering, og fremme gode psykososiale arbeidsmiljøer. Men i tillegg vil ulike intervensjoner rettet mot

helseatferd, kunne bidra til bedre helse for den enkelte arbeidstaker. Det er allerede hjemlet i arbeidsmiljøloven at virksomheter skal vurdere muligheten for å legge til rette for fysisk aktivitet i arbeidstiden. Det er gjort et stort utredningsarbeid knyttet til rus og arbeidsliv som peker på utfordringer og mulige tiltak. Å sikre tilgang til sunn mat i kantiner og utsalgsteder som benyttes av arbeidstakere vil også bidra til å forebygge sykdom og frafall. Det samme gjelder der arbeidsgiver tilbyr hjelp til røykeslutt og begrenser adgangen til å røyke på arbeidsplassen.

I den nye IA-avtalen pekes det på to hovedutfordringer som partene vil ha et særlig fokus på i kommende avtaleperiode: å bidra til at flere unge med nedsatt funksjonsevne kommer i arbeid, og å styrke det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Det siste er spesielt relevant folkehelsearbeidet, der å «arbeide for et godt arbeidsmiljø med vekt på godt forebyggende helse- miljø- og sikkerhetsarbeid» utheves som en viktig forpliktelse i trepartssamarbeidet. I tillegg erstatter et nytt forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for IA-virksomhetene dagens tilretteleggingstilskudd og BHT-tilskudd. Forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet gir rom for helseopplysning, innsats for sunne levevaner og annet folkehelsearbeid, knyttet både til forebyggende HMS-arbeid og praktisk hjelp via bedriftshelsetjenesten.

I arbeidet under den nye IA-avtalen bør det være myndighetenes ambisjon å dreie fokuset fra enkeltstående forebyggende prosjekter og arena-tankegang til en tydeligere strukturell forankring og ansvars plassering for forebyggende- og helsefremmende arbeid i arbeidslivet gjennom:

- Arbeidsmiljøloven
- IA-avtalen
- Partene i arbeidslivet

Det blir viktig å utrede hvilke mulighetsrom som finnes i Arbeidsmiljøloven og IA-avtalen, og hvordan arbeidslivets ordinære ansvar for helsefremmende arbeidsplasser kan styrkes og videreutvikles, med spesielt vekt på nasjonale strategier og implementering av kunnskapsbaserte intervensjoner rettet mot levevaneområdene rus, tobakk, ernæring og fysisk aktivitet.

11.3 Sysselsetting

Helseforskjellene mellom de som er sysselsatt og de som står utenfor arbeidslivet, er store og godt dokumenterte. For eksempel viste tall fra levekårsundersøkelsen i 2008 at andelen med langvarig sykdom var dobbelt så høy blant ikke-sysselsatte menn (62 prosent) som blant sysselsatte (31 prosent). Blant kvinner var forskjellene enda større: henholdsvis 72 prosent og 28 prosent.

Disse forskjellene skyldes dels at arbeid i seg selv i noen grad er sunt for helsen, slik vi pekte på innledningsvis. Arbeid gir inntekt, nettverk, anseelse, mestringfølelse m.m. Tap av arbeid gir derimot tap av de samme ressursene, og i neste omgang slår dette ut i dårligere helse.

Men dette er åpenbart ikke hele forklaringen på sammenhengen mellom arbeid og helse. Det foregår også en god del helse relaterte mobilitet inn og ut av arbeidslivet.

Arbeidsgivere vil kanskje i utgangspunktet helst ha friske arbeidere, så allerede ved rekrutteringen finner det en sortering sted som gjør at de med best helse kommer inn i arbeidslivet, mens de med dårligere helse blir stående utenfor. Over tid forsterker trolig denne sorteringen seg fordi mange etter hvert forlater jobben av helsemessige grunner, eller blir presset ut av konkurransen på arbeidsmarkedet. Mye tyder på at tap av jobb påvirker helsen negativt, slik at helseforskjellene forsterkes ytterligere. Faktisk viser også enkelte studier at det å komme

tilbake i jobb igjen, har en positiv effekt på helsen (1).

For de som står utenfor arbeidslivet – enten det er av helserelaterte eller andre grunner – har kontekstuelle forhold som velferdsordninger, aktivitetstilbud m.m. stor helsemessig verdi, fordi det kan bidra til å redusere negative virkninger av manglende arbeid. I følge kunnskapsoppsummeringen til Høgskolen i Oslo og Akershus er det dessuten lite som tyder på at de relativt sjenerøse norske velferdsordningene bidrar til et flere «velger» seg ut av arbeidslivet – noe som i litteraturen og samfunnsdiskursen har vært ansett som hovedproblemet med gode ordninger. Som tidligere nevnt er arbeidsstyrken faktisk større i de relativt sjenerøse velferdsstatene i nord enn i de fleste andre land. Uførepopulasjonen i Norge har riktignok vokst i de senere årene, men trolig ikke som en følge av økt tilstrømning – det er snarere snakk om en opphopning (Dahl m.fl. 2014, s. 165-166), blant annet fordi uføre også lever lenger enn før.

På den annen side er det lite som tyder på at inkluderingen av folk med langvarig og begrensende sykdom i arbeidslivet har blitt bedre de siste tiårene, til tross for de uttalte mål med bl.a. Nav-reformen og IA-avtalen.

Vi vet altså relativt lite om hvordan vi kan få flere mennesker som står utenfor arbeidslivet inn. I følge kunnskapsoversikten fra Høgskolen i Oslo og Akershus er det likevel robust kunnskap om at enkelte typer tiltak virker – nemlig arbeidsrettede tiltak i ordinært arbeidsliv (eksempelvis lønnstilskudd, dagpenger under etablering av egen bedrift og bedriftsintern attføring).

En annen anbefaling er bedre tverretattlig koordinering og samarbeid på tvers av sektorer. Problemene blant de som står utenfor arbeidslivet er jevnt over sammensatt, og faller inn under en rekke ulike offentlige

ansvarsområder som ikke alltid samarbeider like godt.

Endelig er det essensielt å sørge for tilstrekkelig økonomisk og sosial trygghet for de som står utenfor arbeidslivet til å opprettholde helsemessig forsvarlige levekår.

11.4 Økonomi

En av grunnene til at arbeid er viktig for helsen, er inntekten arbeid gir. Inntekt og økonomi er nøkkelen til de fleste helserelevante materielle levekårsfaktorer, inkludert helserelatert adferd, bolig og bomiljø – kanskje også til psykososiale faktorer som selvfølelse, kontroll og mestring. Korrelasjonen mellom inntekt og helse er da også så å si universell, og følger nesten alltid et kurvelineært mønster med avtakende helsemessig gevinst av økende inntekt oppover i hierarkiet.

Det er mange grunner til at sammenhengen mellom inntekt og helse er som den er. Grovt sett er det tre hovedmekanismer som er aktuelle: kausalitet, korrelasjon og seleksjon.

Kausalitetsforklaringen innebærer at inntekt forårsaker helse, direkte eller indirekte, gjennom ulike former for helserelatert forbruk. Korrelasjonsforklaringen innebærer at det finnes felles årsaker til både inntektsstørrelse og helsestatus, gjerne knyttet til oppvekstvilkår og utdanning. Seleksjonsforklaringen sier at det er helsen som er årsak til inntekten, snarere enn omvendt. Tap av helse medfører også tap av inntekt, for eksempel gjennom tap av arbeid.

Disse tre mekanismene utelukker ikke hverandre, og trolig spiller alle en rolle. Det er imidlertid nokså godt etablert at seleksjon har begrenset betydning: Forskning, blant annet fra Norge, viser for eksempel at seleksjon spiller svært liten rolle for inntektsulikheter i

dødelighet (110). Forskerpanelet bak kunnskapsoversikter om sosial ulikhet i helse konkluderer med at sammenhengen mellom inntekt og helse er «resultat av et komplekst samspill mellom kausaleffekter, effekter av helse på inntekt, samt bakenforliggende variabler som bidrar til en korrelasjon...»(1).

En annen fagdiskusjon knyttet til forholdet mellom inntekt og helse, er hvorvidt mekanismene som knytter de to sammen kausalt, hovedsakelig er psykososiale eller materielle. Absolutt materiell fattigdom i klassisk forstand utgjør neppe noen helsesisiko i de brede lag av den norske befolkningen i dag, men inntektsforskjeller medfører likevel nokså vesentlige forskjeller i materiell levestandard – eksempelvis knyttet til faktorer som mulighet for sunne vaner og bolig. «Neo-materialister» i ulikhetsforskningen hevder at slike faktorer stadig utgjør den viktigste drivkraften bak sosiale forskjeller. Mer psykososialt orienterte forskere hevder at inntektsforskjellene danner grunnlag for ulike former for hierarkiske systemer, som skaper relativt mye mer stress blant de som står lenger nede i hierarkiet, og som derfor gir seg utslag i dårligere helse.

Empirisk er det imidlertid ikke helt enkelt å skille neomaterialistiske og psykososiale forklaringer fra hverandre, siden begge tar utgangspunkt i sammenhenger mellom inntekt på den ene siden og helse på den andre. Selv om dette er sammenhenger som er godt etablert, er det ikke alltid like enkelt å observere mekanismene som knytter dem sammen. I en praktisk kontekst spiller det ikke heller nødvendigvis så stor rolle, siden små økonomiske forskjeller er helsemessig gunstige enten det er den ene eller andre forklaringen som ligger til grunn.

De økonomiske forskjellene har totalt sett vært relativt stabile i Norge de senere årene, men det har skjedd en omfordeling mellom

grupper og over livsløpet: Småbarnsfamilier, og særlig enslige forsørgere, opplever i større grad enn før fattigdom, mens det omvendte er tilfelle for de eldre (1).

På denne bakgrunn gir forskerpanelet bak kunnskapsoppsummeringen om sosial ulikhet tre hovedanbefalinger:

1. Fortsatt omfordeling gjennom skatte- og overføringssystemet.
2. Innsats mot sosial dumping styrkes.
3. Reduksjon av fattigdom i barnefamilier.

Ut fra et helsemessig ståsted og på bakgrunn av de sammenhenger som er etablert i forskningen på dette området, og som er referert bl.a. i dette kapitlet og i kapittel 7 i denne rapporten, er det grunn til å anbefale fortsatt innsats på disse tre områdene. Hvilke virkemidler som vil være mest treffsikre i så måte, har vi ikke tatt stilling til i denne omgang.

12. AKTIV, SUNN OG TRYGG ALDRING

12.1 Innledning

I dag har vi om lag 700 000 innbyggere over 67 år i Norge. I løpet av 40 – 50 år vil antallet ha økt til 1,6 millioner. I følge SSB var gjennomsnittlig forventet levealder i 2013 for kvinner 83,6 år og for menn 79,7 år (111). Det at vi lever lenger og at antallet eldre øker er i utgangspunktet svært bra og bl.a. et tegn på en vellykka helse- og velferdspolitikkk gjennom mange år. Samtidig stiller det samfunnet overfor flere og helt nye utfordringer. Hensyn til samfunnets bærekraft må forenes med en aldersvennlig samfunnsutvikling.

De fleste av dagens seniorer er godt stilt økonomisk, har god livskvalitet og et høyere utdanningsnivå enn noen eldregenerasjoner før dem. De er derfor en viktig ressurs for samfunnet. For at vi skal kunne videreutvikle et bærekraftig velferdssamfunn og fordele byrdene jevnere mellom generasjonen er det derfor viktig at flere eldre står lenger i arbeid.

Grunnlaget for hvordan alderdommen blir, dannes i barndom, ungdom og tidlig voksenliv. Ved siden av genetiske og fysiske forhold har også sosiale forhold betydning for hvor gammel man faktisk blir og hvordan livet blir som gammel. Jo høyere man er i det sosioøkonomiske hierarkiet, jo bedre er helsen og jo lenger lever man. Selv om Norge er et land med forholdsvis små økonomiske forskjeller er likevel den sosiale gradienten i helse gjennomgående stor i Norge og ikke mindre enn i andre vest-europeiske land (1).

For at flest mulig kan leve aktive, sunne og trygge liv også som gamle, er det viktig at vi legger til rette for et aldersvennlig samfunn. Med dette mener vi et samfunn som er opptatt av å forebygge utrygghet, isolasjon og ensomhet og å ivareta og legge til rette for aktiv deltakelse og involvering av alle aldersgrupper i samfunnet. Dette handler både om et inkluderende og livsfaseorientert arbeidsliv, men også om fysisk tilrettelegging av boliger, uterom og transporttjenester slik at ingen møter hindringer i sin hverdag pga. manglende fysisk tilpasning. Det handler om holdninger og forventninger vi møter hverandre med på tvers av generasjoner og hva generasjoner kan lære av hverandre hvis samfunnet legger til rette for det. Et aldersvennlig samfunn aksepterer verken stereotyper eller diskriminering.

En aldrende befolkning er en utfordring som Norge ikke er alene om. WHO's regionale komité for Europa laget høsten 2012 utkast til en strategi og handlingsplan for sunn aldring i Europa (112). Strategien følger de prioriterte områdene i WHO Europas hovedstrategi Health 2020 (2). De prioriterte strategiske områdene er:

- sunn aldring i et livsløpsperspektiv
- støttende miljø
- helse- og omsorgstjenester tilpasset en aldrende befolkning
- styrking av kunnskapsgrunnlag og forskning

WHO beskriver aktiv aldring som en prosess for å bedre livskvaliteten hos eldre ved å optimalisere mulighetene for god helse, deltakelse og trygge liv. WHO mener at det

fortsatt er ressurser i den eldre befolkningen som ikke er realisert. Både Europakommisjonen og EU har også vært opptatt å fremme folkehelse for eldre de siste årene. Europakommisjonen har identifisert aktiv og sunn aldring som en hovedutfordring for alle europeiske land og gjennom "European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing". Europaparlamentet og Europarådet vedtok at 2012 skulle være året for aktiv aldring med overskriften "2012 European Year for Active Ageing and Solidarity between generations". I dag pågår det nye satsninger under EUs "Europe 2020" strategi. Målet er å fremme innflytelse, aktivitet, deltakelse og selvhjelpenhet hos eldre.

Både nasjonalt og internasjonalt påpekes mangel på statistikk og tallgrunnlag for gruppen over 67/70 år. Ofte slås hele aldersgruppen over 65 eller 70 år sammen i en gruppe, mens det i realiteten er snakk om ulike generasjoner. For å finne ut mer om hvordan den eldre befolkningen i samfunnet har det og hvilke tiltak som virker, er det derfor nødvendig både med bedre statistikkgrunnlag og mer forskning på feltet. Her kan Norge være et foregangsland.

Nedenfor vil vi gi en kort beskrivelse av hvem «de eldre» er og hvilke potensiale det ligger i denne gruppens ressurser. Vi vil videre peke på noen utfordringsbilder og i diskutere disse i lys av de tre forutsetningene *aktiv*, *sunn* og *trygg* aldring som er nødvendig for et aldersvennlig samfunn.

Hvem er «de eldre»?

Gruppen « de eldre» er en meget heterogen gruppe. Innenfor aldersspennet 50/60 til 100 år befinner det seg tre generasjoner med ulike liv og ulike behov. I dette dokumentet vil vi dele inn gruppen i tre alderskategorier:

- Eldre arbeidstakere fra ca. 55 +
- Ferske pensjonister (62/75 – 75/80 år)

- Eldre/eldre 75/80 år og oppover

Det store aldersspennet for gruppen i midten vitner om både ulik pensjoneringsadferd og ulik grad av funksjonsevne. Også den eldste aldersgruppen rommer mennesker med svært ulike livsbetingelser. Både de få som fortsatt deltar aktivt i arbeidslivet, personer med god fysisk og psykisk helse, overskudd og sosialt nettverk - over til de som føler seg ensomme og har lite nettverk/pårørende - til de som er pleietrengende og avhengig av omsorg fra andre.

De eldre som ressurs

Det snakkes ofte om «de eldre som en ressurs». I denne språkbruken ligger nok ofte implisitt en forestilling om ubrukte ressurser. At «de eldre» kan bidra mer i samfunnet både i arbeidslivet, som folkevalgt og i organisasjons- og frivillighetsarbeid. Det at mange eldre faktisk bidrar – på mer private arenaer - eller mer uformelt i nærmiljø og lokalsamfunn, er forholdsvis lite beskrevet. I en ny rapport fra NOVA (113) framgår det at selv om norske besteforeldre sjelden har hovedansvaret for sine barnebarn enten som fosterforeldre eller daglig som dagmammaer og dagpappaer når foreldrene er på jobb, framstår de ofte som viktig ressurs for barn og barnebarn når småbarnsfamiliene har behov for ekstra hjelp og støtte. I rapporten fremgår det at 6 av 10 besteforeldre passet barnebarn minst én gang i måneden, mens så mange som 1/3 oppga at de passet barnebarn ukentlig. Om lag halvparten av alt pleie- og omsorgsarbeid, ca. 100 000 årsverk, utføres av nærpersoner i Norge i dag.(114) Selv om det ikke finnes noen helt presis tallfesting av alderen på disse omsorgspersonene vil vi anta at det store flertallet – kanskje så mye som 80 – 90 % - av disse er over 60 år. Mange av disse yter helt nødvendig og uunnværlig omsorg for ektefeller eller også eldre foreldre. En del eldre benytter mye av fritiden til frivillig organisert arbeid gjennom for eksempel frivilligsentraler og organisasjonsliv. Vi antar at

potensialet for at flere bruker mer tid på frivillig og gjerne forpliktende arbeid er stort, men vi vet i dag for lite om tidsbruk og hvilke «ubrukte ressurser» som faktisk finnes. Helsedirektoratet bidrar derfor med tilskuddsmidler til et forskningsprosjekt i regi av Pensjonistforbundet for å skaffe mer data om dette.

Det er et uttalt politisk mål å få flere til å stå lenger i arbeid. Selv om Norge har høy yrkesaktivitet blant folk i 50-60-årene, sammenlignet med andre europeiske land, er det bare ca. 16 prosent av alle 67-69-åringene som deltar i arbeidslivet (115). Selv om andelen har vært økende de siste årene, er potensialet sannsynligvis større.

Det er nødvendig å ta høyde for ulikhet i ønsker og behov når det gjelder tilknytning til arbeidslivet. Mange gleder seg til pensjonsalderen – de ser fram til å kunne styre sin egen tid, være mer fysisk aktiv og drive med de aktivitetene de liker best – og som de har vært nødt til å nedprioritere så lenge de var yrkesaktive. Yngre pensjonister rapporterer om bedre selvopplevd helse og tidsbruksundersøkelser viser at denne gruppen også bruker mer tid på fysisk aktivitet og friluftsliv enn andre grupper.(113) Andre vil savne arbeidet og kollegaene og oppleve livet som mindre meningsfylt. Noen mennesker har hatt både nettverk og identitet knyttet til jobben. For dem kan overgangen til pensjonstilværelsen bli særlig utfordrende. Spesielt vanskelig er det for de som av ulike grunner må slutte i arbeid før de har ønsket og planlagt – for eksempel pga. innskrenkinger på arbeidsplassen eller fordi bedriften praktiserer en aldersgrense som tvinger arbeidstakeren til å gå av før han/hun ønsker.

Det er viktig å ta i bruk og verdsette de ressursene som den eldste del av befolkningen har. Å sette i gang tiltak som bygger på en ovenfra- og ned-antakelse om at

den eldre del av befolkningen er passive og bidrar lite til fellesskapet, uten å kjenne til fakta eller ha en klar forståelse om hvilke tiltak som faktisk kan virke, vil ikke føre fram. Her må man ta høyde for at aldersgruppen er svært heterogen. Mange trenger ingen tiltak. De finner sine egne møteplasser, som nødvendigvis ikke er det tradisjonelle seniorsenteret, men mer uformelle møteplasser der man treffer folk i ulike aldersgrupper. For mange betyr familie og venner mye for aktivitet og trivsel.

12.2 Utfordringsbildet

Hvordan få flere til å stå lenger i arbeid?

En stor utfordring for samfunnets økonomiske bæreevne i framtiden, vil være antall yrkesaktive i forhold til antall pensjonister. Mens det i 2010 var 4,5 yrkesaktive pr. pensjonist er dette forholdstallet i 2050 forventet å være 2,5 yrkesaktive pr pensjonist (116). Når vi lever lenger er det også viktig å få til en forlengelse av antall år vi er i aktivt arbeid. De sosiale ulikhetene i helse kan imidlertid innebære et begrenset potensial for forlenget arbeidsliv for mange. For å stå lengre i arbeid, må befolkningens helse være god og det må skje en holdningsendring slik at det i større grad enn i dag er akseptert, men også forventet at folk arbeider lenger enn i dag.

Folketrygdens pensjonsalder har siden 1973 vært 67 år. Denne pensjonsalderen har vært en av de høyeste i verden. Selv om Norge, sammenlignet med mange andre europeiske land, har hatt og har høy yrkesdeltakelse blant folk i 50-60-årene, har vi likevel stort frafall fra arbeidslivet til AFP og helserelevante ytelser før fylte 67 år. I dag anslår NAV at gjennomsnittlig forventet pensjoneringsalder ved fylte 50 år er 63 år (117).

Det er lav arbeidsledighet i Norge – og den er også lav blant seniorene. Imidlertid er det et

problem at få arbeidsgivere ønsker å ansette eldre arbeidstakere – dvs. arbeidstakere over 50 år. Seniorpolitisk barometer i regi av Senter for seniorpolitikk, viser at arbeidsgivernes holdninger til sine seniorarbeidstakere er i ferd med å bli mer positiv, men bare en mindre andel oppgir å ha ansatt nye medarbeidere over 50 år (118).

Hvorvidt det er sunt for eldre arbeidstakere å fortsette å jobbe framfor å ta ut pensjon finnes det ikke noe entydig belegg for å hevde. En forskningsoppsummering fra kunnskapssenteret (119) og nylig publisert forskning fra NOVA (113) vil kunne fortelle at dette varierer og er avhengig av både den enkeltes helse, arbeidsforhold og livssituasjon. Det vi vet er at det å bli tvunget til å slutte i jobb før man ønsker, pga. øvre aldersgrenser eller arbeidsledighet, gir redusert helse. Vi vet også at noe arbeid er direkte helseskadelig over lang tid. Dette er først og fremst arbeid i industri/anlegg som innebærer opphold i forurenset miljø, støy og vibrasjoner og arbeid med nattarbeid/helskiftordninger. Slikt arbeid er særlig belastende på eldre arbeidstakere. Dersom jobben medfører at en utsettes for ulike former for stress eller psykososiale belastninger kan dette gi psykisk slitasje. Det er en kjent sak at arbeidssituasjoner der det stilles høye krav, samtidig som arbeidstakeren har liten kontroll over egen arbeidssituasjon eller, der man opplever et misforhold mellom innsats og belønning er belastende. I et omskiftelig arbeidsliv, kan en del seniorer oppleve at deres kunnskap og erfaring ikke blir tatt hensyn til og verdsatt. De har gjennom et langt arbeidsliv vært vant til å forholde seg til omorganiseringer og andre endringer. Når trivselen går ned kan veien til pensjon være kort.

Helseutfordringer ved en aldrende befolkning

Det er usikkert hvordan helsetilstanden vil utvikle seg for den delen av befolkningen som

lever lenge. Mye tyder på at mange vil leve lenge og være friskere enn tidligere eldregenerasjoner. Det at flere overlever sykdommer som tidligere hadde dødelig utgang og at mange i dagens middelgenerasjon er lite fysisk aktive, kan imidlertid føre til at flere vil leve med kroniske lidelser og at flere etter hvert som de blir eldre vil ha behov for mer omfattende helsehjelp. Det er derfor viktig at vi klarer å forebygge ikke-smittsomme sykdommer i alle aldersgrupper. Ellers kan en aldrende og sykere befolkningen bli en stor utfordring for velferdssamfunnet - både økonomisk og organisatorisk.

