



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 15

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldinga

Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar





DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 15

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldinga

Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar

Innhald

1	Ei folkehelsemelding for utjamning av sosiale helseforskjellar	8	4	Levevanar og førebygging av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD)	41
1.1	Strategi mot sosiale helseforskjellar i folkehelse-meldinga	9	4.1	Mål	41
1.2	Geografiske helseforskjellar	11	4.2	Ny nasjonal tobakksstrategi	44
1.3	Innsatsområde og perspektiv	11	4.2.1	Bakgrunn	44
1.4	God folkehelse er fundamentet i helse- og omsorgspolitikken	13	4.2.2	Bruk av tobakksvarer m.m. i Noreg	45
1.5	Dei nasjonale folkehelsemåla	13	4.2.3	Særlege utfordringar	46
1.6	Prosess og innspel	14	4.2.4	Hovudmål i ny strategi	46
1.7	Samandrag	14	4.2.5	Innsatsområde og tiltak	46
2	Folkehelsa etter pandemien	16	4.3	Kosthald	50
Del I	Hovudinnsatsområde	19	4.3.1	Tverrsektoriell og brei innsats for betre kosthald	51
3	Dei samfunnsskapte vilkåra for god helse	21	4.3.2	Utgreiing om tiltak for å fremje eit sunt kosthald	52
3.1	Mål	21	4.3.3	Verne barn og unge mot marknadsføring av usunn mat og drikke	55
3.2	Fridom og tryggleik	21	4.4	Fysisk aktivitet	56
3.2.1	Retten til helse	22	4.4.1	Status og utfordringar	56
3.2.2	Fremje og verne ytrings-fridommen	22	4.4.2	Tverrsektoriell og samordna innsats overfor kommune-sektoren	57
3.2.3	Verne samar og nasjonale minoritetar	23	4.4.3	Dagleg fysisk aktivitet i barnehage, skule og skulefritidsordning (SFO)	58
3.2.4	Motverke rasisme og diskriminering	23	4.5	Alkohol, narkotika og doping	59
3.2.5	Likestilling for skeive	23	4.5.1	Ein heilskapleg rusmiddelpolitikk – førebyggings- og behandlings-reforma for rusfeltet	59
3.2.6	Førebygge vald og overgrep	24	4.5.2	Vidareføring av nasjonal alkoholstrategi for perioden 2023–2030	60
3.3	Oppvekst og utdanning	25	4.5.3	Narkotika, vanedannande legemiddel og dopingmiddel	61
3.3.1	Sosial utjamning og mobilitet for barn og unge	25	4.6	Overvekt og fedme	63
3.3.2	Foreldre- og familiestøtte	26	4.7	Muskel- og skjeletthelse	64
3.3.3	Ein kunnskapssektor som reduserer sosiale forskjellar	27	4.8	Andre levevanar	64
3.4	Arbeid og inntekt	31	4.8.1	Seksuell helse	64
3.4.1	Deltaking i arbeidslivet	32	4.8.2	Søvn	66
3.4.2	Inkludering av utsette grupper i arbeid	33	4.8.3	Førebygging av speleproblem	66
3.4.3	Arbeidsmiljø og helse	34	5	Psykisk helse og livskvalitet ...	68
3.5	Bustad og lokalsamfunn	35	5.1	Mål	68
3.5.1	Aktiv bustadpolitikk	36	5.2	Trivsel i barne- og ungdomsåra ...	70
3.5.2	Aldersvennleg Noreg	36	5.3	Gjer noko aktivt og meningsfullt saman	72
3.5.3	Gode og trygge nærmiljø	37	5.3.1	ABC for god psykisk helse	72
3.5.4	Friluftsliv for alle	39	5.3.2	Legg til rette for frivillighet, aktivitet og fellesskap	73
3.5.5	Anlegg for idrett og fysisk aktivitet og sosiale møteplassar	39			

5.4	Einsemd som folkehelse- utfordring	74	7.2.2	Lev-kampanjen	97
5.5	Studentar si psykiske helse	75	7.3	Den digitale kvardagen til barn og unge	97
5.6	Eldre i det psykiske folkehelsearbeidet	76	7.3.1	Stortingsmelding om trygg digital oppvekst	98
5.7	Livskvalitet	76	7.3.2	Forbrukarvernet til barn i digitale medium	98
5.7.1	Utjamning av sosiale forskjellar i livskvalitet	77	7.3.3	DigiUng og ung.no – informasjon, råd og hjelp til barn og unge	98
6	Vern mot helsetruslar og rett til eit sunt miljø	79	7.4	Digitalt utanforskap	98
6.1	Mål	79	7.5	Læringspunkt om kommunikasjon frå pandemien	100
6.2	Internasjonalt samarbeid om helsetryggleik	80	8	Førebyggjande arbeid i helse- og omsorgstenesta	101
6.3	Smittevern	81	8.1	Mål	101
6.3.1	Smittevern i kommunar	81	8.2	Ei felles, offentlig helse- og omsorgsteneste som motverkar sosiale og økonomiske helseforskjellar	104
6.3.2	Vaksinasjonsprogram for vaksne	82	8.3	Førebygging i helse- og omsorgstenesta	104
6.3.3	Antimikrobiell resistens (AMR) ...	82	8.3.1	Helsestasjons- og skulehelse- tenesta	104
6.3.4	Smittevern i helsetenesta	82	8.3.2	Tannhelsetenesta	104
6.3.5	Betre smittevernanalysar og -verktøy	83	8.3.3	Allmennlegetenesta	105
6.4	Drikkevatn og mattryggleik	84	8.3.4	Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	105
6.4.1	Behov for ei meir robust drikkevassforsyning	84	8.3.5	Omsorgstenesta	106
6.4.2	Matsystema i verda er under press	85	8.3.6	Den førebyggjande innsatsen til spesialisthelsetenesta	106
6.5	Klimatilpassing	87			
6.6	Luftforureining og støy	88			
6.7	Inneklima	90			
6.8	Skadar og ulykker	90	Del II	Kunnskap og systematikk i folkehelsearbeidet	109
6.8.1	Trafikkulykker og mjuke trafikantar	90	9	Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken	111
6.8.2	Landbruksulykker	91	9.1	Det systematiske folkehelse- arbeidet	111
6.8.3	Fyrtårnprosjektet for skadedata frå helsetenesta	91	9.1.1	Sette politisk retning	112
6.8.4	Førebygging av alvorlege fallulykker i nærmiljøet og heimen	92	9.1.2	Gjennomføre nasjonal politikk	112
6.8.5	Skadeforebyggjande forum og Trygge lokalsamfunn	93	9.1.3	Evaluerer	113
6.9	Stråling	93	9.1.4	Samle kunnskap	113
6.9.1	Redusere radoneksponeringa for å førebygge lungekreft	93	9.1.5	Fortolke og forstå	113
6.9.2	UV-eksponering og førebygging av hudkreft	93	9.2	Prioritering av folkehelseiltak	114
6.9.3	Medisinsk strålebruk	94	10	Folkehelsearbeidet i kommunane	116
6.9.4	Radioaktiv forureining	94	10.1	Ti år med folkehelseloven	116
6.10	Kjemikal og miljøgifter	94	10.2	Revisjon av folkehelseloven	117
7	Digitalisering og kommunikasjon	96	10.3	Program for folkehelsearbeid i kommunane	118
7.1	Mål	96	10.4	Kommuneoverlege- funksjonen	119
7.2	Digital helsekompetanse	96	10.5	Medverknad	120
7.2.1	Helsenorge.no	97			

11	Datagrunnlag, kunnskaps- utvikling og bruken av forskning	122	11.3	Læringspunkt for framtidige kriser – betydninga for kunnskapssystemet	126
11.1	Kunnskapssystemet for folkehelse	122	12	Økonomiske og administrative konsekvensar	128
11.1.1	Tilgang til data og statistikk	123	Litteraturliste	129	
11.1.2	Forsking og kunnskaps- utvikling	123	Vedlegg		
11.1.3	Kunnskapsstøtte til kommunane	124	1	Overordnet beskrivelse av helsetilstanden i befolkningen	135
11.1.4	Helsenæringa og frivillige organisasjonar	125			
11.2	Kunnskapsbehov i det framtidige kunnskapssystemet	125			



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 15

(2022–2023)

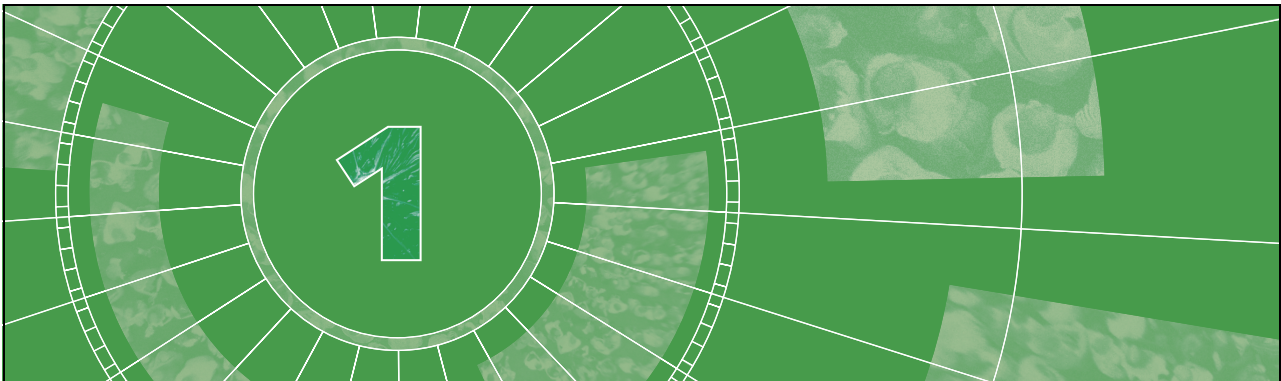
Melding til Stortinget

Folkehelsemeldinga

Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar

*Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 31. mars 2023,
godkjend i statsråd same dagen.
(Regjeringa Støre)*

1 Ei folkehelsemelding for utjamning av sosiale helseforskjellar



Figur 1.1

Regjeringa vil

- prioritere folkehelsearbeidet og innsatsen mot sosiale helseforskjellar.

Folkehelsa i Noreg er generelt god og levealderen er høg, men det er framleis store sosiale helseforskjellar. Dei som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseproblem enn dei som har kortare utdanning og dårlegare økonomi.

I 2021 var forventa levealder 84,7 år for kvinner og 81,6 år for menn. Sjukdomsbiletet i Noreg er dominert av ikkje-smittsame sjukdommar, som forårsakar omlag 87 prosent av den totale sjukdomsbyrda. Ikkje-smittsame sjukdommar som hjarte- og karsjukdom, kreft, kols, rusmiddellidingar, psykiske lidingar og demens er viktige årsaker til tapte leveår hos begge kjønn i Noreg. Koronapandemien har samtidig vist skadepotensialet smitte i befolkninga har. Helse-tilstanden i Noreg er nærare omtalt i vedlegg til slutt i denne stortingsmeldinga. Det er framleis eit betydeleg potensial for å forbetre helsa i befolkninga. Det viktigaste er å redusere dei sosiale helseforskjellane.

Å fase ut røyking er det enkelttiltaket som vil ha størst betydning for å betre helsa og jamne ut dei sosiale helseforskjellane. Regjeringa vil legge til rette for ein tobakksfri generasjon, utvide

vernet mot passiv røyking og innføre eit nasjonalt program for røykeslutt.

Det er eit samfunnsansvar å sikre at alle har gode føresetnader for eit godt liv med god helse. God helse og gode levekår heng saman, og folkehelsearbeidet må legge til rette for ei betre helse for alle. Dette vil også bidra til å redusere sosial ulikskap. Helsevanane som blir etablerte tidleg i livet, påverkar sjansane til å lykkast i skulen og i arbeidslivet. Det helsefremjande arbeidet i nærmiljøet og lokalsamfunnet bør skje i samarbeid mellom kommunen, frivillige organisasjonar, private og brukarorganisasjonar.

Ein god folkehelsepolitikk er viktig for den enkelte og ein føresetnad for eit berekraftig velferdssamfunn. FNs berekraftsmål slår fast at god helse er ein grunnleggjande føresetnad for moglegheita menneske har til å nå det fulle potensialet sitt og for å bidra til utvikling i samfunnet. Høg sjukelegheit og låg funksjonsevne medfører påkjenningar og kostnader både for den enkelte og for samfunnet i form av helse- og omsorgstenester, sjukefråvær og meir varige trygdeytningar.

Endringar i den globale demografien, pandemiar, klimaendringar, ein uvisss tryggleikspolitisk verdssituasjon og endringar i ulikskap påverkar folkehelsa, også i Noreg. Derfor er det nødvendig å sjå folkehelseutfordringane i Noreg i samanheng med utviklinga elles i verda.

Andelen økonomisk trygge hushaldningar har falle frå 65 prosent under koronapandemien til 49 prosent i august 2022 (1). Mange i Noreg i dag opplever belastninga med auka kostnader på straum, mat og andre nødvendige varer. Dette rammar dei som allereie er i ein utsett situasjon ekstra hardt, og aukar også talet på hushald som strever. Levekostnadskrisa forsterkar helsemessige, sosiale og økonomiske forskjellar.

Kvinnehelseutvalet la fram rapporten sin 2. mars (2). Folkehelsemeldinga løftar eit kvinnehelseperspektiv gjennom å legge vekt på folkehelseutfordringar som særleg rammar kvinner. Dette gjeld til dømes psykiske plager i ungdommen og muskel- og skjelettlidingar.

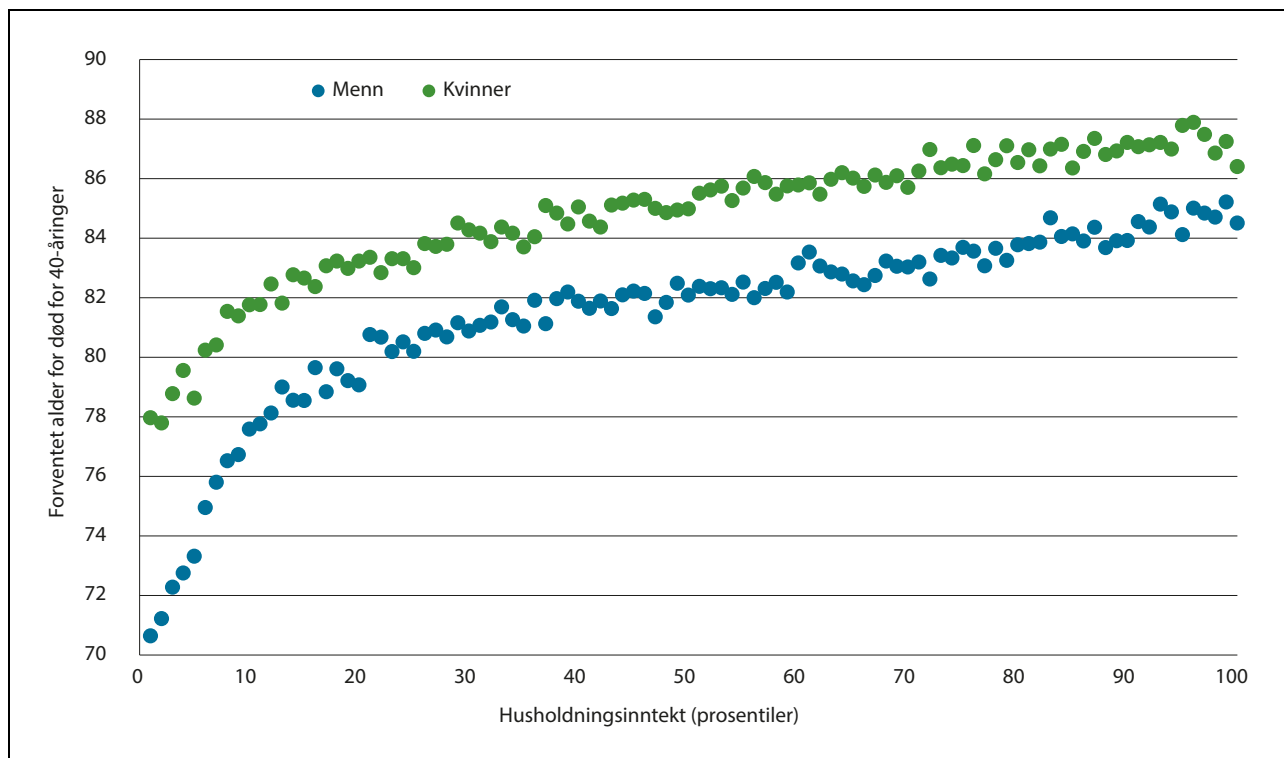
Folkehelsepolitikken skal bidra til å redusere sårbarheita og auke motstandskrafta i samfunnet. God helse og trivsel gir styrke i seg sjølve, og ei effektiv organisering av arbeidet med å verne og fremje folkehelsa på tvers av sektorar bidrar til betre evne til å handtere kriser. I Noreg er det generell høg tillit i samfunnet, også til styresmaktene. Folkehelsepolitikken, og spesielt arbeidet med å jamne ut sosiale forskjellar i helse og livskvalitet, skal bidra til å styrke den sosiale berekrafta i samfunnet.

1.1 Strategi mot sosiale helseforskjellar i folkehelsemeldinga

I tråd med Hurdalsplattforma vil regjeringa løfte fram utjamning av sosiale helseforskjellar som den viktigaste prioriteringa på tvers av innsatsområda i folkehelsemeldinga. Sosiale helseforskjellar er systematiske forskjellar i helsetilstand som følge av forskjellar i sosiale og økonomiske kategoriar, slik som yrke, utdanning og inntekt. Dette er helseforskjellar som er skapte av samfunnet, og som det er mogleg å gjere noko med.

Det er store helseforskjellar mellom sosiale lag i Noreg. Dette viser seg tydelegast ved at dei med lengst utdanning lever i snitt 5–6 år lenger og har betre helse enn dei som har kortast utdanning. Dei sosiale helseforskjellane gjeld også for ei lang rekke sjukdommar og levevanar og for livskvalitet. Vi viser til Folkehelseinstituttets skildring av status og utviklingstrekk for sosiale helseforskjellar i Noreg (3).

Sosioøkonomiske helseforskjellar dannar ein gradient gjennom befolkninga. Litt betre sosioøkonomisk status gir (statistisk sett) litt betre helse. Dette gjeld gjennom heile inntektsskalaen. På same måte som dei nest fattigaste har betre helse enn dei fattigaste, har dei rikaste betre helse



Figur 1.2 Husholdningsinntekt og forventet levealder

Kjelde: Folkehelseinstituttet

enn dei nest rikaste. Sidan dette er basert på gjennomsnitt, vil det på individnivå sjølvsagt finnast mange unntak frå regelen.

Befolkninga med lågast hushaldsinntekt har markert kortare levealder. Denne gruppa blir kjenneteikna av ein høg del aleinebuarar og lågt utdanningsnivå. Regjeringa vil ha eit samfunn med eit sterkt tryggingnett med velferdstenester for dei som treng det permanent eller i fasar av livet.

Det er ikkje gitt at helseforskjellane blir borte sjølv om alle har like lang utdanning. Det er snarare slik at dei sosioøkonomiske variablane er eit uttrykk for tilgang til ei rekke ressursar – både materielle og psykososiale – som gir betre helse (4).

I tillegg til sosiale forskjellar internt i land er det omfattande sosiale forskjellar i helse mellom land. Verdhelseorganisasjonen (WHO) har sett problemet på dagsordenen i ei årrekke, blant anna i den globale kommisjonen for sosiale helse-determinantar, under leiing av sir Michael Marmot (5).

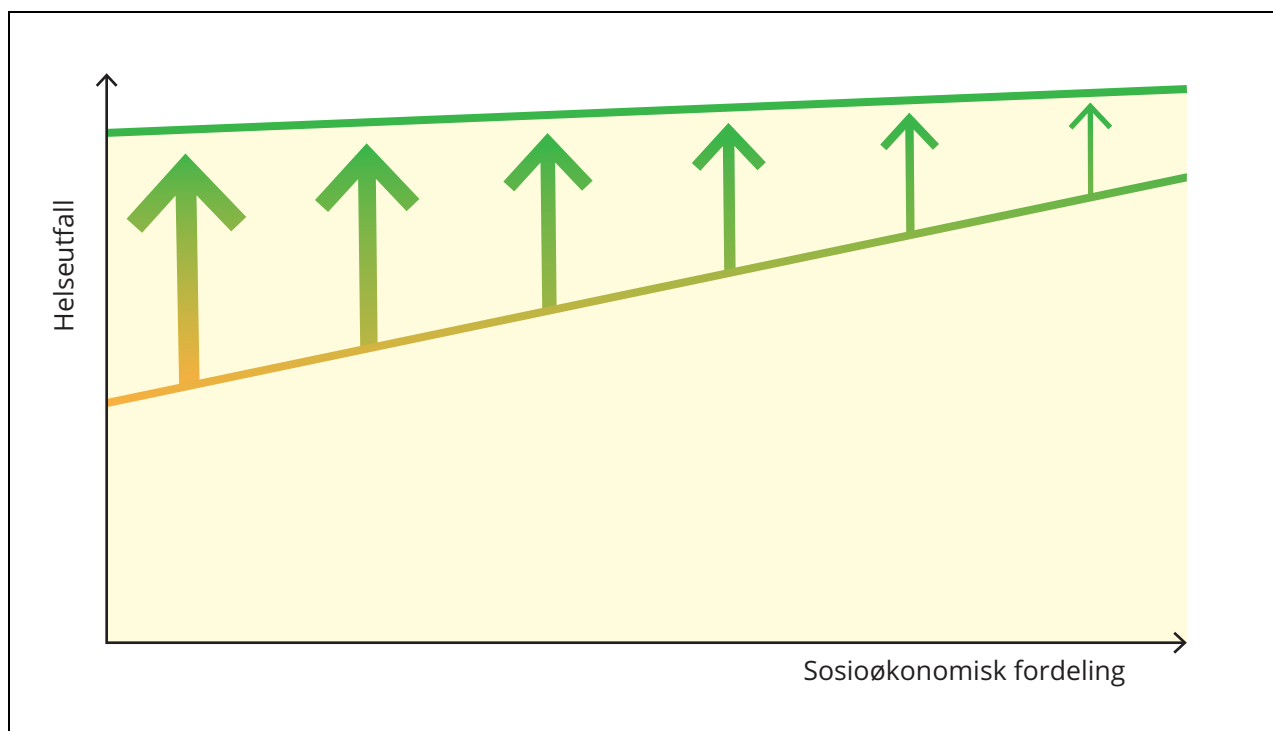
Som eit ledd i dette meldingsarbeidet gav regjeringa eit oppdrag til sir Michael Marmot og fagmiljøet hans ved University College London (UCL). Dei har hatt NTNUs forskingssenter for livskvalitet og sosial berekraft (WellFare) som norsk partner.

Resultatet av oppdraget er ein rapport som gir oppdatert informasjon om sosiale determinantar og helseforskjellar i Noreg, og som foreslår tilrådingar om politikk og nødvendige arbeidsformer for å møte desse forskjellane. Rapporten framhevar lovande praksisdøme frå Noreg, frå fleire ulike kommunar, som kan oppskaleras eller spreia.

Rapporten bygger på åtte prinsipp for politikk-utvikling:

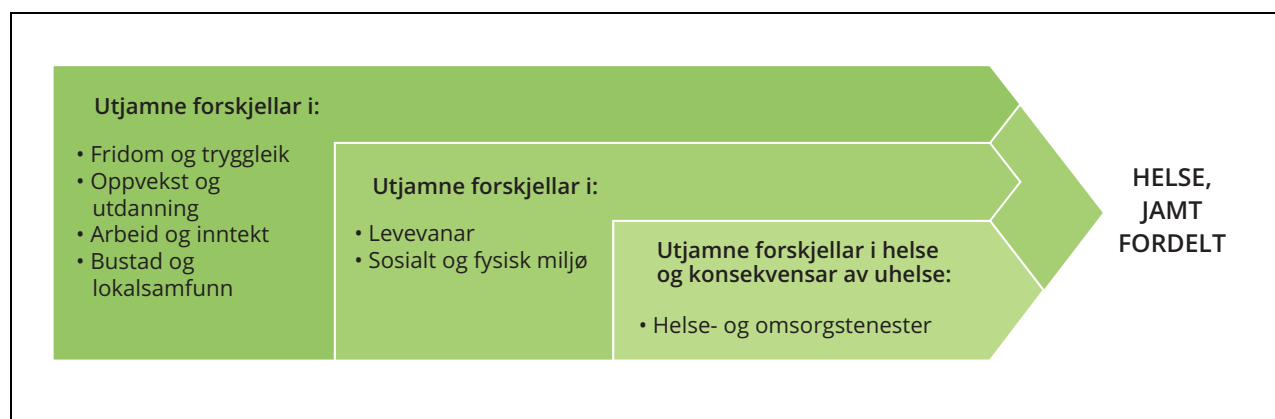
1. gi alle barn den beste starten på livet
2. sette alle barn, unge og vaksne i stand til å maksimere evnene sine og ha kontroll i eige liv
3. skape eit rettferdig arbeidsliv og godt arbeidsmiljø for alle
4. skape ein helsefremjande levestandard for alle
5. skape og utvikle helsefremjande og berekraftige lokalsamfunn
6. styrke rolla til og verknaden av sjukdomsførebygging
7. kjempe mot diskriminering og rasisme og konsekvensane av dette
8. fremje miljømessig berekraft og rettferdig fordeling av helse samtidig

Rapporten, som vart offentleggjort vinteren 2023, dannar eit viktig grunnlag for denne meldinga. Eit viktig budskap i rapporten er at tiltak bør vere universelt innretta, men verke best for dei som treng det mest, også kalla proporsjonal universalisme.



Figur 1.3 Tiltak som verkar best på dei som treng det mest

Kjelde: UCL Institute of Health Equity og NTNU WellFare, 2023



Figur 1.4 Årsakskjede – område der innsats kan redusere sosiale helseforskjellar

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Forskarar har avdekt ei lang rekke slike ressursar som har direkte eller indirekte betydning for helsa. Nokre faktorar, som økonomi og arbeid, har omfattande og komplekse påverknadsvegar til helse. Andre faktorar, som tobakk og fysisk miljø, er enklare og meir direkte i helsepåverknaden sin. Stort sett kjem påverknadsfaktorane først, så kjem helsa som ein konsekvens av påverknaden.

Denne stortingsmeldinga er ein nasjonal strategi for å jamne ut sosiale helseforskjellar. Strategien er inspirert av dei åtte prinsippa til Marmot.

Sosiale helseforskjellar skal for det første jamnast ut gjennom at tiltak i meldinga blir retta inn slik at dei verkar best for dei som treng det mest. Forskjellar i dei bakanforliggende forholda skal jamnast ut, sjå nærare omtale i kapittel 3. Forskjellar i levevanar og i sosialt og fysisk miljø skal også utjamnast, dette er nærare omtalt i kapittel 4–7. Tiltak i helse- og omsorgstenesta for å handtere forskjellane blir vurderte i samband med andre kommande stortingsmeldingar frå Helse- og omsorgsdepartementet, sjå også kapittel 8.

For det andre er strategien å forsterke innretninga på det systematiske folkehelsearbeidet slik at det i endå større grad bidrar til å utjamne helseforskjellane, sjå nærare omtale i kapittel 9–11.

For det tredje skal tiltak i kommande meldingar, strategiar og planar frå Helse- og omsorgsdepartementet også legge vekt på sosiale helseforskjellar. Dette gjeld blant anna den nasjonale livskvalitetsstrategien.

Helse- og omsorgsdepartementet vil for det fjerde be Helsedirektoratet om å gjennomgå alle anbefalingane i rapporten frå Marmot som blei lansert 10. mars 2023, og gi eit råd til departementet om oppfølging.

1.2 Geografiske helseforskjellar

Det er klare geografiske helseforskjellar i Noreg. Forventa levealder varierer med 1–1,5 år mellom fylka i landet. Levealderen for menn er høgast i Møre og Romsdal og lågast i Finnmark, medan han for kvinner er høgast i Møre og Romsdal og lågast i Innlandet. Internt i Oslo er det rundt 7 års forskjell i levealder for menn i ulike bydelar, medan forskjellen er på rundt 5 år for kvinner.

Forsking viser at det ikkje er eigenskapar ved sjølve staden som gjer oss friskare eller sjukare. Derimot kjem forskjellane ofte av at ulike stader blir folkesette av menneske med ulik alder, utdanning, yrkesstatus og inntekt.

Heile 80 prosent av den geografiske forskjellen i dødelegheit mellom norske menn kan forklarast med ulike sosioøkonomiske faktorar. Tilsvarande del blant kvinner er 73 prosent. Ein liknande studie analyserte forskjellar i overvekt blant unge mellom norske kommunar og fann at rundt halvparten av variasjonen kunne tilskrивast sosioøkonomiske forhold.

1.3 Innsatsområde og perspektiv

Denne folkehelsemeldinga har seks hovud-innsatsområde: dei samfunnsskapte vilkåra for god helse, levevanar og førebygging av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD – non-communicable diseases), psykisk helse og livskvalitet, vern mot helsetruslar og rett til eit sunt miljø, kommunikasjon og innbyggardialog og førebyggjande arbeid i helse- og omsorgstenesta.

Regjeringa vil gjennom folkehelsemeldinga løfte fram fleire perspektiv som saman med inn-

satsen mot sosiale helseforskjellar vil ha stor betydning for folkehelsearbeidet framover. Dette gjeld særleg

- klimaendringane
- demografiske endringar
- internasjonalt samarbeid

Samanhengen mellom klima og helse blir stadig tydelegare og blei seinast stadfesta i den siste rapporten frå FN's klimapanel. Globalt er det venta over 9 millionar klimarelaterte dødsfall årleg innan utgangen av dette hundreåret dersom klimagassutsleppa ikkje går ned (6).

Menneskeleg aktivitet forårsakar klimaendringar som blant anna fører til at ekstremvêrhendingar blir vanlegare og meir alvorlege. Meir nedbør, hetebølger og tørkeperiodar påverkar den fysiske og psykiske helsa vår og kan bli utfordrande for evna vår til å dyrke mat. Dermed truar klimaendringane velferda vår. Klimaendringar reduserer mattryggleik og tilgang på drikkevatt, påverkar fysisk og mental helse negativt og kan bidra til migrasjon og til humanitære katastrofar i sårbare område.

Klima- og miljøendringar vil påverke samfunn og befolkningsgrupper i verda ulikt. Dei med lågast sosioøkonomisk bakgrunn og barn er mest sårbare. Klimakrisa kan true utviklinga, oppveksten og utdanninga til barn, tilgangen deira på reint vatn, helse og tilstrekkeleg, sunn og trygg mat og overleving. Undersøkingar viser at barn under fem år i dag ber anslagsvis 88 prosent av sjukdomsbyrda knytt til klimaendringar (7).

Ifølge Verdhelseorganisasjonen er klimaendringar den største trusselen mot folkehelsa globalt (8), og klimaendringar er også ein trussel nasjonalt. Klimakrisa er derfor også ei helsekrise. Det betyr at helseargumentet for å handtere klimakrisa aldri har vore klarare. Fleire gode helsetiltak bidrar til å redusere utsleppa av klimagassar. Døme på dette er blant anna arbeidet regjeringa gjer for å få befolkninga til å følge kostråda. Regjeringa si satsing på meir aktiv transport, som å gå og sykle, bidrar også til å redusere utslepp av klimagassar og lokal luftforureining. Også regjeringa sitt arbeid med å redusere matsvinnet bidrar til reduserte klimagassutslepp.

Noreg står føre store endringar i befolkningsamansettinga. Som eit resultat av høge fødselstal etter andre verdskrigen og stadig aukande levealder aukar både andelen og talet på eldre i befolkninga. Over ein million nordmenn er i dag pensjonistar, og mange lever over 20–30 år som pensjonist. Talet på personar over 80 og 90 år vil doblast

dei næraste tiåra. Distrikta får den største auken i andelen eldre.

Samtidig som levealderen aukar, er dagens eldre friskare enn tidlegare generasjonar. Mange eldre utgjer også ei ressurssterk gruppe som vil ha høgare utdanning, betre helse, betre bustader og betre økonomi enn tidlegare generasjonar eldre. Samtidig er det store sosiale forskjellar i helsa til eldre. Det er eit stort potensial for ei friskare aldring. Aktive og engasjerte eldre gir friskare eldre. Samfunnet må legge til rette for at eldre også tar i bruk egne ressursar for å møte utfordringane og moglegheitene i alderdommen. Regjeringa vil bidra til bevisstgjerings- og involveringsnoverande og kommande generasjonar av den eldre befolkninga i planlegginga og utforminga av sin eigen alderdom.

Både i folkehelsepolitikken og i førebyggingsarbeidet i helse- og omsorgstenesta skal det leggjast vekt på å fremje sunn og aktiv aldring. Overgangen frå arbeidsliv til pensjonistliv er ein viktig fase for å endre vanar. Frivillig sektor kan spele ei rolle i å engasjere eldre. Friskare aldring er ein gevinst for den enkelte og ein gevinst for samfunnet. Det styrkar eigenmeistringa til den enkelte, og det bidrar til å redusere og utsette behovet for helse- og omsorgstenester og til at aktive eldre kan vere økonomiske bidragsytarar i samfunnet. Helsepersonellkommisjonen har i rapporten sin vist til betydninga av førebyggjande helsearbeid i ei aldrande befolkning for å utsetje behov for helse- og omsorgstenester.

Mange eldre erfarer likevel negative haldningar og barrierar for deltaking. Helseproblem og funksjonsnedsettingar skal ikkje vere til hinder for å kunne delta i samfunnet slik ein ønsker. Politikken kan kompensere for eventuelle funksjonstap og barrierar med hjelpemiddel, universell utforming og aldersvennlege løysingar, i tillegg til å fjerne aldersdiskriminerande åtfærd og praksis.

Ei aldrande befolkning inneber ei gjennomgåande endring av heile samfunnet. Eldreperspektivet må inn i all politikk, og alle sektorar har ansvar for å bidra til at eldre kan leve aktive og deltakande liv.

For å sikre berekraftig velferd for noverande og kommande generasjonar, må kommunale og sentrale styresmakter planlegge for ei utvikling med stadig fleire eldre. Arbeidet med eit aldersvennleg Noreg har bidratt til å styrke det tverrsektorielle perspektivet i politikikutviklinga og samfunnsplanlegginga. Regjeringa vil forsterke dette ytterlegare gjennom «bu trygt heime»-reforma, som vil omfatte tiltak frå fleire departement. Reforma vil blant anna vektlegge levande

lokalsamfunn og ein framtidsretta bustadspolitikk for å møte mangfaldet i behova og ønska til dei eldre.

Helse er i stor grad ei nasjonalt sak, men fleire av utfordringane, både nasjonalt, regionalt og internasjonalt, kan ikkje løysast av eit enkeltland aleine. Dette er spesielt aktuelt for folkehelsefeltet. Erfaringane med koronapandemien dei siste åra har avdekt kor avhengige Norge er av internasjonalt samarbeid, og dei har spesielt gjort synleg kor viktig samarbeidet med EU er.

Verda har berre sju år igjen på å nå FN's berekraftsmål. Berekraftsmåla er eit rammeverk for utvikling og samarbeid om utfordringane i verda og gjeld for alle land. Krisene som går føre seg, gjer dette arbeidet meir krevjande. Internasjonal innsats for sosial, økonomisk og miljømessig berekraft er viktigare enn nokon gong.

Det overordna målet for Helse- og omsorgsdepartementets internasjonale arbeid er å bidra til god folkehelse, auka kompetanse og auka kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstenestene og helserelaterte tenester, nasjonalt og globalt. Noreg må delta der helsepolitiske avgjerder blir fatta, for å fremje norske helseinteresser, bidra til gode fellesskapsløysingar og sikre at nasjonale tiltak blir sett i samanheng med utviklinga ellers i verda.

I tillegg er erfaringar og læringspunkt etter pandemien viktige å løfte fram som tema på dei enkelte innsatsområda, og dette er også eit tema som er særleg drøfta i kapittel 2.

1.4 God folkehelse er fundamentet i helse- og omsorgspolitikken

Helsepersonellkommisjonen har i si utgreiing NOU 2023: 4 *Tid for handling*, uttalt at riktig oppgåvedeling startar med folkehelsearbeid, førebygging, tidleg innsats, helsefremjande arbeid og styrking av befolkningas helsekompetanse. Slik kan pasientar og brukarar gjerast i stand til å ta vare på eigen helse og delta i eiga behandling. Dette vil også kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstenester, og dermed redusere behovet for innsats frå helsepersonell.

Dei breie, tverrsektorielle folkehelseiltaka er fundamentet for god helse og livskvalitet i befolkninga og for ei berekraftig helse- og omsorgsteneste. Det er eit mål for regjeringa å vidareutvikle og styrke den felles helsetenesta vår og motverke sosiale og økonomiske helseforskjellar.

Ei sterk offentleg helse- og omsorgsteneste, styrt og finansiert av fellesskapet, er avgjerande

for å handtere aukande sosiale og geografiske forskjellar og for å hindre ei todeling av helsetenesta. Den offentlege helsetenesta skal sørge for beredskap og tryggleik i kvardagen og tilgang på helsehjelp av høg kvalitet ut frå behov. Målet er å skape eit helsefremjande samfunn, førebygge sjukdom og sikre ei helseteneste som gir god hjelp, behandling og omsorg til befolkninga i heile landet.

Folkehelse er i folkehelseloven definert som helsetilstanden til befolkninga og korleis helsa fordelar seg i ei befolkning. Folkehelsearbeid er definert som innsatsen samfunnet gjer for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremjar helsa og trivselen i befolkninga, førebygger psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding eller vernar mot helsetruslar. I tillegg kjem arbeid for ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa.

Korleis folkehelsa er og blir framover, er med andre ord avhengig av korleis samfunnet vert innretta på mange samfunnsområde. Det er også til dels avhengig av situasjonen utanfor Noregs grenser. Derfor er også internasjonalt samarbeid og påverknad viktig på folkehelseområdet.

Folkehelsemeldinga, Nasjonal helse- og samhandlingsplan og helseberedskapsmeldinga vil saman danne rammene for helse- og omsorgspolitikken til regjeringa. Innanfor desse rammene vil regjeringa legge fram opptappingsplan for psykisk helse, førebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet og «bu trygt heime»-reforma.

1.5 Dei nasjonale folkehelsemåla

Det er brei tverrpolitisk semje om dei tre nasjonale folkehelsemåla:

- Noreg skal vere blant dei tre landa i verda som har høgast levealder
- Befolkninga skal oppleve fleire leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjellar
- Vi skal skape eit samfunn som fremjar helse i heile befolkninga

Regjeringa fører desse måla vidare. Måla må sjåast i samanheng med kvarandre. Samla varetar måla ei brei forståing av folkehelsepolitikken, som primært må vere retta ut mot befolkninga. Måla krev innsats frå alle delar av samfunnet.

Dei tre folkehelsemåla har så langt ikkje vore operasjonaliserte. Fleire av innsatsområda i denne meldinga blir innleia med resultatmål som konkretiserer folkehelsemåla. Helse- og omsorgs-

departementet vil operasjonalisere måla i tråd med berekraftsmåla.

Helseforvaltninga har eit særskilt ansvar for å følge opp FN's berekraftsmål 3, som handlar om å sikre god helse og fremje livskvalitet for alle, uansett alder. I tillegg har helseforvaltninga viktige aksjar i andre berekraftsmål.

1.6 Prosess og innspel

Folkehelsepolitikken til regjeringa har blitt forma ut gjennom ein brei involveringsprosess. Med utgangspunkt i eit retningsgivande innspelsbrev blei relevante miljø inviterte til å komme med skriftlege innspel til folkehelsepolitikken til regjeringa. Det blei i tillegg halde eit ope innspelsmøte 12. mars 2022 i Bergen. Totalt kom det inn 274 innspel.

Det overordna inntrykket er at det blir etterlyst ein offensiv folkehelsepolitikk. Dette omfattar å ta i bruk strukturelle verkemiddel i større grad, slik som skattar og avgifter, regulering i lover og forskrifter, og staten sin posisjon som innkjøpar av varer og tenester.

Mange innspel er knytte til barn og unge og det at denne gruppa har ein spesiell rett på vern mot helseskadeleg påverknad og god tilrettelegging. Det blir foreslått tiltak i skulen, knytte til både skulemåltid, fysisk aktivitet, psykisk helse, læringsmiljø og skulebygg.

Mange framhevar betydninga av å delta i arbeidslivet for å bevare god helse, og det blir peikt på behov for tettare samarbeid mellom sektorane. Vidare blir det framheva kva betydning dei sosiale arenaene i lokalsamfunnet har for inkludering og fellesskap, gjennom både kulturtilbod, frivillige organisasjonar og anna.

Helsa til dei eldre blir også trekt fram. Blant anna har fleire spelt inn at regjeringa bør bygge vidare på tiltak frå satsinga på eit aldersvennleg samfunn. Digitalt utanforskap blir også framheva som ei stor utfordring for fleire grupper, blant anna for ein del av dei eldre.