Omsorgspotensialet og deltakelse i frivillighet

Stortingsmelding 29 (2012-2013)

Morgendagens omsorg tar for seg mange spørsmål rundt organisering av helse- og omsorgssektoren når eldrebefolkningen vokser. Både finansiering, rekruttering til yrkene og mulige løsninger blir diskutert. Økt deltakelse fra frivillig sektor og pårørende blir pekt på som en viktig forutsetning for at samfunnet i framtiden skal lykkes med å gi et godt og nødvendig tilbud til de som har behov for pleie omsorg.

Spørsmålet er i hvilken grad framtidige generasjoner vil stille opp for sine eldre og hvordan dette er forenlig med å stå lenger i arbeid. Pensjonsreformen vil sannsynligvis medføre at flere vil jobbe lenger – ikke bare av egen fri vilje, men fordi de ikke vil ha god nok økonomi til å ta ut pensjon tidlig. Dette vil særlig ramme lavtlønte og arbeidstakere som i perioder har jobbet deltid eller vært ute av arbeidslivet – som oftest kvinner. Uten insentiver og tilrettelegging som for eksempel gode lovhjemlete permisjonsordninger og kompensasjonsordninger, kan «arbeidslinjen» som pensjonsreformen legger opp til, være med på å undergrave «frivillighetslinjen» - både den pårørendebaserte og den som

baserer seg på engasjement fra frivillig sektor. Selv om vi går ut fra at potensialet for økt deltakelse i frivillig sektor er stort – kan det kanskje også bli en utfordring å få til mer *forpliktende* samarbeid med frivillige, der deltakerne forplikter seg med egen innsats over tid.

Helseforskjeller i eldre år

Selv om vi i Norge har høy forventet levealder, er det likevel flere land i verden og Europa med høyere forventet levealder enn oss. Målet om fortsatt økning i forventet levealder for alle må skje samtidig som de sosioøkonomiske forskjellene i levealder viskes ut.

Sett under ett, er den norske befolkningens helse god, men gjennomsnittstallene skjuler systematiske forskjeller mellom sosiale grupper i befolkningen. Ulikhet i helse starter tidlig i livet, og varer livet ut. Dette gir seg også utslag i ulik levealder. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at forskjellene i forventet levealder økte med 5,3 år hos menn og med 3,2 år hos kvinner fra 1961 til 2009 (120). Tallene viste også at høyt utdannede menn hadde seks års lengre forventet levealder enn menn med kun grunnskoleutdanning i 2009. For kvinner var forskjellen mellom de med høy og kort utdanning nesten fem år. Resultatene fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser viser også gjennomgående at det er en større andel blant de med lang utdanning som vurderer sin egen helse som god eller meget god enn blant de med kort utdanning.

Dahl-rapporten (1) slår fast at sosial ulikhet i helse eksisterer inn i alderdommen. Et generelt funn i forskningen på sosioøkonomisk ulikhet blant eldre er at de relative forskjellene minker med alder blant de eldste, mens de absolutte forskjellene øker. At de relative forskjellene minker, skyldes i følge rapporten, at de sykeste i alle

sosioøkonomiske lag faller fra, mens de med god helse i alle grupper lever videre. Helsemessig blir gruppene derfor likere.

Den eldste aldersgruppen vil være preget av sitt livsløp og sin sosioøkonomiske tilhørighet. For de fleste er allerede det økonomiske handlerommet lagt. De viktigste tiltakene må derfor være av mer kompenserende art for å bøte på helse- og ressursulikhetene som eksisterer blant dagens eldre. Slike tiltak kan være likeverdig tilgang til gode, funksjonell boliger, transport og helse- og omsorgstjenester, samt sosiale og kulturelle arenaer som fremmer deltagelse og forebygger isolasjon og ensomhet.

Aldersdiskriminering og holdninger til eldre

I Holdninger til eldre 2013 - en temperaturmåling på folk syn på eldre i og utenfor arbeidslivet, utgitt av Statens seniorråd (121) framkommer det at selv om flertallet i befolkningen har et positivt syn på eldre, forekommer det også aldersdiskriminering. Selv om flertallet av de spurte ikke er enig i at det er vanlig med aldersdiskriminering i Norge, mener 3 av 10 at diskriminering av eldre er ganske vanlig i Norge. Kvinner, personer med kort utdanning og personer med lav inntekt er overrepresentert blant de som mener at aldersdiskriminering er ganske vanlig i Norge i dag. Dette kan tyde på at et sammenfall av diskrimineringsgrunnlag kan ramme noen svake grupper framfor andre. Det er nok også slik at eldre selv har en tendens til å utelukke seg selv og andre, pga. alder. For eksempel kan det se ut som om øvre aldersgrenser i arbeidslivet har en tendens til å forplante seg til andre deler av samfunnslivet ved at eldre over 67 år nøler med å stille til valg eller påta seg viktige verv i organisasjonslivet.

Hvordan oppnå et aldersvennlig samfunn?

Samfunnet må forholde seg til og planlegge for at det blir flere eldre. Seniorperspektivet må derfor inn i planleggingen på alle samfunnsområder, for å oppnå et aldersvennlig samfunn. Et viktig mål er å få flere til å arbeide lenger. Da må imidlertid arbeidslivet tilpasse seg slik at det ivaretar eldre arbeidstakere og forhindrer både frivillig avgang og utstøting. En forutsetning for aktiv aldring er at man holder seg sunn og frisk. Transport, boliger og offentlige, veier og nærområder må tilpasses en eldre befolkning. En aktiv seniorpolitikk må bygge på prinsipper om selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv – dette må så langt det er mulig også inkludere de som er syke og har nedsatt funksjonsevne.

12.3 Aktiv aldring

Aktiv deltakelse i samfunnet har stor positiv betydning for helsen. Det øker tilknytningen til sosiale nettverk og motvirker isolasjon. Deltakelse handler om å være til stede i det offentlige rommet hvor samfunnslivet utspiller seg enten det gjelder kultur, politikk, arbeidsliv eller frivillige organisasjoner. Det handler også om å være til stede på sosiale møteplasser der vi har mulighet til å møte medmennesker, utveksle erfaringer og synspunkter, ta del i andres liv og oppleve sosial støtte.

Sivilt engasjement

SSBs publisering "Seniorer i Norge" viser at eldre er interessert i politikk og at valgdeltakelsen er høy. Til gjengjeld er det få representanter over 67 år i folkevalgte organer, og bare én representant i det sittende Stortinget i valgåret 2013 (122). I kommune- og fylkesting er representasjonen noe bedre etter siste valg. Her er menn mellom 50 og 67 år overrepresentert, mens aldersgruppen over 67 år fortsatt er svært

underrepresentert. I organisasjonslivet er senioren nesten like aktive som yngre. Deltakelsen er størst blant de yngste eldre, og litt større for menn enn kvinner. Frivillig aktivitet ser imidlertid ut til å avta allerede etter 67 år og synker, naturlig nok, for gruppen over 80 år.

Frivillige organisasjoner spiller en viktig rolle for å fremme aktivitet og deltakelse. Organisasjonene fungerer også som sosiale møteplasser og kan være et viktig lavterskeltilbud for mange. Frivillig arbeid kan bidra til å øke trivselen både blant de som yter bistand som frivillige, og blant de som mottar hjelp. Det er derfor et mål å styrke frivillighetens rolle i folkehelsearbeidet.

Deltakelse i arbeidslivet

Utfra et demografisk og samfunnsøkonomisk perspektiv er det et uttalt politisk mål å få flere til å stå lenger i arbeid. Når levealderen øker kan det være naturlig å forvente at tiden som arbeidsaktiv også øker. De som planlegger å pensjonere seg tidlig utgjør derfor en viktig arbeidskraftreserve som samfunnet har bruk for. Arbeidslivet er også en av våre aller viktigste sosiale arenaer og betyr mye for identitet, trivsel og deltakelse. I dag forlater mange arbeidslivet lenge før de fyller 67 år, enten frivillig fra fylte 62 år (folketrygd og AFP) og for noen enda tidligere pga. sykdom, særaldersgrenser eller nedbemanning/sluttpakker. Derfor er det viktig å utvikle tiltak som øker eldres deltakelse i arbeidslivet og høyner reell pensjonsalder. En forutsetning for deltakelse i arbeidslivet er at man har helse til å delta og at arbeidslivet tilrettelegger for at de som ønsker å fortsette i arbeid har muligheten til det.

Pensjonsreformen vil sannsynligvis bidra til at flere vil stå lengre i arbeid, da de som velger å ta ut pensjon tidlig, vil få en levealdersjustert avkortet pensjon. Allerede nå ser vi at flere

arbeider lenger enn for noen få år siden, og det er forventet at denne effekten vil forsterkes, da levealdersjusteringen av pensjonene etter hvert vil gi ganske store økonomiske utslag. Mange vil ønske å jobbe lenger og mange vil heller ikke ha økonomisk mulighet til å ta ut pensjon tidlig. Dette gjelder spesielt lavtlønnede – som ofte er kvinner.

Selv om de økonomiske konsekvensene av pensjonsreformen er godt utredet, vet vi mindre om de sosiale og samfunnsmessige konsekvensene. Forskningsrådet er i ferd med å evaluere pensjonsreformen. Evalueringen vil forhåpentligvis bidra til å belyse konsekvenser av reformen, både når det gjelder bærekraft og fordeling, men også hvordan ulike grupper innretter seg, ulike motivasjonsfaktorer og samfunnsmessige konsekvenser av ulike individers valg.

For å få flere til å fortsette lenger i arbeid vil det ved siden av pensjonsreformen fortsatt være viktig å forebygge frafall fra arbeidslivet for arbeidstakere i 40-50-årene. Partene i arbeidslivet har i samarbeid med regjeringen forpliktet seg gjennom IA-avtalen til å forebygge for tidlig avgang og frafall pga. sykdom fra arbeidslivet. Dette arbeidet, både å forebygge sykefravær/uførepensjonering og å inkludere og legge til rette for eldre arbeidstakere (og funksjonshemmede), er svært viktig for å nå målet om økt pensjoneringsalder. Selv om IA-arbeidet ikke har folkehelse som uttalt mål, er det å tilrettelegge arbeidslivet for å unngå frafall pga. sykdom, en viktig folkehelsefremmende faktor.

Deltakelse i lokalmiljø og sosiale arenaer

Aktiv deltakelse i samfunnslivet skaper mestringfølelse og gir livskvalitet. Felles aktiviteter øker tilknytningen til sosiale nettverk og motvirker isolasjon og ensomhet. Yngre seniorer er nesten like aktive i samfunns- og organisasjonslivet som resten av

befolkningen og de benytter seg av de kulturtilbud som de selv ønsker. I tillegg til organisasjons- og samfunnsliv handler deltakelse også om å være til stede på sosiale møteplasser og i nærmiljøet der vi har mulighet til å møte hverandre – gjerne på tvers av generasjoner.

Tiltak og ordninger som øker mulighetene for aktiv samfunnsdeltakelse for eldre vil også kunne motvirke isolasjon og sykdomsutvikling. Senior/eldresenter eller aktivitetssentre er et av flere gode tilbud som allerede fungerer som en viktig møteplass for mange eldre. Ved siden av å forebygge ensomhet tilbyr de fleste sentrene fysisk aktivitet, ulik kursaktiviteter i for eksempel sosiale medier og foredrag.

Arenaer for læring og informasjon

Det er en myte at eldre ikke ønsker å ta i bruk ny teknologi. Mange eldre holder kontakt med barn og barnebarn på internett og på sosiale medier. Mange er nysgjerrige, men usikre på bruk av digitale og sosiale medier. Det er derfor behov for opplæring og støtte til eldre som ønsker å ta i bruk ny teknologi eller som ønsker å videreutvikle sin kunnskap. Det er viktig at vi som myndigheter støtter opp om opplæring i ny teknologi både i offentlig og frivillig regi. Forvaltningsloven legger nå opp til at digital kommunikasjon skal være hovedkanalen for kommunikasjon med offentlig sektor. Skal dette fungere etter hensikten forutsetter det at så mange som mulig behersker de nye mediene. Hvis ikke står vi i fare for at store befolkningsgrupper blir diskriminert. Både seniorsentre og aktivitetssentre kan fungere som læringsarenaer for ny teknolog. Det samme kan bibliotek og skoler.

Å gjøre eldre trygge på bruk av digitale og sosiale medier kan bidra til at de på et seinere tidspunkt, når de får behov for mer hjelp, kan nyttiggjøre seg tekniske hjelpemidler. Slike tekniske løsninger kan forbedre brukernes

mulighet til å mestre egen hverdag. Løsningene kan også øke brukernes og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymringer.

12.4 Sunn aldring

Helsefremmende innsats forlenger livet både i antall år og i kvalitet. Et tettere samarbeid med private og frivillige aktører kan bidra til å legge til rette for aktive og sunne levevaner.

Levevaner

God helse og god funksjonsevne gjør det lettere å leve et aktivt og sosialt liv. Konsekvenser av ugunstig helseatferd akkumuleres over tid og blir ofte først tydelig sent i livet. Det er derfor viktig å legge til rette for gode valg når det gjelder både fysisk aktivitet, ernæring og andre levevaner gjennom hele livet. Likevel er det viktig å formidle at det heller ikke for eldre er for sent å legge om til sunnere levevaner, der dette er nødvendig.

Fysisk aktivitetsnivå er en av de sterkeste indikatorene på sunn aldring (112). Fysisk aktivitet vil bidra til flere friske leveår. Hvis vi er mer fysisk aktive vil vi kunne stå lenger i arbeid og vi vil kunne være aktive og selvhjulpne lenger. Fysisk aktivitet gir god kondisjon og vedlikeholder og bygger musklene i kroppen. Dermed reduseres risikoen for ikke-smittsomme sykdommer, fallulykker, depresjon og kognitiv svekkelse.

Norkoststudien (123) tyder på at eldre i gjennomsnitt har et godt kosthold, men at mange har et lavere energiinntak og færre måltider enn yngre. Selv om energibehovet synker med alderen så har eldre minst det samme behovet for vitaminer og mineraler. Det å beholde kroppsvekt selv om man blir eldre, er en indikator for god helse. Mens nesten en av fire 60-åringer har fedme, kan

underernæring være et alvorlig problem for den eldste aldersgruppen.

Mange for tidlige dødsfall skyldes tobakksbruk. I framtiden kan vi imidlertid forvente en reduksjon i antallet dødsfall, i takt med at tobakksbruken reduseres i befolkningen. Eldre har fortsatt en helsegevinst av røykeslutt.

I de siste årene har alkoholkonsumet for aldersgruppen mellom 66 og 79 år økt. Eldre drikker også oftere enn før (124). Alkoholrelaterte skader blant eldre medfører betydelige helseproblemer. Både overforbruk av alkohol og feilbruk av legemidler er antagelig mer utbredt blant eldre enn tidligere antatt. I HUNT 3 (125) rapporterte over 15 % av menn i alderen 50-59 år om problematisk alkoholbruk. Dersom slike drikke-vaner opprettholdes når unge eldre blir eldre, vil antallet eldre med risiko for alkoholskader øke betraktelig de neste årene.

Livskvalitet og psykisk helse

God psykisk helse er en ressurs som gir mulighet til vekst og læring. Livskvalitet handler bl.a. om evnen til å klare seg selv og å være tilfreds med livet. Manglende livskvalitet kan blant annet knyttes til sykdom, smerter, tap av funksjoner, ensomhet, depresjon og angst. Dette fører gjerne til oppgitthet, tap av motivasjon og redusert aktivitetsnivå som igjen reduserer opplevelsen av mestring og glede.

Sosial støtte påvirker psykisk helse. At man har mulighet til å delta i sosiale nettverk uavhengig av familiesituasjon og funksjonsnivå har en helsefremmende effekt. Det kan motvirke ensomhet, legge til rette for økt fysisk aktivitet og fremme opplevelse av tilhørighet og mestring. Nyere forskning viser at personer i 60 årene og langt inn i 70 årene er minst like tilfredse med livet som yngre og har færre negative

følelser. Det er først i «den fjerde alderen», altså etter fylte 75 år (113), at mange opplever symptomer på ensomhet og senket stemningsleie. Den vanligste psykiske lidelsen blant eldre er depresjon. Mange sliter også med angst. Rundt tre av ti eldre i denne aldersgruppen føler seg ensomme (1). Et viktig, men lite undersøkt tema, er selvmord hos eldre.

Forekomsten av depresjon øker med høy alder. Noen ganger kan depresjon forveksles med begynnende demens og ofte opptrer de to sykdommene samtidig. Nyere forskning tyder på at demens til en viss grad kan forebygges, og at helsevaner som gjør godt for hjertet også gjør godt for hjernen. Det ser særlig ut til at fysisk aktivitet kan ha en forebyggende effekt på demens. Andre forhold ser også ut til på kunne utsette demenssykdom, så som høyere utdanningsnivå og mer effektiv behandling for lidelser som kan bidra til demensutvikling, for eksempel depresjon, hjertesykdom og diabetes (126).

12.5 Trygg aldring

En forutsetning for deltakelse er at man føler seg trygg og at aktiviteten man ønsker å delta på er tilgjengelig. Å føle seg trygg er en forutsetning for å kunne delta og være aktiv i samfunnet. Selv om det å føle seg utrygg er en subjektiv følelse, må følelsen likevel tas på alvor. Hvis ikke vil følelsen prege livet og gi dårlig livskvalitet. For eldre finnes det mange risikofaktorer knyttet til fysisk miljø – både inne og ute. Spesielt risikoutsatt er de som bor hjemme alene med dårlig helse. Deltakelse i samfunnslivet handler også om muligheten til å komme seg til en aktivitet, og hvordan aktiviteten er tilrettelagt. Det viktigste virkemiddelet for å bedre tilgjengelighet er å følge anbefalingene for universell utforming.

Nærmiljø og geografi

Mulighetene til et aktivt liv som eldre vil være påvirket av ulike nærmiljøfaktorer som trygge gangveier og fortau, tilgang til servicefunksjoner, transport, sosiale møteplasser, kulturtilbud og tilgjengelige naturområder og grøntarealer. I tillegg spiller geografi og klima inn. I store deler av landet kan vinteren medføre problemer når det gjelder å bevege seg trygt utendørs.

Avstander, befolkningstetthet og nærhet til slekt, familie og venner gir forskjellige utfordringer mellom by og land både når det gjelder sosial støtte, inkludering og deltakelse og dermed også risiko for isolasjon og ensomhet. Virkemidlene for å sikre en god aldring må ta hensyn til denne variasjonen mellom landsdeler og kommuner. Det at kommunene er så forskjellige innebærer i seg selv en stor utfordring. Kommuner med befolkningsvekst og stor tilflytting vil ha helt andre utfordringer enn små utkantkommuner, og dette må det tas hensyn til i kommunal planlegging.

Tilgjengelighet og transport

Dagens samfunn er organisert på en måte som i stor grad krever bruk av privatbil som daglig transportmiddel. Mange eldre har ikke tilgang til privatbil og er derfor avhengig av andres bistand og tilrettelagt offentlig transport. For de som har service- og aktivitetstilbud i nærheten av der de bor er det viktig med godt utbygde gang- og sykkelveier. For å unngå fallskader og utrygghet er det viktig at gang- og sykkelnettet er tilgjengelige for alle ved godt vedlikehold, strøing, belysning og annen tilpasning. Økt satsing på universell utforming slik at nærmiljø og transport er tilgjengelig for alle, også de med fysiske og kognitive begrensninger, bør derfor ha høy prioritet.

Bolig

De fleste av morgendagens boliger er allerede bygget. Likevel har bare 20 % av boligene i

Norge en standard som tilfredsstillende krav som settes for at man kan bo hjemme hvis man blir avhengig av rullestol eller andre tekniske hjelpemidler (127). Ved fysisk og kognitiv svekkelse blir vi mer sårbare for hindringer og manglende tilrettelegging. Dette medfører at mestringsevnen vår svekkes. Når det er et mål at eldre skal bo hjemme og klare seg selv så lenge som mulig, må det både informeres og legges til rette for at alle kan ta et selvstendig ansvar for å tilpasse egen bolig slik at den vil være god å bli gammel i. På lik linje med at man driver vedlikehold og oppussing, må det bli naturlig også å tilpasse egen bolig slik at den er funksjonell. Velferdsteknologiske løsninger som smarthusløsninger der for eksempel lys går på ved bevegelse i rommet, kan være eksempel på teknologi som mange etter hvert vil etterspørre. Vektlegging av eget ansvar er viktig, men sannsynligvis vil det også være behov for bedre støtteordninger – både til privatboliger og større bolighus. For eksempel ser vi et stort behov for bedre støtteordninger til innstallering av heis i boligsameier og borettslag.

Trygghet og sikkerhet

Eldre er definert som en særegen risikogruppe innen flere sektorer, og det gjennomføres flere forebyggende tiltak rettet mot denne gruppen. Den vanligste ulykkestypen som rammer eldre er fall. Eldre er også ofte mer utsatt for trafikkulykker og brann. En reduksjon av ulykker vil kunne føre til flere leveår med god helse og trivsel i eldrebefolkningen. I tillegg til å spare smerter, lidelse og funksjonssvikt hos de som rammes, vil samfunnet også slippe økonomiske kostnader. Følelsen av utrygghet er knyttet til ensomhet og redusert helse. Når det er forventet at eldre skal bo hjemme lenger, må samfunnet bidra til å trygge de som bor hjemme alene på tross av engstelse og dårlig helse. Engstelse og følelse av manglende mestring vil kunne føre til dårligere helse blant

mange hjemmeboende eldre. Tekniske hjelpemidler, alarmer o.l. kan hjelpe en del, men ikke erstatte menneskelig omsorg.

Relativt mange eldre er urolige for å bli utsatt for vold, og kvinner er mer engstelige enn menn. Selv om mange gir uttrykk for frykt, er likevel eldre mindre utsatt enn andre aldersgrupper for tilfeldig gatevold, tyveri og skadeverk. Følelsen av utrygghet kan likevel føre til at mange eldre vil avstå fra aktiviteter som krever at de må gå eller bruke offentlige transportmidler.

Vold i nære relasjoner rammer også eldre. Den eldste delen av befolkningen er enten ikke omfattet av de ulike befolkningsundersøkelsene som er gjennomført i forbindelse med vold, eller de er sterkt underrepresentert og lite tilbøyelige til å svare. Med utgangspunkt i utenlandske undersøkelser og kliniske erfaringer fra Norge, kan vi likevel anslå at fire til seks prosent av den eldre befolkningen i Norge har vært utsatt for vold og overgrep årlig etter at de fylte 65 år (128).

12.6 Helse- og omsorgstjenesters betydning for aktiv, sunn og trygg aldring

Ved siden av folkehelsearbeid er det viktig å sikre lik og tilstrekkelig tilgang på helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Den sterke veksten i tallet på eldre om noen år kan gi dagens kommunale omsorgstjenester flere og mer krevende oppgaver. Høyere forventninger til kvalitet og standard, økt bruk av dyre tekniske hjelpemidler og økte kostnader pga. dyrere og mer effektive medisiner og behandlingsmetoder, er også utfordringer som helse- og omsorgstjenesten vil måtte takle. Selv om det er slik at den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med

helt andre ressurser enn tidligere generasjoner, gjelder ikke dette alle eldre. Det blir derfor viktig å ivareta de som ikke har ressurser til å ivareta seg selv godt nok, og som heller ikke har pårørende som kan gjøre det. Helsestasjoner for eldre, forebyggende hjemmebesøk og en brukerorientert og kunnskapsbasert hjemmetjeneste kan være eksempler på tiltak for å fange opp disse.

For å legge til rette for aktiv, sunn og trygg aldring er det viktig at helse- og omsorgstjenesten har en faglig tilnærming som styrker brukernes muligheter for å gjenvinne sin fysiske sosiale og/eller psykiske funksjonsevne etter å ha blitt rammet av kronisk eller akutt sykdom eller skade. Det er også viktig å «fange opp» gradvise funksjonsfall, forebygge og utsette behov for kompensierende tjenester. For at den enkelte skal kunne mestre livet sitt selv er det viktig at habilitering og rehabilitering blir en naturlig og sentral del av all omsorg og pleie. Systematisk arbeid med å identifisere rehabiliteringsbehov basert på en tverrfaglig kartlegging av brukernes behov og ressurser er viktig for å fremme muligheten til en aktiv aldring. Rehabiliteringsperspektivet bør utgjøre et faglig kunnskapsgrunnlag for alle som yter helse -og omsorgstjeneste. I tillegg må det være tilstrekkelig tilgang på rehabilitering som en selvstendig tjeneste med spesifikk rehabiliteringskompetanse.

Innvandrere i Norge utgjør 14,1 % av befolkningen. Denne delen av befolkningen vil også eldes, noe som vil medføre utfordringer med tilpasning og tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester. Det er derfor viktig å legge til rette for god kommunikasjon og tilpasset informasjon. Sykdomsbildet vil også kunne være forskjellig i grupper av innvandrere. Helse- og omsorgstjenestene må være forberedt på å håndtere et større mangfold i møtet med brukere, pasienter og pårørende

både med hensyn til kulturelle særtrekk, livssyn og levevaner.

12.7 Behov for tverrsektoriell strategi

Helsedirektoratet mener at det er behov for en nasjonal strategi for hvordan Norge skal bli et aldersvennlig samfunn med vekt på aktiv, sunn og trygg aldring. Strategien bør ta utgangspunkt i den demografiske utviklingen – at vi blir flere eldre - men samtidige få til en bedre utnyttelse av det potensialet det faktisk er – at vi faktisk også blir flere voksne.

Et aldersvennlig samfunn er opptatt av å ivareta og legge til rette for aktiv deltakelse og involvering av alle aldersgrupper både i arbeidslivet og i resten av samfunnet. For å oppnå dette må vi bl.a:

- Bygge opp om et inkluderende og livsfaseorientert arbeidsliv.
- Legge til rette for felles møteplasser der ulike generasjoner kan møtes og lærer av hverandre.
- Forebygge ikke-smittsomme sykdommer og legge til rette for sunne valg – både for de som fortsatt deltar i arbeidslivet og de som er utenfor/er blitt pensjonister
- Legge vekt på god psykisk helse og trivsel
- Legge vekt på å tilrettelegge boliger, uterom, nærmiljø og transporttjenester, slik at ingen møter hindringer i sin hverdag pga. manglende fysisk tilpasning og tilrettelegging.
- I planleggingen av det aldersvennlige samfunnet må trygghetsaspektet vektlegges spesielt – både med tanke på fysisk tilrettelegging, men også å forebygge kriminalitet, isolasjon og ensomhet.

For å gi oss et bedre kunnskapsgrunnlag trenger vi mer forskning på hvordan den eldre befolkningen i samfunnet har det og hvilke tiltak som virker både på individ og populasjonsnivå. Det er derfor viktig å støtte

opp om slike studier – og spesielt
longitudinelle studier som kan bidra til å gi en
forståelse av de ulike generasjonene og
hvordan de utvikler seg over tid.

13. STØTTE TIL LOKALT FOLKEHELSEARBEID

13.1 Fornye ambisjonsnivået og trappe opp innsatsen

Kommunene rår over en rekke virkemidler av betydning for folkehelsen. Gjennom kommunens ulike tjenester som skole, barnehage, kultur og samferdsel kan et viktig grunnlag for lokalbefolkningens helse legges. Kommunen skal derfor fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler den er tillagt herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Staten skal understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Folkehelseloven understreker at staten skal legge til rette for en systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert innsats ut fra lokale utfordringer.

I de foregående kapitlene er ulike områder av betydning for folkehelsen og helsefordelingen omtalt, selve innholdet i folkehelsearbeidet. Dette kapitlet omhandler hvordan staten kan videreutvikle sin støtte til det lokale folkehelsearbeidet, slik at dette styrkes.

Det lokale folkehelsearbeidet, og statens støtte til dette, er inne i en ny fase. Lovgrunnlaget er fornyet, og en del veiledning til dette er gjort tilgjengelig. Kommunene har startet arbeidet med å etablere et folkehelsearbeid som er i tråd med lovens intensjoner. Det er tid for å fornye ambisjonsnivået når det gjelder statens støtte til lokalt folkehelsearbeid.

En viktig milepæl for statens innsats fremover er kommunestyre- og fylkestingsvalget i 2015. Det er et mål at de nye kommunestyrene setter folkehelse på dagsorden ved å sørge for at hensynet til befolkningens helse ivaretas i planprosesser og i prioritering av tiltak.

Staten må utvise tålmodighet når det gjelder kommunenes tilpasning til nye arbeidsformer. Det er viktig å støtte kommunene der de står nå og å lytte til deres erfaringer (129).

Mål for statens støtte til lokalt folkehelsearbeid bør være å bidra til at:

1. Kommunene får økt tilgang til metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet.
2. Resultater fra tilsyn med folkehelseloven blir brukt til kvalitetsoppfølging.
3. Kommunene opplever at staten er mer samordnet i sine budskap, noe som bidrar til å fremme den tverrsektorielle innsatsen lokalt.
4. Kommunenes kapasitet og kompetanse til folkehelsearbeidet øker.
5. Kommunene får mer kunnskap om implementering av folkehelseiltak og evaluerer iverksatte tiltak i større grad.
6. Det etableres et følge med-opplegg for lokalt folkehelsearbeid slik at kommunene får kunnskap om utviklingen og at støtten fra staten kan tilpasses situasjonen.

13.2 Økt tilgang til metoder og verktøy i lokalt folkehelsearbeidet

Nasjonale helsemyndigheter har gjennom folkehelseloven fått i oppgave å bidra til et systematisk folkehelsearbeid på kommunalt nivå. Et systematisk folkehelsearbeid innebærer en arbeidsform tilpasset plan- og bygningslovens fireårige plansyklus. Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen, og ut fra denne oversikten skal folkehelseutfordringer og ressurser identifiseres. Dette skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven og for tiltak. Det systematiske folkehelsearbeidet er illustrert gjennom figuren her. Oversikt over folkehelsen er et grunnelement i folkehelsearbeidet.



Tilgjengeliggjøring av metoder og verktøy skal hjelpe kommunene til å videreutvikle et systematisk folkehelsearbeid.

Utvikle folkehelseprofilene

Folkehelseprofilene er unike rapporter for hver kommune og fylkeskommune som årlig utarbeides av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Profilene er egnet til å få inntrykk av status på helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Folkehelseprofilene har vært tilgjengelig fra og med 2012. Statistikkområdene som inngår i profilene er data om befolkning og levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Kildene til data er sentrale helseregistre, og andre registre.

Det er gitt tilbakemelding fra kommunenivå om at fokus i profilene i for stor grad er på sykdom. For at profilene skal være til hjelp i arbeidet med å få oversikt over folkehelsen etterlyses informasjon om forskjeller innad i kommunene og lokale helsefremmende faktorer. Boligforhold trekkes fram som et konkret eksempel (129).

For å kunne videreutvikle folkehelseprofilene er det behov for å bedre datagrunnlaget, utarbeide statistikk på bydelsnivå og avklare juridiske forhold som begrenser datatilgang. På enkelte områder er det i dag unødvendig mange kommuner som ikke får tall. Årsaken til dette er at dagens lovverk hindrer utlevering av detaljerte grunnlagsdata som er nødvendige for utarbeiding av folkehelseprofiler. Folkehelseinstituttet tar alltid hensyn til personvern før publisering. Det bør vurderes om tilgang til data til helseanalyseformål kan gis samme betingelser som tilgang til data til forskning. Ved å sikre muligheten for å hente data fra ulike registre med helseanalyse som formål vil det gjøre det mulig å blant annet å presentere data på sosial ulikhet i helse. Det bør gjennomføres en evaluering av folkehelseprofilene.

Langsiktig løsning for Ungdata

Befolkningsundersøkelser kan gi verdifull informasjon som supplerer den som finnes i eksisterende registre og fra lokale kilder. Data fra en befolkning gir spesielle muligheter for informasjon om helse- og sosiale forhold, som opplevelser av levekår, trivsel, trygghet, egen helse og levevaner. Slike data kan gi bedre forutsetninger for å iverksette målrettede tiltak og for å følge effekten av tiltak. Befolkningsundersøkelser kan videre bidra til bedre forståelse av forhold som påvirker helse.

Ungdata er et system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser, og er gratis for kommunene. Gjennom kartlegging av den

lokale oppvekstsituasjonen er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt utviklings- og forebyggingsarbeid rettet mot ungdom. Temaene omfatter skole, familie, venner og fritidsaktiviteter samt spørsmål om helse, rus, kriminalitet og syn på framtida. 283 av landets kommuner har i løpet av 2010-2013 gjennomført Ungdataundersøkelser.

Det er Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus) som har det faglige ansvaret for undersøkelsen, mens kommunen (eventuelt fylkeskommunen) står for den praktiske gjennomføringen. Ungdata finansieres av Justis- og beredskapsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Barne-, likestillings-

og inkluderingsdepartementet og Helsedirektoratet.

Gjennom en evaluering av Ungdata fra 2013 oppga kommunene/fylkene at de ville hatt mindre kunnskap om ungdommenes levekår uten Ungdata-undersøkelsen. Videre viste kartleggingen at et flertall av kommunene/fylkene ønsker å gjennomføre en ny Ungdata-undersøkelse en gang i fremtiden. Mange kommuner tar forbehold om at undersøkelsen er gratis (130).

KS behandlet våren 2014 videreutvikling og finansiering av Ungdata i sitt hovedstyre. Hovedstyret anbefaler kommunene og fylkeskommunene å gjennomføre undersøkelsen regelmessig. KS mener

Som en naturlig følge av vekst i industrien i Verdal på 90-tallet økte befolkningstallet kraftig på kort tid. Dette, samt variasjoner i arbeidsmarkedet, gav etter hvert store sosiale utfordringer, som lokalsamfunnet ikke var rustet til å håndtere. I 1997 gjennomførte Verdal kommune sin første ungdomsundersøkelse med hovedfokus på rus og risikoatferd, inkludert sentrale levekårsdata og data om sosiale relasjoner. Undersøkelsen bekreftet rusutfordringene i Verdal, og bidro som et kunnskapsgrunnlag for utvikling av målrettede tiltak på tvers av sektorer. Siden 1997 har Verdal kommune gjennomført regelmessige lokale rusundersøkelser i samarbeid med Trøndelag Forskning- og Utvikling. I tillegg har Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Ung-HUNT) vært en viktig kilde til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, inkludert rus- og levevaner.

Etter å ha slitt med rus, kriminalitet og et dårlig omdømme, har lokalsamfunnet og kommunen jobbet målrettet for å snu den negative trenden. En åpen, ærlig og kunnskapsbasert erkjennelse av problemene, mobilisering og myndiggjøring av lokalsamfunn og foreldre, handlingskraftige ildsjeler, godt samarbeid mellom frivillighet, næringsliv, politi, en restriktiv alkoholpolitikk, og bevisste politikere som torde å satse på tydelig, langsiktig arbeid forankret i helhetlige oppvekstplaner, har vært elementære faktorer for å snu trenden i Verdal. I tillegg har kommunen, delvis i samarbeid med Levanger kommune, satset på målrettet oppbygging av kompetanse og fagmiljø, og implementering av kunnskapsbaserte program og tiltak.

I 2013 gikk Verdal kommune over til Ungdata-undersøkelsen, som nå har erstattet den tidligere lokale rusundersøkelsen. For første gang kan Verdal sammenligne lokale data og evaluere sine resultater med utgangspunkt i nasjonale gjennomsnittstall. Ungdataundersøkelsen bekrefter at verdalsungdommen i dag har betydelig lavere andel av rus- og risikoatferd enn landet for øvrig.

Men til tross for svært positive gjennomsnittstall, bekrefter imidlertid den ferske Ungdataundersøkelsen en sterk sosial helsegradient blant ungdommer i Verdal. Dette blir nå satt på dagsordenen, og utjevning av sosiale helseforskjeller blir stadfestet som et sentralt perspektiv i kommunens folkehelsestrategi som for tiden er under revidering. Strategien inngår som en del av kommuneplanens samfunnsdel (felles med Levanger kommune).

Eksempel fra Innherred samkommune v/ folkehelsekoordinator Dina Von Heimburg

nytteverdien av Ungdataundersøkelsen for både kommunesektoren og statlige myndigheter er så stor at undersøkelsen bør videreføres som et statlig finansiert gratistilbud til kommuner og fylkeskommuner. Videre finansiering skal vurderes av de involverte departementer.

Helsedirektoratet mener Ungdata bør inngå i det statlige opplegget med å støtte kommunenivåets arbeid med å ha oversikt over folkehelsen. Det er avgjørende å få på plass en langsiktig finansieringsløsning som sikrer at gjennomføring av Ungdataundersøkelser forblir gratis for kommunene/fylkeskommunene.

Endre opplegget for fylkeshelseundersøkelser blant voksne

Det er viktig at kommunene også har god informasjon om voksenbefolkningen. Nasjonalt folkehelseinstitutt har i oppgave å utforme maler for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser, jf. forskrift om oversikt over folkehelsen. Gjennom forskriften er det gitt en forventning om at fylkeskommuner som gjennomfører fylkeshelseundersøkelser bør benytte malene som utarbeides av nasjonale helsemyndigheter. Det er lagt opp til at fylkeskommunen selv finansierer gjennomføringen og er databehandlingsansvarlig. Et ettårig utviklingsarbeid vil bli avsluttet høsten 2014, med anbefalinger for det videre arbeidet.

Selv om det kalles fylkeshelseundersøkelse er hovedbegrunnelsen å gi kommunene et styrket beslutningsgrunnlag. Fylkeshelseundersøkelsene vil ha størst verdi om resultatene kan brytes ned på kommunenivå. Dette legger føringer for størrelse på utvalget. Om resultatene ikke kan brytes ned på kommunenivå, vil det være fylkestall eller eventuelt regioner innen fylkene kommunene forholder seg til. Dette vil

ha begrenset verdi når informasjonen skal benyttes som grunnlag for å vurdere iverksetting av lokale tiltak. Det er viktig at resultatene fra fylkesvise befolkningsundersøkelser kan sammenliknes over tid og på tvers av geografi.

Fylkeshelseundersøkelser gjennomføres for å skape beslutningsgrunnlag for kommuner og fylkeskommuner. Det er viktig at utformingen av spørreskjemaet tar utgangspunkt i kommunenes behov og dekket de områdene kommunene skal ha oversikt over iht. regelverket. Likevel vil materialet kunne dekke også andre formål, både nasjonal statistikk og som utgangspunkt for forskning. Flere fylkeskommuner har stilt spørsmål ved finansieringsmodellen.

Helsedirektoratet mener at det er utfordringer ved å spre databehandlingsansvaret på 19 ulike aktører. Det er ikke kostnadseffektivt, og vil trolig stille fylkeskommunen overfor kompetanseutfordringer. En risikerer at det blir mange ulike varianter mht. gjennomføring, som utfordrer sammenlignbarheten. Det vil videre kunne være praktiske utfordringer knyttet til beslutninger om bruk av datamateriale for flere fylker samtidig.

Helsedirektoratet mener det bør vurderes å gjøre endringer i forskrift om oversikt over folkehelsen. Det bør for det første vurderes å sentralisere databehandlingsansvaret. Dette vil være mer oversiktlig, og sikre kompetansen som er nødvendig for å ivareta datasikkerhet. For det andre bør en vurdere å sentralisere hele eller deler av gjennomføringen av befolkningsundersøkelsen. Dette vil gjøre det enklere å sikre at slike undersøkelser gjennomføres og at de utføres på samme måte, enten i egenregi eller gjennom nasjonale anbud for datainnsamlingstjenester. I etterkant av datainnsamlingen vil en sentral aktør kunne tilrettelegge dataene på egnet

måte for fylkeskommuner og kommuner, enten for videre bearbeidelse i fylket eller i form av tilgjengelige publiseringsløsninger. Folkehelseinstituttet peker seg ut som denne nasjonale aktøren, der publiseringsløsninger allerede finnes gjennom Norgeshelsa og Kommune helsa statistikkbank. Fylkeskommunens rolle vil da være tredelt; mobilisere befolkningen til deltakelse, avklare tilleggsmoduler i spørreskjemaet samt analyser og tilrettelegging av informasjon for kommuner og egen virksomhet.

Utvikle og spre verktøy og modeller

Folkehelseloven har vært i virke i vel to år. Fra nasjonalt statlig hold er det i tiden etter lovens ikrafttredelse særlig lagt vekt på arbeidet med formidling av og veiledning til loven. Som ledd i arbeidet med å implementere folkehelseloven vil det fremover være hensiktsmessig å legge mer vekt på å utvikle og formidle praksis og gode modeller. Det er viktig at kommunene tar del i slikt utviklingsarbeid. Utviklingen kan ikke skje ovenfra og ned.

Helsedirektoratet har iverksatt en satsing med å utvikle og spre modeller for kommuners folkehelsearbeid. Vestfold, Østfold og Sør-Trøndelag skal drive innovasjon og metodeutvikling i kommunene innen hhv temaene i) oversikt og analyse av folkehelseutfordringer, ii) helsekonsekvensutredninger og iii) planlegging for god folkehelse. Hver fylkeskommune vil knytte til seg et forskningsmiljø for evaluering og systematisering av erfaringer som vil presenteres på erfaringskonferanser våren 2015. Arbeidet skal legges opp slik at øvrige kommuner tilføres kunnskapen som utvikles. Helsekonsekvensutredninger (HKU) er et verktøy for å synliggjøre hvordan beslutninger og tiltak i ulike sektorer kan påvirke befolkningens helse og fordelingen av denne. HKU kan bidra til at andre sektorer tar mer

helsefremmende avgjørelser i politikktutforming, men også til samarbeid mellom ulike sektorer. Som et hjelpemiddel har Helsedirektoratet utarbeidet en sjekkliste med viktige påvirkningsfaktorer kategorisert etter sektorer og tema. Relevansen for helse og trivsel er kort beskrevet. Det er også tatt inn noen spørsmål som kan være nyttig i vurderingen. Sjekklisten følger som vedlegg (Vedlegg 2) til rapporten og skal utprøves i Østfold.

KS har startet opp et læringsnettverk for folkehelse som er et toårig utviklingsarbeid med vekt på å redusere sosial ulikhet i helse, med spesiell oppmerksomhet mot barn og unges utfordringer med mestring og lettere psykiske vansker, og frafall i videregående skole. Læringsnettverket har både fylkeskommunene og kommunene som målgruppe og vil se på muligheter for å styrke sammenhengende tiltak på tvers av sektorer og mellom kommuner og fylkeskommuner. KS vil bygge videre på allerede etablerte samarbeidsformer og stimulere til økt kompetanse om en helsefremmende samfunnsutvikling. Det er dialog mellom KS og Helsedirektoratet om læringsnettverket og erfaringsfylkene.

Det er et behov å samle og formidle eksempler som viser vei til lokal praksis. Eksempler fra kommuners håndtering av folkehelselovens krav som kan ha overføringsverdi.

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å utvikle en nettressurs rettet mot kommuners iverksetting av folkehelse tiltak. Målet er at nettsidene skal gi faglig kunnskapsstøtte og være et praktisk hjelpemiddel for kommunene. En første versjon av «Folkehelsekommune - veivisere i lokalt folkehelsearbeid» lanseres sommeren 2014. På sikt skal følgende tolv temaområder inngå: utdanning, inntekt, bolig, arbeid, fysisk

miljø, sosialt miljø, skader og ulykker, tobakk, alkohol, ernæring, fysisk aktivitet og seksuell helse. Til alle disse temaene skal kunnskapsgrunnlag, regelverk, tiltak og virkemidler og eksempler omtales. I tillegg til temaområdene omtales systematikken i folkehelsearbeidet spesielt.

Det har vært arrangert arbeidsseminarer med kommuner for å sikre at veiviseren blir nyttig for kommunene. Det legges opp til dialog med kommunenivået i det videre utviklingsarbeidet.

13.3 Helsetjenesten og lokalt folkehelsearbeid

Helsetjenesten har en rolle i folkehelsearbeidet, i samarbeid med andre aktører. I Helse- og omsorgstjenesteloven understrekes kommunens plikt til å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Bidra i kommunens oversiktsarbeid

Data og rapportering fra kommunehelsetjenesten bidrar til et helhetsbilde av helsetilstanden og risikofaktorene i kommunen. Ulike former for screening, for eksempel veiing/måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bidrar med grunnlagstall for prioritering av innsatsområder i helsetjenesten så vel som i andre sektorer, og muliggjør innsats innenfor ulike levestandarder. Erfaringsbasert kunnskap, som man får i møter med brukere og pasienter, kan også være nyttig i kommunens oversiktsarbeid.

Iverksette tiltak

Helsetjenesten skal bidra til å utvikle, gjennomføre og evaluere metoder og tiltak som kan brukes i helsetjenesten eller i andre samfunnssektorer for å bedre folkehelsen. Helsetjenesten har kunnskap om helseforhold,

påvirkningsfaktorer og effektive tiltak. Den kommunale forebyggende helsetjenesten må bli mer bevisst på å rette innsatsen mot grupper av befolkningen, i tillegg til individrettet arbeid.

Det er en utfordring å etablere bedre samarbeid på tvers av sektorer og faggrupper. Samarbeid er avgjørende for å kunne fremme god folkehelse og bidra til utjevning av sosial ulikhet. Tiltak i regi av helsetjenesten og andre kommunale tjenester må ses i sammenheng og samordnes.

Helsefremmende og forebyggende arbeid er nødvendig for å nå målene i samhandlingsreformen og NCD-strategien. Måloppnåelse er avhengig av helsetjenestens bidrag. Helsetjenesten kan være premissleverandør når det gjelder å ivareta helsehensyn. Det blir viktig å sikre at helsetjenestens kunnskap videreføres og anvendes til det beste for befolkningen.

Være bidragsyter til helse- og miljøspørsmål

Den kommunale forebyggende helsetjenesten er også en bidragsyter til helse- og miljøspørsmål, som for eksempel barnehager og skolars inne- og utemiljø, ulykkesforebygging, hygiene og psykososialt miljø, skole- og arbeidsmiljø, bomiljøer /boligsituasjon, bekymringer knyttet til et økende antall overvektige i en befolkning, rusbruk/vold, fattigdoms-problematikk, psykisk helse, sosialt miljø/nettverk etc. Det kan for eksempel være at skolehelsetjenesten påpeker og samarbeider med skoler om å bedre skolemiljøet eller at de varsler om levekårsutfordringer i enkelte boområder.

En helsesektor som forbruker mye av samfunnets totale ressurser er ikke bærekraftig. Det er med andre ord nødvendig å satse mer på forebyggende og helsefremmende arbeid i samfunnet generelt, men også innenfor helsetjenesten. WHO

definerer helsefremmende arbeid som «the process of enabling people to increase control over their health and its determinants». En reorientering av helsetjenester mot helsefremming og forebygging har vært et mål siden Ottawacharteret (1986). Det ble erkjent et behov for at helsetjenesten i økende grad burde bevege seg utover klinisk og kurativ virksomhet, og at helsesektoren i det utvidede mandatet må bli mer kultursensitive og åpne opp for nye måter å samarbeide med andre aktører. Samhandlingsreformen har nettopp mål om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. For å nå målene i samhandlingsreformen og NCD-strategien, er det behov for økt oppmerksomhet på helsefremmende og forebyggende arbeid også innenfor helsetjenesten.

13.4 Oppfølging av tilsyn med folkehelseloven

Tilsyn med lokalt folkehelsearbeid skal bidra til kvalitetsforbedring. Det er alltid en fare for at forebyggende og helsefremmende arbeid nedprioriteres til fordel for mer akutte

tjenestebehov. I Folkehelsemeldingen *God helse – felles ansvar* går det frem at tilsyn med folkehelseloven skal gi støtte til kommunesektorens egne aktiviteter for å ivareta folkehelse gjennom kommunens plan- og styringssystem. Statlig tilsyn med bestemmelsene i folkehelseloven er for kommuner avgrenset til §§ 4 til 9 og til §§ 27 til 30 (Prop. 90 L, 2010-2011) (13). Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med folkehelseloven, fylkesmannen utøver tilsynet.