Innspele er tilgjengelege på regjeringen.no.

1.7 Samandrag

I denne stortingsmeldinga presenterer regjeringa ei folkehelsemelding for utjamning av sosiale helseforskjellar.

Kapittel 1 løftar fram dei viktigaste strategiske verkemidla. I tråd med Hurdalsplattforma vil regjeringa løfte fram utjamning av sosiale helseforskjel-

lar som den viktigaste prioriteringa på tvers av innsatsområda i folkehelsemeldinga. Tre andre faktorar som vil ha stor betydning for folkehelsearbeidet framover, er klimaendringane, dei demografiske endringane og det internasjonale samarbeidet.

Kapittel 2 løftar fram betydninga koronapandemien har for folkehelsa, og dette er også eit gjennomgåande tema i meldinga og meldingsvedlegget.

I del I blir det presentert seks hovudinnsatsområde (kapittel 3–8).

Kapittel 3 tar utgangspunkt i dei samfunnsskapte vilkåra for god helse. Folkehelsa blir hovudsakleg påverka av forhold utanfor helsesektoren. Folkehelsa heng blant anna saman med opplevinga av fridom og tryggleik i samfunnet ein er ein del av, men også med omgivnadene i kvar dagen. Helsa blir påverka av bakanforliggende faktorar som oppvekst og utdanning, inntekt, arbeid og arbeidsforhold, bustad og forhold i lokalmiljøet. Staten har plikt til å legge til rette for gode føresetnader for god helse, og retten til helse er såleis relevant ved utforminga av folkehelsepolitikken.

Kapittel 4 beskriv innsatsen for å fremje gode levevanar og førebygge ikkje-smittsame sjukdommar. Helseåtfærd og levevanar knytte til blant anna tobakksbruk, fysisk aktivitet, kosthald og alkohol har stor innverknad på dei ikkje-smittsame sjukdommane. Helseåtfærd og levevanar handlar om individuelle val og helsemessige føresetnader som i stor grad blir påverka av dei samfunnsskapte vilkåra for god helse.

Kapittel 5 handlar om korleis psykisk helse og livskvalitet kan fremjast gjennom godt folkehelsearbeid. Innsatsen for psykisk helse og livskvalitet handlar også om å påverke dei samfunnsskapte vilkåra. Det kan vere mange enkeltårsaker til psykiske lidningar, og både genetiske og miljømessige faktorar kan auke risikoen for å utvikle psykiske lidningar. Det er derfor avgjerande å legge til rette for helsefremjande miljø som kan redusere negative, miljømessige faktorar.

Kapittel 6 slår fast at styresmaktene har ansvar for å bidra til vern mot helsetruslar og legge til rette for eit sunt miljø. Dette omfattar blant anna smittevern, antibiotikaresistens, vaksinar, drikkevatt, trygg mat, skadar og ulykker, luftforureining og støy, inneklima og stråling. Gode system for å handtere helsetruslar i ein normalsituasjon utgjer grunnlaget for god beredskap mot helsetruslar også i ein krisesituasjon. Pandemien har vist at vern av liv og helse blir høgt verdsett, og at større helsetruslar kan krevje omfattande tiltak i ein skala samfunnet tidlegare ikkje har vore godt nok

førebudd på. Dette illustrerer at det er stor samanheng mellom vern mot helsetruslar og beredskap. Regjeringa tar sikte på å legge fram ei helseberedskapsmelding i løpet av 2023. Folkehelsemeldinga beskriv i hovudsak regjeringa sin politikk for vern mot helsetruslar i ein normalsituasjon, medan helseberedskapsmeldinga vil omtale dette i lys av ein krisesituasjon.

Kapittel 7 tar føre seg betydninga av digitalisering og kommunikasjon. Det er avgjerande med god informasjon og dialog med innbyggjarane for å nå måla innan folkehelse. Digital kompetanse blant innbyggjarane er ein nøkkel for å oppnå dette. Dialog med enkelte grupper må viast særleg merksemd og styrkast.

I kapittel 8 er temaet førebyggjande arbeid i helse- og omsorgstenesta. God folkehelse føreset gode levekår og eit helsefremjande samfunn, men også godt utbygde helse- og omsorgstenester. Innsatsen til helse- og omsorgstenesta for å førebygge sjukdom og sjukdomsutvikling gjennom tidleg innsats, opplæring og oppfølging, er avgjerande for helsetilstanden i befolkninga og for å dempe etterspurnaden etter helse- og omsorgstenester. Det er derfor eit mål å styrke det førebyggjande arbeidet i den felles helse-tenesta vår og motverke sosiale og økonomiske helseforskjellar. Nærare omtale av helsetenesta og innsatsen for å motverke sosiale forskjellar i helsetenester vil komme i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

I del II blir det presentert ein strategi for kunnskap og systematikk i folkehelsearbeidet (kapittel 9–11).

Kapittel 9 beskriv det nasjonale systemet for å følge opp folkehelsepolitikken og korleis det

systematiske folkehelsearbeidet skal bli utvikla vidare, blant anna med sikte på å klargjere verdigrunnlaget, avgjerdsarenaer og kunnskapsgrunnlaget for vurderingar og avgjerder om folkehelse-tiltak.

Kapittel 10 viser at kommunane spelar ei grunnleggjande rolle for å fremje helsa til befolkninga, jamne ut sosiale helseforskjellar og verne mot skade og sjukdom. Det har vore ei positiv utvikling i det kommunale folkehelsearbeidet sidan folkehelseloven tredde i kraft. Gjennom betre regulering, styrking av kommuneoverlegefunksjonen og ved å legge til rette for at program for folkehelsearbeid i kommunane blir inkluderte som ordinære oppgåver, vil regjeringa sikre god utvikling i arbeidet til kommunane med å fremje helse og jamne ut sosiale helseforskjellar.

Kapittel 11 tar seg datagrunnlag, kunnskapsutvikling og bruken av forskning, og beskriv m.a. grunnlaget for eit heilskapleg kunnskapssystem for folkehelsa og kunnskapsbehovet i framtida. Eit framtidsretta kunnskapssystem må blant anna svare på utfordringar knytte til sosiale helseforskjellar, gi kunnskap om befolkningsretta verkemiddel for god helse og livskvalitet og ta høgde for den demografiske utviklinga. Kunnskapen må takast i bruk i samfunnet. Det er eit mål å samle kunnskap og legge til rette for bruk av forskinga. Kapittelet trekk også fram læringspunkt for framtidige kriser og betydninga av kunnskapssystemet.

Økonomiske og administrative konsekvensar er omtalte i kapittel 12.

Vedlegget beskriv helseutfordringar fram mot 2050.

2 Folkehelsa etter pandemien



Figur 2.1

Koronapandemien blir rekna som ei av dei største folkehelsekrisene i nyare tid. Det er på grunn av dei store skadane ein ukontrollert pandemi kunne gjort, og på grunn av dei historisk omfattande og langvarige smitteverntiltaka som blei nødvendige for å halde kontroll. Pandemien viste ein del sårbarheiter, men også styrkar i det norske samfunnet. Dei breiare folkehelsekonsekvensane blei i for lita grad vurdert. Det blei avdekt store sosiale forskjellar i korleis pandemien ramma, både når det gjeld smitte, og når det gjeld negative konsekvensar av smitteverntiltaka. Noreg kom likevel godt ut samanlikna med andre land. Det kjem av blant anna høg tillit i samfunnet, tverrsektoriell innsats, generell god helse, offentlege helsetenester med evne og kapasitet til omstilling, og ein desentralisert samfunnsmedisinsk beredskap på kommunenivå, med kommuneoverlegar i kvar kommune.

Helsekonsekvensane av pandemien er meir enn smitte, alvorleg sjukdom og død forårsaka av koronaviruset. Ein del av helsekonsekvensane er forårsaka av smitteverntiltaka i seg sjølve. Dei langsiktige effektane kan vere vanskelege å måle og talfeste og er framleis i stor grad ukjende. Tiltaka har også ha ramma ulikt, til liks med dei direkte konsekvensane. Det er viktig å følge med på dei langsiktige konsekvensane framover for å vere betre rusta ved neste krise.

Størstedelen av befolkninga er anslått å ha vore smitta av covid-19. Covid-19-sjukdom og, i

sjeldne tilfelle, -vaksinasjon kan hos nokre gi langvarige negative konsekvensar. Enkelte har også fått utsett behandling av andre sjukdommar som eit resultat av pandemien og pandemiltaka i helsetenesta. Smitteverntiltaka kan komme til å ha langvarig innverknad på helse og levekår. Studiane som har undersøkt førekomsten av seinfølger etter covid-19, viser sprikande funn, avhengig av korleis seinfølger er definerte, korleis ein har målt, og kor lang tid som har gått etter at ein var smitta. Fordi så mange har vore smitta, kan sjølv ein liten andel seinfølger utgjere eit folkehelseproblem.

Smitteverntiltaka som blei innførte i 2020 og 2021, kan ha langvarig innverknad på helse og levekår. Både pandemien og tiltaksbyrda ramma skeivt i befolkninga. Det var meir smitte blant dei yngre, men dei blei i svært lita grad alvorleg sjuke. Blant eldre var det motsett. Enkelte innvandrargrupper var overrepresenterte blant dei med alvorleg sjukdom. Mange personar med funksjonsnedsetting opplevde at nedstengde tilbod hadde negative helsekonsekvensar.

Auke i psykiske plager har vore knytt til periodar med strenge smitteverntiltak. Det ser ut til at den psykiske helsa til befolkninga har vore motstandsdyktig mot pandemien og tiltaka, men nokre grupper har vore meir utsette. Pandemien ser ut til å ha ført til redusert livskvalitet og meir einsemd blant unge og studentar, men også blant eldre. Det er nærliggande å anta at dette er conse-

kvensar av bortfallet av dei faste arenaene for sosialt fellesskap.

For barn og unge har strenge smitteverntiltak i skulane og avgrensa fysisk undervisning påverka både læring, trivsel og psykisk helse, og dette har ramma skeivt. Mange barn og unge fortel om positive endringar under pandemien, som meir nærleik og kvalitetstid i familien, auka konsentrasjon og mindre sosialt press på heimeskulen. Samtidig rapporterer barn om auka symptom på depresjon, dårlegare læring på heimeskulen og dårlegare familiefunktering. Pandemien medførte også at barn og unge si deltaking i organiserte kultur-, idretts- og fritidsaktivitetar blei sterkt avgrensa. Ein gjennomgang av studiar om konsekvensane av pandemien for barn og unge viser at det er dei mest utsette familiane og barna som i størst grad har blitt ramma av tiltaka under pandemien (9).

Pandemitiltaka førte til at barn og unge som ikkje var sårbare frå før, blei det. Basert på erfaringar frå skulesektoren meinte Parr-arbeidsgruppa at pandemitiltaka sannsynlegvis har ført til, eller vil føre til, redusert læringsutbytte (10). Dette er også i tråd med internasjonal forskning (11). Dette kan få konsekvensar for fråfall frå skuleløpet, og dermed også for framtidige levekår.

I Shot-undersøkinga frå 2022 oppgir 36 prosent av studentane at dei er einsame, noko som er ein auke frå 30 prosent i 2018. Det er likevel ein nedgang frå ei tilleggsundersøking som blei gjennomført under pandemien, kor heile 54 prosent oppgav at dei var einsame. Det har vore ein betydeleg auke i talet på rapporterte psykiske plager frå 2010-undersøkinga og fram til undersøkinga i 2022. Kvar tredje student rapporterte i 2022 om alvorlege psykiske plager.

Studiar frå Folkehelseinstituttet viser at einsemd auka litt under pandemien blant personar over 75 år. Det kjem truleg av at eldre hadde mindre anledning til å få besøk på institusjon av familie og vennar, og særleg aleinebuande eldre hadde mindre sosial kontakt og deltok mindre i aktivitetar.

Før koronapandemien oppgav omkring 16 prosent av befolkninga over 18 år at dei opplevde dårleg livskvalitet. Prosentdelen som opplever dårleg livskvalitet, ser ut til å ha auka under koronapandemien og har lege mellom 24 og 28. Også prosentdelen som opplever lite meining, har auka frå 2020 til 2021 i alle aldersgrupper, men auken var størst blant dei unge i alderen 18–24 år. Dette heng sannsynlegvis saman med utstrekt bruk av heimeskule og -studiar. Blant yrkesaktive er det også ein auke, noko som kan tyde på at heime-

kontor kan føre til nedsett oppleving av meining. Prosentdelane av dei som var einsame, og dei som hadde betydelege psykiske plager, var også høgare blant dei på heimekontor enn blant dei som framleis kunne vere på arbeidsstaden sin. Totalt sett ser det ut til at mengda av tiltak har direkte effekt på livskvaliteten i befolkninga.

Under pandemien auka den registrerte alkoholomsetninga. I 2021 var den registrerte alkoholomsetninga 7,44 liter rein alkohol per innbyggjar over fylte 15 år. Dette er ein auke på 23 prosent frå 2019. Auken må sjåast i samanheng med ein betydeleg nedgang i den uregistrerte omsetninga, som grensehandel og taxfreehandel. Data frå to spørjeundersøkingar frå 2020 viser at om lag 5–10 prosent av dei som bruker alkohol, auka forbruket, og at førekomsten av stordrikkarar auka, trass i lita eller inga endring i det totale forbruket blant dei som drikk (12). Undersøkingane kan tyde på ein meir polarisert alkoholbruk i befolkninga, og det er viktig å følge med på utviklinga i alkoholbruken i befolkninga framover. Tobakksbruken i befolkninga endra seg i lita grad under pandemien.

Om pandemien førte til endringar i kostvanar, finst det lite kunnskap om. Kosthaldsdata frå Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (Moba) viste ingen endringar i inntaket av frukt og grønt eller av hurtigmat gjennom pandemien. Delen unge jenter med høgt inntak av tilsett sukker auka frå oktober 2020 til juni 2022, men det er ikkje grunnlag for å slå fast at endringane var eit resultat av pandemien.

Det har vore knytt bekymring til om restriktive smitteverntiltak gjennom pandemien og periodar med nedstenging har ført til redusert fysisk aktivitet i befolkninga. Spørjeskjemadata frå ungdom i 14-årsalderen i Moba og på ungdomsskule og vidaregåande skule i Ungdata viser ikkje nedgang i fysisk aktivitet for barn og unge. Det ser ut til at skjermtida blant unge har auka under pandemien, men denne trenden starta lenge før mars 2020. Ei kartlegging av fysisk aktivitet hos eit utval vaksne i alderen 20–85 år i 2021–2022 (Kan3), indikerte at det var inga endring eller ein tendens til auke i aktivitetsnivået samanlikna med tilsvarende kartlegging i 2014–2015 (Kan2). Det kan synast som om pandemien ikkje har hatt nokon innverknad på det totale fysiske aktivitetsnivået til den vaksne befolkninga. Ein må sjå nærare på om det er sosiale forskjellar.

Ungdata-rapporten frå 2022 viser at rundt halvparten av ungdommane i Noreg er aktive i ein organisasjon, eit lag, ein klubb eller ei foreining. Dette er ein nedgang sidan 2015. Nedgangen

starta før pandemien, men forverra seg under pandemien.

Pandemien har vist betydninga av sosiale møteplassar. Ein rapport frå Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor viser at det er utfordringar med å bygge opp att aktivitetsnivået, rekrutteringa og økonomien i frivillig sektor. Det er gjennomgåande lågare aktivitet i organisasjonane, det er utfordringar med rekruttering av nye medlemmar og av frivillige, og mange organisasjonar opplever reduserte inntekter, samtidig som utgiftsnivået er stabilt eller har auka. Desse utviklingstrekk påverkar deltakinga i organiserte kultur-, idretts- og andre fritidsaktivitetar for alle barn og unge, og dei kan på sikt bidra til å auke delen av einsame i befolkninga eller ha andre uheldige utslag.

Etterspurnaden etter arbeidskraft har tatt seg kraftig opp etter koronapandemien og gitt gode sysselsettingsmoglegheiter, også for grupper i utkanten av arbeidslivet. Delen sysselsette i den yrkesaktive delen av befolkninga har auka mykje etter koronapandemien, og deltakinga i arbeidslivet var i 2022 den høgaste sidan før finanskrisa i 2008. Samanlikna med mange andre land i Europa er sysselsettinga blant kvinner og seniorar høg, medan sysselsettinga blant menn i alderen 25–54 år er om lag som gjennomsnittet i EU.

Koronapandemien har forandra arbeidslivet. Digitaliseringa av arbeidslivet har skote fart, med mange positive følger, men også endringar som for mange kan vere utfordrande. Under pandemien var det tre aspekt som merkte seg særskilt ut: auka jobbuvisse og mindre føreseielegheit, auka smittefare og endringar i arbeidsinnhaldet i yrke med nødvendige samfunnsfunksjonar, og utbreidd bruk av heimekontor i store delar av arbeidslivet. Eventuelle langvarige verknader av dette er enno ikkje kjende. Det er særleg stort behov for meir kunnskap om kva konsekvensar nye og framveksande måtar å organisere arbeidet på har for arbeidsvilkår, miljø, trivsel, helse, fravær og fråfall.

Mange av konsekvensane av koronapandemien er framleis ukjende og må følgast over tid.

Det er samtidig grunn til å forvente at samfunnet må leve med koronaviruset i framtida, kanskje på lik linje med influensa. Då kan det vere nødvendig å halde fram med regelmessig vaksinasjon av eldre og risikogrupper.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i åra framover følge med på dei langsiktige effektane av pandemien, særleg med omsyn til utviklinga til barn og ungdom. I statsbudsjettet for 2022 blei det løyvd 216 millionar kroner til fylkeskommunar/kommunar og privatskular som har vore særleg hardt ramma av pandemien. Det blei løyvd ytterlegare 75 millionar kroner til dette formålet i samband med behandlinga av revidert nasjonalbudsjett 2022. Område som har hatt strenge smitteverntiltak over tid, har blitt prioriterte, og kommunane har hatt stort handlingsrom for bruken av midlane, i tråd med tilrådingane frå Parrapporten (10). Midlane som har blitt fordelte til kommunane, kan også brukast til eventuelle kompenserande tiltak i barnehagar.

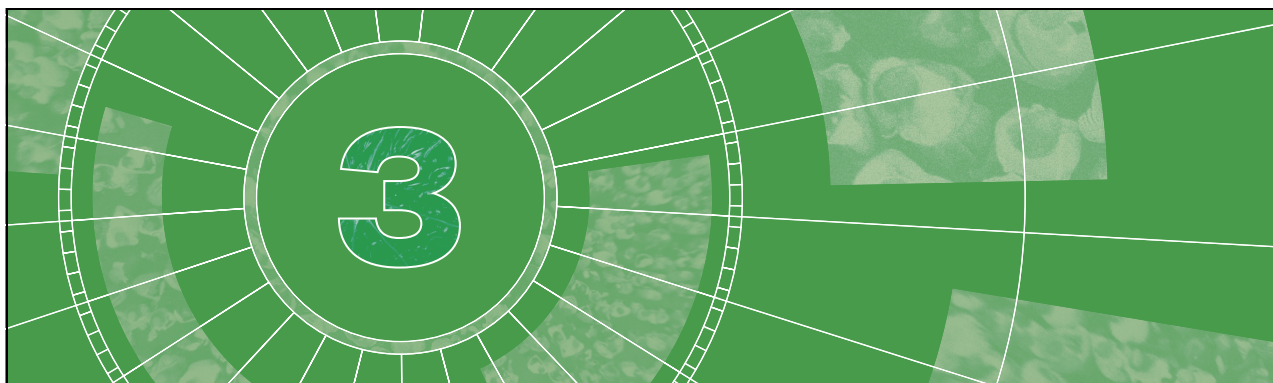
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har igangsett eit forskingsprosjekt om langtidskonsekvensar av koronapandemien for oppvekst og likestilling. Formålet med prosjektet er å utvikle ny kunnskap, gi tilrådingar om tiltak som kan dempe eller snu negative konsekvensar av pandemien, og bidra til at velferds- og helsetenester betre kan vareta sårbare grupper i framtida. Prosjektet er eit samarbeid mellom Velferdsforskningsinstituttet Nova, Arbeidsforskningsinstituttet AFI, Forbruksforskningsinstituttet Sifo, Folkehelseinstituttet, Institutt for samfunnsforskning og Helseutvalget.

Koronapandemien viste at det er viktig å nå raskt ut med målretta informasjon til alle delar av befolkninga i krisesituasjonar, også dei delane av befolkninga som ikkje meistarar norsk. Det er viktig å halde ved like samarbeidet med frivillige organisasjonar gjennom det ordinære folkehelsearbeidet og i integreringsarbeidet, også for å sikre god handtering av framtidige kriser.