Høsten 2013 ble det gjennomført et pilottilsyn med kommuners folkehelsearbeid. Tilsynet ble gjennomført i tre fylker for å vinne erfaringer. Det ble undersøkt om kommunene gjennom sin styring og ledelse har sikret at lov- og forskriftsbestemmelser om løpende oversiktsarbeid overholdes.

Høsten 2014 skal det gjennomføres landsomfattende tilsyn med kommuners folkehelsearbeid. Landsomfattende tilsyn innebærer at det gjennomføres tilsyn med et antall kommuner fordelt på samtlige fylker i løpet av en gitt tidsperiode, og at temaet for

Utdrag fra kronikk om folkehelseilsyn i Trøndelag 15. mars 2014, adressa.no

Det var kravet til å ha «oversikt over befolkningens helsetilstand, og hvilke negative og positive faktorer som påvirker denne» som var grunnlag for Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sitt tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid høsten 2013. Tilsynet ble gjennomført i tre kommuner. Målet med tilsynet var å se om kommunene hadde et systematisk arbeid som sikret oppfyllelse av kravene i Folkehelseloven.

Dette tilsynet har vist at undersøkelser og forebyggende tiltak ofte gjøres uten at det er sett i en større sammenheng. For eksempel blir mobbing og frafall i skolen sett på som et individproblem, kanskje skoleproblem, mens det i realiteten er et stort samfunnsproblem.

Vi vet at faktorer som et godt skole-/arbeidsmiljø, likeverdighet, økonomi, sunt kosthold, daglig aktivitet og generell trivsel i hverdagen fremmer god helse. Når vi skal jobbe med å forebygge dagens utfordringer for barn og unge må vi derfor i langt større grad jobbe med de bakenforliggende årsaker til problemet. Alle etater i en kommune må være delaktig i slikt arbeid – dette er en viktig strategi i folkehelsearbeidet.

Tilsynet har vist at kommunene er i gang med å skaffe seg «oversikt over befolkningens helsetilstand, og hvilke negative og positive faktorer som påvirker denne», men er kommet ulikt i forhold til hvor systematisk arbeidet er.

tilsynet er felles. Det første landsomfattende tilsynet med folkehelseloven skal omfatte kommunens plikt til løpende å holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Resultater fra tilsynet vil være en kilde til informasjon for statlige helsemyndigheter i deres arbeid med å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Informasjonen bør danne grunnlag for å vurdere videreutvikling av veiledning, verktøy, råd osv. Det må avsettes ressurser både hos regionale og sentrale helsemyndigheter til arbeidet med å vurdere og følge opp det landsomfattende tilsynet.

13.5 Koordinerte statlige føringer til kommunene

Det stilles store forventninger til at kommuners folkehelsearbeid skal være tverrsektorielt. Positive og negative påvirkningsfaktorer på helse befinner seg i mange deler av lokalsamfunnet, og folkehelsearbeid berører derfor en rekke områder innen kommunal virksomhet. Den tverrsektorielle karakteren til folkehelsearbeidet kan imidlertid gi utfordringer når det gjelder samordning av politikken. Det er rimelig at statlig nivå er samordnet i sine forventninger til kommunene på folkehelseområdet. Dette vil lette den tverrsektorielle innsatsen lokalt.

Et hovedvirkemiddel for å få til koordinerte statlige føringer til kommunenivået er styringssystemet for nasjonalt tverrsektorielt folkehelsearbeid, lansert gjennom Folkehelsemeldingen i 2013. Systemet innebærer bl.a. at regjeringen skal legge frem en melding om folkehelsepolitikken for stortinget hvert fjerde år. Det har ikke vært en fast rutine at stortinget samlet har vurdert det nasjonale folkehelsearbeidet. Det legges opp

til at meldingen hvert fjerde år skal behandles i forkant av Kommunal- og moderniseringsdepartementets utsendelse av nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Dette forventningsdokumentet sendes kommuner og fylker hvert fjerde år og skal ligge til grunn for planlegging etter plan- og bygningsloven. En slik ordning kan bidra til at nasjonal folkehelsepolitikk ses i sammenheng med regionalt og lokalt folkehelsearbeid (3).

Gjennom Folkehelsemeldingen ble det også foreslått å styrke samordningen av de statlige styringssignalene gjennom å etablere en fast samordningsstruktur for iverksetting og utvikling av folkehelsepolitikken, hvor berørte departementer og direktorater møter. Et av formålene skal være å sørge for at folkehelsepolitikken er forankret på tvers av departementer og direktorater, og at de ulike instansene har samordnende styringssignaler til blant annet fylkesmannen og respektive direktorater. Videre kan kommuneproposisjonen og forventningsdokumentet til kommunal og regional planlegging være aktuelle dokumenter for slik samhandling (3).

Gjennom tilbakemeldinger fra fylkesmannen er Helsedirektoratet kjent med at embetsoppdragene til dels oppfattes som lite koordinerte når det gjelder områder med folkehelserelevans. Dette kan gi begrensninger i embetenes innsats for et tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunene.

Styringssystemet for nasjonalt tverrsektorielt folkehelsearbeid må videreutvikles. Nasjonale satsninger som overskrider sektorgrensene bør bidra til mer koordinerte statlige føringer. Et eksempel er satsningen innen nærmiljøutvikling (se eget kapittel).

13.6 Økt kapasitet og kompetanse i lokalt folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet i kommunene krever tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Kommunene må som følge av folkehelseloven avklare organisering av folkehelsearbeidet. Med folkehelseloven er kommuners ansvar lagt til kommunen som sådan og ikke i helsetjenesten som tidligere. Grunnen er at folkehelsearbeidet skal utøves på tvers av sektorer og at ansvaret derfor må ligge over sektornivå.

En kartlegging av kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid fra 2011 viste at det er variasjoner mellom kommunene når det gjelder ressurser til folkehelsearbeidet (14). Det er grunn til å anta at denne situasjonen fortsatt gjelder (129). Kommunene er i liten grad tilført egne ressurser til folkehelsearbeidet, men de frie inntektene er styrket for å gi kommunene forutsetninger for å oppfylle folkehelseloven. 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. Finansieringssystemet gir likevel begrensede insentiver til å prioritere forebyggende arbeid (3). I Folkehelsemeldingen fra 2013 ble det uttrykt at det skal vurderes hvordan økonomiske virkemidler kan tas i bruk mer effektivt for å få til en langsiktig styrking av folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet støtter behovet for en slik vurdering.

Folkehelsekoordinator

Den statlige ambisjonen med lokale folkehelsekoordinatorer var å styrke den tverrsektorielle innretningen på kommunens folkehelsearbeid og å styrke den politiske forankringen. Viktige virkemidler var ivaretagelse av helsehensyn i kommunale planer og forankring av folkehelseansvaret i

ulike deler av kommunen og lokalsamfunnet. Videre var siktemålet å utløse lokalt engasjement og å gi drahjelp til lokale aktiviteter. Ambisjonen har vært at de lokale folkehelsekoordinatorer skal jobbe på et strategisk nivå i kommunen (131). Ordningen med statlige stimuleringsmidler til partnerskap for folkehelsen ble innført i 2004, men er opphørt som følge av at folkehelsearbeidet har blitt en lovpålagt oppgave for fylkeskommunen.

Flere kartlegginger har vist at stillingene ofte er små og plassert i helsetjenesten. I noen kommuner er ansvaret for folkehelsearbeidet tillagt andre stillinger.

De kommuner som får til en tverrsektoriell integrering av folkehelse er de som også har plassert folkehelse på strategisk nivå i organisasjonen, for eksempel tilknyttet rådmannen.

Om lag 60 pst. av norske kommuner har i dag egne folkehelsekoordinatorer. Om lag 80 pst. av disse stillingene er på rundt 60 pst. eller mindre (14). Kommunene må ha en koordineringsfunksjon med tilstrekkelig kapasitet som ivaretar de strategiske oppgavene. Utøvelse av tjenesteoppgaver er ikke en del av koordinatorfunksjonen. En folkehelsekoordinators oppgaver skal være på samfunns- og befolkningsnivå, og kan falle inn under tre sentrale områder:

- oversikt over folkehelsen
- mål, strategier og planlegging
- tverrsektorielt samarbeid

Når det gjelder *oversikt over folkehelsen* må kommunen sørge for å etablere og vedlikeholde et system som gjør det mulig å ha slik oversikt. Uten lokal oversikt over utfordringene, blir ikke folkehelsearbeidet kunnskapsbasert og treffsikkert. Kommunene må avklare hvilke parametere kommunen skal følge med på og kjenne status til.

Informasjonen må vurderes og kunnskapen anvendes inn mot planarbeidet og som grunnlag for tiltaksutforming. Sentralt i oversiktsarbeidet er utforming av et eget oversiktsdokument hvert fjerde år.

Dokumentet skal oppsummere status og identifisere folkehelseutfordringer og ressurser. Dokumentet skal legges til grunn for arbeidet med planstrategien. Oppgaven med å ha oversikt over folkehelsen er nærmere beskrevet i egen veileder fra Helsedirektoratet (132).

Med folkehelseloven knyttes folkehelsearbeidet i kommunene til planlegging etter plan- og bygningsloven. Plan- og bygningsloven er det viktigste verktøyet i arbeidet med samfunnsutvikling. Koblingen mellom de to lovene skal bidra til at helsehensyn ivaretas i samfunnsplanleggingen. En oppgave for folkehelsekoordinatoren er å ivareta det strategiske arbeidet knyttet til *mål, strategier og planlegging*. Konkret kan dette dreie seg om å bidra i planprosessene med kunnskap om sammenhengen mellom ulike samfunnsområder kommunen har ansvar for og helse, og hvilke mål for utvikling som skal settes. En kartlegging fra 2011 viste at kommuner med folkehelsekoordinator i større grad hadde integrert folkehelsehensyn i planer enn kommuner uten en slik funksjon (14). Videre er det sentralt å sørge for at folkehelse kommer inn i styrende dokumenter og at folkehelseinnsatsen oppsummeres i de årlige rapporteringene.

Folkehelsekoordinatoren vil ha et ansvar for *tverrsektorielt samarbeid*. Folkehelsearbeidet i kommunene er avhengig av innsats i de ulike sektorene, og fra aktører utenfor kommunesektoren for å lykkes. Eksempler på aktører utenfor kommunesektoren er andre kommuner, fylkeskommuner, fylkesmannen, FoU-miljøer, næringslivet, frivillig sektor og statlige aktører som politiet.

Barn og unge i et folkehelseperspektiv
Oppegård kommune har i sin helseoversikt (2012) sett spesielt på barn og unge i et folkehelseperspektiv. I arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse skal kommunen ha ekstra fokus på tjenester som påvirker fysisk og psykisk helse blant barn og unge, og som legger vekt på å hjelpe ungdom gjennom utdanningsløpet og ut i arbeidslivet. Dette arbeidet inkluderer følgende åtte punkter:

Tidlig innsats: Språkopplæring, Tilpasset opplæring, Gode overganger (barnehage, barneskole, ungdomsskole, videregående skole)

Gode møteplasser: Prispolitikk på tjenester og tilbud, Fysisk planlegging

Mestring: Krav som står i forhold til forutsetningene, Dyktige ansatte som etter de riktige målene

Grunnleggende ferdigheter: Kvalitetssikre opplæringen i grunnleggende ferdigheter, Utarbeide planer i samarbeid med barnehage og skole

Nærvær: Fokus på nærvær heller enn fravær, Samme fraværsoppfølging som i arbeidslivet
Miljø, trivsel og mobbing: Kompetente ansatte, Fysisk miljø som innbyr til aktivitet og gir trivsel, Aktiv skolevei

Levevaner (kosthold, fysisk aktivitet, tobakk og alkohol): Opplæring gjennom barnehage, skole og SFO, Bevisstgjøre foreldre, Forebygge bruk av tobakk og alkohol

Arbeidsliv: Arbeidslinjen, Praksisplasser, lærlingeplasser og arbeidstreningsplasser, Trygghet rundt økonomi og bolig, Deltakelse i samfunnet.

Folkehelsekoordinatoren skal fremme samarbeid, herunder bygge og vedlikeholde kontakter og nettverk.

Koordinatorfunksjonen bør altså ha en strategisk forankring slik at sammenhengen

mellom samfunnsutviklingen og folkehelse styrkes.

Andre tjenester i kommunen som har et folkehelsemandat må spille sammen med koordinatoren slik at ressurser ses i sammenheng. For eksempel skal miljørettet helsevern søke å verne befolkningen mot negativ miljøeksponering men også fremme kvaliteter i miljøet. Tjenesten besitter kompetanse som vil være kunnskapskilde til folkehelseoversikten, og for å ivareta helsehensynet i miljørettet arbeid.

Styrke kapasiteten til å understøtte kommunene

Gjennom folkehelseloven er det lagt opp til at de øvrige forvaltningsnivåene skal støtte kommunenes folkehelsearbeid.

Fylkeskommunen, fylkesmannen og statlige helseaktører på nasjonalt nivå har definerte oppgaver når det gjelder å understøtte kommunene. Det kan være et potensiale i at fylkesmannen styrker dialog med og veiledning av kommunene, for eksempel gjennom møter med kommunene i forbindelse med oppstart av arbeidet med planprogram.

Det er aktuelt å styrke støtten til kommunene også ved å tydeliggjøre hvordan andre aktører kan bistå. Det pågår en omfattende gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentre som er organisert utenfor helseforetakene. Som del av denne gjennomgangen er det aktuelt å gjennomgå sentrenes mandater fremover hva gjelder folkehelsearbeid.

Det er allerede igangsatt et arbeid med å utvikle rollen kompetansesentrene på rusområdet (KoRus) skal ha i lokalt folkehelsearbeid. Dette kan omfatte bl.a. hjelp til å kartlegge rusituasjonen og å bidra med kunnskap om tiltak. Rollen må avklares og utvikles, særlig i sammenheng med rollene

fylkesmannen og fylkeskommunen har, men også i relasjon til andre kompetanseaktører.

Økt kompetanse til analyse

Helsedirektoratet er kjent med at kommunene har behov for økt kompetanse til vurdering og analyse av lokale folkehelseutfordringer i sitt oversiktsarbeid. Mange kommuner samler data og informasjon men etterspør støtte i å foreta gode analyser og faglige vurderinger av informasjonen. Folkehelseloven stiller krav til faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser. Dette er nødvendig for å finne frem til områder for tiltak. I disse vurderingene skal en være spesielt oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, eller sosiale helseforskjeller, jf. forskrift om oversikt over folkehelsen.

Det er behov for å utrede hvordan staten bedre kan bidra til å bygge lokal kompetanse gjennom modellutvikling som ved erfaringsfylker, kurspakker o.l.

13.7 Implementering og evaluering av folkehelseiltak

Kommuner og fylkeskommuner skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer. I følge loven kan dette blant annet omfatte tiltak knyttet til «oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.»

Det er et stort behov for å øke ressurser til evaluering av lokale tiltak slik at kommuner kan lære av hverandre.

Kunnskapsbaserte tiltak må tilpasses situasjonen i den enkelte kommune.

Helsedirektoratet og KS har gått sammen med folkehelsemyndighetene og kommuneorganisasjonene i Danmark, Sverige og Island om et felles prosjekt for å bringe frem kunnskap om lokalt arbeid for å redusere sosial ulikhet i helse. En tverrfaglig forskergruppe vil utforske hvilke mål, organisering, prosesser, kapasitet og kompetanse og verktøy som styrker gjennomføring av tiltak for å redusere sosial ulikhet på tvers av politikkområder.

Analysen skal danne utgangspunktet for en rapport som formidler lokale erfaringer og praksiseksempler.

Det er behov for å:

- Videreutvikle evalueringsmetoder egnet i folkehelsearbeidet
- Bygge opp evalueringskompetanse regionalt og lokalt
- Vurdere muligheten for statlig støtte til kommunale evalueringer

13.8 Følge med-opplegg for lokalt folkehelsearbeid

For å kunne tilpasse statens støtte til det lokale folkehelsearbeidet er det vesentlig å følge med på folkehelsearbeidet lokalt.

Høsten 2011, rett før folkehelseloven trådte i kraft, ble det gjennomført en omfattende kartlegging av kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid (14). Kartleggingen ga nyttig informasjon om kommunesektorens organisering av og ressurser til folkehelsearbeidet, om status når det gjelder oversikt over folkehelsen og forankring i plan, om tiltaksutforming m.m. Hensikten med å gjennomføre kartleggingen på dette tidspunktet var å etablere en «baseline» som kan brukes til å måle utvikling opp mot.

I etterkant av 2012 er det innarbeidet spørsmål i KOSTRA om hhv kommuners og fylkeskommuners forankring av folkehelse i planer etter plan- og bygningsloven. Videre er enkelte sider av lokalt folkehelsearbeid tatt inn i kartlegginger som gjennomføres som del av forskning på samhandlingsreformen. Resultater vil foreligge ved utgangen av 2014. Med begrenset og fragmentert følge med-informasjon synes det nyttig med en ny, bred kartlegging av status i det lokale og regionale folkehelsearbeidet. Et gunstig tidspunkt kan være i 2016, et år etter neste kommune- og fylkestingsvalg. Det er imidlertid uheldig med gjentatte og ukoordinerte henvendelser til kommunene. Det er derfor nødvendig å avklare kartlegginger fremover, i sammenheng med en avklaring av et fremtidig følge med-opplegg.

VEDLEGG 1

Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger

Notat til Helsedirektoratet ved Hege Hofstad, Norsk institutt for by- og regionforskning

1 Innramming

Helsedirektoratet er i gang med en statusgjennomgang av folkehelsefeltet på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet. Dette notatet er et bidrag til Helsedirektoratets statusgjennomgang og vil belyse:

1. Hva er status for kommunenes folkehelsearbeid forstått som det brede folkehelsearbeidet lansert i folkehelseloven?
2. Hva er forutsetningene for at kommunenes folkehelsearbeid skal fungere etter intensjonene?
3. I lys av punktene over, hvordan bør kommunenes folkehelsearbeid videreutvikles og støttes for å leve opp til intensjonene i folkehelseloven?

Notatet baserer seg på NIBRs eksisterende data og kunnskap om norske kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid. For det første to surveyer til norske kommuner: "Baselineundersøkelsen" sendt ut til alle norske kommuner høsten 2011, altså før folkehelseloven trådte i kraft. "Helse og omsorg i plan" (Helomplan)- undersøkelsen som omfatter alle deltakere i etter- og videreutdanningskurset Helse og omsorg i plan høsten 2012. Her vil svarene fra de 98 kommunale deltakerne benyttes. Resultatene fra disse surveyene er tidligere publisert i to rapporter, Helgesen og Hofstad 2012 og Hofstad og Helgesen 2013¹⁰.

I tillegg baseres notatet på kvalitative intervjuer og fokusgruppeintervjuer med kommunale og fylkeskommunale aktører i lokalt og regionalt folkehelsearbeid, nærmere bestemt intervjuer i til sammen 15 kommuner og 17 fylkeskommuner. 12 av kommunene er valgt etter anbefaling fra fylkeskommunene om kommuner som er godt i gang med folkehelsearbeidet. Tre av kommunene er valgt på bakgrunn av at de hadde deltaker med på Helse- og omsorg i plan- utdanningen. De representerer dermed kommuner som trolig er over gjennomsnittet engasjert i folkehelsearbeid. Kommuner som har startet arbeidet med å sette ut i livet det brede folkehelsearbeidet lansert i folkehelseloven – slik kommunene i vårt utvalg har – gir nyttig kunnskap om forutsetninger for implementering og eventuelle behov for tilpasninger. Imidlertid er ikke kommunene som er tatt med her nødvendigvis "best case". I tillegg er variasjon i størrelse søkt ivaretatt ved valg av kommuner.

¹⁰ For referanser, se litteraturlista bakerst

De kvalitative dataene danner grunnlag for to tidligere publikasjoner, Hofstad og Helgesen 2013 og Helgesen et. al 2014¹¹.

Det at notatet bygger på eksisterende data publisert i tidligere rapporter betyr ikke at materialet som presenteres her er et resymé av data som tidligere er publisert. Dataene, og da spesielt de kvalitative dataene, har blitt reanalysert for å kunne belyse problemstillingene i dette notatet på en god måte. Notatet står følgelig på egne bein, og medforfatterne i de nevnte rapportene står ikke til regnskap for konklusjonene som trekkes her.

Som problemstillingene over indikerer, vil vurderingen av kommunenes folkehelsearbeid ta utgangspunkt i intensjonene i folkehelseloven. Det er disse intensjonene status i kommunenes folkehelsearbeid vil holdes opp mot. Videre vil gapet som eventuelt eksisterer mellom intensjoner i loven og realitetene i kommunene legges fram og det vil gjøres en vurdering av hvordan folkehelsepolitikken bør utvikles for å gjøre dette gapet mindre.

2 Intensjonene i folkehelseloven

Rammen for dette notatet er knapt. Jeg vil derfor ikke bruke mye plass på å legge fram folkehelseloven og det brede folkehelsebegrepet i sin helhet, men heller trekke fram det jeg vurderer som viktige målepunkter for kommunenes folkehelsearbeid dersom det skal sies å fungere i tråd med intensjonene i folkehelseloven.

Man skal vokte seg vel for å kalle folkehelse et nytt arbeidsområde for kommunene, dette har de arbeidet med på ulikt vis lenge. Likevel mener jeg det er grunnlag for å si at det om lag siden 2000-tallet har skjedd en vitalisering av folkehelsepolitikken i form av en institusjonalisering av feltet, både i kognitiv, normativ og juridisk forstand. Folkehelsepolitikken har beveget seg fra å ha et fokus på bekjempelse av epidemier og smittsomme sykdommer på 1800-tallet, via et fokus på individers helse og da særlig livsstilsrelaterte sykdommer, til et påvirkningsperspektiv på helse hvor en arbeider for å fremme positive faktorer og redusere negative faktorer på bred front, fra strukturelle sosio-økonomiske utfordringer relatert til individuelle helseforskjeller til påvirkningsfaktorer i lokalsamfunn og på det individuelle plan (Helgesen 2012, Helsedirektoratet 2010). En slik bred forståelse av folkehelse bygger på at helse og uhelse først og fremst skapes utenfor helsesektoren. Et helt sentralt punkt i folkehelsepolitikken er derfor å skape samarbeid på tvers – både internt i kommunene, men også ved å trekke inn relevante aktører i lokalsamfunnet. I tillegg er folkehelsepolitikken opptatt av å skape det som omtales som en "venstreforskyving" av folkehelsearbeidet til de grunnleggende årsakene til helse og uhelse. Det innebærer en økt vektlegging av materielle og strukturelle påvirkningsfaktorer og mindre vekt på risikofaktorer og helsetjenestens bidrag til helse (Helsedirektoratet 2010).

Til sammen gir dagens folkehelsepolitikk en endret, og bredere, forståelse av hva folkehelsearbeid er og skal være som har blitt artikulert og kommunisert til kommunene gjennom stortingsmeldinger,

¹¹ For referanser, se litteraturlista bakerst

rapporter, på konferanser, seminarer, osv. (St.meld 16 2002-2003, St meld 20 2006-2007, Prp 90L 2010-2011, Meld. St. 34 2012-2013, Helsedirektoratet 2010, 2012). Denne institusjonaliseringen kulminerte med iverksettingen av folkehelseloven i 2012 hvor forventningene til kommunenes folkehelsearbeid ble formalisert. Størst oppmerksomhet har det ”systematiske folkehelsearbeidet” fått. Her forventes kommunene å etablere en helseoversikt for sin kommune hvor ikke bare kommunens helsestatus, men også en kartlegging av de viktigste positive og negative påvirkningsfaktorene inngår. Kommunens folkehelseprofil som de mottar av Folkehelseinstituttet hvert år inngår som en del av helseoversikten. Oversiktsarbeidet skal danne grunnlaget for formulering av mål og prioriteringer i kommunens planstrategi og kommuneplan, samt andre, løpende planer. Dette skal igjen materialisere seg i utvalgte folkehelseiltak. Det systematiske folkehelsearbeidet ender med evaluering som knyttes opp mot kommunens internkontroll-arbeid. En annen viktig rettesnor for kommunenes folkehelsearbeid er tilgang på ressurser.

Både fylkeskommunen, fylkesmannen og Helsedirektoratet besitter stimuleringsmidler som kommunene benytter seg av. Innretningen på disse midlene vil selvfølgelig forme kommunenes folkehelsearbeid.

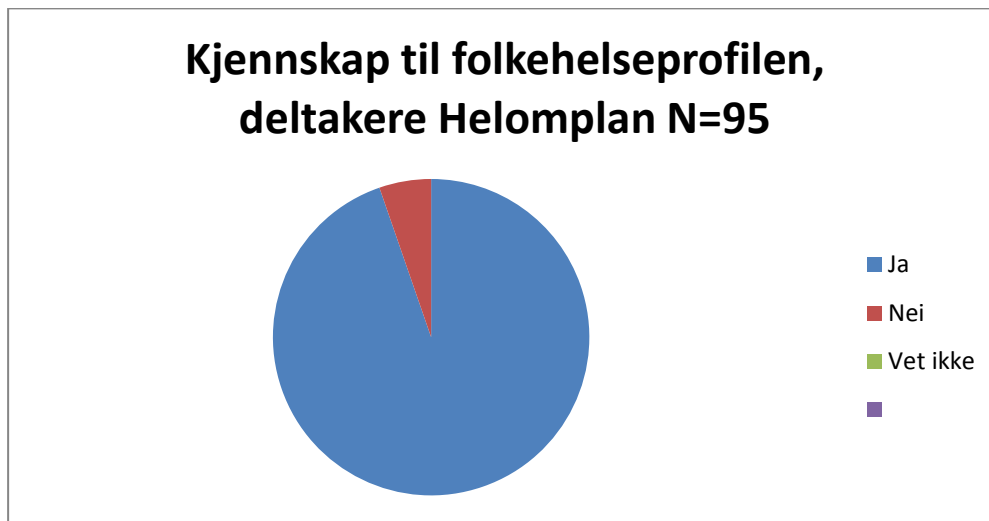
De nevnte kognitive, normative, juridiske og økonomiske styringssignalene utgjør til sammen folkehelsepolitikken som i all hovedsak iverksettes av kommunene. Når jeg nå skal se nærmere på i hvilken grad folkehelsepolitikken preger kommunenes arbeid, vil jeg ”måle” dette ved å se nærmere på kommunenes arbeid med de ulike bestanddelene som utgjør det systematiske folkehelsearbeidet: oversiktsarbeidet, organisering og planlegging, utvikling av folkehelseiltak og evaluering / internkontroll. I tillegg vil jeg se nærmere på finansieringen av folkehelsearbeidet fordi det er interessant å se på koblingen mellom det systematiske folkehelsearbeidet og den finansieringsmodellen man bygger dette arbeidet på. De nevnte delene av folkehelsearbeidet vil behandles for seg, og da vil både status i kommunene samt utfordringene og forutsetningene for at kommunenes folkehelsearbeid skal fungere etter intensjonene belyses. Notatet ender opp med en oppsummerende diskusjon og samlet analyse av status og utfordringer samt anbefalinger knyttet til hvordan folkehelsearbeidet kan støttes og videreutvikles framover.

3 Status og utfordringer i lokalt folkehelsearbeid

3.1 Status og utfordringer i oversiktsarbeidet

Presentasjonen av oversiktsarbeidet bygger både på kvantitative og kvalitative data. Fra baselineundersøkelsen vet vi at kun et fåtall kommuner hadde skaffet seg oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer før folkehelseloven trådte i kraft. Hvordan så det ut ett år senere? Vi spurte deltakerne på Helomplan- utdanningen om de hadde kjennskap til folkehelseprofilen for sin kommune. Figur 3.1 viser at 95 % av deltakerne kjente til denne høsten 2012, mens 5 % ikke kjente til den.

Figur 3.1 Kjennskap til folkehelseprofilen, N=95

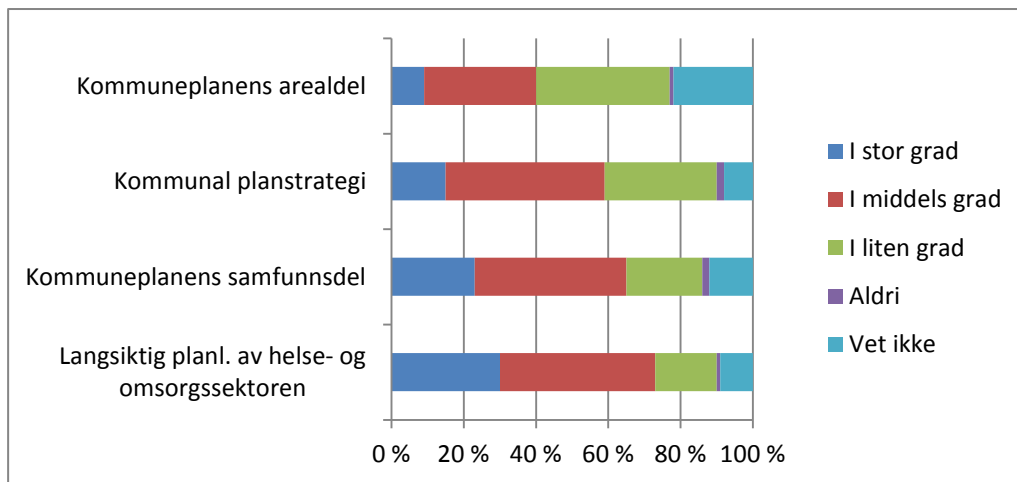


Men én ting er å kjenne til folkehelseprofilen, noe helt annet er å sette i gang oversiktsarbeidet – å utarbeide oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer.

Før folkehelseloven ble iverksatt svarte 19 % av kommunene at de hadde utarbeidet slik oversikt, 71 % hadde ikke utarbeidet oversikt, mens 10 % ikke visste om kommunen hadde utarbeidet slik oversikt (N=303) (Helgesen og Hofstad 2012). Resultatet fra Helomplan - undersøkelsen ett år senere viser at blant deltakerne på Helomplan - utdanningen har andelen som har utarbeidet oversikt økt: 28 % har utarbeidet oversikt, 60 % har ikke utarbeidet oversikt mens 12 % ikke vet om deres kommune har utarbeidet slik oversikt (N=89). Det er grunn til å tro at kommunene som sender deltakere til Helomplan - utdanningen er over gjennomsnittet interessert i folkehelsearbeid og derfor i større grad prioriterer oversiktsarbeidet. Samtidig er det slik at om lag 100 fra kommune-Norge tar denne utdanningen årlig. Utdanningen vil samlet, hvis man lykkes med samme antall deltakere som de to første årene, samle om lag 400 deltakere. På sikt kan dette ha en positiv innvirkning på kommunenes oppfølging av folkehelseloven.

Når vi spør i hvilken grad kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer brukes som grunnlag for ulike typer lokale planer, finner vi at blant Helomplan – deltakerne er langsiktig planlegging av helse- og omsorgssektoren viktigste anvendelse av denne kunnskapen. Dette vises i figur 3.2 under.

Figur 3.2 Integrering av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i lokal planlegging, N=87



Resultatene i denne figuren er trolig farget av at deltakerne på Helomplan hovedsakelig kommer fra helse- og omsorgssektoren. Det er derfor grunn til å tro at det er planlegging på denne sektoren de kjenner best, mens for eksempel arealplanlegging, som i minst grad tar opp i seg kunnskap om helsetilstand, er nokså ukjent for dem. Likevel samstemmer denne lave innflytelsen på utformingen av arealplanleggingen med tidligere funn (Helgesen og Hofstad 2012, Hofstad 2011). I den grad folkehelse har kommet inn på planleggingsagendaen er det i samfunnsdelen innflytelsen er størst. Så også her. I samme undersøkelse spør vi om folkehelse-/helsehensyn omtales i ulike typer planer. Resultatene viser at i over 80 % av deltakerkommunene omtales folkehelse-/helsehensyn i kommuneplanens samfunnsdel og i kommunal planstrategi, mens dette er tilfellet i 32 % av arealplanene (N=87). Gitt antallet kommuner som har utarbeidet oversikt springer trolig denne omtalen i liten grad ut av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Det er med andre ord god grunn til å grave litt dypere i dette ved å konsultere de kvalitative dataene: Hvorfor er det vanskelig å etablere oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer? Og hva er utfordrende med å få til en kobling mellom denne kunnskapen og mål og prioriteringer i planleggingen?

De kvalitative dataene bekrefter at kommunene er helt i startgropa når det gjelder oversiktsarbeidet. Utfordringen, slik det artikuleres av informantene, er for det første å finne fram til statistikk og annen informasjon som gir et godt bilde av kommunens helsetilstand og påvirkningsfaktorer. En informant formulerer det slik:

... Vi skal jo ha en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, det sier jo folkehelseloven. Det er en stor jobb som må gjøres og som vi og må finne en eller annen metode for å få det til (folkehelsekoordinator).

Dette bekreftes også av Helomplan-studentene når de kommenterer oversiktsarbeidet i åpent svarfelt i surveyen. De opplever at relevant statistikk er utilgjengelig og finnes spredt på mange ulike kilder. En del av utfordringen er derfor å skaffe seg oversikt over hva som finnes, før man kan gå inn i tallene.

Folkehelseprofilen er den mest tilgjengelige kilden til kunnskap. Ifølge mine informanter har profilen en positiv virkning i at den bidrar til å skape politisk og offentlig oppmerksomhet om folkehelse. Tallene diskuteres i kommunestyrene og får oppmerksomhet i lokale media. Folkehelseprofilen gir dermed grunnlag for refleksjon og diskusjoner. Imidlertid opplever brukerne også at mange spørsmål ikke besvares i folkehelseprofilen. Informantene savner informasjon om interne forskjeller i kommunene og lokale helsefremmende faktorer hvor blant annet bolig trekkes fram som et eksempel. De opplever at fokuset i for stor grad er på sykdom og død.

Fylkeskommunene og kommunene opplever derfor et behov for å gjøre tilleggsundersøkelser. Et startpunkt for flere av kommunene, og som flere fylkeskommuner støtter opp om, er å gjennomføre ungdomdata - undersøkelse som viser hvilke folkehelseutfordringer ungdomsbefolkningen har. Dette er i tråd med det som synes å være et hovedfokus i kommunene, nemlig barn og unge. Også her opplever de utfordringer i tolkningen av dataene. Et eksempel som trekkes fram illustrerer dette på en god måte. Informantene i en kommune spør seg hvordan man skal tolke at en stor andel elever sliter med søvnløshet. På den ene siden, hevdes det, er dette et normalt trekk ved det å være ungdom. På den annen side henvises det til faglige råd om at søvnløshet bør tas på alvor. Denne tolkningsutfordringen handler om å ha kompetanse og kapasitet til å relatere resultatene til eksisterende kunnskap på feltet. Hva betyr resultatene egentlig, hvor alvorlige er de?

I intervjuene med fylkeskommunene kommer det fram at flere av dem har prioritert å ansette en folkehelseanalytiker. Ved å ha en ekspert til å gjennomføre undersøkelser, tolke offentlig statistikk og understøtte kommunene i deres oversiktsarbeid kan tolkningsutfordringen reduseres. Også kommuner besitter egen statistikk- og analysekompetanse. Imidlertid er ikke disse ansatt direkte for å se på folkehelseutfordringer og det oppleves som en utfordring å få dem til å interessere seg for folkehelsefeltet. Men her ligger det et åpenbart potensial for synergi, ikke minst gjennom folkehelsearbeidets kobling til planlegging hvor statistikk og analyse av status og utfordringer for kommunen utgjør en viktig del av samfunnsplanleggingen.

Dette leder over til neste utfordring som tematiseres av kommunene: Å få til en god kobling mellom det utfordringsbildet oversiktsarbeidet avdekker og prioriteringer i planleggingen og utvikling av tiltak. Det fordrer *både* at man skaffer seg en oversikt som kommunen har kompetanse til å "oversette" til noe meningsfullt og å skape et samsvar mellom utfordringsbildet på den ene siden og planer og tiltak på den andre. I teorien kan oversiktsarbeidet, dersom det gir tilstrekkelig tydelige signaler og kommunene tar resultatene på alvor, medføre endringer i planleggingen og i det faglige tilbudet kommunene tilbyr. For eksempel kan det bety at det er behov for å endre sammensetningen av kompetanse og å tenke nytt om innholdet i kommunens planer. I fokusgruppeintervjuene med kommunene reflekterer de over nettopp dette koblingsarbeidet som står foran dem:

Man skal jo ha en oversikt over helsetilstanden til befolkningen, i bønn. Som på en måte skal gi oss et utgangspunkt for de eventuelle tiltakene vi trenger å sette i verk. Det er klart at dette er veldig omfattende arbeid, og mye er gjort (...). Men det [som er jobben min er] å klare å systematisere det vi har, og tenke målrettet om veien videre, og få til det her samarbeidet på tvers, av sektorer og frivillighet, og klare å sjå noen betydning av det som gjøres. Så det er der den største utfordringen ligger nå, tenker jeg, å klare å få systematisert ting (folkehelsekoordinator).

Flere av informantene løfter fram at selve bredden i folkehelsearbeidet er en utfordring for å få denne systematiseringen til på en god måte. Denne utfordringen kommer jeg tilbake til når status og utfordringer knyttet til folkehelseiltak diskuteres.

Oppsummering av status og utfordringer for oversiktsarbeidet:

- Oversiktsarbeidet er i støpeskjeen
- Det er grunn til å tro at et økende antall kommuner er kommet i gang med oversiktsarbeidet
- Kommunene opplever statistikken som vanskelig tilgjengelig og vanskelig å tolke, kommunens eventuelle fagpersoner på statistikk og analyse bør benyttes i oversiktsarbeidet
- Folkehelseprofilene kommuniserer godt til politikere og offentligheten men de har for stor vekt på uhelse, for lite på helsefremmende faktorer

En nøkkel for å kunne håndtere bredden i folkehelsearbeidet og å få til et mer systematisk folkehelsearbeid er en tettere tverrsektoriell koordinering. Slikt tverrsektorielt arbeid er med andre ord en forutsetning for det systematiske folkehelsearbeidet. Det skal vi se nærmere på under.

3.2 Status og utfordringer i organisering og planlegging av lokalt folkehelsearbeid

Et viktig utgangspunkt for å forstå hvordan man får til en tverrsektoriell integrering av folkehelsehensyn er en forståelse av helt grunnleggende trekk ved folkehelse og folkehelsearbeid. Folkehelse er vidt definert og det opererer sektorfritt. Mot tidligere å ha blitt definert som en del av helsesektoren er det nå hele kommunens oppgave. Det gjør at folkehelse må bevise sin berettigelse og relevans for de ulike samfunnssektorene. Noen kommuner og fylkeskommuner har arbeidet med dette en stund, andre strever med dette akkurat nå, atter andre har ikke kommet i gang.

La oss begynne med å se på det generelle bildet. Helomplan-undersøkelsen inneholder spørsmål knyttet til folkehelsekoordinatorens arbeid og mer generelle spørsmål om tverrsektoriell integrering. 80 % av deltakerne på Helomplan representerer kommuner som har ansatt en folkehelsekoordinator (N=83). Viktigste arbeidsoppgaver for folkehelsekoordinatoren er iverksetting av folkehelseiltak (80 %), noe som gjenspeiler det vi vet fra før: at folkehelsekoordinatoren i de fleste tilfeller er ansatt i helsesektoren og har en delt stilling der resten av tiden er knyttet til tjenesteproduksjon på denne sektoren (Helgesen og Hofstad 2012). Imidlertid bruker også folkehelsekoordinatoren tid på å koordinere på tvers av sektorer (69 %). Koordineringen skjer gjerne ved at det nedsettes tverrgående grupper på tvers av avdelingene i kommunen. Vi har spurt deltakerne på Helomplan-kurset om hvorvidt kommunen har etablert møteplasser for planleggere og helse-/folkehelsearbeidere. I halvparten av kommunene finnes ikke slike møteplasser, mens 37 % av kommunene har slike møteplasser. 13 % av respondentene vet ikke om slike møteplasser finnes (N= 84). Disse tallene gir trolig et noe mer positivt bilde av situasjonen i kommunene enn det som gjelder generelt gitt deres interesse for helse i plan.

Noen av rådgiverne på fylkesnivå har interessante refleksjoner omkring akkurat tverrsektoriell integrering av folkehelse, både hvordan det oppleves for dem å "pushe" folkehelse på andre og hvordan det oppleves fra andre siden, fra medarbeidere i ulike sektorer. Flere informanter nevner at folkehelsearbeid i bunn og grunn handler om å "mase" på andre avdelinger og sektorer fordi de

sitter på viktige virkemidler som har betydning også for folkehelse. Dette beskrives slik av informantene:

Vi må komme med folkehelseklubba (rådgiver fylkeskommune).

Det er noe med folkehelsearbeidet. Du går rundt og trækker folk på tærne hele tida (rådgiver fylkeskommune).

Disse sitatene tematiserer noe flere er opptatt av; å få innpass på andre sektorer er en sentral utfordring i arbeidet med folkehelse. Dette gjelder både små og store kommuner. Ikke minst er dette en utfordring i forhold til skolesektoren. Med det store fokuset på barn og unge i folkehelsearbeidet er de en viktig samarbeidspartner, både i fylkeskommunene og kommunene. I begge tilfeller oppleves skolesektoren som "lukket", både den enkelte videregående skole eller grunnskole og avdelingen for videregående opplæring i fylkeskommunen:

Vi er ikke invitert inn (folkehelserådgiver fylkeskommune).

... rektorene er en selvstendig yrkesgruppe. Mitt inntrykk er at de bestemmer ganske suverent hva de vil og ikke vil (folkehelserådgiver fylkeskommune).

Det er litt forskjell fra skole til skole. Hver skole er hver sin virksomhet (helsefaglig rådgiver).

Som disse sitatene poengterer, er i hvilken grad man har etablert et samarbeid med skoleadministrasjonen i fylkeskommunen eller kommunen til dels personavhengig fordi rektorene styrer selvstendige resultatenheter og bestemmer nokså suverent hva de vil gå inn i av temaer utenfor læreplanen.

Men dette er ikke bare en utfordring i forhold til skolesektoren, men en mer generell utfordring. Informantene reflekterer omkring hvorfor det er slik. Det løftes fram at når man argumenterer for folkehelse sin plass i planlegging, i kultursektoren eller skolesektoren kan man implisitt oppfattes dit hen at man indikerer at de faglige vurderingene som ligger til grunn for aktivitetene på en gitt sektor er mangelfulle. Dermed utfordrer man andres faglighet. Motstanden kan derfor forstås delvis som et ønske om å hegne om egen faglighet og vurderinger som følger av denne. Slik beskrives dette av en av informantene på fylkesnivå:

Folk har så eierskap til fagfeltet at de ikke vil dele det med andre slik at det gjøres til noe annet (rådgiver fylkeskommune).

Likevel understrekes det både i fylkeskommuner og kommuner som har arbeidet med folkehelse over lengre tid at denne motstanden har lagt seg de siste årene:

Fra at jeg nesten måtte sette tunga i dørsprekken for å få være med, til at vi nå er invitert inn aktivt med noen unntak (rådgiver fylkeskommune).

Folkehelse har vært så i tida, at til slutt kan man ikke si nei lenger (rådgiver fylkeskommune).

... det jeg merker, er at de tverrsektorielle skottene som har vært, nå har åpnet seg og blitt revet ned sånn at vi nå faktisk kan samarbeide med en ingeniør og skolefolk fra min side, som er omsorg. I nettverk om folkehelse. Det er vel for så vidt noe av det sånn grensesprengende, bokstavelig talt. Vi jobber veldig for oss selv i sånne sektorer. Og veldig fokus på eget budsjett, egne oppgaver og oppdrag, uten å skjele til siden og tenke på, kan vi samarbeide? – som det legges opp til innen folkehelsearbeidet. Vi skjønner at det er det som må gjøres for å ha suksess (helsefaglig rådgiver).

En av faktorene som trekkes fram som viktig er å spille *med* andre sektorer. Gjennom interaksjon og en høy bevissthet omkring språk og fag kan fronter dempes og en felles forståelse utvikles. En flerfaglig tilnærming gir nye og flere innfallsvinkler og andre måter å se verden på som er nyttig i videreutviklingen av folkehelsearbeidet. Samtidig tar slikt forankringsarbeid tid, men det argumenteres for at langsiktig arbeid er verdt det fordi folkehelse da fremmes "av seg selv" av folk i andre sektorer. Over tid vil derfor medvirkning og samarbeid være mer effektivt enn påbud og formaninger. Muligheten for å få til en slik form for selvgrodd forankring, understrekes det, har økt i kjølvannet av folkehelseloven hvor det er laget "... flere og flere støttedokumenter og redskaper" (folkehelserådgiver fylkeskommune). Samtidig som oppmerksomheten om betydningen og ansvaret for folkehelse lokalt har økt.

Folkehelseloven og hvordan den plasserer folkehelse som et generelt kommunalt og fylkeskommunalt ansvar trekkes med andre ord fram som en sentral forklaring på at det å få innpass på andre avdelinger har blitt lettere. Ikke minst gjelder dette overfor planleggerne. I flere fylker og kommuner er det etablert egne samarbeidsgrupper/interne nettverk hvor folk som arbeider med plan og folk som arbeider med folkehelse deltar. Uavhengig av om slike samarbeidsfora er etablert, så deltar de aller fleste informantene i arbeidet med planstrategi og regionale/kommunale planer med relevans for folkehelse. Imidlertid varierer det hvordan planforum fungerer i fylkene. Noen har rom for å ta en aktiv rolle i behandlingen av innsendte kommunale planer, mens andre opplever at deres deltakelse i slike prosesser ikke tas hensyn til. Det varierer også hvor stor kapasitet en har å legge inn i planarbeidet. På fylkesnivå understreker flere av folkehelserådgiverne at de deltar i behandlingen av de kommunale planene "i den grad de har kapasitet". Inntrykket er at der samarbeidet med plan er tett er dette noe de har arbeidet for i flere år og nå fått til.

Slik systematisk koordinering gjennom planlegging anses som et godt verktøy for å håndtere bredden i folkehelsearbeidet. Her vektlegges det at planlegging, enten i form av kommuneplanen eller en egen folkehelseplan, gir en forankring av folkehelsearbeidet, et slags felles referansepunkt som gir legitimitet og retning til folkehelsearbeidet:

Men det er jo sånn som det blir sagt her og at det var jo mye som skjedde rundt omkring på de ulike plassene, så det endelige som, man kan virkelig si at man fikk det løftet opp, det var jo som ordføreren sier, samfunnsplanen kom i 2011. Da fikk man jo virkelig satt det i et system. Og at alle planer, det er ikke noe egen folkehelseplan i kommunen, men alt planverk skal inneholde folkehelse. Og det tenker jeg er et skille da, i forhold til at fantastisk masse tiltak rundt omkring, som skjer. Men at det ble sånn forankret i et system (sjef oppvekst og kultur).

Så når jeg jobber med strategisk samfunnsstil i kommunen så ser jeg nok at det kunne kanskje vært en fordel å gå videre med folkehelseplanen (...) Og i neste steg koordinering når vi faktisk må slutte å gjøre noe, eller skal begynne med noe annet som kan, altså det å sjekke ut at ting ikke slår hverandre i hjel. At vi jobber i samme retning og at man supplerer i stedet for å konkurrere. Da hadde en sånn plan vært kul (kommuneplanlegger).

Gjennom planlegging kan man skaffe seg bedre oversikt over folkehelsearbeidet samtidig som man tvinges til å gjøre prioriteringer. Samtidig skaper fokus på folkehelse fra fylkeskommunens side ringvirkninger i kommunene:

Involvering i kommuneplanleggingen gir svært gode resultater, folkehelse har hyppigst fokus i kommuneplanene. Vi har snudd opp- ned på kommuneplanene, fra å ha kommuneplaner som overhodet ikke hadde fokus på folkehelse, ser vi nå at etter våre uttalelser er det masse folkehelse i planene (folkehelseansvarlig fylkekommune).