Regjeringa vil styrke smittevernet i Noreg. Vi viser til kapittel 6.3 i denne stortingsmeldinga og ei eiga stortingsmelding om helseberedskap som blir lagd fram i løpet av 2023.

Del I
Hovudinnsatsområde

3 Dei samfunnsskapte vilkåra for god helse



Figur 3.1

Folkehelsa blir påverka av forhold utover helsesektoren aleine. Ho heng saman med opplevinga av fri-dom og tryggleik i samfunnet ein er ein del av, og også omgivnadene i kvardagen. Folkehelsa blir påverka av bakanforliggende faktorar som økonomi, oppvekst og utdanning, tilknytning til arbeidslivet og arbeidsforhold, bustad og forhold i lokalsamfunnet. Kapittel 3 beskriv korleis regjeringa koordinerer og tar grep på tvers av sektorar for å legge til rette for gode rammer for alle.

3.1 Mål

Det er eit mål for regjeringa å redusere forskjellar mellom grupper i samfunnet og auke moglegheitene den enkelte har til å forbetre den sosio-økonomiske situasjonen sin, slik at alle kan oppnå det fulle helsepotensialet sitt.

I november 1986 samla ei breitt samansett forsamling frå heile verda seg i Ottawa i Canada og formulerte det såkalla Ottawa-charteret. Charteret har sidan ramma inn helsefremjande arbeid og understrekar betydninga av å sikre like moglegheiter og ressursar for å sette alle menneske i stand til å oppnå det fulle helsepotensialet sitt. Folkehelsearbeid er å verne om desse nødvendige rammevilkåra for god helse i heile befolkninga.

Regjeringa vil gjere noko med dei samfunnsskapte vilkåra for god helse. Det handlar om å gi fri-dom og tryggleik og skape gode oppvekstvilkår,

Boks 3.1 Ottawa-charteret – føresetnader for helse

Dei grunnleggande føresetnadene og ressursane for helse er

- fred
- husly
- utdanning
- mat
- inntekt
- eit stabilt økosystem
- berekraftige ressursar
- sosial rettferd

Forbetring av helse krev eit trygt fundament i desse grunnleggande føresetnadene.

Henta frå Ottawa-charteret (1987)

eit sømmeleg arbeidsliv for fleire og gode bustader og lokalsamfunn å bu, leve og eldast i.

3.2 Fridom og tryggleik

Folkehelsearbeid handlar blant anna om å gi fri-dom og tryggleik til enkeltmenneska og fellesskapa,

slik at alle får høve til å leve ut potensialet sitt. Når retten enkeltmennesket har til fridom og tryggleik blir utfordra, blir samtidig livskvaliteten i befolkninga og føresetnaden for å sikre rettferdig fordelt god helse svekt. Rasisme, diskriminering og vald og overgrep er folkehelseutfordringar som regjeringa vil gjere noko med.

Regjeringa vil

- legge fram ei stortingsmelding om folkehelse og levkår i samiske område i 2024
- etablere eit barnehus i det samiske kjerneområdet i Finnmark
- legge fram ein handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunnlag av etnisitet og religion
- legge fram ein opptappingsplan mot vald og overgrep mot barn og vald i nære relasjonar
- sette ned eit valdtekstutval
- sette ned ein permanent partnardrapskommissjon

Sosiale og liberale verdier blir høgt verdsette i den norske befolkninga. Det handlar om å verne om rettsstaten og sikre ytringsfridom, autonomi og fridom til eigne val. Fellesskap, likskap og solidaritet (omfordeling), fråvær av rasisme og diskriminering, fråvær av kriminalitet og lik tilgang til velferdsordningar er fundament for god helse og livskvalitet. Det er viktig å legge til rette for deltaking for alle på viktige samfunnsarenaer.

3.2.1 Retten til helse

Noreg har inkorporert fleire sentrale menneskerettskonvensjonar, blant anna den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK), FN's konvensjon om barn rettane og den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar, jf. menneskerettsloven § 2.

I samsvar med artikkel 12 i konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar har alle rett til den høgaste oppnåelege helsestandard. Vidare er retten til helse omtalt i barnekonvensjonen artikkel 24 og FN's konvensjon om avskaffing av alle former for diskriminering av kvinner artikkel 12. Retten til høgast oppnåeleg helsestandard inneber at staten har plikt til å respektere, verne og oppfylle denne retten.

Det finst også konvensjonsføresegrer som ikkje omtaler retten til helse direkte, men som likevel er relevante i folkehelsearbeidet. Eit døme på dette er føresegrer frå EMK om retten til liv,

retten til fridom og tryggleik og retten til respekt for privatliv og familieliv.

Internasjonale forpliktingar om retten til helse kan bidra til å støtte opp under eksisterande folkehelseiltak og underbygge at nye tiltak blir iverksette. I nokre tilfelle står ulike omsyn mot kvarandre. Det gjeld blant anna i balansen mellom den individuelle fridommen og behovet fellesskapet har for tryggleik, og i balansen mellom motstridande individuelle rettar. Det må gjerast konkrete vurderingar i den enkelte saka når desse omsyna skal vegast mot kvarandre. Helse- og omsorgsdepartementet vil synleggjere betydninga av retten til helse i folkehelsepolitikken der det er relevant.

I tillegg til det som er nemnt ovanfor forpliktar Europarådets konvensjon om førebygging og motarbeiding av vald mot kvinner og vald i nære relasjonar (Istanbul-konvensjonen) statar til å følge opp med tiltak for ein heilskapleg politikk, førebygging, bistand, vern og straffeforfølgning.

ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i sjølvstendige statar er ein sentral folkerettsleg bindande konvensjon om rettane til urfolk. Konvensjonen omhandlar mange aspekt ved livet til urfolk, blant anna retten til helse.

I FN er det ein prosess med mål om å fremje menneskerettane til eldre personar, der ein blant anna ser på det juridiske rammeverket. Ei arbeidsgruppe om aldring ser på erfaringar med rett og tilgang til blant anna helse, omsorg, velferd, deltaking og kamp mot aldersdiskriminering.

3.2.2 Fremje og verne ytringsfridommen

Eit levande demokratisk samfunn bygger på aktiv deltaking frå innbygarane. Dei sosiale og kulturelle arenaene må derfor vere innretta slik at ei mangfaldig befolkning blir motivert til å bidra. Det gjeld både i den offentlege samtalen, i politiske parti og folkevalde organ, i utdanning og arbeidsliv og på andre fellesarenaer. Å stimulere til brei deltaking førebygger utanforskap.

Ytringsfridommen er ikkje absolutt. Det finst fleire lovfesta avgrensingar i ytringsfridommen, som forbod mot å sette fram truslar, ærekrenkingar, privatlivskrenkingar, trakassering og grovt pornografiske, diskriminerande og hatefulle utsegnar. Kommersielle ytringar har heller ikkje det same vernet som andre ytringar. Forbodet mot å reklamere for alkohol- og tobakksprodukt er derfor ikkje i strid med ytringsfridommen.

Sosiale medium og kommentarfelt på nettsider er ein viktig arena for å ytre meininga si om ei sak. Desse kanalane er eit viktig bidrag til å

utvikle ytringsmoglegheitene i samfunnet i dag. Samtidig førar forma i desse kanalane til at mange opplever å bli trakasserte og vegrar seg for å uttrykke meininga si.

3.2.3 Verne samar og nasjonale minoritetar

Samar og nasjonale minoritetar i Noreg skal få utvikle språket sitt, kulturen sin og samfunnslivet sitt. Samane har status som urfolk i Noreg. Jødar, kvenar/norskfinnar, romanifolk/tatarar, skogfinnar og romar har status som nasjonale minoritetar.

Gjennom historia har politikken retta mot samane og dei nasjonale minoritetane vore prega av fornorsking, statleg diskriminering og ekskludering. Samepolitikken og politikken overfor nasjonale minoritetar i Noreg i dag handlar blant anna om å rette opp uheldige verknader og følger av politikken i tidlegare tider.

Verknader og følger av tidlegare offisiell politikk kan blant anna vere negative haldningar, hatprat og diskriminering i storsamfunnet. Gjennom rapporten «Holdninger til samer og nasjonale minoriteter i Norge» frå Noregs institusjon for menneskerettar (13), kom det fram at mange har lite kunnskap om og kontakt med samar og nasjonale minoritetar. Særleg romar og romanifolk/tatarar er gjenstand for meir negative haldningar i befolkninga enn dei andre gruppene.

Mange samar og nasjonale minoritetsgrupper har opplevd tap av kultur og språk og diskriminering. Dette er forhold som kan føre til sorg over tapt identitet og minoritetsstress, som er forbunde med helseplager.

Forsking viser at personar med samisk bakgrunn, særleg samiske kvinner, rapporterer om høgare forekomst av fysisk, psykisk og seksuell vald enn personar med ikkje-samisk bakgrunn i det same geografiske området. Statens barnehus er ein sentral aktør i arbeidet med å sikre at rettane til barn blir varetatt, og at hjelpa til barn som blir utsette for overgrep, mishandling og vald, eller er vitne til vald, er godt koordinerte. For å bidra til at samiske barn får eit tilbod tilpassa eige språk og kultur, vil regjeringa etablere eit barnehus i det samiske kjerneområdet i Finnmark.

Politidirektoratet har utarbeidd ein handlingsplan for arbeidet til politiet med mangfald, dialog og tillit (2022–2025). Planen skal blant anna bidra til å heve kunnskapen og kompetansen om samisk språk og kultur i politiet.

Arbeidet til Sannings- og forsoningskommissjonen om politikken norske styresmakter har

ført overfor samar, kvenar/norskfinnar og skogfinnar, er i den avsluttande fasen. Kommisjonen skal levere rapporten sin til Stortingets presidentskap i juni 2023. Rapporten vil bidra til ny kunnskap om verknadene av fornorskingspolitikken.

Regjeringa legg kvart år fram ei stortingsmelding om samisk språk, kultur og samfunnsliv, der ulike tema blir vektlagde. I 2024 skal stortingsmeldinga handle om folkehelse og levekår i samiske område. Meldinga vil omtale dei særskilde folkehelse- og levekårsutfordringane i samiske område og tiltak for å avhjelpe desse utfordringane.

3.2.4 Motverke rasisme og diskriminering

Rasisme og diskriminering er barrierar for integrering, deltaking og likestilling på alle samfunnsarenaer, og arbeidet mot rasisme og diskriminering er derfor ein viktig del av innsatsen for å få til vellykka integrering og eit likestilt samfunn. Internasjonale studiar viser at rasisme og diskriminering kan påverke helsa negativt både fysisk og psykisk. Fordommar og hat kan i ytste konsekvens koste menneske livet. Men også ubevisste fordommar eller rasistiske kommentarar og haldningar rammar dei som opplever det hardt. Regjeringa jobbar med ein handlingsplan mot rasisme og diskriminering, som etter planen skal leggst fram i løpet av 2023. Hovudtemaa vil vere vegen inn og opp i arbeidslivet og ungdommar sine erfaringar med rasisme og diskriminering på samfunnsarenaer som skule, utdanning, frivilligheit, fritid og sosiale medium. Regjeringa vil også auke innsatsen mot netthets.

3.2.5 Likestilling for skeive

Mange skeive i Noreg lever gode liv. Samtidig opplever fleire skeive å bli møtte med fordommar, diskriminering og hatkriminalitet. I den nasjonale tryggleiksundersøkinga frå 2020 svarte om lag 15 prosent av skeive at dei hadde vore utsette for hatkriminalitet i løpet av året (14). «Homo» blir brukt som skjellsord i Noreg, og særleg transpersonar blir utsette for massiv hets. Levekårsundersøkinga blant skeive frå 2021 viser at transpersonar i større grad enn andre er utsette for diskriminering, vald, seksuelle overgrep og psykiske helsevanskar (15). Vi har eit stykke igjen før det er full aksept for kjønns- og seksualitetsmangfald i Noreg.

Regjeringa sin handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026) skal bidra til å auke livskvaliteten til lhbt+personar, sikre rettane

deira og bidra til auka aksept for kjønns- og seksualitetsmangfold.

3.2.6 Førebygge vald og overgrep

Regjeringa vil styrke innsatsen mot vald og overgrep. Vald i nære relasjonar og seksuelle overgrep er alvorleg kriminalitet og eit folkehelseproblem. For regjeringa er det ei viktig oppgåve å førebygge kriminalitet, og at den enkelte er sikra tryggleik, god rettstryggleik og tilgjengelege tenester i heile landet.

Ni år etter den første nasjonale omfangsstudien av vald og overgrep i Noreg viser ei ny kartlegging frå Nasjonalt kunnskapssenter om vald og traumatisk stress at det framleis er høge førekomstar av alvorleg fysisk vald, partnervald og seksuelle overgrep. Ei av fem norske kvinner rapporterer at dei har blitt valdtatt minst éin gong, og halvparten av norske menn opplyser at dei har vore utsette for alvorleg fysisk vald.

Dei som har opplevd vald, har høgare nivå av angst, depresjon og posttraumatisk stress. Det er også ein klar samanheng mellom å ha opplevd gjentatt vald og ulike former for vald og omfanget av symptom på psykiske plager og lidelser.

Rusmiddelbruk aukar risikoen for både å bli utsett for og å utøve vald og overgrep. Ein aktiv rusmiddelpolitikk bidrar til å redusere omfanget av vald og overgrep i samfunnet, og det blir arbeidd med ei førebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, som skal leggjast fram i 2024.

Opptappingsplan mot vald og overgrep mot barn og vald i nære relasjonar

Som varsla i Hurdalsplattforma vil regjeringa utarbeide ein opptappingsplan mot vald og overgrep mot barn og vald i nære relasjonar. Opptappingsplanen vil også omfatte negativ sosial kontroll og æresrelatert vald. Åtte departement deltar i arbeidet med planen under leiing av Justis- og beredskapsdepartementet. Opptappingsplanen skal legge til rette for utviklinga av ein heilskapleg og samordna politikk mot vald i nære relasjonar, som involverer relevante sektorar, etatar, institusjonar og organisasjonar. Ein tar sikte på at planen vil ligge føre hausten 2023.

Internettrelaterte overgrep mot barn har utvikla seg i takt med at teknologi og internettenester har gitt nye moglegheter for å komme i kontakt med utsette barn og dele overgrepsmateriale. Arbeidet mot internettrelaterte overgrep mot barn skal tematiserast.

Tilbod til valdsutøvarar

God oppfølging og behandling av valdsutøvarar er viktig for å førebygge vald og overgrep. Ei vidareutvikling av tilbodet til valdsutøvarar blir følgd opp i blant anna den nye opptappingsplanen mot vald og overgrep mot barn og vald i nære relasjonar. Det er også viktig å gi hjelp for traume. Klinisk forskning viser at opptil åtte av ti barn og unge som utøver skadeleg seksuell åtferd (SSA), sjølv har blitt utsette for vald, overgrep eller andre former for alvorleg omsorgssvikt. SSA kan vere ein følgetilstand av pågåande eller tidlegare traume. Over mange år har det blitt løyvd pengar til å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetodar for traume i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (BUP) og på distriktpsikiatriske senter (DPS). Behandlingsmodellen «Trinnvis sammen» blir prøvd ut og forska på i kommunale tenester i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vald og traumatisk stress.

Kommunale handlingsplanar mot vald i nære relasjonar

Kommunale handlingsplanar mot vald kan vere eit hjelpemiddel for å sikre heilskaplege og samanhengande tilbod. Riksrevisjonens undersøking av innsatsen til styresmaktene mot vald i nære relasjonar frå juni 2022 viser at kommunar utan ein eigen handlingsplan i mindre grad har skriftlege rutinar og prosedyrar for å avdekke og varsle om vald, og for å samordne tenestene. Desse kommunane har også i mindre grad kompetansetiltak for dei tilsette. Dei regionale ressurscentera om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebbygging har ei sentral rolle i å støtte og rettleie kommunane i arbeidet mot vald i nære relasjonar og i utviklinga av kommunale handlingsplanar.

Erfaringane med koronapandemien og med kvinner og barn på flukt frå Ukraina har aktualisert behovet for å styrke beredskapen mot vald og overgrep under kriser, også i den kommunale planlegginga.

Vern av risikoutsette vaksne

TryggEst er ein heilskapleg modell for å handtere mistanke om vald og overgrep mot risikoutsette vaksne. TryggEst tar sikte på å samordne tenestene og ulike etatar og er eit samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet og Politidirektoratet. I 2022 har kommunar som dekker nesten ein tredjedel av befolkninga, starta med TryggEst eller har vedtak om dette.

TryggEst handlar ikkje berre om førebygging og avdekking, men inneber ei meir systematisk handtering av sakene som omhandlar vald og overgrep mot risikoutsette vaksne. Dette gir likare og kvalitetsmessig betre behandling, uavhengig av kvar ein bur. I 2022 blei TryggEst styrkt, og det blei oppretta ei eiga tilskotsordning for å stimulere kommunar til å starte med TryggEst. Framover vil TryggEst bli utvikla vidare med eit mål om å gjennomføre modellen i fleire kommunar. Ordninga blir styrkt ytterlegare i 2023 med 3 millionar kroner.

Valdtekstutval

Den andre nasjonale omfangsundersøkinga om vald og overgrep i befolkninga vart lansert i februar 2023. Undersøkinga viser at 14 prosent av kvinnene og 2 prosent av mennene har vore utsett for valdtekt ved makt og tvang. Ei av fem kvinner vart utsett for valdtekt ved makt eller tvang, sovevaldtekt eller begge delar. Tilsvarande tal for menn var 3 prosent (16)

På bakgrunn av eit oppmodingsvedtak frå Stortinget våren 2022 har regjeringa sett ned eit valdtekstutval. Bakgrunnen er at det er 14 år sidan det sist blei gjort ein gjennomgang av valdtektsfeltet i Noreg, og at det er behov for å utvikle nye tiltak som kan forhindre valdtekt, auke rettstryggleiken for utsette og betre straffefølginga av gjerningspersonar. I tillegg er det behov for å evaluere og vurdere dei tiltaka som allereie finst.

Partnardrapskommisjon

Etter tilråding frå partnardrapsutvalet, jf. «NOU 2020: 17 Varslede drap?», har regjeringa vedtatt å sette ned ein permanent kommisjon som skal gjennomgå partnardrap. Formålet med kommisjonen er å redusere førekomsten av alvorlege partnervaldssaker, avdekke systemsvikt, lære av feil og vidareutvikle arbeidet med å førebygge alvorleg partnervald og partnardrap. Kommisjonen skal leggst til Statens sivilrettsforvaltning (SRF). Arbeidet med å etablere kommisjonen og det nødvendige lovarbeidet er sett i gang, og ein tar sikte på oppstart i januar 2024. Det er løyvt 10 millionar kroner årleg til drift av kommisjonen sitt arbeid.

3.3 Oppvekst og utdanning

Barnekonvensjonen gir alle barn og unge under 18 år rett til å ha ein trygg og god oppvekst, uansett

kven dei er, og kvar dei bur. Velferdsordningar som støttar opp om eit trygt foreldreskap, eit godt barne- og familievern for dei som treng det, og barnehagar, skular og skulefritidsordningar av høg kvalitet som er tilgjengelege for alle, er avgjerande for god helse og sosial utjamning.

Regjeringa vil

- legge fram ei stortingsmelding om sosial utjamning og sosial mobilitet særleg retta mot barn, unge og familieane deira
- sikre framleis låg foreldrebetaling i barnehagar og skulefritidsordningar
- følge opp Barnehagen for en ny tid – Nasjonal barnehagestrategi mot 2030
- legge fram ei stortingsmelding om utfordringar i skulekvardagen på 5.–10.trinn og korleis skulen kan vareta og fremje motivasjonen, meistringa, læringa og utviklinga til elevane på desse trinna
- følge opp Stortingets behandling av fullføringsreforma med tiltak som legg til rette for at elevar og lærlingar kan oppnå den kompetansen som trengst i arbeidslivet og vidare utdanning, og bidra til at alle kan delta i samfunnet og leve eit godt liv
- vurdere verkemiddel som kan bidra til å auke bruken av formell kvalifisering og især fag- og yrkesopplæring innanfor introduksjonsprogrammet. Om det er behov for endringar i integreringsregelverket, vil vere eit av verkemidla til vurdering.
- sette i verk ei revidert forskrift om miljø og helse i barnehagar, skular og skulefritidsordningar

3.3.1 Sosial utjamning og mobilitet for barn og unge

Eit overordna mål for regjeringa er å skape trygge, inkluderande og helsefremjande oppvekstmiljø for alle og sikre god kvalitet i barnehagar, skular og skulefritidsordningar.

Sett i ein internasjonal samanheng er det små økonomiske forskjellar i Noreg. Likevel er Noreg ein del av ein internasjonal trend med aukande økonomiske forskjellar. Hurdalsplattforma slår fast at regjeringa vil jamne ut forskjellar i levekår, sikre sosial mobilitet og førebygge barnefattigdom. Det er framleis mange barn som veks opp i familiar med så låg inntekt eller levestandard at det kan svekke oppvekstvilkåra deira, gi dårlegare moglegheiter for deltaking, gi dårlegare helse og redusere moglegheita deira til sjølve å

skape gode og sjølvstendige liv. Barn med innvandrarbakgrunn og barn med einslege foreldre er særleg utsette grupper. Sjølv om det er stor variasjon mellom innvandrarakgrunn, har over halvparten av alle barn i familiar med vedvarande låginntekt innvandrarbakgrunn. Samtidig har barn med innvandrarbakgrunn ofte høgare grad av sosial mobilitet enn andre låginntektsgrupper (17).

Barn og unge som har foreldre med kort skulegang, låg inntekt og svak tilknytning til arbeidslivet, har oftare svakare skuleprestasjonar enn andre og lågare sannsyn for å gjennomføre utdanningsløpet. Barn med tiltak frå barnevernet er ei gruppe som har gjennomsnittleg lågare karakterar i grunnskulen og lågare gjennomføring enn andre barn.

Forskjell i utdanningsløpet er nært forbunde med forskjell seinare i livet. Dette kan avgrense høvet den enkelte har til å skape eit godt liv for seg og sine, og det utgjer eit stort tap for samfunnet. Aukande sosiale forskjellar gir blant anna risiko for uheld og at fleire blir ståande utanfor arbeidslivet som vaksne. Krava til formell kompetanse i arbeidslivet blir større og gjer det nødvendig at utdanningssystemet er inkluderande og femnar mangfaldet blant barn og unge.

Helseproblem i barndommen reduserer sjansane for eit langt yrkesaktivt liv. Forebygging av utanforskap og tidleg innsats retta mot barn og unge er eit arbeid som treng innsats frå fleire sektorar.

Sjølv om det er mange gode tenester i Noreg, er det godt dokumentert at ikkje alle barn og unge som har behov for bistand, får den hjelpa dei treng. Dette viser seg ofte å vere eit resultat av at ulike tenester ikkje samhandlar godt nok, verken på statleg eller på kommunalt nivå. Det er behov for kunnskap om verksame tiltak for å fremje sosial utjamning og sosial mobilitet, både sektorvis og i samspelet på tvers.

Regjeringa har oppnemnt ei ekspertgruppe om barn i fattige familiar og ei ekspertgruppe som skal sjå på kva for innverknad barnehagen, skulen og skulefritidsordninga har på sosial utjamning og sosial mobilitet. Tilrådingane frå ekspertgruppene blir viktige kunnskapsgrunnlag for vidare politikkutvikling.

Regjeringa vil legge fram ei stortingsmelding om sosial utjamning og sosial mobilitet for barn og unge. Meldinga skal gi ei samla framstilling av kunnskapsgrunnlaget på området. Ho skal rette merksemda mot barn og unge og familieane deira og kva som skal til for å unngå at sosioøkonomisk status går i arv. Ulikskap og ein vanskeleg opp-

Boks 3.2 Samordning av tenester til barn og unge

Barn og unge skal oppleve god og tilgjengeleg hjelp når dei treng det. For å lykkast med dette er det nødvendig å koordinere og samarbeide på tvers av tenester, sektorar og forvaltningsnivå. Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har etablert ein pilot for samarbeid i saker som gjeld utsette barn og unge (ei kjernegruppe). Dette er ei ny arbeidsform som blant anna skal bidra til at sektorpolitiske mål, aktivitetar og ressursar blir sett i samanheng, og initiere felles innsatsar som kan gi betre måloppnåing på tvers av sektorar. Psykisk helse er eitt av dei utvalde temaa som kjernegruppa skal jobbe særskilt med for å styrke den tverrsektorielle innsatsen på området. Digitale tenester og tilbod til barn og unge gjennom DigiUng og ung.no er også eit døme på eit sektorovergripande samarbeid som kjernegruppa for utsette barn og unge følger opp.

vekst påverkar framtida til barnet allereie på eit tidleg stadium. Meldinga skal dekke dei første leveåra til barnet, inklusiv svangerskapet (barnets første 1 000 dagar), viktige arenaer i liva til barn og unge og overgangen frå barndom til ungdoms- og vaksenliv. Det er naturleg å inkludere tiltak retta mot unge vaksne i meldinga, i tillegg til delar av integreringspolitikken som er relevante for målgruppene.

Regjeringa har sett i gang arbeidet med eit samfunnsoppdrag som har som mål å inkludere fleire barn og unge i utdanning og arbeids- og samfunnsliv gjennom ein målretta innsats på tvers av sektorar, jf. Meld. St. 5 (2022–2023) Langtidsplan for forskning og høgere utdanning 2023–2032.

3.3.2 Foreldre- og familiestøtte

Foreldre eller føresette er for dei fleste barn dei viktigaste personane i livet. Ein trygg familierelasjon gir barna ein god base for utforsking,

utvikling og livsmeistring. Det er eit mål at alle kommunar skal tilby kunnskapsbasert foreldre-støtte.

Helsestasjons- og skulehelsetenesta er, saman med fastlegeordninga, ei av dei viktigaste helsefremjande og førebyggjande tenestene retta mot barn og unge, gravide og familiar. Vidare har tannhelsetenesta ei viktig rolle i folkehelsearbeidet gjennom heile livsløpet, og billegare tannhelsetenester for ungdom er eit viktig grep. Helsestasjons- og skulehelsetenesta, den kommunale svangerskapsomsorga og tannhelsetenesta er nærare omtalte i kapittel 8.

Regjeringa vil styrke det universelle velferds-tilbodet til barn og unge for å sikre fridom for familiar av alle slag og redusere forskjellane i samfunnet. Velferdsordningane skal bidra til at alle skal kunne kombinere arbeid og familieliv. Foreldrepermisjonen skal vere raus og sikre at begge foreldre har sjølvstendige krav på sin del av permisjonen saman med barnet. Regjeringa vil vidare etablere foreldrestøttande kurs for adoptivfamiliar og bistand til søk etter biologisk opphav.

Regjeringa får på plass eit styrka etteradopsjonstilbod i 2023. Dette vil omfatte kurs for adoptivforeldre, der rasisme og utanforskap er blant temaa som vil bli inkluderte. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet skal vurdere om eit tilbod til adopterte barn og ungdommar bør inngå her. Det vil også bli etablert bistand til søk etter biologisk opphav, og ei kompetanseteneste for adopterte og familiarne etter adopsjonen. Vidare har direktoratet fått i oppdrag å vurdere utvikling av eit prøveprosjekt med samtalestøtte til adopterte. Direktoratet har blitt bedd om å samarbeide med Helsedirektoratet.

Amming og permisjonsordningar

Ammefrekvensen er lågare i grupper med låg sosioøkonomisk status enn i grupper med høg sosioøkonomisk status. Innføring av mor-barnvennlege føde-, barsel- og neonatalavdelingar og ammekyndige helsestasjonar og det at arbeidslivet blir lagt til rette slik at det er mogleg å amme i samsvar med helsefaglege råd, er viktige tiltak. Når mor ikkje er i permisjon, har ho krav på inntil éin time ammefri med lønn så lenge barnet er under eitt år og arbeidsdagen er på minst sju timar. Hurdalsplattforma har som mål at regjeringa skal vidareføre ein tredelt foreldrepermisjon og sikre mor moglegheit til å amme i tråd med helsefaglege råd.

Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgs-

departementet har innhenta informasjon om korleis dagens foreldrepermisjon fungerer opp mot moglegheita til å amme i tråd med helsefaglege råd. På bakgrunn av dette vil Helsedirektoratet i samarbeid med FHI, få i oppdrag å ta initiativ til eit samarbeid mellom arbeidsgivar- og arbeidstakarorganisasjonane, relevante brukarorganisasjonar og kompetansemiljø om amming, med mål om å gjere regelverket om ammefri betre kjent og praktisert. FHI vil få i oppdrag å utarbeide eit forslag til korleis ei systematisk kartlegging av kvinners moglegheit til å amme i arbeidstida i tråd med helsefaglege råd kan gjennomførast.

Barnevern og familievern

Barn og unge som av ulike grunnar ikkje kan bu med foreldra sine, skal få eit trygt og godt tilbod frå barnevernet. Fleire rapportar har vist til alvorleg svikt og manglande kvalitet i barnevernet dei siste åra. For å møte desse utfordringane er det sett i verk fleire endringar, som barnevernsreforma og innføring av kompetansekrav i barnevernet.

Barnevernsreforma flyttar meir ansvar til kommunane. Reforma skal bidra til å styrke det førebyggjande arbeidet og tidleg innsats. Måla i reforma kan berre oppnåast gjennom endringar i heile oppvekstsektoren. I samsvar med den nye barnevernsloven som treddi i kraft 1. januar 2023, skal kommunen sørge for å samordne tenestetilbodet sitt til barn og familiar og vedta ein plan for det førebyggjande arbeidet i kommunen.

Det skal settast i verk tiltak for å betre kvaliteten i barnevernet, blant anna opplæringsprogram og styrking av kommunale rettleiingsteam. Å få auka kulturkompetansen i barnevernet kan gi betre helse for både barna og foreldra deira.

Familievern kan rettleie familiar og hjelpe dei med å handtere utfordringar og finne løysingar. Familievernkontoret skal samarbeide med andre tenesteytarar dersom samarbeid er nødvendig for å gi brukaren eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Barne- og familiedepartementet held fram med å følge opp NOU 2019: 20 om familievern. Departementet vil vidare arbeide for ei likeverdig og profesjonalisert teneste over heile landet, med fagutvikling og nytenkande løysingar.

3.3.3 Ein kunnskapssektor som reduserer sosiale forskjellar

Det er ein tydeleg samanheng mellom utdanningsnivå og helse. Utdanning medfører betre økonomi, levekår og meistringsressursar, redu-

serer risikoen for arbeidsløyse og gir grunnlag for sosial mobilitet, som igjen påverkar helsetilstanden. Elevar som ikkje fullfører vidaregåande opplæring, har auka risiko for blant anna dårlegare helse i vaksen alder, samanlikna med dei som fullfører. Samtidig kan helserelaterte forhold også påverke utdanningsforløpet.

Det er eit mål at kunnskapssektoren skal jamne ut sosiale og geografiske forskjellar. Regjeringa vil rette ein særleg innsats mot barnehagen og dei første skuleåra. God kvalitet i barnehagen, skulen og skulefritidsordninga kan i tillegg til å fremje utvikling, læring og danning, legge til rette for god helse, livsmeistring og deltaking i samfunnet.

Kompetansen til lærarane og dei andre tilsette er avgjerande for å førebygge problem og følge opp alle barn og elevar slik at dei trivst, opplever meistring og lærer. I 2023 bruker staten nesten 1,6 milliardar kroner til vidareutdanning for lærarar og leiarar i skulen og nesten 300 millionar kroner til vidareutdanning for ulike grupper tilsette i barnehagen. I tillegg er det løyvd om lag 670 millionar kroner til etterutdanning som støtte til lokale kompetanseutviklingstiltak i både barnehage og skule gjennom den lokale tilskotsordninga for kompetanseutvikling. I tillegg til norsk, matematikk, engelsk, samisk og norsk teiknspråk har regjeringa prioritert dei praktiske og estetiske faga mat og helse, kroppssøving, kunst og handverk og musikk, og fleire plassar til vidareutdanning i spesialpedagogikk for lærarar i både barnehage og skule.

Regjeringa vil vurdere innretninga på eit framtidig system for etter- og vidareutdanning med utgangspunkt i forslaga til utvalet for etter- og vidareutdanning for tilsette i barnehage og skule, som leverte rapporten sin hausten 2022 (NOU 2022: 13).

Ein barnehage for alle

Barnehagen skal ha ein helsefremjande og førebyggjande funksjon og bidra til å jamne ut sosiale forskjellar. Det er viktig at alle barn skal kunne gå i barnehagen, og at barnehagen skal vere ein frivillig, fullverdig del av utdanningssystemet.

Barnehagedekninga i Noreg er høg. For aldersgruppa 1–5 år var dekningsgrada i 2021 på 93 prosent, med 87 prosent for 1–2-åringar og 97 prosent for 3–5-åringar. Talet på og delen av minoritetsspråklege barn som har barnehageplass, aukar. I 2021 var prosentdelen 87 i aldersgruppa 1–5 år, mot 79 i 2016, ifølgje Statistisk sentralbyrå.

For barn i familiar med låg sosioøkonomisk status eller innvandrarbakgrunn kan barnehagen ha spesielt stor betydning. Det er derfor nødvendig å legge til rette for at ingen barn skal stå utanfor på grunn av økonomien til foreldra. For å følge opp dette har regjeringa redusert maksimalprisen for foreldrebetaling i barnehagen, slik at han no utgjer 3000 kroner per månad frå 1. januar 2023. Regjeringa har også gjort barnehagen gratis frå det tredje barnet for foreldre som har tre eller fleire barn i barnehagen på same tid, og innført gratis barnehage for alle 1–5-åringar i tiltakszona i Finnmark og Nord-Troms, med verknad frå 1. august 2023. Regjeringa fører vidare dei inntektsgraderte moderasjonsordningane i barnehagen og vil gå gjennom og forbetre ordningane.

Samfunnsmandatet til barnehagen er, i samarbeid og forståing med heimen, å vareta behovet til barna for omsorg og leik og fremje læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling. Livsmeistring og helse er ein del av verdigrunnlaget i rammeplanen for innhaldet i og oppgåvene til barnehagen.

I 2021 fekk barnehagane eit nytt regelverk for psykososialt barnehagemiljø som skal sørge for at alle barn har eit trygt og godt barnehagemiljø.

Utdanningsdirektoratet tilbyr ulike etter- og vidareutdanningstiltak som skal bidra til at tilsette, leiarar, kommunar og eigarar får auka kompetanse i å førebygge og følge opp trygge og gode barnehage- og skulemiljø. Eitt av fleire tilbod barnehagane og skulane har, er Læringsmiljøprosjektet, der utvalde barnehagar og skular får tett rettleiing og oppfølging frå fagpersonar på feltet. Hausten 2021 lanserte også direktoratet ein kompetansepakke om trygt og godt barnehagemiljø. Målet med kompetansepakken er å bygge opp under kollektiv kompetanseutvikling i barnehagen, og bidra til at tilsette kan auke kompetansen sin på trygt og godt psykososialt barnehagemiljø innanfor det gjeldande regelverket.

Kompetansen til personalet til å inngå i gode relasjonar og støtte leiken og læringsprosessane til barn er vesentleg for at barn skal trivast og vere inkluderte i barnehagen. I Barnehagen for en ny tid – Nasjonal barnehagestrategi mot 2030 blir ambisjonane til regjeringa for barnehagane fram mot 2030 omtalte. Strategien skal bidra til å få fleire barn i barnehagen, styrke kompetansen i heile personalet og gi ei retning for det vidare arbeidet med finansiering og styring av barnehagesektoren. I tillegg til den langsiktige strategien har regjeringa ein eigen strategi for kompetanseutvikling i barnehagen i perioden 2023–2025,

Kompetanse for fremtidens barnehage. Målsettinga er å auke delen barnehagelærarar og barne- og ungdomsarbeidarar, auke delen styrarar og barnehagelærarar med mastergrad og styrke kompetansen for alle tilsette. I tillegg er Sámos ein ressurs som skal bidra til å løfte kvaliteten i samiske barnehagar.

Ein fellesskule der alle elevlar lærer, meistarar og trivst Jamt over rapporterer elevane om eit godt læringsmiljø med høg trivsel, og dei opplever støtte frå lærarar, faglege utfordringar og meistring (Elevundersøkinga). Likevel er det framleis ein del elevlar som ikkje har det godt i skulen. Regjeringa er opptatt av arbeidet for at barn og unge skal trivast og ha det trygt og godt i barnehagen og på skulen. Kunnskapsdepartementet har blant anna gitt Utdanningsdirektoratet i oppdrag å vurdere kva behov sektoren har for kompetanseutvikling for å kunne førebygge, oppdage og stoppe mobbing og skape trygge, gode og inkluderande miljø i barnehagen og skulen.

Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020 (fagfornyninga) blei innført frå hausten 2020. Regjeringa vil føre fagfornyninga vidare og arbeide for å utløyse det fulle potensialet i det nye læreplanverket. Det er sett av 50 millionar kroner til ei uavhengig evaluering av fagfornyninga fram til 2025. Evalueringa er delt inn i fem ulike prosjekt som undersøker utviklinga og implementeringa av det nye læreplanverket og endringar i skulen som følge av fagfornyninga. I læreplanverket inngår folkehelse og livsmeistring som eitt av tre prioriterte tverrfaglege tema. Temaet skal blant anna gi elevane kompetanse som fremjar god psykisk og fysisk helse. Med støtte frå Stiftelsen Dam og Forskningsrådet føregår det eit arbeid ved Universitetet i Oslo for å kartlegge konsekvensar av innføringa av temaet, knytte til blant anna den psykiske helsa til barn og unge, livskvalitet, det sosio-emosjonelle skulemiljøet, karakterar og frávær og fråfall i utdanningsløpet etter implementeringa av temaet (18).

Kunnskapsdepartementet vil legge fram ei melding om 5.–10. trinn for Stortinget i 2024 som blant anna vil handle om korleis intensjonane i læreplanverket om ein meir utforskande og praktisk skulekvardag kan varetakast. Hovudmålet med meldinga er å utvikle ein skule som varetar og styrker motivasjonen, meistringa, læringa og utviklinga til elevane. Meldinga vil såleis omhandle fleire ambisjonar i Hurdalsplattforma, også punktet om fysisk aktivitet i skulen, sjå omtale i kapittel 4.4.

Ei meir tilgjengeleg skulefritidsordning (SFO) for alle Regjeringa har ambisjonar om å auke kvaliteten og senke prisen på skulefritidsordninga. Alle barn på første trinnet fekk frå skuleåret 2022–2023 gratis SFO 12 timar kvar veke. Dette er utvida til også å gjelde barn på andre trinnet frå skuleåret 2023–2024 og er eit viktig skritt for å gjere SFO meir tilgjengeleg for alle.

Regjeringa vil bygge vidare på arbeidet med den nasjonale rammeplanen som blei innført frå hausten 2021, og satse på styrking av kompetansen til dei tilsette for å auke kvaliteten på SFO. I rammeplanen er fysisk aktivitet og rørsleglede, mat og måltids glede og kulturaktivitetar sentrale tema som er viktige for god fysisk og psykisk helse.

Kompetansen til dei tilsette er den viktigaste faktoren for god kvalitet på SFO-tilbodet, og derfor har regjeringa i 2022 og 2023 sett av 10 millionar kroner til å utvikle kompetansetilbod for SFO-tilsette.

Ein kulturskule for fleire

Deltaking i kulturelle aktivitetar, til dømes gjennom kulturskulen, kan bidra til god psykisk helse, meistringskjensle, tilhøyrse og deltaking. I dag er om lag 13 prosent av barna i grunnskulealder kulturskuleelevar.

Boks 3.3 Kulturkarusell

Kulturkarusell er breiddeprogrammet til Bergen kulturskule for dei yngste elevane og er eit samarbeid mellom kulturskulen og SFO i Bergen kommune. Eleven som ressurs står i sentrum, og målet er å bruke kunst og kultur som grobott for livskvalitet, fellesskap, deltaking og danning. Det er meininga at Kulturkarusell skal verke inspirerande i SFO-kvardagen, og at erfaringar og kompetanse som blir utvikla gjennom programmet, får ein overføringsverdi til alle elevlar og SFO-tilsette, ikkje berre dei som deltar direkte i Kulturkarusell. Dei årlege rapportane viser at Kulturkarusell ser ut til å ha ein positiv innverknad på klassemiljøet og gi personleg, sosial og fagleg utvikling for den enkelte eleven og for elevgruppa som heilskap. Vidare erfarer kulturskulen at Kulturkarusell er ein viktig bidragsytar for å fremje kunst- og kulturaktivitetar av høg kvalitet i SFO.

Det er eit mål å gjere kulturskulen meir tilgjengeleg for fleire. Samarbeid med barnehagen, grunnopplæringa, SFO, anna kulturliv og frivilligheita i kvar enkelt kommune kan bidra til at kulturskulen når ut til fleire, og til å utnytte potensialet kulturskulane har som inkluderande kraft i lokalsamfunnet.

Kunnskapsdepartementet har gitt Utdanningsdirektoratet i oppdrag å synleggjere samanhengen mellom innhaldet i skulen, barnehagen og SFO og kulturskuletilbodet. Samarbeid mellom SFO og kulturskulen kan bidra til at fleire blir kjende med og nyttar seg av kulturskuletilbodet.