Til grunn for et slikt overordnet fokus på folkehelse i kommuner og fylkeskommuner ligger selvfølgelig et strategisk valg om å prioritere folkehelse. Det synes som om de kommunene og fylkeskommunene som har lyktes med tverrsektoriell integrering av folkehelse er de som også har plassert folkehelse på strategisk nivå i organisasjonen. Når folkehelse legges i en egen strategisk avdeling sammen med andre overordnede spørsmål, eller folkehelsekoordinatoren er rådgiver direkte under rådmannen, må man i mindre grad å mase seg inn i sektorene og kjempe for å bli hørt i planprosesser:

Stillingen min er plassert under rådmannen, og under kommunalsjef oppvekst og kultur. Så plasseringen er viktig, med tanke på at man skal ha en forankring øverst. I andre kommuner kan folkehelsekoordinatoren være plassert litt rundt om kring. Og det er lite hensiktsmessig hvis man skal få forankret tankegangen, og bevisstheten og ansvarliggjøringen (Interkommunal folkehelsekoordinator).

En slik strategisk forankring gjøres også politisk. Kommunene og fylkeskommunene som arbeider i tråd med intensjonene i folkehelseloven har hatt politikere med et engasjement for folkehelse. I politiske organisasjoner som kommuner og fylkeskommuner er det en helt avgjørende faktor for å lykkes. Det er politikerne som i siste instans bestemmer de økonomiske og strategiske rammene for folkehelsearbeidet. Med andre ord hvilke ressurser og hvilken kompetanse en har å basere innsatsen på.

Fylker og kommuner rapporterer om ulike erfaringer med å engasjere politikerne i folkehelsearbeidet. Her spiller også den politiske organiseringen inn. I et parlamentarisk styresett, hevdes det, er veien til politikerne lenger og det kan derfor være vanskeligere å få folkehelse opp på den politiske agendaen. Da er man enda mer avhengig av enkeltpolitikeres engasjement og arbeidet blir således personavhengig:

Noen av dem har deltatt veldig aktivt og da har vi seilt i medvind (...) Hvis politikerne prioriterer å samarbeide med de aktørene som er i partnerskapet så kan man få til noe (folkehelserådgiver fylkeskommune).

Her nevnes partnerskap. Flere, både kommuner og fylkeskommuner, har politikere som deltar i nettverk og styringsgrupper:

[kommunen] er organisert i tre store avdelinger med hver sin kommunale direktør, og i den styringsgruppen sitter de tre kommunaldirektørene, og så sitter ledelsen og varaordføreren, og så sitter det politikere fra to komiteer. [Kommunen] er komitébasert, altså bystyret er delt inn i to komiteer pluss formannskap. Og alle disse komiteene, nå er det bare to, da, de er representert i styringsgruppa for folkehelse (folkehelsekoordinator).

Politisk deltakelse i nettverk for folkehelse bidrar til at det blir en tettere dialog mellom fagfolk og politikere. Dermed øker også det politiske eierskapet til folkehelse. Ved vanlige saksframlegg er erfaringen at det er vanskelig å få opp saker som er politisk interessante nok.

Oppsummering av status og utfordringer for organisering og planlegging av lokalt folkehelsearbeid:

- En første integrering av folkehelse i planleggingen er etablert i mange kommuner
- Det oppleves som utfordrende å overbevise om folkehelse sin eksistensberettigelse på andre fagfelt/sektorer
- Det er spesielt utfordrende å komme i inngrep med skolesektoren
- Redskaper og virkemidler i kjølvannet av folkehelse oppleves å bidra til tverrsektoriell integrering av folkehelse
- Kobling til planlegging gir forankring, retning og legitimitet til folkehelsearbeidet
- Fylkeskommunens aktive påpekning av folkehelse som viktig i kommuneplanleggingen skaper økt folkehelsefokus i planene
- Strategisk plassering av folkehelsekoordinator/folkehelsearbeidet en nøkkel for å få til tverrsektoriell integrering av folkehelse i kommuneorganisasjonen og i planleggingen
- Politisk forankring av folkehelsearbeidet bidrar til folkehelsesatsing
- Det politiske eierskapet øker om politikere trekkes med på partnerskaps-/nettverksarenaer

3.3 Status og utfordringer i lokale folkehelse tiltak

NIBR har ikke oppdaterte, systematiske data som viser fokus i lokale folkehelse tiltak etter baselineundersøkelsen gjennomført høsten 2011. Det vi har, er kvalitative intervjuer i 15 kommuner og 17 fylkeskommuner. Inntrykket fra baseline-undersøkelsen (Helgesen og Hofstad 2012) bekreftes i de kvalitative intervjuene, hovedfokus i kommunene er å snu uheldige levevaner og da spesielt å øke den fysiske aktiviteten gjennom ulike typer tiltak:

Når det gjelder opp mot folkehelse spesifikt så jobber vi mye med et prosjekt for å øke fysisk aktivitet i skolene (...) Vi har et prøveprosjekt på gang nå, med to skoler som er med å gjennomføre ti minutter hver dag. Ved pulten (skolefaglig rådgiver for grunnskolen).

Naturlig nok er fokuset her på barn og unge. Det som går igjen, både i barnehagene og ungdomskubbene, er fokus på kosthold og fysisk aktivitet (deltaker i ressursgruppe for folkehelse).

Det største folkehelseiltaket de siste åra det er faktisk bygginga av gang- og sykkelvei. Plutselig har vi fått 4 km med gang- og sykkelvei. Før så man ikke en person etter veien. Nå går det folk hele tiden. Det er det beste folkehelseiltaket vi har bygget på flere år! (Rådgiver helse og velferd/prosjektleder).

Her nevnes både befolkningsgrupperelaterte tiltak og strukturelle tiltak. Tiltak overfor risikogrupper gjennomføres i mange kommuner gjennom frisklivssentralen. En fellesnevner for flere av de fysiske aktivitetstiltakene som nevnes er at de i stor grad gjennomføres i samarbeid med frivillige aktører. Samarbeidet sees på som helt essensielt for å kunne opprettholde dagens tilbud:

Selve folkehelseiltakene i seg selv har jo en karakter som gjør at de er i grenseflaten, ikke sant, mellom det frivillige og det offentlige (eldrerådgiver).

Vi samarbeider med frivillige organisasjoner om et topptur-prosjekt og det har vært veldig vellykka (rådgiver/helomplandeltaker).

Mye av arbeidet som er lagt ned i disse løypene er det frivillige, pensjonister, som har gjort. Dem har hatt det nesten som en jobb, i flere år (fagkoordinator).

Og så har vi et prosjekt som heter 65pluss. Og det er et samarbeid mellom frivilligheten, sanitetsforeninga og avdelingen vår [fysio- og ergoterapitjenesten]. Som går på å lære opp frivillige til å drive treningsgruppe for eldre (fysio-/ergoterapitjenesten).

Men selv om de aller fleste kommunene synes å satse på ulike former for fysiske aktivitetstilbud i samarbeid med frivilligheten, så er også inntrykket fra intervjuene at det er et utrolig mangfold av tiltak i kommunene, ikke minst når man legger det brede folkehelseperspektivet til grunn. Så bredt er det i en del av kommunene og fylkeskommunene at det er en utfordring å skaffe en helhetlig oversikt over de ulike tiltakene som er og å avgrense og prioritere kommunens innsats:

Jeg tenker på temaet folkehelse. Folkehelse er jo et veldig omfattende begrep, eller område, sånn at dei brikkene som vi presenterer nå, blir jo brikker i dette folkehelsearbeidet. Vår innfallsvinkel er det med fysisk aktivitet, men folkehelse er jo så mye mer enn det (...) Folkehelse er jo blant annet det at turstier gjøres kjent. Men det er jo umulig å få frem alle folkehelseiltakene i kommunen (fagleder helsetjenesten/skolehelsetjenesten).

Videre løftes det fram at det kan være en mismatch mellom bredden i folkehelsebegrepet og de tiltakene som skal iverksettes:

... selv om begrepet blir stort så må tiltakene være konkrete. Det er det vanskelige: hvis tiltakene blir like store som begrepet, så blir det til at vi gjør litt det samme [som før], for det er jo ikke det at det er «u-helse» i alt det vi har gjort før, og så fra en dag begynner med «helse». Sånn at tiltakene må på en måte være målrettede og konkrete, og der vet vi vel veldig lite om hva som funker, da (pleie- og omsorgssjef).

Dette sitatet understreker at folkehelsearbeidet er beheftet med usikkerhet, både hva folkehelsearbeid er, hva og hvordan man skal prioritere, hva som utgjør de nye grepene og hvilke tiltak som faktisk virker. En utfordring er altså at bredden i folkehelsearbeidet er så stor at

kommunene i liten grad har systematisk oversikt over folkehelsearbeidet. I enkelte kommuner har man tatt dette til følge og utviklet ordninger hvor flere tjenester sees på tvers:

Familiehjelpa er et lavterskeltilbud hvor folk sjøl kan ta kontakt og er (...)samarbeidsprosjekt mellom helsestasjon, skolehelsetjenesten, barnevernstjenesten, ungdomskontakter, ergoterapitjenesten, helsetjenester - hjem, flyktingetjenesten (helsefaglig rådgiver).

ICDP? Det er et foreldrestøtteprogram. Som skal ut til alle som jobber med barn og unge i kommunen. Og til foreldre (...) alle skolene, alle barnehagene, de som jobber i kultursektoren, skal gjennomgå en felles form for opplæring. Så det er en sånn fellesnevner, konkret fellesnevner (folkehelserådgiver).

Det brede folkehelsearbeidet gir imidlertid utfordringer ikke bare i form av bredden i arbeidet, også kravet til arbeidets dybde er en utfordring. Venstreforskyvingen åpner i realiteten et mangfoldig landskap hvor å sette inn tiltak kun overfor helserisikoer ikke er tilstrekkelig, men krever at man nøster for å få et helhetlig bilde av de ofte sammensatte årsakene som skaper helserisikoen:

Hvordan jobber vi med familier som har problemer med inaktivitet/overvekt? Mye kompetanse er nødvendig. Vi må orientere oss mot de fagmiljøene som jobber med det. Hva viser forskning? Hva er effektivt og virksomt? Vi må jobbe langsiktig med å bygge kompetanse. Virker tiltakene våre? Funker det? (fagleder helsetjenesten/skolehelsetjenesten).

Men så er det å bruke de pengene vi har på en ennå smartere måte, og ressursene som brukes allerede i dag. For rundt en familie kan det være 4-5 etater inn, og vi jobber ikke godt nok sammen, og vet ikke om hverandre godt nok. Men det å bli bedre kjent med hverandres tiltak er viktig, og dra i samme retning, kan bli ennå bedre for den familien, og bedre utnyttelse [av de økonomiske ressursene] (enhetsleder helse/fam/eldre).

Det generelle inntrykket er at både kommunene og fylkeskommunene i vårt utvalg har kjennskap til det brede folkehelsearbeidet det legges opp til i folkehelsepolitikken. Imidlertid er organiseringen og systematikken i liten grad på plass. Kommunene strever med å skaffe seg oversikt over eget arbeid og systematisere og organisere det mer effektivt slik at tiltakene treffer ennå bedre enn i dag. I tilknytning til dette oppleves som en utfordring at folkehelsearbeid er preget av usikkerhet. I noen av kommunene uttrykker de at de opplever det som en utfordring at folkehelseiltak i liten grad er evidensbasert, det vil si at man ikke med sikkerhet kan si at de har effekt. Dette gjør valg av tiltak utfordrende.

Oppsummering av status og utfordringer for lokale folkehelseiltak:

- Levevaner er et hovedspor i kommunenes folkehelseiltak
- Frivillige aktører er viktige for iverksetting av folkehelseiltak, særlig tydelig i forhold til fysisk aktivitet
- Folkehelseiltakene er mange og mangfoldige. Det er vanskelig å skaffe en helhetlig oversikt, ikke bare for forskeren men også for kommunene: Det er derfor behov for bedre oversikt og systematisering av folkehelseiltakene både i bredden og dybden
- Folkehelsearbeidet er beheftet med usikkerhet: Hvilke tiltak virker?

3.4 Status og utfordringer for evaluering og internkontroll

Den intenderte systematikken som ligger innbakt i det systematiske folkehelsearbeidet er utgangspunktet for Fylkesmennes tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid. Her måles kommunene på ansvaret de har fått for oversiktsarbeidet, i hvilken grad oversiktsarbeidet kobles til tiltak og om oversiktsarbeidet integreres i overordnet, kontinuerlig styring og ledelse med vekt på internkontroll. Det vil si om oversiktsarbeidet drives etter lov og forskrift. En første erfaring fra pilotforsøkene¹² er at tilsynet oppleves positivt i de kommunene som har blitt utsatt for tilsyn og kommuner som har tilsyn i vente ser fram til det. For folkehelsekoordinatorer og andre som er involvert i lokalt folkehelsearbeid ser de tilsynet som en mulighet til å få løftet oppmerksomheten om folkehelse – å få satt det på agendaen. Ikke minst er de opptatt av at tilsynet gjør at rådmannen må øke sin oppmerksomhet om folkehelse og se kritisk på egen virksomhet.

Oppsummering av status og utfordringer for evaluering og internkontroll:

- Fylkesmannens tilsyn vil sette økt fokus på, og støtte opp om, systematisering av folkehelsearbeidet
- Tilsynet oppleves som positivt av kommunalt ansatte involvert i folkehelsearbeid

3.5 Status og utfordringer for finansieringen av lokalt folkehelsearbeid

Intervjuene i både fylkeskommuner og kommuner viser at et vesentlig trekk ved dagens folkehelsearbeid er at mye av aktiviteten er prosjektfinansiert. Både Helsedirektoratet, Fylkesmannen og en del av fylkeskommunene lyser ut midler som kommunene kan søke om støtte til konkrete prosjekter fra. Tidligere var det slik at de fleste fylkeskommunene delte ut midler som en del av partnerskapet, for å støtte opprettelsen av folkehelsekoordinatorstilling i kommunene. Midlene ble gitt som en årlig sum overført til kommunene. Etter at folkehelseloven har tydeliggjort folkehelse som et ansvarsområde for kommunene, mener en del fylkeskommuner at kommunene har en egen forpliktelse til å holde seg med folkehelsekoordinator selv. I tillegg uttrykker fylkeskommuner at de ikke følte seg sikre på hvordan støtten til kommunene egentlig ble brukt, de følte de hadde liten kontroll med at pengene faktisk gikk til folkehelsearbeid.

En del fylkeskommuner, gjerne de som er de mest offensive i folkehelsearbeidet, har lagt om støtten til kommunene. Midlene som tidligere ble rutinemessig fordelt til kommunene har nå blitt samlet til en pott hvor midlene lyses ut. Sett fra fylkets side gir denne omleggingen anledning til større kontroll med at midlene faktisk brukes til folkehelsearbeid. I tillegg sikrer en omlegging til prosjektfinansiering at det lokale folkehelsearbeidet slutter opp om regionale planer og strategier. Denne formen for finansiering kommuniserer også bedre til politikerne hva folkehelsemidlene brukes til. I stedet for å vise til overføring av penger i regnskapet kan man da vise fram en prosjektkatalog hvor man får et

¹² Lagt fram på møte for folkehelsekoordinatorene i Østfold 6. desember 2013.

tydeligere innblikk i hvilke aktiviteter folkehelsemidlene har skapt. På den måten økes legitimiteten og dermed trolig viljen til å videreføre en folkehelsesatsing i fylkene.

Enkelte fylker ser imidlertid utfordringer med denne modellen. I et fylke er man redd for at prosjektfinansieringen vil skape konkurranse og hemme samarbeidet mellom kommunene. De ønsker derfor å legge om til å lage større utlysninger hvor flere kommuner oppfordres til å samarbeide om prosjekter. I et annet fylke har de lagt om til såkalte "kommuneavtaler" hvor fylkets økonomiske støtte ligger innbakt, men hvor kommunene selv må foreslå prosjekter basert på sine utfordringer samtidig som fylket gjennom dialog også sikrer at prosjektene faller inn under regionale planer og strategier.

Fylkene ser også at det er en utfordring knyttet til kontinuitet i satsingene:

Som hovedregel har vi en tanke om hvordan prosjektet kan videreføres til ordinær drift når vi avslutter prosjekter, men å drive utviklingsarbeid i kommunene er utfordrende. De er pressa på tid og det er mange lovpålagte oppgaver som kjemper om oppmerksomhet. Det går ut over samfunnsutvikling, det blir mye fokus på tjenesteyting (Folkehelseansvarlig i fylkeskommune).

Begrunnelsen for manglende kontinuitet knyttes her ikke bare til prosjektfinansierings kortsiktighet men også til tids- og ressursknapphet i kommunene.

Hvordan ser så dette ut med kommunenes øyne? Prosjektfinansiering er et tydelig trekk ved kommunenes folkehelsearbeid. Fordi de kommunale midlene til folkehelse er knappe, blir prosjektmidler et viktig tilskudd for å få til folkehelsesatsinger i kommunene. En positiv side ved slike midler er at de gir rom for nytenking og eksperimentering. Prosjektene skaper engasjement og informantene opplever at de bidrar positivt til folkehelsen. Utfordringen er at prosjektene selvfølgelig skaper et lite forutsigbart folkehelsearbeid samtidig som kontinuiteten i arbeidet blir satt under press. I tillegg ligger det en utfordring i skjæringspunktet mellom ordinært arbeid og prosjektarbeidet. Dette beskrives slik av en av informantene:

... altså det er en sånn balansegang mellom å finne noe som kan funke for systemet og allikevel ivareta det enkelte prosjektet, så det å få liv laga for disse prosjektene, og få de over fra statlige midler til kommunal drift, det er ikke bare - bare (leder frisklivssentral).

Dette sitatet peker på et viktig spørsmål, nemlig om ordinær drift blir skadelidende når prosjekter igangsettes. Informanter trekker fram at prosjekter tapper ressurser både til søknadsskriving og i gjennomføringen, fordi dette ofte er nysatsinger. Prosjektene skaper også en utfordrende bemanningssituasjon basert på vikariater og dermed liten forutsigbarhet for den enkelte og arbeidsplassen. Informantene er også bekymret for hvordan man sikrer videreføring av prosjektene:

Jeg var veldig bekymret, veldig tidlig var jeg bekymret, for hva skjer når disse prosjektene avsluttes? Hvordan skal vi sikre at denne deltagelsen på disse prosjektene blir en del av vår virksomhet videre fremover?(sjef oppvekst og kultur).

Informantene gir et bilde av at kontinuiteten i arbeidet er et kjernepunkt. Innimellom lykkes de med å overbevise politikerne om viktigheten av å videreføre slike satsinger, av og til ikke.

Oppsummering av status og utfordringer for finansiering av lokalt folkehelsearbeid:

- Flere fylkeskommuner har lagt om til prosjektfinansiering av kommunenes folkehelsearbeid. Prosjekter lyses også ut av Fylkesmannen og Helsedirektoratet
- Prosjektfinansiering gir økt kontroll med bruken av midlene og dermed også med innholdet i kommunenes folkehelsearbeid
- Prosjektfinansiering gir mulighet for å sikre større overensstemmelse mellom regionale prioriteringer og lokale tiltak
- Prosjekter kommuniserer bruken av folkehelsemidler bedre til politikerne
- Det stilles spørsmål ved om en uheldig virkning av prosjektfinansiering er at det øker konkurransen mellom kommunene
- Det oppleves som utfordrende å sikre kontinuitet i arbeidet etter prosjektslutt
- Prosjektskriving og – gjennomføring tapper ordinært arbeid for ressurser
- Prosjekter gir rom for nytenkning og eksperimentering

4. Oppsummering og anbefaling for videre utvikling av lokalt folkehelsearbeid

Så langt har status og utfordringer knyttet til oversiktsarbeidet, organisering og planlegging, utforming av folkehelseiltak, evaluering/internkontroll og finansiering blitt presentert. På bakgrunn av disse resultatene, hva er de mest presserende utfordringene for det systematiske folkehelsearbeidet? Et gjennomgående trekk er at kommunene kjemper med mangfoldigheten og bredden som kjennetegner folkehelsearbeidet slik det er definert. Det betyr ikke at det er feil at det er bredt definert. Men det brede perspektivet på folkehelsearbeid krever omstilling. Både nye måter å tenke på og nye måter å utforme arbeidet på. Status nå er at folkehelsearbeidet lokalt er fragmentert. Både kunnskapsgrunnlaget som skal legge grunnlaget for planer og tiltak og de faktiske tiltakene som allerede er satt i verk. Det er nettopp denne fragmenteringen folkehelseloven har til hensikt å redusere gjennom innføringen av det systematiske folkehelsearbeidet og gjennom tydeligere plassering av ansvaret for folkehelse hos kommunen som sådan og hos fylkeskommunen som understøtter.

Kommunene har startet det møysommelige arbeidet med å innføre en større grad av systematikk. *Bevisstheten* om de nye forventningene som folkehelseloven gir og *anerkjennelsen* av behovet for det systematiske folkehelsearbeidet er i stor grad til stede. Utfordringen nå er å sette dette ut i livet. Noen kommuner er som vi har sett godt i gang, men de fleste trenger mer tid. Jeg vil trekke fram og diskutere tre kjerneutfordringer for kommunenes arbeid framover.

”Oversettelsesutfordringen”

En viktig bestanddel i lokalt folkehelsearbeid er å oversette ulike styringssignaler til en lokal virkelighet. Dette er spesielt tydelig i relasjon til selve folkehelsebegrepet som legges til grunn for folkehelsepolitikken og til oversiktsarbeidet hvor kunnskap direkte og indirekte stilles til rådighet for kommunene. I begge tilfeller kan den lokale håndteringen sees som en *oversettelsesprosess* der til dels diffuse og tvetydige nasjonale ambisjoner og aggregerte statistiske resultater skal tilpasses den lokale konteksten (Bergstöm og Dobers 2000, Røvik 2007). Fylkeskommunene og kommunene er viktige mottakere av disse styringssignalene. Oversettelsesprosessene som settes i verk farges av eksisterende organisering, styringskultur, kompetanse og kapasitet. Ofte omtales den tregheten de eksisterende strukturene representerer som stivhengighet (path dependency) – tidligere valg farger hvordan nye styringssignaler og ideer håndteres i organisasjoner (Scott 1995, Immergut 1998, Thelen og Steinmo 1992). De institusjonelle forutsetningene i kommunen utgjør en ”sti” som er en relativt stabil måte å forene, organisere og regulere en gitt aktivitet på (Torfing, 2001:286). De er på ingen måte en perfekt respons på et gitt problem, men er snarere et historisk avtrykk av tidligere og eksisterende diskurser, normer, organisasjonsformer og tilfældigheter. Slik stivhengighet løftes ofte fram i litteraturen som forklaring på hvorfor intenderte effekter av reformer og politiske tiltak ikke får ønsket effekt. Jacob Torfing (2001:277) sier det slik: *“[T]he cynical wisdom of most social scientists is that despite political attempts to change the world everything tends to stay pretty much the same. In the long run, the world is changing, but the process is slow and incremental”*. Ofte vil det være slik at ny politikk farges av eksisterende normer og praksiser ved at eksisterende forståelser og framgangsmåter resirkuleres, strekkes og modifiseres snarere enn at helt nye praksiser etableres.

Hvilke stier preger så dagens lokale folkehelsearbeid? I de fleste tilfeller opererer folkehelsearbeidet innenfor rammene av helsesektoren og det er aktører med en helsefaglig bakgrunn som er aktive i folkehelsearbeidet. Likevel, understreker forskere på stivhengighet, er det mulig å ”punktere” stivhengigheten (Gains, John and Stoker 2005:28-29. Aktører som ikke er tjent med eksisterende praksiser har interesse av å skape endring. Slik karrieremessig motivasjon er tilstede hos deltakerne på Helomplan. De ønsker å lære mer om planlegging fordi de ønsker seg en mer overordnet og strategisk stilling. Det er også slik at over tid vil det være vanskelig for en organisasjon å fortsette ubemerket av nye ideer og aktiviteter (Røvik 2007), og nye praksiser kan derfor vokse fram over tid.