Utvida rett til vidaregåande opplæring (fullføringsreforma)

Å fullføre vidaregåande opplæring gir føresetnader for god helse seinare i livet. Sjølv om det i dei seinare åra har vore ei positiv utvikling når det gjeld kor stor del av elevane som har fullført vidaregåande opplæring, er det framleis éin av fem som ikkje fullfører i løpet av 5–6 år, og det er sosiale forskjellar. Av dei som begynte på vidaregåande i 2015 som hadde foreldre med universitets- og høgskuleutdanning på høgare nivå, fullførte 82 prosent med studie- eller yrkeskompetanse etter 5–6 år. Hos dei med foreldre med berre grunnskuleutdanning fullførte ikkje meir enn 45 prosent (19).

Regjeringa følger opp Stortingets behandling av fullføringsreforma, men meiner at gjennomføring ikkje er nok. Målet til regjeringa er at alle som går inn i vidaregåande opplæring faktisk blir kvalifiserte til læreplass, arbeid og høgare utdanning. For vaksne har regjeringa også som mål å gjere det lettere for fleire å delta i opplæring og kompetanseheving, både dei som har vidaregåande frå før, og dei som treng ein kvalifikasjon for første gong.

Eit viktig grep i fullføringsreforma er utviding av rettane. Regjeringa har lagt fram forslag til ei ny opplæringslov våren 2023, der det blant anna blir foreslått å innføre ein rett til opplæring fram til ein har bestått vidaregåande opplæring og ein rett til yrkesfagleg rekvalifisering. For vaksne held regjeringa fram arbeidet med å modulstrukturere opplæringa slik at ho skal bli meir tilpassa vaksne sin livssituasjon.

Elevane med nedsett funksjonsevne har vore ei lite prioritert gruppe i diskusjonane om, og vidareutviklinga av, vidaregåande opplæring fram til no. Dette er elevar som tilhøyrrer ei samansett elevgruppe, og som kan ha heilt ulike utfordringar. Som del av fullføringsreforma har Kunnskaps-

departementet sett i gang eit arbeid med å legge ein strategi for at elevar med nedsett funksjonsevne skal få eit betre og likeverdig tilbod i vidaregåande opplæring.

Å få læreplass er avgjerande for å kunne fullføre fag- og yrkesopplæring og få eit fag- eller næringsbrev. I 2023-budsjettet er det løyvd om lag 460 millionar kroner til arbeidet for fleire læreplassar. Satsinga til regjeringa skal styrke fylkeskommunane sitt arbeid med kvalifisering og formidling av elevane til læreplassar, og med lokale læreplassgarantiar.

I statsbudsjettet for 2023 er det ein samla auke på 330 millionar kroner til tiltak for at fleire skal fullføre og bli kvalifiserte i vidaregåande opplæring. Blant anna er det ein auke i tilskotet for at fleire skal ta i bruk ordninga fagbrev på jobb, likeins i tilskotet til læreplassar. Som ein del av denne satsinga er både bortebruarstipendet og utstyrsstipendet i Lånekassen auka. Det er vidare lagt til rette for fleire lovendringar i ny opplæringslov for at fleire skal fullføre vidaregåande opplæring, som å utvide målgruppa for oppfølgingstenesta for unge utanfor utdanning og arbeid, gi læringar tilgang til rådgiving og gi vaksne i grunnopplæringa rett til særskild norskopplæring og tilbod om rådgiving.

Miljø og helse i barnehage, skule og skulefritidsordning (SFO)

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. har som formål å fremje helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og å førebygge sjukdom og skadar. Forskrifta har føresegnar om blant anna lys, inneklima, smittevern, drikkevatt, hygiene, måltid, plassering, ute- og inneareal og så vidare. Kartleggingar dei siste åra har vist at det i mange tilfelle ikkje er tilfredsstillande fysisk miljø i barnehagar og skular, blant anna på grunn av manglande vedlikehald, og at regelverket ikkje blir etterlevd i tilstrekkeleg grad. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å ferdigstille ei ny forskrift om miljø og helse i barnehagar, skular og skulefritidsordningar som skal erstatte noverande forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. På bakgrunn av at både opplæringslova og barnehage-loven i hovudsak stiller konkrete krav om å vareta det psykososiale miljøet, blir det lagt opp til at den nye forskrifta om miljø og helse i barnehagar, skular og skulefritidsordningar hovudsakleg skal regulere det fysiske miljøet. Helsedirektoratet utarbeider ein rettleiar til forskrifta. Sjå også omtale i kapittel 3.5 og kapittel 4.3 og 4.4.

Høgare yrkesfagleg utdanning

Høgare yrkesfagleg utdanning spelar ei nøkkelrolle i å møte dei regionale kompetansebehova i heile Noreg. Gjennom fagskulane sine fleksible utdanningstilbod kan ein nå nye målgrupper med spesialisert kompetanse. Regjeringa har store ambisjonar for høgare yrkesfagleg utdanning og vil at fleire skal ta slik utdanning. I statsbudsjettet for 2023 er det derfor løyvd midlar til 500 nye studieplassar til fagskulane, i tråd med behovet i arbeidslivet.

Regjeringa vil gi fagskuleutdanningane ei viktigare rolle i arbeidet med livslang læring, og vil prioritere å utvikle kvaliteten og tilbodet for å møte framtidas kompetansebehov. Den norske arbeidsmarknaden treng kompetansen fagskulane kan bidra med, og regjeringa vil derfor legge fram ei melding til Stortinget om høgare yrkesfagleg utdanning.

Meldinga skal blant anna gjennomgå finansieringsordninga for fagskulane og sjå på høgare yrkesfagleg utdanning i lys av den kompetansepolitiske rolla til fylkeskommunane og i ein internasjonalt setting.

Formell kvalifisering gjennom ny integreringslov

Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven), som tredde i kraft 1. januar 2021, skal bidra til at fleire flyktningar får formell kvalifisering og betre norsk-kunnskapar og i større grad kvalifiserer seg for kompetansekrava i den norske arbeidsmarknaden. Deltakarar i introduksjonsprogrammet som er under 25 år, skal som hovudregel ha som slutt mål å fullføre vidaregåande skule.

Gjennom den nye integreringsloven ønsker regjeringa særleg å legge til rette for at fleire skal gjennomføre fag- og yrkesopplæring som ein del av introduksjonsprogrammet. Ordninga med tilskot til etablering og gjennomføring av tilbod om tilrettelagd fag- og yrkesopplæring er eit viktig bidrag til at fleire innvandrarar med svake norskferdigheiter kan få tilrettelagde fagopplæringstilbod. Dette kan bidra til at fleire vaksne innvandrarar med fluktbakgrunn får ei meir varig tilknytning til arbeidslivet og kan bli sjølvforsørge. I 2022 har Integrerings- og mangfaldsdirektoratet, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse, fått i oppdrag å sette i gang eit forsøk med å utvikle nasjonal samarbeidsmodell for tilrettelagd fag- og yrkesopplæring.

3.4 Arbeid og inntekt

Tiltak som bidrar til å sikre eit inkluderande arbeidsliv med høg deltaking, er viktig for bereevna til samfunnet. Å delta i yrkesaktivt arbeid er som regel helsefremjande. Det har stor betydning for levekåra til den enkelte og gir betre høve til autonomi og fridom.

Regjeringa vil

- vurdere omfang og utvikling av låglønn i Noreg, og har sett ned eit utval om låglønn
- styrke det strategiske samarbeidet mellom helsestyresmaktene og arbeidsmiljøstyresmaktene om
 - beredskaps- og krisesituasjonar
 - førebygging av dagens og framtidas arbeidslivs- og arbeidsmiljøutfordringar
 - utvikling av eit betre datagrunnlag og kunnskapsutvikling
 - førebyggjande tiltak for å møte konsekvensane av klima- og miljøendringar
- vurdere å gjere krava til det psykososiale arbeidsmiljøet i arbeidsmiljøregelverket tydelegare for å styrke det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet.
- innføre ein ny ungdomsgaranti for unge som treng hjelp frå Arbeids- og velferdsetaten for å komme i ordinært arbeid, med mål om å motverke lange passive periodar utanfor utdanning og arbeid og bidra til ei varig tilknytning til arbeid
- vidareutvikle samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsetaten, helsetenesta og utdanningssektoren med mål om å betre tenestetilbodet til personar som treng samtidige eller samordna tenester frå fleire sektorar for å komme i arbeid eller bli verande i arbeid

Eiga inntekt gir handlingsrom i eige liv. For store inntektsforskjellar i samfunnet kan skape uønskte sosiale forskjellar i samfunnet. Krigen i Ukraina har skapt ubalanse i verdsøkonomien, og prisauken har gjort den økonomiske situasjonen krevjande for mange. Mange er i dag uroa for auka kostnader til nødvendig straum, mat og andre grunnleggjande behov. Desse bekymringane kan gi helseutfordringar.

Regjeringa vil arbeide for å redusere økonomiske forskjellar i befolkninga. Det er ein direkte samanheng mellom økonomiske ressursar og helse fordi privatøkonomien påverkar tilgangen til helsefremjande forbruk. Det er gruppene med lågast inntekt som vil ha størst helseeffekt av auka

inntekt. Det er også slik at samfunn med store inntektsforskjellar kan produsere helseforskjellar gjennom indirekte mekanismar. Det å ha relativt sett svakare økonomi enn dei menneska ein er omgitt av, kan føre til ekskludering frå arenaer og aktivitetar. Slik sosial ekskludering kan bidra til stress som igjen gir dårlegare helse. Dette inneber at inntektsutjamning og tiltak som bidrar til å inkludere dei som står utanfor det ordinære arbeidslivet, kan bidra til utjamning av sosiale helseforskjellar og betre gjennomsnittshelse.

Svak eller manglande tilknytning til arbeidslivet er ei viktig årsak til fattigdom og låg inntekt. Inntekt er eit breitt omgrep som blant anna omfattar ulike typar inntekter som lønn, offentlege overføringar og kapitalinntekter. Utviklinga i lønnsfordelinga og omfanget av låglønn har stor betydning for inntektsfordelinga samla sett. Regjeringa har sett ned eit utval om låglønn der partane i arbeidslivet deltar. Utvalet skal blant anna kartlegge omfanget og utviklinga av lønnsforskjellar og låglønn i Noreg og levere innstillinga innan 15. juni 2024.

Det er viktig å hindre at det som i utgangspunktet er eit helseproblem, ikkje samtidig fører til utvikling av økonomiske problem. Spesielt i låginntektsgruppene kan helseproblem føre til redusert inntekt. Det kan oppstå negative spiralar av økonomiske problem og helseproblem.

Regjeringa vil arbeide for eit skattesystem som gir stabile inntekter til fellesskapet, bidrar til rettferdig fordeling og eit betre miljø, fremjar sysselsettinga i heile landet, og som betrar verkemåten til økonomien. Skattesystemet skal i sterkare grad enn i dag bidra til ei meir rettferdig inntektsfordeling i samfunnet. Regjeringa har som mål å styrke den generelle fordelingsprofilen i skattesystemet ytterlegare, og skattepolitikken til regjeringa legg derfor opp til at dei med høge inntekter og formue bidrar meir til fellesskapet.

Regjeringa legg vekt på å halde oppe og styrke offentlege fellesgode. Gode offentlege velferdsordningar er særleg viktig for dei med dei lågaste inntektene. Eigenbetaling for offentlege tilbod påverkar også den økonomiske situasjonen.

3.4.1 Deltaking i arbeidslivet

Tryggingssystemet i velferdsstaten skal bidra til at alle får nødvendig bistand til å kunne delta i arbeidslivet og på andre arenaer i samfunnet. Regjeringa vil ha eit samfunn med eit sterkt tryggingssystem av velferdstenester for dei som treng det permanent eller i fasar av livet.

Høg sysselsetting er avgjerande for å sikre eit berekraftig velferdssamfunn. Det er ein nær

samanheng mellom arbeid, velferd og helse. Eit trygt arbeidsliv til alle og gode velferdsordningar er nøkkelen til meir rettferdig fordeling, integritet og fridom for den enkelte. Regjeringa legg arbeidslinja til grunn i arbeids- og velferdspolitikken. Alle som kan og vil jobbe, skal få høve til det.

Politikken, tiltaka og verkemidla til regjeringa skal bidra til ein velfungerande arbeidsmarknad med høg sysselsetting og låg arbeidsløysing og til eit sikkert, seriøst og inkluderande arbeidsliv med lågt sjukefråvær. I dette inngår også å motverke fråfall og diskriminering og å styrke jobbmoglegheitene for ledige og personar med nedsett arbeidsevne. Ein god inngang til arbeidslivet er viktig for å sikre ei varig tilknytning til arbeid. Det er derfor særleg viktig å tidleg fange opp unge som står i fare for å falle utanfor utdanning og arbeid, slik at dei får nødvendig bistand til å fullføre utdanning og delta i arbeidslivet.

Ein stor arbeidsstyrke med relevant kompetanse er den viktigaste ressursen vår og må forvaltest godt. God tilgang på relevant arbeidskraft skal bidra til at ulike verksemdar får dekt behova sine for arbeidskraft.

Det samla arbeidstilbodet blir også påverka av kor mykje kvar enkelt ønsker å jobbe. Det er viktig å gjere god nytte av den arbeidskrafta som alle-reie er i jobb, ved at dei som ønsker å arbeide meir, får høve til det. Gjennomsnittleg arbeidstid i Noreg er i underkant av gjennomsnittet i EU-landa.

Å halde oppe høg yrkesaktivitet blant eldre blir stadig viktigare, i takt med at det blir ein større del eldre i befolkninga framover. Stadig fleire erkjenner verdien av livslang læring og kompetanseutvikling og det å behalde seniorane i yrkeslivet. Trass i høg sysselsetting og låg arbeidsløysing i samfunnet står framleis for mange eldre utanfor arbeidslivet. Personar med samansette problem, låg formell kompetanse og/eller helseproblem er overrepresenterte blant desse.

Sysselsettinga blant innvandrarar er lågare enn i majoritetsbefolkninga, sjølv om gapet er langt lågare i Noreg enn EU-gjennomsnittet. Det er store variasjonar i sysselsetting og sjølvforsørging mellom ulike grupper av innvandrarar. Særleg blant flyktningar er det ein betydeleg lågare del som er sysselsette og sjølvforsørge enn elles i befolkninga. Ei hovudårsak til låg sysselsetting, særleg blant flyktningar, er mangel på den formelle kompetansen som det norske arbeidslivet spør etter. Innvandrarar som kjem til Noreg med kompetanse og erfaringar, er ein viktig ressurs for det norske arbeidslivet. Samtidig

får mange innvandrarakar ikkje godkjent utdanninga dei har, og heller ikkje jobb som svarer til den kompetansen dei har, og dei er i større grad overkvalifiserte for jobben dei har, enn befolkninga elles. Gjennom ulike tiltak i regi av Integrerings- og mangfaldsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og partane i arbeidslivet vil regjeringa auke kunnskapen om mangfald som ressurs blant arbeidsgivarar. Regjeringa vil også legge fram ein handlingsplan mot rasisme og diskriminering hausten 2023. Eit hovudtema i planen vil blant anna vere vegen inn og opp i arbeidslivet.

3.4.2 Inkludering av utsette grupper i arbeid

Deltaking i arbeidslivet er knytt til velferd langs fleire dimensjonar, som helse, levealder og materiell levestandard. Å halde ein stor del av befolkninga i arbeid og inkludere fleire av dei som er i ytterkanten av arbeidsmarknaden, vil ha positiv verknad på folkehelsa generelt og på sosiale helseforskjellar spesielt. Dersom arbeidet blir organisert på ein måte som skaper balanse mellom krava som blir stilte i arbeidet, og den yrkesaktive sine ressursar, kan det å vere i arbeid ha positive verknader gjennom aktivisering, sosial kontakt og oppleving av mening i kvardagen. Arbeid vil i mange tilfelle vere helsefremjande, også for personar med helseplager (20). Omvendt gir arbeidsløyse ofte negative helsekonsekvensar. I ein rapport frå Oslo Economics blei den årlege samfunnsøkonomiske kostnaden i Noreg knytt til arbeidsrelatert sjukdom, skade, sjukefråvær og varig nedsett funksjonsevne estimert til om lag 75 milliardar kroner (21).

Arbeids- og velferdsforvaltninga forvaltar ein brei portefølje av verkemiddel som skal bidra til å auke moglegheitene i arbeidsmarknaden for dei som treng bistand til å komme i arbeid, eller som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Målet er å motverke avgang frå arbeidslivet til varige trygdeytningar og å redusere og førebygge arbeidsløyse.

Enkelte grupper har større utfordringar enn andre med å få innpass i arbeidsmarknaden og få varig tilknytning til arbeidslivet. Desse er prioriterte for arbeidsretta bistand frå Arbeids- og velferdsetaten. Mange av dei har samansette utfordringar og har derfor behov for tenester frå fleire tenesteytarar for å kunne komme i arbeid. Verke midla innanfor arbeids- og velferdspolitikken og opplærings- og helsefeltet må derfor sjåast i samanheng. Arbeids- og velferdsetaten samarbeider med andre tenester for å få på plass fleire individuelt tilpassa tilbod. For mange av brukarane til

arbeids- og velferdsforvaltninga vil innsats som hevar kompetansen deira, vere avgjerande for å auke moglegheitene deira i arbeidslivet. Særleg gjeld det dei som ikkje har fullført vidaregåande opplæring.

Det er viktig å fange opp unge som står i fare for å falle utanfor utdanning og arbeid. Tidleg innsats, tett og individuelt tilpassa, kan bidra til at fleire kan fullføre utdanning og delta i arbeidslivet.

Regjeringa ønsker å styrke innsatsen overfor unge som er særleg utsette i arbeidsmarknaden, og vil i løpet av 2023 innføre ein ny ungdomsgaranti i regi av Arbeids- og velferdsetaten. Ungdomsgarantien skal sikre utsette unge som treng hjelp til å komme i arbeid, tidleg innsats og individuelt tilpassa og tett oppfølging så lenge det er nødvendig. Dette skal motverke lange passive periodar utanfor utdanning og arbeid. Målet er at fleire skal få ei varig tilknytning til ordinært arbeid.

Å lykkast med å få kvinner i arbeid er også viktig for å oppnå likestilling mellom kjønna, og for at barna deira skal få høve til full deltaking i det norske samfunnet. I denne samanhengen er tilskotsordninga Jobbsjansen viktig, eit program for heimeverande innvandrankvinner som står langt frå arbeidsmarknaden. Jobbsjansen har i dei siste åra hatt ei stabilt høg måloppnåing.

Mange med ulike helseproblem som står utanfor arbeidslivet, har behov for samtidig bistand frå både Arbeids- og velferdsforvaltninga og helse- og omsorgstenestene for å komme i arbeid og få betre helse. Når behandling og arbeidsretta bistand blir gitt samtidig, gir det i mange tilfelle raskare overgang til arbeid enn når arbeidsretta tenester blir gitt etter eller seint i behandlingsforløpet.

Dette gjer at helse- og omsorgstenesta og arbeids- og velferdsforvaltninga må samarbeide for å kunne møte brukarane sine behov for tenester. Over tid er det gjort fleire grep for å betre denne samhandlinga og tenestetilbodet til brukarane. Det er blant anna utvikla fleire samhandlingsmodellar for ulike grupper av brukarar og pasientar som har behov for samtidige eller samordna tenester frå arbeids- og helsesektoren. Dette omfattar til dømes tilbodet individuell jobbstøtte (IPS), som skal bidra til at personar med moderate til alvorlege psykiske lidningar og/eller rusproblem kjem over i ordinært, lønt arbeid. Samhandlingsmodellen HelseArbeid er eit anna døme, med helsefremjande og førebyggjande tiltak retta mot grupper i arbeidslivet som står i fare for å bli sjukmelde eller falle ut av arbeidslivet på grunn av muskel- og skjelettplager og/eller psykiske plager.

Det er framleis behov for å vidareutvikle samarbeidet mellom sektorane med mål om å betre tenestetilbodet. I tillegg til arbeidet som skjer i tenestene, er det eit omfattande samarbeid på direktorats- og departementsnivå. Eit døme på eit slikt pågåande utviklingsarbeid er direktorata sitt arbeid med å utvikle modeller for tenestesamhandling for personar med milde til moderate psykiske lidningar og/eller rusproblem. Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil omhandle tenesteutvikling innan områda rehabilitering, arbeid og helse og meistring. Også i den kommande opptrappingsplanen for psykisk helse vil arbeid og helse bli omtalt nærare.