Oversettelsesutfordringen består i å gjøre folkehelsearbeidet håndterbart ved å innføre nye måter å forstå og organisere aktiviteten på slik flere kommuner og fylkeskommuner er i gang med. Jeg tror noe av det viktigste den nasjonale politikken kan gjøre for å støtte kommunene i dette arbeidet er å gi dem tid samtidig som det nasjonale fokuset på det brede folkehelsearbeidet opprettholdes. Noen kommuner er godt i gang med systematiseringen av det lokale utfordringsbildet og av det lokale folkehelsearbeidet, andre står på terskelen til å ta fatt. Det sterkeste virkemiddelet i folkehelsepolitikken verktøykasse er kommuniseringen av den brede folkehelsepolitikken – viktigheten av venstreforskyvingen og hvordan kommunene gjennom strukturelle grep kan støtte opp under denne. Da er det viktig at det er kontinuitet i kommunikasjonen og at man tydelig viser at dette perspektivet skal opprettholdes. Folkehelseloven og de styringssignalene som er bygget opp omkring den gir legitimitet og retning til oversettelsesarbeidet i kommunene. I tillegg vil det trolig

være til hjelp dersom man bestreber at kommunenes kunnskapsgrunnlag i form av statistikk brutt ned på kommunenivå (og gjerne enda lavere) er lett tilgjengelig. Videre at man anerkjenner det komplekse i utfordringen som gjør at det er nødvendig å prioritere. For man klarer ikke nødvendigvis å rekke over alt. De kommunene og fylkeskommunene som har arbeidet mest aktivt med folkehelse over lengre tid har arbeidet på følgende måte:

- De har etablert et startpunkt som er fornuftig med utgangspunkt i den kunnskapen de på et gitt tidspunkt besitter. Ut fra dette startpunktet kan folkehelsearbeidet utvikles steg for steg.
- De har føyet de ulike, ofte fragmenterte, tiltakene sammen slik at de til sammen skaper et mer helhetlig folkehelsearbeid. Dette kan gjøres ved å innføre økt tverrfaglig samarbeid på tjenestenivå eller gjøre organisasjonsmessige endringer som gjør at flere felt sees i sammenheng.
- De har etablert systematisk koordinering gjennom planlegging i tråd med prinsippene i det systematiske folkehelsearbeidet. Her vektlegges det at planlegging, enten i form av kommuneplanen eller en egen folkehelseplan, gir en forankring av folkehelsearbeidet, et slags felles referansepunkt som gir legitimitet og retning til folkehelsearbeidet.

Til sammen skaper disse tiltakene et lokalt folkehelsearbeid preget av større oversikt og håndterbarhet. Her er et overordnet samfunnsutviklingsperspektiv på folkehelsearbeidet en viktig nøkkel.

”Samfunnsutviklingsutfordringen”

Folkehelsearbeid er en form for samfunnsutvikling. I likhet med bærekraftig utvikling er det tuftet på en langsiktig visjon om ”det gode liv” og ”det gode samfunn”. Det er med andre ord snakk om et kontinuerlig arbeid som en aldri kommer, og aldri skal komme, i mål med. Snarere enn å kunne sette et endelig punktum, vil det være slik at den ene utfordringen følger den andre i en uendelig rekke av uløste oppgaver (Campbell 2003:443). Slikt utviklingsarbeid vil støte an mot mer kortsiktige hensyn og realiteter. Informantene i fylkeskommuner og kommuner forteller om hvordan folkehelsearbeidet presses av hensynet til andre oppgaver de er pålagt å løse. Ofte kan det være vanskelig å prioritere langsiktig arbeid framfor presserende hensyn som griper tungt inn i folks liv, slik som sykdomsrelaterte tjenester er et eksempel på.

Det å løfte folkehelsearbeidet opp på et strategisk nivå holdes fram som viktig av informantene. Det strategiske nivået innehas administrativt av rådmannen og politisk av formannskapet/byrådet. Folkehelseoven og det kommende tilsynet fra Fylkesmannen tydeliggjør rådmannens ansvar for folkehelse. Trolig er den politiske forankringen på sikt en større utfordring. Uten politisk støtte er det vanskelig å utvikle et bredt folkehelsearbeid.

Behovet for at politikere skal innta samfunnsutviklerrollen er ikke et nytt tema. Også for bærekrafts- og klimaarbeid er dette viktig. Mitt inntrykk er at denne evnen til å tenke langsiktig og å sette av ressurser til utviklingsarbeid trigges av en form for ”kriseforståelse”. Her spiller folkehelseprofilene en viktig rolle for å få opp bevisstheten omkring kommunens utfordringer. Imidlertid synes aktører lokalt generelt at det er vanskelig å tiltrekke seg politisk oppmerksomhet. Er en løsning å snu på det

og løfte fram de attraktivitetsskapende implikasjonene av folkehelsearbeidet? For folkehelsearbeid handler i bunn og grunn om å skape gode lokalsamfunn hvor folk ønsker å bo, oppholde seg og arbeide. Kommunene er i en gjensidig konkurranse om å tiltrekke seg nye, og beholde eksisterende, innbyggere. Denne konkurransen er politikerne bevisste på. I Helsingborg kommune i Sverige har de løst dette ved å blinke ut sju forbedringspunkter som systematisk måles årlig og som diskuteres sammen med kommunens budsjett og oversiktsplan (Helsingborg 2010). Kan dette være en mulighet også for norske kommuner?

Ikke minst i en planleggingskontekst er attraktivitetsdimensjonen viktig. Her har folkehelse potensial til å bidra til attraktiviteten. I etterkant av plan- og bygningslovsrevisjonen som ble gjort i 2008 hvor folkehelse kom inn på planleggingsagendaen har norske kommuner forsøkt å finne ut den eksakte koblingen mellom folkehelse og plan. Inntrykket er at dette er noe nasjonale myndigheter også har strevd en del med. Skal man dømme etter antall henvendelser fra fylkeskommuner og andre som ønsker å høre om helsefremmende lokalsamfunn/ by- og tettstedsutvikling så er dette noe kommuner og fylkeskommuner har begynt å snuse på den siste tiden. Folkehelsefolk ser at det ligger et stort potensial i å få folkehelse inn på planleggingsagendaen samtidig som en ser at folkehelse har noe å tilføre samfunnsutviklingen. Dette er imidlertid et understudert og politisk underutviklet felt. Jeg vil anbefale Helsedirektoratet å henge seg på de diskusjonene som foregår ute i kommuner og fylkeskommuner og aktivt støtte opp om og viderefremme kunnskap og anbefalinger til hvordan en kan oppnå synergier mellom by- og tettstedsutviklingen på den ene siden og folkehelsearbeidet på den andre.

I doktorgradsarbeidet mitt konkluderer jeg med at følgende områder umiddelbart har potensial for å skape gode synergier mellom folkehelse og planlegging, men dette er på ingen måte uttømmende:

1. Folkehelse temaene med fysisk relevans (ivaretagelse av grønt- og friluftslivsområder, fysisk aktivitet, samordnet areal- og transport, og universell utvikling) utgjør samtidig viktige elementer i kommunens miljøarbeid. Miljøtiltak har ofte positive helsegevinster og vice versa. Ved å kombinere innsatsen innenfor folkehelse og miljø kan synergier oppnås.
2. Temaer med relevans for samfunnsutvikling, slik som kultur og helse, skade- og ulykkesforebygging, trygghets- og kriminalitetsforebygging og sosiale og fysiske møteplasser nevnes også relativt hyppig i kommunale planer, spesielt i helse i plan kommuner. Disse temaene er samtidig nært knyttet til den fysiske formingen av omgivelsene. Ved å løfte fram slike samfunnsutviklingstemaer kan planlegging bli et tydeligere redskap for folkehelse.

Tidligere i notatet har det blitt løftet fram at enkeltpersoner, enten det er ildsjeler i idrettslaget, politikere eller engasjerte kommunalt eller fylkeskommunalt ansatte, spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet. Samtidig har vi sett at tverrsektorielt arbeid er en helt sentral forutsetning for det brede folkehelsearbeidet. Det å få ildsjeler til å brenne og tverrsektorielt arbeid til å fungere krever på mange måter organisasjonsutvikling og – endring. Under vil jeg løfte fram noen viktige aspekter for hvordan man mer systematisk kan legge til rette for utvikling og nyskaping i kommuner.

”Samstyrings- og innovasjonsutfordringen”

Notatet viser at en kjerneutfordring i folkehelsearbeidet er å etablere folkehelse på tvers av den kommunale organisasjonen – og å trekke inn aktører også utenfor det offentlige apparatet. Denne formen for samstyring utfordrer vante organisasjonsmønstre og tradisjonelle måter å drive problemløsning på. Folkehelsearbeid i tråd med folkehelseloven representerer derfor en form for offentlig innovasjon - i tankemønstre, i organisering og i ønskede politiske resultater. Både KS og den nåværende regjeringen har stort fokus på innovasjon i offentlig sektor. Folkehelse bør fremmes som et eksempel på et område som bidrar til offentlig innovasjon og med potensial for mer effektiv bruk av offentlige ressurser.

Som allerede påpekt kan samarbeid på tvers av faglige, sektorielle og strukturelle grenser utfordre eksisterende tankemønstre og vante praksiser. Dette kan stimulere idéutvikling, åpne for gjensidig læring, en bredere mobilisering av ressurser og bærer i seg et potensial for forankring av nye løsninger i organisasjonen enn man ellers ville ha fått til (Torfing 2011, Sørensen og Torfing 2011). Målet er at dette skal skape innovative praksiser, tjenester og samarbeidsformer som kan bidra til en bedre håndtering av folkehelseutfordringene. Praksisen bør imidlertid feste seg i organisasjonen som en varig, innovativ grunnholdning. For å få dette til, er en avhengig av å utvikle en lærende kultur i kommunen. Det betyr ikke at alle skal tenke likt, snarere tvert i mot. *Refleksiv læring* innebærer å tenke kritisk om handlinger og situasjoner med et potensial for endring (Jarvis mfl 2003). Hvis alle deltakerne i innovasjonsprosesser er enige, er ikke verdien av innspillene like gode som hvis meninger brytes (Flynn & Chatman 2001). Helomplan- utdanningen som pågår er ett bidrag til utviklingen av lærende organisasjoner. Her styrkes deltakerne på egen faglighet og hvordan denne kan fremmes i plan- og styringsprosesser som for dem ofte er ukjente. Utdanningen legger dermed grunnlag for mer likeverdige møter mellom ulike fagtradisjoner i kommunen – møter som kan bidra til nyskaping og innovasjon i ideer og praksiser.

I litteraturen knyttet til offentlig innovasjon trekkes to aktører fram som spesielt viktige, nemlig kommunepolitikeren og administrativ ledelse i kommunen. Hvordan kan de legge til rette for innovasjon? Ledere kan bidra til å skape en *kultur for innovasjon* hvor det er åpenhet og rom for å foreslå og å prøve ut nye ideer og praksiser. Gjennom å samle, motivere og gi ulike aktører tillit til å prøve ut nye ideer og praksiser kan ledelsen bygge opp en kultur for endring og innovasjon. Ledelsen kan også spille rollen som mellommann ved å organisere prosessen i ulike faser, bygge tillit og løse uoverensstemmelser mellom ulike aktører. Politikere er sentrale når store forandringer skal skapes gjennom å løfte fram visjoner som skal være styrende for disse forandringene. Samtidig er politikere bærere av kunnskap og kompetanse, samt at de i rollen som folkevalgt skal fange opp eventuelle krav om endring og lete etter og ta i bruk muligheter for å bedre egen kommunes stilling: de kan være entreprenører og ta initiativer, artikulere problemer, muligheter og løsninger (Sørensen og Torfing 2012; Ringholm mfl 2011). Politikeres ansvar er også å mobilisere aktører i lokalsamfunnet gjennom en konstruktiv dialog med andre offentlige aktører så vel horisontalt som vertikalt, med næringsliv, frivillige organisasjoner, bruker- og befolkningsgrupper. På denne måten kan politikere fange opp hva som oppfattes som samfunnsutfordringer lokalt samt utfordringenes kompleksitet, og samtidig fange opp meninger om og holdninger til hvordan utfordringene kan håndteres og omgjøres

til innovasjoner lokalsamfunnet kan ta i bruk. I utgangspunktet er politikere i kraft av sitt overordnede ansvar for alle deler av kommunens virksomhet også i en unik posisjon til å redusere betydningen av "silo-organisasjoner" i kommunal virksomhet. Imidlertid finner man stadig trekk av den klassiske sektorforsvareren og politiske advokaten i lokalpolitikken. I siloene finner vi slik sett både fagfolk og politikere. Både politikere og administrative ledere vil ha behov for redskaper som bevisstgjør dem om innovativ tenking og praksis.

Vi har sett at et sentralt trekk ved lokalt folkehelsearbeid er at tiltak finansieres av prosjektmidler fra nasjonale og regionale myndigheter. I hvilken grad bygger det opp under behovet for innovasjon? Informantene sier selv at prosjekter gir rom for å prøve ut nye ideer og praksiser fordi de foregår på siden av ordinær drift. Slike prosjekter kan dermed operere som en slags pilot for ønsket utviklingsarbeid. En utfordring, som både de som finansierer prosjektene og kommunene bør ta inn over seg, er hvordan man kan sikre at gode prosjekter videreføres i ordinær drift.

Et spørsmål som ikke tas opp av informantene, men som jeg tror er viktig å reflektere over er koblingen mellom det systematiske folkehelsearbeidet og prosjektfinansieringen. Står man i fare for at prosjektene underminerer den systematikken en ønsker å innarbeide? Når kommunene må vri seg etter temaer det er mulig å få støtte på, står en i fare for at prosjektene ikke er i tråd med de faktiske utfordringene oversiktsarbeidet viser? Dette kan være en uintendert effekt av dagens finansieringsregime som en bør følge med på.

5. Avslutning

Folkehelsepolitikken og lokalt folkehelsearbeid har vært gjenstand for en rivende utvikling de siste årene. For meg blir det tydelig når jeg leser i konklusjonen i doktorgradsavhandlingen min. Her heter det at:

Folkehelse som et bredt anlagt arbeid med relevans på tvers av sektorer og aktører er i sin spede begynnelse. Bevisstheten om betydningen av dette arbeidet er til stede i kommunene, men en har ennå ikke klart å gå fra denne erkjennelsen til å etablere robuste institusjonaliserte praksiser. Disse erfaringene er i overensstemmelse med situasjonen på nasjonalt nivå. Også der famles det. De konkrete anbefalingene er få, samtidig som de tiltakene som settes i gang, helse i plan og partnerskap for folkehelse, har et klart eksperimentelt preg. Her skal en prøve og feile for å finne fram til gode praksiser (Hofstad 2013).

Jeg mener en riktig karakteristikk er at man har gått fra *eksperimentering* til *institusjonalisering* i folkehelsepolitikken. På begynnelsen av 2000-tallet innførte man "Helse i plan", "Partnerskap for folkehelse" og man samlet for første gang helsestatistikk tilrettelagt for kommunene gjennom "kommunehelseprofilene". Målet med disse tiltakene var å få fram praktiske erfaringer med et mer systematisk folkehelsearbeid. Dette har nå blitt formalisert i folkehelseloven.

De fleste kommuner har ikke vært igjennom den samme reisen. Det tar lengre tid å iverksette en politikk enn å utforme den. De fleste kommunene er derfor fortsatt på eksperimenteringsstadiet. I notatet har jeg løftet fram utfordringer knyttet til iverksettingen av folkehelseloven. Utfordringer

knyttet til operasjonalisering av folkehelsearbeidet, bruk av statistikk, samordning/samarbeid, planlegging og utvikling av tiltak har jeg oppsummerende kalt oversettelses- og samfunnsutviklingsutfordringene.

Det beste folkehelsepolitikken kan gjøre i fortsettelsen er å støtte opp om kommunene der de er, i disse utfordringene, kombinert med videreutvikling av politikken for å vise veien videre. Denne mer proaktive inngangen til folkehelsearbeidet har jeg kalt innovasjons- og samstyringsutfordringen. Her og i samfunnsutviklerrollen ligger det en kime til ny politikk og gode koblinger til moderniseringspolitikken og areal- og tettstedsutviklingspolitikken som kan munne ut i spennende, ny politikk framover.

Litteratur

Bergström, O. og Dobers, P. (2000): "Organizing sustainable development: from diffusion to translation", *Sustainable Development (Sust. Dev.)*, 8, 167–179.

Campbell, S. (2003): "Green cities, Growing Cities, Just Cities? Urban Planning and the Contradictions of Sustainable Development", i Campbell, S. og Fainstein, S. S (red) *Readings in Planning Theory*, Malden: Blacwell Publishing.

Flynn, F. J., & Chatman, J. A. (2001). Strong cultures and innovation: Oxymoron or opportunity. I C. L. Cooper, S. Cartwright & P. C. Early (red.), In *The International Handbook of Organizational Culture and Climate*. New York: John Wiley & Sons, LTD.

Gains, F., John, P.C, Stoker, G. (2005): 'Path Dependency and the Reform of English Local Government', *Public Administration* 83 (1), 25–45.

Hanssen, G. S. og M. K. Helgesen (2012): *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?* NIBR-rapport 2012:26

Helgesen, M.K. (2012): "Styring av folkehelsepolitikk i relasjonen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner", i Hanssen, G.S., Klausen J.E. og Langeland, O. (red) *Det regionale Norge 1950-2050*, Oslo: Abstrakt Forlag.

Helgesen, M.K., Hofstad, H., Risan, L.C., Stang, I., Rønningen, G.E., Lorentzen, C. og Goth, U.S. (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*, NIBR-rapport (kommer).

Helgesen, M. and Hofstad, H.(2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering – En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Helsedirektoratet (2012): *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: Folkehelsepolitisk rapport 2011, rapport IS-1982*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Rapport IS-1846, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsingborg (2010d). *Plan för hållbar utveckling i Helsingborg 2010*.

Hofstad, H. (2011): 'Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context', *Planning Theory & Practice*, 12:3, 387-406.

Hofstad, H. (2013): *Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging – lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*, Institutt for statsvitenskap, Universitet i Oslo.

Hofstad, H. and Helgesen, M.K. (2013): *Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging*, NIBR-rapport 2013:18, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Immergut, E.M. (1998): "The theoretical core of the new institutionalism", *Politics & Society*, 26:1, 5-34.

Jarvis, P., Halford, J., & Griffin, C. (2003). *The Theory and Practice of Learning*. London: Kogan Page.

Meld. Stort. 34 (2012-2013): *Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Prop 90L (2010-2011): *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Ringholm, T., N. Aarsæther, P. Bogason og M.-B. Ellingsen (2011). *Innovasjonsprosesser i norske kommuner. Åpninger, pådrivere og mellomromskompetanse*, Rapport nr. 2/2011, Tromsø: Norut Tromsø.

Røvik, K. A (2007): *Trender og translasjoner - ideer som former det 21. århundrets organisasjon*, Oslo: Universitetsforlaget.

Scott, W. R. (1995): *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.

St. meld. Nr. 16 (2002-03): *Resept for et sunnere Norge*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. Nr. 20 (2007-08): *National strategy to reduce social inequalities in health*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sørensen, E. & Torfing, J. (2012): 'Introduction- collaborative innovation in the public sector', *The innovation journal: The public sector innovation journal*, 17:1, artikkel 1.

Sørensen, E. & Torfing, J. (2011): "Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector", *Administration and Society*, vol. 43, 842-868.

Thelen, K. and Steinmo, S. (1992): 'Historical institutionalism in comparative politics' in Steinmo, S., Thelen, K. and Longstreth, F. (eds) *Structuring politics. Historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge: Cambridge University Press.

Torfinn, J. (2011): "Vælg den riktige hat", *Væksthus for ledelse*, www.lederweb.dk, 28.10.11.

Torfinn, J. (2001): 'Path-dependent Danish welfare reforms: the contributions of institutionalisms in understanding evolutionary change', *Scandinavian Political Studies*, 24,4:277-309

VEDLEGG 2

Utkast til sjekkliste for helsekonsekvensvurderinger

Som et hjelpemiddel til å vurdere hva slags saker som bør helsekonsekvensvurderes, er det nedenfor laget en liste med viktige påvirkningsfaktorer kategorisert etter sektorer og tema. Relevansen for helse og trivsel er kort beskrevet. Det er også tatt inn noen spørsmål som kan bidra i vurderingen. Hensynet til utsatte grupper bør vurderes under de fleste temaene. Listen er ikke uttømmende.

Sektorer og tema	Eksempler på spørsmål til vurdering
Inntekt og materielle ressurser Materielle levekår påvirker både den fysiske og psykiske helsen på mange måter. Statistisk sett er det slik at befolkningens helse gradvis blir bedre med økende inntekt.	<ul style="list-style-type: none">• Påvirkes fordelingen av inntekt, formue, skatter og avgifter?• Påvirkes mulighet til å skaffe bolig, få lån eller andre finansieringsordninger?• Påvirkes velferdsordningene?• Påvirkes priser på varer og tjenester?
Ytre miljøfaktorer Ytre miljøfaktorer som i ulik grad kan påvirke befolkningens helse og trivsel kan være luftforurensing, inneklima, stråling, støy, miljøgifter og kjemikalier, og klimaendringer.	<ul style="list-style-type: none">• Påvirkes noen av de ytre miljøfaktorene; blir befolkningen eller grupper utsatt for mer eller mindre eksponering for noen av de ytre miljøfaktorene?• Påvirkes risikoen for smittespredning?
Oppvekst En barndom som gir mulighet for livsutfoldelse, læring og mestring er et viktig bidrag til helse og trivsel gjennom hele livet. Det er sammenheng mellom foreldres sosiale ressurser og barns helsetilstand senere i livet.	<ul style="list-style-type: none">• Påvirkes tilgjengelighet til eller kvaliteten på barnehage, skole, aktivitets- og lekearealer, skoleveier?• Påvirkes foreldres situasjon på en måte som igjen kan få konsekvenser for barn (inkl. barnefattigdom)?• Påvirkes muligheten for fysisk og psykisk stimulering/aktivitet, meningsfull fritid?• Påvirkes det psykososiale miljøet for barna?
Utdanning Utdanning påvirker levestandard og levekår i bred forstand, og dermed også hvilke helsefremmende og helsebelastende omstendigheter man utsettes for. Kort utdanning innebærer ofte en høyere risiko for belastende arbeidsmiljø, uføretrygd og arbeidsledighet.	<ul style="list-style-type: none">• Påvirkes tilgjengelighet til skolegang og utdanning?• Påvirkes tilrettelegging for alternative utdanningsløp, eller tiltak for de som faller ut av skolen?• Påvirkes kvaliteten på utdanningen?
Arbeid	<ul style="list-style-type: none">• Påvirkes tilgjengelighet til arbeid og

<p>Arbeid gir inntekt, sosiale fellesskap, struktur i hverdagen og en meningsfylt aktivitet – faktorer som er viktige for helsen. Arbeidsmiljøet og forhold på arbeidsplassen kan påvirke helsen både i positiv og negativ retning. Personer utenfor arbeidsmarkedet har gjennomgående dårligere helse enn dem som er i arbeid.</p>	<p>sysselsetting?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes arbeidsforhold, inklusive arbeidstidsordninger? • Påvirkes forutsetningene for arbeid med helse, miljø og sikkerhet (HMS-arbeid)? • Påvirkes ansettelsestryggheten?
<p>Bolig og boligforhold Bolig og boligforhold innebærer hygieniske forhold som fukt og andre inneklimatefaktorer, men også eieforhold og størrelse på bolig har en sammenheng med helse. Bomiljø omfatter både fysiske og sosiale sider ved bostedet; støy, luftforurensing, trafikkforhold, tilgang til infrastruktur og rekreasjonsmuligheter, samt sosiale kontakter og nettverk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes tilgang til bolig? • Påvirkes boligforhold/boligstandard, inkl inneklimate eller trangboddhet?
<p>Nærmiljøkvaliteter Med nærmiljøkvaliteter menes faktorer i nærmiljøet som fremmer eller motvirker folkehelsen. Nærmiljø omfatter både fysiske og sosiale forhold, samspillet mellom mennesker og mellom mennesker og deres fysiske omgivelser.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes forutsetningene for trygghet i nærmiljøet? • Påvirkes fysiske eller sosiale aspekter ved nærmiljøet? • Påvirkes opplevelsen av trygghet? • Påvirkes tilgang til rekreasjons- og aktivitetsmuligheter?
<p>Infrastruktur, planlegging og transport Optimal planlegging av veier, transport og boligbygging krever vurdering av konsekvenser for helse ettersom dette kan redusere miljømessig kostbare utslipp, forbedre kapasiteten i transportnett og effektivisere transport av mennesker, varer og tjenester.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes tilgang til kollektivtransport? • Påvirkes gang- og sykkelveier? • Påvirkes mulighet til fysisk aktivitet? • Påvirkes tilgjengelighet til butikker og andre kommersielle eller offentlige tjenester? • Påvirkes risikoen for å bli utsatt for skader og ulykker?
<p>Landbruk, fiskeri og mat Matsikkerhet og mattrygghet styrkes ved å ta helsehensyn i matproduksjon, markedshensyn og distribusjon, gjennom å fremme forbrukertillit og ved å sørge for bærekraftig fiskeri- og landbrukspraksis. Sunn mat er avgjørende for folks helse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes forutsetningene for å drive med fiskeri eller landbruk? • Påvirkes tilgjengeligheten til sunn eller usunn mat? • Påvirkes matproduksjon eller matsikkerhet? • Påvirkes forutsetningene for gode matvaner (inkl amming)?
<p>Næringsutvikling Helsevennlig næringspolitikk og et helsevennlig næringsliv kan innebære alt fra sysselsetting, utjevning og bedring av sosiale levekår og tilrettelegging for fysisk aktivitet, til innovasjon og utvikling av varer og tjenester som fremmer helse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes forutsetningene for å drive med helsevennlig næringsutvikling? • Påvirkes næringslivets muligheter for å ta samfunnsansvar (inkl bidra i sosialt entreprenørskap)?
<p>Helse- og omsorgstjenester Alle skal ha et likeverdig tilbud om</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes tilgangen til eller kvaliteten på helse- og omsorgstjenester?