3.4.3 Arbeidsmiljø og helse

Verdshelseorganisasjonen definerer arbeidshelse som eit område innanfor folkehelse som handlar om å fremje og halde ved lag høgast mogleg grad av fysisk, psykisk og sosialt velvære hos arbeidstakarar i alle yrke. Arbeidshelse inkluderer alle typar arbeidsrelaterte sjukdommar, som muskel- og skjelettlidningar, psykiske lidningar, ikkje-smittsame sjukdommar, smittsame sjukdommar og ulykker.

Arbeidstakarar med kortare utdanning har ofte meir belastande arbeid, blant anna i form av tungt fysisk arbeid og belastande arbeidsstillingar, mindre grad av autonomi og meir einsidig arbeid. Innvandrarar er overrepresenterte i enkelte manuelle yrke og i yrke utan krav til utdanning.

Dei fleste i Noreg arbeider likevel under gode og forsvarlege arbeidsforhold. Analysar av europeiske arbeidsmiljødata viser at norske arbeidsforhold jamt over er betre enn i dei fleste andre samanliknbare land. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) si Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021 viser at ni av ti arbeidstakarar er tilfredse med jobben sin (22). Forskinga viser ein tydeleg samheng mellom eit godt arbeidsmiljø, jobbtilfredsheit og betre helse (23). Forholdet mellom arbeid og helse er likevel samansett, og det er dokumentert at faktorar i arbeidsmiljøet kan bidra til å utvikle eller forverre helseproblem og nedsett funksjon, og det er ikkje alltid samanfall mellom høg trivsel og godt arbeidsmiljø eller risikofritt arbeid. Det er framleis utfordringar i fleire bransjar og yrke, og delar av arbeidslivet er prega av høgt sjukefråvær og tidleg avgang.

Nokre næringar er meir risikoutsette enn andre. Dette blir spegla i statistikken over arbeidsskadedødsfall, som historisk sett oftast gjeld bygg- og anleggsverksemdar, transport og lagring, industri og jordbruk. Talet på registrerte arbeids-

skadedødsfall har gått betydeleg ned i eit lengre tidsperspektiv, men har vore nokså stabilt dei siste åra. I 2021 registrerte Arbeidstilsynet 31 arbeidsskadedødsfall i det landbaserte arbeidslivet, mot 28 i 2020 og 29 i 2019. Arbeidsskadar blir antatt å utgjere om lag 11 prosent av alle skadetilfelle i Noreg, og det er særleg høg skaderisiko blant unge menn og utanlandske arbeidstakarar. Det er framleis knytt noko uvisse til datagrunnlaget for arbeidsskadar, blant anna på grunn av underrapportering.

Diagnosar knytte til musklar og skjelett og psykiske diagnosar ligg til grunn for størsteparten av det legemelde sjukefråværet i Noreg og er dominerande årsaker til uførleik. Sjukefråvær og avgang frå jobb på grunn av helseproblem er samansette fenomen som blir påverka av sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Forsking tyder på at ein vesentleg del av sjukefråværet kan komme av sjukdom forårsaka av arbeidsforhold. Overvåkingsdata frå Statens arbeidsmiljøinstitutt indikerer at om lag 34 prosent av dei med minst eitt sjukefråvær på meir enn 14 dagar siste år, oppgir at fråværet heilt eller delvis kom av forhold på arbeidsplassen.

Arbeidsmiljøloven slår fast at arbeidstakarar skal sikrast eit arbeidsmiljø som er fullt forsvarleg når det gjeld både fysiske og psykiske belastningar. Arbeidsmiljøloven og arbeidsmiljøforskriftene stiller til saman mange og konkrete krav til fysiske og kjemiske arbeidsmiljøforhold som støy, inneklima og tungt fysisk arbeid. I arbeidsmiljøet inngår også psykologiske og sosiale faktorar som handlar om korleis arbeidstilhøvet og arbeidsinnhaldet blir opplevd, og det mellommenneskelege samspelet på arbeidsplassen, til dømes lite autonomi, motstridande krav og mobbing. Det er ein nær samheng mellom dette psykososiale aspektet ved arbeidsmiljøet og det organisatoriske som handlar om korleis arbeidet er organisert. Reguleringa av det psykososiale/organisatoriske arbeidsmiljøet i lov- og forskriftsverket er mindre omfattande og detaljert enn reguleringa av det fysiske og kjemiske arbeidsmiljøet.

Arbeidstilsynet har nedsett ei partssamansett arbeidsgruppe som skal vurdere om det å gjere krava til det psykososiale arbeidsmiljøet i arbeidsmiljøregelverket tydelegare kan bidra til å styrke det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet. Gruppa arbeider med sikte på å kunne legge fram forslag til moglege regelverksendringar og andre eigna tiltak før sommaren 2023.

Tiltak på arbeidsplassen som førebygger arbeidsrelatert sjukdom, vil førebygge delar av sjukefråværet. Men mykje tyder på at det er eit

potensial for meir treffsikkert førebyggjande arbeid. I intensjonsavtalen om eit meir inkluderande arbeidsliv, IA-avtalen 2019–2024, er førebyggjande arbeidsmiljøarbeid eit særskilt innsatsområde. Det overordna målet med IA-samarbeidet er å skape eit arbeidsliv med plass til alle gjennom å førebygge sjukefråvær og fråfall og på denne måten auke sysselsettinga. Avtalen omfattar heile det norske arbeidslivet, og ein viktig føresetnad for å lykkast med IA-arbeidet er eit godt toparts-samarbeid på arbeidsplassane.

Alle arbeidsgivarar har plikt til å knyte verksemda si til ei godkjend bedriftshelseteneste dersom risikoforholda tilseier det. Bedriftshelsetenesta er ei fagkyndig og rådgivande teneste innan førebyggjande HMS-arbeid. Tenesta skal hjelpe arbeidsgivar og arbeidstakarar med å følge opp arbeidsmiljøet i verksemda. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har dei siste åra, i samarbeid med relevante fagstyresmakter og partane i arbeidslivet, gjennomført eit utviklingsprosjekt om bedriftshelsetenesta. Formålet er å sette i verk verkemiddel for å sikre ei meir effektiv og målretta bedriftshelseteneste. Som eit ledd i dette er det gjort ei endring i arbeidsmiljøloven § 3-3, slik at det tydelegare skal komme fram at rolla og oppgåva til bedriftshelsetenesta er å hjelpe verksemdene med å skape eit trygt arbeidsmiljø som fremjar god arbeidshelse. Regelverksendringane tredde i kraft 1. januar 2023.

Eit godt dokumentasjonsgrunnlag på arbeidsmiljø- og arbeidshelsefeltet er nødvendig for å få påliteleg informasjon om kvaliteten i det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet. Noreg har gode registerdata på sjukefråvær, men mindre sikker kunnskap om sjukdom og sjukefråvær som er arbeidsrelatert. Ein generell mangel ved fleire av datakjeldene på arbeidsmiljøområdet er at ein ikkje får god informasjon om arbeidsmiljø og helse blant innvandrarpopulasjonar. Arbeidsinnvandrarar på korttidsopphald er ei særleg sårbar gruppe.

Det trengst betre kunnskap om arbeidsfaktorar som påverkar førekomsten av sjukdom og skadar som er arbeidsrelaterte, arbeidsrelatert sjukefråvær og uførleik blant norske yrkesaktive. Det er nødvendig med slik kunnskap for å styrke arbeidsmiljøstyresmaktene sitt grunnlag for prioriteringar og avgjerder ved politikktutforming og for å planlegge og utvikle førebyggjande tiltak på arbeidsplassane. Fleire utviklingsarbeid er sette i gang for å styrke datagrunnlaget for sjukdom og skadar som er arbeidsrelaterte, men det er behov for betre samarbeid mellom helse- og arbeidsmiljøstyresmaktene for å få på plass ønskete for-

betringar. Dette gjeld særleg utviklingsarbeidet knytt til innmelding av yrkesskadar og arbeidsulykker med alvorleg personskade, legemelding om arbeidsrelatert sjukdom og yrkessjukdom, og dessutan arbeidsskadedødsfall.

Arbeidslivet og arbeidsplassen er ein viktig arena for førebygging, og det er eit stort potensial for gjensidig gevinst for både arbeidshelse og folkehelse. Ved betre samarbeid mellom arbeidshelse og folkehelse kan ein i større grad realisere dette potensialet. Derfor er det viktig med meir heilskapleg tenking om og tilnærming til arbeidshelse og folkehelse. Samarbeidet mellom arbeidsmiljø- og helsemiljøstyresmaktene under pandemien var avgjerande for å nå ut med koordinert informasjon og rettleiing til arbeidslivet (sjå også kapittel 3.1.2.). Det er viktig å føre det strategiske samarbeidet mellom arbeidsmiljø- og helsemiljøstyresmaktene vidare og styrke det også på andre område. Det gjeld blant anna samarbeid om førebygging av dagens og framtidas arbeidslivs- og arbeidsmiljøutfordringar (sjå over), utvikling av eit betre datagrunnlag og kunnskapsutvikling (sjå over) og førebyggjande tiltak for å møte konsekvensane av klima- og miljøendringar, sjå kapittel 2.3 og 6.4.

Klimaendringane og helse, miljø og tryggleik

Fleire naturkatastrofar, som ekstreme temperaturar, ras, flaum og så vidare, vil ha stor betydning for arbeidsmiljøet til yrkesgrupper som arbeider utandørs, utbetrar infrastruktur, vernar drikkevasskjelder, forvaltar naturressursar, er tilknytte matproduksjon og transport av matvarer, arbeider i nødetatane og så vidare. Tilpassa førebyggjande tiltak er viktige for å møte konsekvensane av klima- og miljøendringane, også i arbeidslivet. Det er viktig at helse-, arbeids- og miljøstyresmakter samarbeider for å inkludere arbeidsmiljøaspekta i temaa klima, miljø og helse.

3.5 Bustad og lokalsamfunn

Regjeringa vil ha sosialt berekraftige lokalsamfunn og nabolag som gjer det mogleg for alle å bu og leve eit godt liv i by og bygd over heile landet. Sosialt berekraft handlar om å sette menneskelege behov i sentrum og som skal vere eit premiss på linje med økonomisk og miljømessig berekraft i lokalsamfunnsutviklinga. Det handlar derfor om gode og varierte bustadtilbod og gode og tilgjengelege bu- og nærmiljø for alle.

Regjeringa vil

- legge fram ei stortingsmelding om ein heilskapleg bustadpolitikk
- legge fram ei stortingsmelding om ei bu-trygt-heime-reform
- legge fram ei stortingsmelding om levekår i byar
- føre satsinga på utvikling av bustadnære grøntområde i områdesatsingane vidare og prioritere grøntområde i byar og tettstader i ordninga for sikring av friluftslivsområde
- utarbeide ein nasjonal plan for idrettsanlegg gjennomføre ein heilskapleg gjennomgang av spelemiddelordninga til anlegg for idrett og fysisk aktivitet, med mål om å få realisert fleire og betre anlegg og oppnå auka deltaking og tilgjengelegheit
- stille krav til uteområde i forskrifta om miljø og helse i barnehagar, skular og skulefritidsordningar
- støtte opp under eit nytt Friluftslivets år i 2025 i regi av friluftslivsorganisasjonane
- auke informasjonen om moglegheitene for fritidsfiske og jakt og for å hauste etande bær, sopp og vekstar i norsk natur
- prioritere barn og unge i tilskotsmidlane til friluftslivsaktivitet
- vidareutvikle og forlenge ferdselsåreprosjektet til Miljødirektoratet
- vidareutvikle rettleiingsmateriell om kartlegging og verdsetting av friluftslivsområde og tilrettelegging av ferdselsårer for friluftsliv

3.5.1 Aktiv bustadpolitikk

Bustaden bidrar til tilhøyrse, han gir fysisk tryggleik, skaper identitet og er ein viktig sosial arena. Buforhold påverkar andre område av livet, som fysisk helse og funksjon, psykisk helse, utdanning og arbeidstilknytning. Regjeringa ønsker ein aktiv bustadpolitikk og vil våren 2024 legge fram ei stortingsmelding om ein heilskapleg bustadpolitikk.

For mange vil det å eige bustad bidra til ein stabil og føreseieleg busituasjon, som kan gi økonomisk tryggleik. Regjeringa vil at fleire skal få høve til å eige sin eigen bustad. I statsbudsjettet for 2023 er låneramma til Husbanken auka til 21 milliardar kroner. Startlånet har den høgaste prioriteringa innanfor låneordningane til Husbanken. Det bidrar til at hushald som ikkje får lån i ordinær bank, kan kjøpe eigen bustad. Årleg bidrar startlån til at om lag 7000 husstandar blir bustadeigarar. Barnefamiljar og utviklingshemma er prioriterte målgrupper for startlånet.

Samtidig skal det vere trygt å leige bustad. Nærare éin million menneske bur i leigd bustad. Mange som leiger, er tilfredse med busituasjonen sin, men leigetakarar har oftare dårlege buforhold og bustader, utrygge nabolag og ustabile buforhold enn dei som er bustadeigarar. Regjeringa arbeider for fleire leigebustader og for ryddige leigeforhold og har sett ned eit utval som skal gå gjennom husleieloven.

Gjennom den sosiale bustadpolitikken skal regjeringa førebygge at folk får eit bustadproblem. Regjeringa vil at dei som ikkje klarer det sjølv, skal få den hjelpa dei treng. Statistisk sentralbyrå anslår at om lag 165 600 personar eller om lag 64 000 hushald var vanskelegstilte på bustadmarknaden i 2021. Dette er personar med låg inntekt og/eller høg gjeldsbyrde. Det var ein nedgang på om lag 10 000 personar frå 2020. Regjeringa ønsker å føre denne utviklinga vidare.

I desember 2022 vedtok Stortinget regjeringa sitt forslag til ei ny lov om ansvaret til kommunane på det bustadsosiale feltet, jf. Prop. 132 L (2021–2022). Lova klargjer kva plikter kommunane har for å bidra til betre og meir likeverdig hjelp til vanskelegstilte på bustadmarknaden. Lova stiller også større krav til at kommunane skal ta bustadsosiale omsyn i planlegginga. Lova trer i kraft 1. juli 2023.

Regjeringa er opptatt av å finne gode løysingar for kommunar i distrikta med små bustadmarknader, låg omsetning av bustader, lita eller inga nybygging og få utleigebustader. Når det er få aktørar i bustadmarknaden, er behovet særleg stort for at kommunane tar ei aktiv rolle i bustadpolitikken. I 2023 skal Husbanken prioritere éin milliard kroner av låneramma til lån til utleigebustader og lån til bustadkvalitet i distriktskommunar. I tillegg skal Husbanken og Distriktsenteret halde fram med å informere og rettleie kommunane.

Regjeringa vil legge betre til rette for at eldre kan bli buande heime lengst mogleg. Regjeringa skal legge fram «Bu trygt heime»-reforma i løpet av 2023. Reforma vil innehalde tiltak som støttar levande lokalsamfunn, frå bustadspørsmål til gode helse- og omsorgstenester til dei som treng det. Sjå også kapittel 3.5.2 Aldersvennleg Noreg nedanfor.

3.5.2 Aldersvennleg Noreg

Å skape eit aldersvennleg samfunn er både eit samfunns mål og ein metodikk for samfunnsutviklinga. Det nasjonale programmet for eit aldersvennleg Noreg har bidratt til å konkretisere det

tverrsektorielle arbeidet med aktive eldre og eit aldersvennleg samfunn. Senteret for eit aldersvennleg Noreg, som er ei eining i Helsedirektoratet, har ansvar for å gjennomføre programmet, og Rådet for eit aldersvennleg Noreg bidrar til å forankre arbeidet i ulike sektorar og organisasjonar.

Arbeidet med eit aldersvennleg Noreg har bidratt til å skape eit kompetansemiljø og ein arena for samarbeid og involvering. Den store oppslutninga i kommunesektoren og frå ulike organisasjonar viser nytten. Over 210 kommunar deltar no i det nasjonale nettverket for aldersvennlege kommunar og lokalsamfunn, som stimulerer til å utvikle aldersvennlege løysingar. Ein viktig del av programmet har vore kampanjen for å planlegge sin eigen alderdom, der befolkninga skal bli inspirert til å starte tidlegare med å førebu seg, gjennom å planlegge eigna bustad og korleis ein skal ta vare på helse, aktivitetar og vennskap. Arbeidet vil bli tatt vidare som ein del av folkehelsepolitikken. Erfaringane frå arbeidet vil også inngå i den nye «bu trygt heime»-reforma til regjeringa, der både dei eldre si eiga bustadplanlegging og levande lokalsamfunn med vekt på deltaking, frivillig arbeid og universell utforming vil vere tema. Reforma vil forsterke den tverrsektorielle forankringa av arbeidet.

Rolla til senteret som koordinator og pådrivar for ei aldersvennleg samfunnsutvikling skal ytterlegare styrkast. Senteret skal bidra i opplæring av dei kommunale og fylkeskommunale eldreråda, jf. kapittel 10.6. Senteret skal også vere norsk kontaktpunkt for Verdhelseorganisasjonens globale nettverk for aldersvennlege byar og lokalsamfunn («age-friendly communities») og FN's arbeid for «Decade of healthy ageing».

For meir informasjon om arbeidet til senteret, sjå nettsida aldersvennlig.no.

3.5.3 Gode og trygge nærmiljø

Nærmiljøet vårt er viktig for helse og livskvalitet i oppveksten og gjennom heile livsløpet.

Nærmiljøet omfattar heile spennet frå tett utbygde område til spreiddbygde strøk. Sentrale element i det fysiske miljøet er bustadområde, parkar, plassar, vegar, gater, leikeplassar, natur- og friområde og kulturlandskap, og det inkluderer institusjonar som barnehagar og skular. Nærmiljøet omfattar også eit psykososialt rom, blant anna knytt til oppleving av tryggleik og sosiale møteplassar, og ved at estetisk kvalitet kan påverke trivselen til folk og kjensla deira av stoltheit og identitetstilknytning. Kva som i praksis

Boks 3.4 Grøntområde i nærmiljø

Å renovere nedslitne område ved å installere lys og sitteplassar, og gjere om restareal til lommeparkar (*pocket parks*) vil også vere av stor betydning for nærmiljøet. Dyrking av grønsaker og blomstrar i mindre skala i byar og tettstader, såkalla urbant landbruk, bidrar med grøne og fargerike område og vil samtidig fungere som inkluderande sosiale møteplassar for alle aldersgrupper.

Grøntområda bør ligge i gangavstand frå bustadområda, då særleg barn og eldre har ein avgrensa aksjonsradius, men for alle grupper i befolkninga vil lett tilgang til natur og grøne område senke terskelen for dagleg fysisk aktivitet og rekreasjon. Det er ei nasjonal forventning at kommunane tar omsyn til dette i si samfunns- og arealplanlegging, samtidig som staten innrettar aktuelle verkemiddel for å bidra til å vareta og utvikle slike område. Til dømes er friluftslivsområde i og ved byar og tettstader prioriterte i ordninga med statleg sikring av friluftslivsområde.

fungerer som nærmiljø, vil vere avhengig av aksjonsradiusen til individet.

Utvikling av sosialt berekraftige nærmiljø og lokalsamfunn handlar om ei rettferdig fordeling av både gode og byrder, om å inkludera innbyggjarane og bygge sterke fellesskap, fremje medverknad, deltaking og myndiggjering av nærmiljø og lokalsamfunn.

Ifølge Statistisk sentralbyrå har stadig færre av oss trygg tilgang til nærnatur. Det er nødvendig å sikre natur, grønstruktur og fellesområde som er under press, og samtidig legge til rette for at nærmiljøa er både gå- og aktivitetsvennlege for alle.

Eldre, dei yngste barna og menneske med nedsett funksjon er særleg avhengige av trygge og bustadnære område, møteplassar, gangvegar og stiar for fysisk og sosial aktivitet og rekreasjon og med gangavstand til tenester og daglege gjere-mål. Samtidig er desse kvalitetane viktige for alle. Regjeringa vil også som ein del av arbeidet med førebygging av alvorlege fallulykker i og ved heimen arbeide for tryggleik og redusert ulykkesrisiko i lokalsamfunn og nærmiljø.

Samfunnet vert urbanisert og over 80 prosent av den norske befolkninga bur i byar og tettstader.

Boks 3.5 Tilskotsordning til tryggare skuleveggar og nærmiljø

Tilskotsordninga for tryggare skuleveggar og nærmiljø blei oppretta i 2022 som ein del av satsinga på auka trafikktryggleik for barn og unge gjennom Barnas transportplan i Nasjonal transportplan 2022–2023. Det er kommunane som kan søke om tilskot. Døme på tiltak ein kan søke om tilskot til, er sykkelparkering, tryggleikstiltak i tilknytning til haldeplassar for skulebuss og droppsoner i samband med hjartesonar rundt skular.