<p>helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes helsetjenestens muligheter for behandling eller forebygging? • Påvirkes noen utsatte grupper mer enn andre? • Påvirkes muligheten for å arbeide tverrsektorielt?
<p>Sosiale nettverk, deltakelse og tillit De sosiale nettverkens struktur og funksjon påvirker sosial støtte, engasjement, tilgang til ressurser, samt sosial og mellommenneskelig atferd – alle faktorer som igjen påvirker befolkningens helse og trivsel. Ensomhet og mangel på sosial støtte er en godt dokumentert risikofaktor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes muligheten for å etablere eller opprettholde sosiale nettverk og sosial støtte? • Påvirkes familieorganisering eller familieforhold? • Påvirkes muligheten for deltakelse i foreninger og frivillige organisasjoner? • Påvirkes muligheten for makt og innflytelse (medborgerinvolvering)?
<p>Inkludering Sosial ekskludering gjennom diskriminering, stigmatisering og fiendtlighet kan hindre deltakelse i arbeid, utdanning og opplæring, og tilgang til tjenester og samfunnsaktiviteter. Diskriminerende handlinger, praksis og ytringer reduserer menneskers livskvalitet og begrenser livsutfoldelse og muligheter. Ekskluderende prosesser er psykologisk ødeleggende, skadelige for helsen og materielt kostbare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes muligheten for deltakelse og inkludering i samfunnet? • Påvirkes risiko for sosial eksklusjon? • Er det noen grupper som er mer utsatt enn andre og som berøres av tiltaket? • Påvirkes integrering av minoritetsbefolkninger?
<p>Helseatferd Individuell helseatferd som ernæring, fysisk aktivitet, søvn, bruk av rusmidler og tobakk, og seksuell helse har stor betydning for folkehelsen. Det er store sosiale forskjeller i helseatferd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes noen av faktorene for helseatferd; f.eks. pris- og avgiftspolitikken som påvirker tilgjengelighet til helsefremmende atferd? • Påvirkes noen grupper mer enn andre? • Understøttes eller svekkes muligheten for å endre helseatferd i en positiv retning?

LITTERATUR

1. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.
2. World Health Organization Europe. Helse 2020 [lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar. 2013. Meld. St. 34 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>
4. Helse- og omsorgsdepartementet. HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Oslo: 2014. Rapport 2014 (Publikasjonskode 1-1160).
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
6. Helsedirektoratet. Personskadedata 2013. Oslo: 2014. IS-2197. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/personskadedata-2013/Sider/default.aspx>
7. Helsedirektoratet. Astma og allergi. Miljørettet helsevern. [lest 25.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/miljoettet-helsevern/astma-og-allergi/Sider/default.aspx>
8. Helsedirektoratet. Kartlegging av skulemiljø for norske elever [lest 25.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/kartlegging-av-skulemiljo-for-norske-elever.aspx>
9. Engslie E, Steinnes M. Tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng i tettsteder. Resultater og metode. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2012. Rapport 28/2012).
10. Bang Nes R, Clench-Aas J. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
11. Dyb E, Johannessen K. Bostedsløse i Norge 2012 - en kartlegging. Oslo: 2013. NIBR-rapport 2013:5.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: 2003. St.meld. nr. 16 (2002–2003) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDPDFS.pdf>
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseoven). Oslo: 2011. Prop. 90 L. (2010-2011) Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011.html?regj_oss=1&id=638503
14. Helgesen MK, Hofstad H. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Oslo: NIBR; 2012. NIBR-rapport 2012:13.
15. NIVI Analyse A/S. Kartlegging av status i arbeidet med regionale og kommunale planstrategier. Utarbeidet på oppdrag av Miljøverndepartementet. Oslo: 2013. NIVI Rapport 2013:1. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/MD/2013/Regionale_kommunale_planstrategier.pdf
16. God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2110. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse/Sider/default.aspx>
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Melding til Stortinget. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Oslo: 2012. Meld. St. 30 (2011–2012). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?id=686014>
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: 2007. St.meld. nr. 20 (2006-2007) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531>

19. Elstad JI. To analyser for Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2013.
20. Schmidt B. Genetics and Socioeconomic Inequalities in Health in the Era of Genome-Wide Association Studies. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2013.
21. Helsedirektoratet. Gradientutfordringen - Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: 2005. IS-1229. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/gradientutfordringen-sosial-og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse/Sider/default.aspx>
22. Marteau m.fl. Judging nudging: can nudging improve population health? *BMJ* 2011;342:263-5.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Oslo: 2013. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/38431748/Likeverdige_tjenester.pdf
24. Gulløy E, red. Statistisk sentralbyrå. Levekår blant innvandrere 2005/2006. Dokumentasjonsrapport. Oslo: 2008. Notater 2008/5. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levet%C3%A5r-blant-innvandrere-2005-2006#content>
25. Mangfold er hverdagen. IMDis strategi. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: http://www.imdi.no/Documents/Strategier/IMDis%20strategi_lang.pdf
26. Major E, red. Dalgard O, Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aabø L. Bedre føre var...: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>
27. Folkehelseinstituttet. Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk. 2011 Oslo [oppdatert 11.06.2014; lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
28. Nes R, Clench-Aas J. Psykisk helse i Norge: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
29. Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012. Oslo: NOVA; 2013. Nova-rapport 10/13. Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/7229/1/7229_1.pdf
30. Dr. Friedli. L. Mental Health, Resilience and Inequalities. WHO Europe; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
31. Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology*. 6 utg. Hoboken, NJ,: John Wiley & Sons, Inc. 1; 2006.
32. Ryff C, Singer B. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies* 2008;9(1):13-39.
33. Barstad A. Vennskap: Gode venner – sjeldne fugler? Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Samfunnsspeilet 1/2009 - 23.årgang.
34. Stoll L, Michaelson J, Seaford C. Well-being evidence for policy: a review. London: New Economics Foundation; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.neweconomics.org/publications/entry/well-being-evidence-for-policy-a-review>
35. Elstad JI. Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer. Oslo: Helsedirektoratet; 2005. IS-1282. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosioekonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer/Sider/default.aspx>
36. O'Donnell G, Deaton A, Durand M, Halpern D, Layard R. Wellbeing and policy. London: Legatum Institute; 2014. Report 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.li.com/programmes/the-commission-on-wellbeing-and-policy>
37. Schjelderup Mathiesen E, Knudsen AK. Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010.
38. Bøe T, Sivertsen B, Heiervang E, Goodman R, Lundervold A, Hysing M. Socioeconomic Status and

Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *J Abnorm Child Psychol* 2013;42(5):705-15.

39. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.

40. Hattie J. Visible learning. A synthesis of over 800 meta-analysis relating to achievement. Abingdon: Routledge; 2009.

41. Samdal O. Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner. Bergen: HEMIL-senteret, Universitet i Bergen; 2009. HEMIL-rapport 4/2009.

42. HelseDirektoratet. Arbeid, helse og sosial ulikhet. Oslo: 2010. IS-1774. Tilgjengelig fra: <http://www.helseDirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Sider/default.aspx>

43. Barry MM, Canavan R, Clarke A, Dempsey C, O'Sullivan M. Review of Evidence-based Mental Health Promotion and Primary/Secondary Prevention. Report to the Department of Health, London. London: Health Promotion Research Centre, National University of Ireland, Galway; 2009.

44. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284(20):2606-10.

45. Champion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Adv Psychiatr Treat* 2008;14:208-16.

46. Bøe T, Hysing M, Stormark KM, Lundervold A, Sivertsen B. Sleep problems as a mediator of the association between parental education levels, perceived family economy and poor mental health in children. *J Psychosom Res* 2012;73(6):430-6.

47. Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements. . København: WHO Regional Office for Europe; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf

48. Roberts-Hughes R. City health check: how design can save lives and money. London: Royal Institute of

British Architects; 2013. Tilgjengelig fra:

<http://www.architecture.com/Files/RIBAHoldings/PolicyAndInternationalRelations/Policy/PublicAffairs/RIBACityHealthCheck.pdf>

49. Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen. Oslo: HelseDirektoratet; 2014. IS-2167. Tilgjengelig fra: <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/kunnskapsgrunnlag-fysisk-aktivitet/Sider/default.aspx>

50. HelseDirektoratet. Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge. Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014. Oslo: 2014. IS-2183. Tilgjengelig fra: <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitetsniva-blant-voksne-og-eldre-i-norge/Sider/default.aspx>

51. Mitchell R, Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet* 2008;372(9650):1655-60.

52. NICE. Physical activity and the environment. NICE public health guidance 8. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11917/38983/38983.pdf>

53. Faskunger J. Den byggda miljös påverkan på fysisk aktivitet – En kunskapsammanställning för regeringsuppdraget «Byggd miljö och fysisk aktivitet». Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12138/r200703_byggd_miljo_web.pdf

54. Improving the health of Londoners, transport action Plan. London: Mayor of London. Transport for London; 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.tfl.gov.uk/cdn/static/cms/documents/improving-the-health-of-londoners-transport-action-plan.pdf>

55. Kongsberg vinner Statens pris for attraktivt sted i 2014 [nettdokument]. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet [oppdatert 20.05.2014; lest 17.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/pressesenter/pressemeldinger/2014/Kongsberg-vinner-Statens-pris-for-attraktivt-sted-i-2014.html?id=760112>

56. Paris Declaration. Transport, Health and Environment Pan-European Programme. Fourth High Level Meeting. Geneva: World Health Organization Europe & UNECE; 2014. Tilgjengelig fra: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/thepep/documents/D%C3%A9claration_de_Paris_EN.pdf
57. Nasjonal sykkelstrategi – Sats på sykkel. Grunnlagsdokument for Nasjonal transportplan (2014-2023). Oslo: Vegdirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.vegvesen.no/attachment/317385>
58. Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet på veg (2014-2017). Oslo: Samferdselsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/sd/dok/veiledninger_brosjyrer/2014/Nasjonal-tiltaksplan-for-trafiksikkerhet-pa-veg-20142017.html?id=753232
59. Samferdselsdepartementet. Nasjonal Transportplan. 2013. Meld. St. 26. (2014-2023). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/sd/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-26-20122013.html?id=722102>
60. Personskadedata 2012. Norsk pasientregister. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2082. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/personskadedata-2012/Sider/default.aspx>
61. Trygge lokalsamfunn [nettdokument]. Oslo: Skadeforebyggende forum [oppdatert 2014; lest 21.05.2014]. Tilgjengelig fra: <http://skafor.org/no/Hoved/trygge-lokalsamfunn/>
62. Hektoen LF. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Rapport 2014 nr. 3. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/Kostnader%20ved%20hoftebrudd%20hos%20eldre.pdf>
63. Nilsen m.fl. Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: Konsekvenser for barn og unge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Rapport 2012:2.
64. Bedre beskyttelse av barns utvikling. Oslo: Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet; 2012. NOU 2012:5
65. Larsen H, red. Seim S. Barnefattigdom i et rikt land. Kunnskapsoppsummering om fattigdom og eksklusjon blant barn i Norge. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2011. HiO-rapport 2011 nr. 10.
66. Nadim M, Nielsen RA. Barnefattigdom i Norge. Omfang, utvikling og geografisk variasjon. Oslo: Fafo; 2009. Fafo-rapport 2009:38.
67. Morvik K, red. Berntsen N, Guttormsen K, Hagen C, Handeland I, Engeland Korsbakke M, Nilsen H, et al. Å vokse opp. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2012.
68. Gustavsen K. Sosiale ulikheter i oppvekst - en humanitær utfordring. Bø: Telemarksforskning; 2011. TF-rapport nr. 283. Tilgjengelig fra: http://www.tmforsk.no/publikasjoner/detalj.asp?r_ID=1881&merket=5
69. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid 2014-2020. Oslo: 2014. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/KMD/BOBY/Nasjonal_Strategi_Boligsosialt_arbeid.pdf
70. Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden. Oslo: Departementenes servicesenter; 2011. NOU 2011: 15. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16756780/PDFS/NOU201120110015000DDDPDFS.pdf>
71. Gundersen, Winsvold. Klara klok, en helsenettjeneste for ungdom. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2011. Nova rapport nr 8/11. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HIOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2011/Klara-Klok-en-helsenettjeneste-for-ungdom>
72. Barry M. Using technologies to promote mental health and wellbeing [Presentasjon] Dublin 2013. Tilgjengelig fra: <http://ie.reachout.com/wp-content/uploads/2013/08/Technology-for-mental-health-and-well-being.pdf>
73. Clarke AM, Kuosmanen T, Chambers D, Barry MM. Bridging the «digital disconnect» - using technology to support young peoples mental health needs. Galway, Irland: The Health Promotion Research Centre, National University of Ireland Galway and Inspire Ireland Foundation i samarbeid med the Young and Well Cooperative Research Centre, Melbourne, Australia; 2013. Tilgjengelig fra:

http://www.youngandwellcra.org.au/wp-content/uploads/2014/03/Bridging_the_digital_disconnect.pdf

74. Kauer SD, et al. Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *J Med Internet Res* 2014;16(3).

75. Elstad JI. Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1573.

76. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* April 2007;369(9569):1302-13.

77. Helsedirektoratet. Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2012. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2075. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsedirektoratets-arlige-rapport-om-arbeidet-med-a-utjevne-sosiale-helseforskjeller-folkehelsepolitisk-rapport-2012/Sider/default.aspx>

78. Wollscheid S. Språk, stimulans og læringslyst-tidlig innsats og tiltak mot frafall i videregående opplæring. En kunnskapsoversikt. Oslo: NOVA; 2010. Nova-rapport 12/10. Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/4129/1/4129_1.pdf

79. Drange N. Evaluering av forsøk med gratis kjernetid i barnehage. Delrapport 2: Foreløpige analyser av sammenhengen mellom gratis kjernetid og skoleresultatene på 1. trinn. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2013. Rapporter 56/2013. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/attachment/150730?ts=142c1fee5e8>

80. Samdal O. Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreskjemaundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». Bergen: HEMIL-senteret, Univeristetet i Bergen; 2012. Hemil-rapport 2/2012.

81. Skolemåltidet i grunnskolen - kunnskapsgrunnlag, nytte- og kostnadsvirkninger og vurderinger av ulike skolemåltidsmodeller Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporte>

[r_planer/rapporter/2006/skolemaltidet-i-grunnskolen.html?id=106566](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporte_r_planer/rapporter/2006/skolemaltidet-i-grunnskolen.html?id=106566)

82. The Independent School Food Plan [lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.schoolfoodplan.com/universal-free-school-meals/>

83. Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2002. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-blant-6-9-og-15-aringer-i-norge/Sider/default.aspx>

84. Ericsson I, Karlsson MK. Motor skills and school performance in children with daily physical education in school – a 9-year intervention study. *Scand J Med Sci Sports* 2014;24(2):273-8.

85. Singh A, Uijtdewilligen L, van Mechelen W, Twisk JW, Chinapaw MJ. Physical activity and performance at school: a systematic review of the literature including a methodological quality assessment. *Review. Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166(1):49-55.

86. Centers for Disease Control and Prevention. The association between school based physical activity, including physical education, and academic performance. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.cdc.gov/healthyyouth/health_and_academics/pdf/pa-pe_paper.pdf

87. Tchann JM, Adler NE. Sexual self-acceptance, communication with partner, and contraceptive use among adolescent females: A longitudinal study. *J Res Adolesc* 1997;7(4):413-30.

88. Spencer JM, Zimet GD, Aalsma MC, Orr DP. Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. *Pediatrics* 2002;109(4):581-4.

89. Russell ST. Conceptualizing positive adolescent sexuality development. *Sex Res Soc Policy* 2005;2(3):4-12.

90. Rostosky SS. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: a possible clue to promoting sexual health? *J Sex Res* 2008;45(3):277-86.

91. Schooler D. A Mixed-Method Exploration of Body Image and Sexual Health Among Adolescent Boys. *Am J Mens Health* 2008;2(4):322-39.

92. Helsedirektoratet. Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 - strategier for bedre seksuell helse. Oslo: 2010. IS-1813. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ny-handlingsplan-for-forebygging-av-uonsket-svangerskap-og-abort-strategier-for-bedre-seksuell-helse/Sider/default.aspx>
93. Pedersen W. Nye seksualiteter. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
94. Pedersen W. Mobilbruk, chat og sex blant norske tenåringer. Tidsskr Nor Legeforen 2004;124(13-14):1756-9.
95. Update report on Teen Pregnancy Prevention: Best Start, Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre og the Sex Information and Education Council of Canada [oppdatert 2007; lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: http://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/teen_pregnancy.pdf
96. Bonnell C. Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and UK . Culture, Health and Sexuality Mai/Juni 2004;6(3):255-72.
97. Pedersen W. Nødprensjon eller abort? En longitudinell studie av unge kvinner. Tidsskr Nor Legeforen 2008;127(24):3206-8.
98. Helsetilsynet. Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oslo: 2009. Rapport 5/2009. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport5_2009.pdf
99. Helsestasjonen: Hjelp i rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013. Oslo: Helsetilsynet; 2014. Rapport fra Helsetilsynet 4/2014. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/1511676/Tilsyn%20helsestasjoner%202013_Samlerapport.pdf
100. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: 2010. IS-1798. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/Sider/default.aspx>
101. Kulturdepartementet. Frivillighet for alle. Oslo: 2007. St. meld. 39 (2006-2007). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-39-2007-.html?regj_oss=1&id=477331
102. Frivillighet Norge og KS. Plattform for samspill og samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor 2013–2015. 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/PageFiles/38751/Frivillighet%20Norge%20avtale.pdf?epslanguage=no>
103. Frivillighet Norge. HVORDAN KAN JEG PÅVIRKE FRIVILLIGHETSPOLITIKKEN I MIN KOMMUNE? En veileder for deg som er aktiv i frivillige lag og foreninger. Oslo: 2013. Tilgjengelig fra: http://www.frivillighetnorge.no/filestore/Dokumenter/Kurs_og_verkty/Masterversionveileder.pdf
104. Frivillighetsmelding 2011. Strategi for samarbeid mellom Bærum kommune og frivillig sektor. Bærum kommune; 2012. Tilgjengelig fra: <http://frivilligbaerum.no/frivillighet/userfiles/files/strategidokument%20frivillighetsmelding.pdf>
105. Statistisk sentralbyrå. Arbeidskraftundersøkelsen, 1. kvartal 2014 [oppdatert 30.04.2014; lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/aku/>
106. Mehlum IS. Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HIOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Underlagsrapporter>
107. Landbergis PA, Grzywacz JG, Lamontagne AD. Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. Am J Ind Med 2012;57(5):495-515.
108. Rege M, Telle K, Votruba M. The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2005. Discussion papers 435.
109. Ose SO, m.fl. Evaluering av IA-avtalen (2001–2009). Trondheim: SINTEF; 2009. SINTEF A11947. Tilgjengelig fra: <http://seniorpolitikk.no/var/uploaded/images/FF-IA-avtale/IA-SINTEFF.pdf>

110. Hofoss, m.fl. Selection and mortality: a ten year follow-up of income decile mortality in Norway. Eur J Public Health 2013;23(4):558-63.

111. Statistisk sentralbyrå. Døde, 2013. Oslo [oppdatert 08.04.2014; lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>

112. World Health Organization Europe. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Copenhagen: 2012. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf

113. Daatland SO, Slagvold B, red. Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2013. NOVA Rapport nr. 15/2013.

114. Statistisk sentralbyrå. Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover. Oslo: 2014. Rapporter 2014/14. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/behovet-for-arbeidskraft-i-helse-og-omsorgssektoren-fremover>

115. Statistisk sentralbyrå. Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen. Oslo: 2014. Rapporter 2014/19. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/yrkesaktivitet-blant-eldre-for-og-etter-pensjonsreformen>

116. Finansdepartementet. Perspektivmeldingen 2013. Oslo: 2013. Meld. St. 12 (2012–2013) Melding til Stortinget. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-12-20122013.html?id=714050>

117. NAV. Forventa pensjoneringsalder og yrkesaktivitet. Oslo: NAV; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/Forventa+pensjoneringsalder+og+yrkesaktivitet.381675.cms>

118. Seniorpolitikk.no. Norsk seniorpolitisk barometer 2013 [lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://seniorpolitikk.no/fakta/statistikk/2013-norsk-seniorpolitisk-barometer->

119. Nylenna M, red. Smedslund G, Steiro A, Forsetlund L, Hammerstrøm KT. Helseeffekter av å fortsette i arbeid etter pensjonsalder. Oslo: Nasjonalt

kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.

Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/helseeffekter-av-C3%A5-fortsette-i-arbeid-etter-pensjonsalder>

120. Folkehelseinstituttet. Levealder - faktaark med statistikk om forventede levealder i Norge. Oslo [oppdatert 24.04.2014; lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70805>

121. Statens seniorråd. Holdninger til eldre 2013 - En temperaturmåling på folks syn på eldre i og utenfor arbeidslivet Oslo: Statens seniorråd; 2013.

Tilgjengelig fra: <http://www.seniorporten.no/Publikasjoner/attachment/345077>

122. Seniorporten. Eldre er fortsatt underrepresentert på Stortinget [oppdatert 23.10.2013; lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.seniorporten.no/Nyheter/Eldre+er+fortsatt+underrepresentert+p%C3%A5+Stortinget.361629.cms>

123. Helsedirektoratet. Norkost 3. En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18-70 år, 2010-11. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2000. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norkost-3-en-landsomfattende-kostholdsundersokelse-blant-menn-og-kvinner-i-norge-i-alderen-18-70-ar/Sider/default.aspx>

124. Frydenlund R. Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. Oslo: Kompetansesenter rus – Oslo; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.forebygging.no/Global/eldre_kunnskapsoppsummering%20_web.pdf

125. Krogstad S, Knudtsen Skjei M. Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984–86) HUNT 2 (1995–97) HUNT 3 (2006–08). Trondheim: HUNT forskningscenter; 2011.

126. Helsedirektoratet. Kan demens forebygges? [oppdatert 02.06.2014; lest 24.06.2014]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/kan-demens-forebygges>

127. Helse- og omsorgsdepartementet. Innovasjon i omsorg. Oslo: 2011. NOU 2011: 11. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>