Fortetting kan bidra til kortare avstandar og til betre klima og miljø. Fortetting må samtidig gjerast med kvalitet, vere helsefremjande og ivareta menneskelege omsyn, samt bidra til ei rettferdig fordeling og med like moglegheiter for alle.

Det er behov for meir kunnskap om kva mosaikken av dei grøne og dei bygde omgivnadene og korleis dei samverkar, betyr for livskvaliteten til menneska.

Dei bygde omgivnadene legg dei fysiske rammene for livsutfalding og sosialt samkvem i eit lokalsamfunn og bør utformast med kvalitet. Omgrepet «levbar» kjem frå det engelske *livability*. Levbare byar og stader er gode å leve i og har omgivnader som bidrar til høg livskvalitet. Som ein del av arbeidet med ny livskvalitetsstrategi, sjå kapittel 5, vil regjeringa blant anna vurdere korleis ein på ein meir systematisk måte kan ta i bruk kunnskap om korleis det fysiske miljøet påverkar livskvaliteten, og fordelinga av livskvalitet i befolkninga.

Regjeringa vil legge til rette for aktiv og miljøvennleg transport og gjere det lettare for alle å velje sykkel eller gonge til transport og rekreasjon. Det er bra for klimaet og bra for helse.

Det er eit langsiktig mål at sykkelandelen i byområda skal vere 20 prosent, og 8 prosent på landsbasis. I framskrivingane fram mot 2050 som blei gjorde til Nasjonal transportplan 2022–2033, er veksten i talet på sykkelutar anslått til 5 prosent. Det er ei utfordring at denne veksten er lågare enn for andre transportformer, særleg bilkøyring. I Nasjonal transportplan 2022–2023 blir det lagt opp til ei vidare utbygging av gang- og sykkelveggar både i og utanfor byane. Verkemidla for å få fleire til å sykle og gå er i stor grad lokale,

som gang- og sykkelanlegg langs kommunale vegar og ei arealplanlegging som legg til rette for meir sykling og gonge.

Byvekstavtalane er det viktigaste verktøyet staten har for å nå målet om at veksten i persontransport i byområda skal skje med kollektivtransport, sykling og gonge. For å nå nullvekstmålet er det viktig med ein arealbruk som bygger opp under utviklinga av eit effektivt og attraktivt kollektivtilbod, og som gjer det enklare å sykle og gå. Byvekstavtalane er langsiktige og inneber gjensidige forpliktingar mellom staten, fylkeskommunar og kommunar om finansiering og verkemiddelbruk for å nå nullvekstmålet. Byvekstavtaleordninga er nærare omtalt i Meld. St. 20 (2020–2021) Nasjonal transportplan 2022–2033. Sjå også omtale i kapittel 4.4.2.

Utfordringar i byområde

Det er tendensar til auka forskjellar i levekår mellom nabolag i byane, særleg i Oslo, men også i ein del andre byar, først og fremst på Aust- og Sørlandet. Nokre byområde har ein svært høg andel barn i fattige familiar og ein høg andel vaksne som står utanfor arbeid og utdanning. Det kan også vere andre problem i nabolaga, som få stader å vere for barn og unge på fritida, tronge bustader m.m. Nokre stader er det problem med gjeng- og ungdomskriminalitet.

Ungdom er overrepresenterte i kriminalstatistikken, og dei er også den aldersgruppa som er mest utsett for lovbrøt som vald og seksuell vald. Sjølv om ungdomskriminaliteten er lågare no enn for 10–15 år sidan, har det vore ein auke i den alvorlege kriminaliteten i aldersgruppa 15–17 år. Det er ei lita gruppe som står for mykje av denne auken. Dei utfører kriminalitet som vald og narkotikasal. Det er også i periodar alvorlege valdsendingar, skyte- og knivepisodar som skaper stor utryggleik i lokalmiljøa som blir ramma. Dette er særleg tydeleg i nokre område i Oslo og det sentrale austlandsområdet. Det er ofte rivaliserande gjengar og ungdomsgrupperingar som er innblanda. Ungdommar som gjer gjentatt og alvorleg kriminalitet, kan stå i fare for å bli rekrutterte til organiserte kriminelle gjengar.

Regjeringa vil møte utfordringar knytte til levekår, kriminalitet, sosial mobilitet og barnefattigdom i byane. Regjeringa er opptatt av at alle nabolag skal vere gode og trygge stader å bu og vekse opp i. Inntektssystemet til kommunane tar omsyn til at blant anna levekåra er ulike frå éin kommune til ein annan. Ulike øyremerkte tilskot kompenserer også. I tillegg samarbeider regje-

ringa med dei store byane om områdesatsingar i område som har opphoping av levekårsutfordringar.

Regjeringa vil legge fram ei stortingsmelding om levekår i byar. Eit sentralt kunnskapsgrunnlag for meldinga vil vere NOU 2020: 16 Levekår i byer – Gode lokalsamfunn for alle. Erfaringar frå områdesatsingar i Oslo og fleire byar vil også vere viktig i arbeidet.

3.5.4 Friluftsliv for alle

Regjeringas mål er høg deltaking i friluftsliv i alle aldersgrupper og i alle delar av befolkninga. Då er det nødvendig med både attraktive friluftslivs-område og tilbod om friluftslivsaktivitetar i regi av lag og foreiningar.

Grøn rettferd er eit sentralt mål i denne samanhengen. Grøn rettferd inneber at det blir lagt vekt på å jamne ut sosial ulikskap i tilgangen til grøne område, slik at alle grupper i befolkninga får naturopplevingar og høve til å delta i friluftsliv, uavhengig av bustad og kva sosial gruppe ein tilhøyrer. Tverrfagleg og tverrsektoriell planlegging i kommunane er derfor heilt sentralt. Fagpersonar med ansvar for og kunnskap om behovet i ulike grupper, og dei som kjenner korleis områda blir brukte, må samarbeide med planleggarar i kommunane slik at all kunnskap blir samla og brukt i planlegginga og utforminga av omgivnadene.

Ferdselsåreprosjektet til Miljødirektoratet har som målsetting å bidra til eit nettverk av ferdselsårer for friluftsliv i kommunane. Regjeringa vil vidareutvikle og forlenge prosjektet ut over den opphavslege femårsperioden, der prosjektet skulle avsluttast innan utgangen av 2023.

Ein viktig del av ferdselsåreprosjektet er å formidle kunnskap til kommunar og andre aktørar om korleis ein kan legge til rette for ferdselsårer som varetar både naturverdiar, landskap og brukarane, samtidig som ferdselsårene skal tole påkjenningane som klimaendringane gir, med blant anna auka nedbør. Miljødirektoratet vil framover rettleie om konsekvensar av klimaendringar når det gjeld både ferdselsårer og anna tilrettelegging for friluftsliv.

Deltakinga i friluftsliv i befolkninga er høg og stabil. Likevel er det noko variasjon mellom ulike sosiale grupper, sjølv om fleire forskingsrapportar viser at friluftslivsaktivitetar har større grad av sosial likskap i deltaking enn mange andre former for fysisk aktivitet. Undersøkingar viser at barn frå minoritets- og låginntektsgrupper i lita grad driv friluftsliv på eiga hand, men at mange deltar i organiserte friluftslivsaktivitetar. For vaksne frå

16 år og oppover er eigenorganisert fritidsdeltaking lågast blant arbeidsledige, uføre, eldre og personar med låg utdanning. Det har dei seinare åra også vore ei negativ utvikling når det gjeld leiken til barn i naturområde, og dette blei forsterka under koronapandemien.

Regjeringa ønsker at alle barn og unge skal få kunnskap om og erfaring med friluftsliv. Forsking viser at barn og unge som driv med friluftsliv, i stor grad held fram med friluftsliv i vaksen alder.

Regjeringa er positiv til at friluftslivsorganisasjonane gjennomfører eit nytt Friluftslivets år i 2025, og vil støtte opp under dette. Eit Friluftslivets år 2025 vil skape merksemd om friluftsliv og vil kunne bidra til auka friluftslivsaktivitet, særleg blant barn og unge. For å skape interesse vil regjeringa auke informasjonen om fritidsfiske, jakt og hausting av bær, sopp og vekstar i norsk natur, med mål om å auke deltakinga i slike aktivitetar.

Merking og tilrettelegging av stiar og turvegar har stor betydning for ei høg allmenn deltaking i friluftsliv. Mange tettstader ligg i nærleiken av jordbruksareal, og gjennom kommunale miljøverkemiddel i jordbruket kan ein legge til rette for ferdsel i slike område. Også skogsvegar legg til rette for friluftsliv og annan aktivitet. Miljødirektoratet vil derfor vidareutvikle rettleingsmateriellet om kartlegging og verdsetting av friluftslivs-område og tilrettelegging av ferdselsårer for friluftsliv. Også medverknad frå friluftslivsorganisasjonane og den eigenorganiserte aktiviteten og samarbeid mellom organisasjonar, grunneigarar og kommunen er viktig for å legge til rette for friluftsliv på lokalt nivå.

Regjeringa er opptatt av å verne om og vareta allemannsretten, som forankrar fri ferdsel og opphald i utmark. Det er viktig at friluftslivsutøvarane har kunnskap både om rettane som ligg i allemannsretten, og om pliktene og avgrensingane, slik at ein varetar omsynet til naturen, grunneigarar, dei som har næringa si i utmarka, og andre friluftslivsutøvarar. God og tilrettelagd informasjon om allemannsretten kan også bidra til auka deltaking i friluftsliv. Regjeringa vil derfor halde fram og vidareutvikle informasjonsarbeidet knytt til rettane og pliktene som følger av allemannsretten.

3.5.5 Anlegg for idrett og fysisk aktivitet og sosiale møteplassar

Gode forhold i lokalsamfunnet for idrettsaktivitet, fysisk utfolding og sosialt samvær fremjar psykisk og fysisk helse. Barn og unge treng uteområde i barnehagar og skular som er store nok,

og med kvalitetar som stimulerer til variert leik og fysisk aktivitet, og dei treng trygge gang- og sykkelveggar for å kunne sykle eller gå til og frå skule og idretts- og fritidsaktivitetar. Uteområde i skular og barnehagar er også potensielt viktige sosiale møteplassar og arenaer for aktivitet utanom skuletid.

Krav til det fysiske miljøet i barnehagar og skular er regulerte i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Forskrifta stiller krav til det fysiske miljøet innandørs og til uteområda i barnehagane og skulane. Noregs miljø- og biovitenskaplege universitet tilrår i ein rapport frå 2019, Uteområder i barnehager og skoler – hvordan sikre kvalitet i utformingen?, å endre arealnorma (minimumsareal per barn), men uttaler samtidig at kvalitetar i uteområda i noka grad kan kompensere for mindre plass. Rapporten peiker også på at det miljøretta helsevernet i kommunane ofte kjem for seint inn i planprosessane.

Lokaliseringa av barnehagar og skular har stor innverknad på høvet til å sikre gode uteområde, trygg framkomme og så vidare. Det er samtidig viktig at barna får kontakt med natur i uteromma i barnehagane. Naturen er ein god opplevingsarena og gir eit allsidig og stimulerande læringsmiljø. Kontakt med natur bidrar til utvikling, helse og trivsel hos både barnehagebarn og skuleelevar, og til å auke forståinga og interessa deira for naturen. Natur stimulerer til leik, nysgjerrigheit og fantasi, og bidrar til kreativitet og samspel med andre. Talet på barn som leikar ute i naturen, har gått ned dei seinare åra, og mange barn får no erfaring med natur og friluftsliv berre gjennom barnehage og skule. Derfor bør uteromma i barnehagane legge til rette for kontakt med natur gjennom eit høgt innslag av tre, busker og grønne område.

Regjeringa vil legge til rette for at slike omsyn kan bli vurderte på eit tidleg stadium i planprosessen, blant anna i kommuneplanens arealdel, og at relevante sektorar er tilstrekkeleg involverte. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram ei ny forskrift om miljø og helse i barnehagar, skular og skulefritidsordningar som skal erstatte forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Krav til uteområde vil bli omfatta av forskrifta.

I kommunal planlegging er kjønn i lita grad spesifisert. Jenter og gutar har til dømes ulike behov for tryggleik og ulike aktivitetspreferansar (24). Det er viktig at ein under planlegginga ser utfordringane som forskjellar mellom kjønn kan innebære.

Boks 3.6 Uteområde i barnehagar og skular

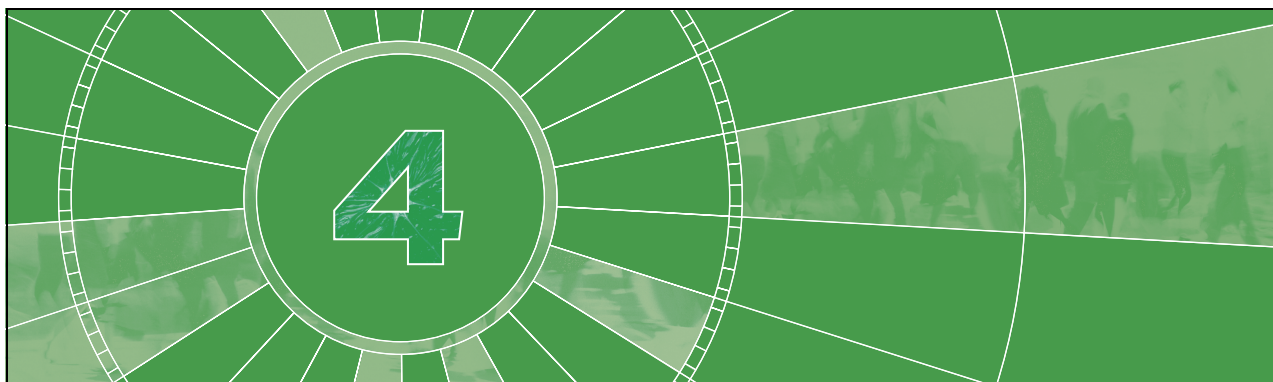
Uteområda i barnehagane og skulane bør ha kvalitetar, ein storleik og ei utforming som stimulerer til spontan leik og variert fysisk aktivitet, og som dermed varetar det behovet barna og elevane har for leik og rørsle. Utforminga av uteområda skal fremje helse, trivsel, leik og læring, dekke behov for aktivitet og kvile og førebygge skadar, ulykker, overgrep og andre alvorlege hendingar. Utforminga av uteområda har også betydning for det psykososiale miljøet. Det må sikrast trafikksikre omgivelnader og tilgjenge for alle. Uteområda bør innehalde naturelement og variert terreng, og dei bør ha varierte funksjonar som er tilpassa ulike aldersgrupper og funksjonsnivå. Det må settast av tilstrekkeleg areal til uteområda, og nasjonale arealnormer er retningsgivande. Kvalitetar i utforminga kan kompensere for storleik.

Spelemidlar til bygging og rehabilitering av anlegg for idrett og fysisk aktivitet i kommunane skal bidra til at alle grupper i befolkninga kan drive idrett og fysisk aktivitet, både i regi av den frivillige, medlemsbaserte idretten og gjennom betre forhold for eigenorganisert, fysisk aktivitet. Turstiar, merkte rundløyper og skiløyper i nærmiljø og lokalsamfunn er døme på anlegg som blir nytta av svært mange menneske i alle aldrar til trening, mosjon og rekreasjon.

Dei viktigaste målgruppene for idrettspolitikken er barn (6–12 år) og ungdom (13–19 år), i tillegg til personar med nedsett funksjonsevne, med mål om at dei skal kunne delta i idrett og fysisk aktivitet ut frå ønska og føresetnadene sine.

Kultur- og likestillingsdepartementet har sett i gang ein heilskapleg gjennomgang av spelemiddelordninga til anlegg for idrett og fysisk aktivitet. Bakgrunnen er at regjeringa vil legge til rette for at det blir bygd fleire og betre anlegg, og for auka deltaking og tilgjengelegheit. Idrett og fysisk aktivitet er ein fellesskapsarena der alle, over heile landet, skal ha høve til å delta. Målet er at alle som ønsker det, skal ha moglegheit til å delta i organisert idrett eller drive eigenorganisert idrett og fysisk aktivitet.

4 Levevanar og førebygging av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD)



Figur 4.1

Helseåtfærd og vanar når det gjeld røyking, fysisk aktivitet, kosthald og alkohol, har stor innverknad på dei ikkje-smittsame sjukdommane (NCD – non-communicable diseases). Levevanar er ikkje berre individuelle val, men blir i stor grad påverka av vilkåra i samfunnet. Det er sosiale forskjellar i sjukdomsførekomst og risikofaktorar, og det er avgjerande å rette innsatsen mot dei bakanforliggende faktorane, legge til rette for sunne val, avgrense usunne val og sikre god oppfølging i helse- og omsorgstenestene. Regjeringa arbeider breitt og koordinert med strukturelle grep som legg til rette for gode val i eit folkehelseperspektiv.

Regjeringa vil

- legge fram ein heilskapleg NCD-strategi mot 2030 som viser retninga og satsingsområda innan folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstenesta

4.1 Mål

Noreg har slutta seg til Verdshelseorganisasjonens (WHO) mål om å redusere talet på personar som dør tidleg av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD-sjukdommar), med ein tredjedel innan 2030, med utgangspunkt i tala frå 2015. Målet er forankra i berekraftsmål 3.4 og er ei vidareføring av mål som blei sette i Verdshelseorganisasjonens handlingsplan for førebygging og kontroll av NCD-sjukdommar 2013–2020, som er forlengd til 2030. Handlingsplanen har ytterlegare åtte mål knytte til dei viktigaste risikofaktorane for dei ikkje-smittsame sjukdommane og til behandlinga av dei (tabell 4.1). Med bakgrunn i sosiale forskjellar i risikofaktorar, sjukdom og for tidleg død vil regjeringa rette ein særleg innsats mot tiltak som bidrar til å jamne ut sosiale forskjellar.

Tabell 4.1 Oversikt over mål for ikkje-smittsame sjukdommar (NCD)¹

Mål for ikkje-smittsame sjukdommar fram mot 2025 og 2030	Status ²
Mål 1: Dødsfall før 70 års alder: 33 % nedgang ³	17 % nedgang
Mål 2: Alkohol: Minst 20 % nedgang i skadeleg bruk ³	8 % nedgang i alkoholforbruk før 2020, sidan ingen sikre teikn til endring
Mål 3: Fysisk inaktivitet: 15 % nedgang ³	Nærmast oss ikkje målet for barn og unge. Liten nedgang for vaksne
Mål 4: Salt i kosthaldet: 30 % nedgang	Manglar data for utvikling over tid
Mål 5: Tobakksbruk: 30 % nedgang i bruk (dagleg eller av-og-til)	Røyking: Nærmast oss målet. Snusbruk: Auke for vaksne, stabilt høgt for unge
Mål 6: Høgt blodtrykk: 25 % nedgang	14 -15 % nedgang
Mål 7: Stoppe auken i andelen med fedme og diabetes	Går feil veg for diabetes. Auke i fedme, teikn til mindre bratt auke
Mål 8: Hjarte- og karsjukdom: Minst 50 % av dei som treng det, får behandling med legemiddel eller rådgiving for å forebygge hjarteinfarkt og hjerneslag	Legemiddel: Målet nådd. Rådgiving: Manglar data
Mål 9: Minst 80 % av befolkninga har tilgang til medisinsk behandling for ikkje-smittsame sjukdommar	Målet nådd

¹ Ikkje-smittsame sjukdommar definert som kreft, hjarte- og karsjukdommar, diabetes, kols. Psykiske lidningar er også inkluderte i NCD-rammeverket, men det er ikkje sett konkrete mål for slike lidningar.

² Tala er baserte på kunnskapen Folkehelseinstituttet har tilgjengeleg per 2022, og viser status for året 2021 eller tidlegare. Instituttet nyttar til dømes fem års gjennomsnitt for å berekne andelen som bruker tobakk, slik at målepunktet er det midtarste året i femårsperioden, det vil seie 2019.

³ Mål 1 er i tråd med FN sitt globale berekraftsmål for helse utvida til 33 % nedgang, og perioden for å oppnå målet er endra til 2015–2030. Mål 1 var opphavsleg definert av Verdhelseorganisasjonen som 25 % nedgang i perioden 2010–2025 (25)

Mål 2 er oppdatert til 20 % nedgang for perioden 2010–2030 (26)

Mål 3 er oppdatert til 15 % nedgang for perioden 2016–2030 (27)

Dei resterande måla gjeld for perioden 2010–2025.

Kjelde: Folkehelseinstituttet.

Verdhelseorganisasjonen definerer hjarte- og karsjukdommar, kreft, diabetes, kroniske luftvegs-sjukdommar og psykiske lidningar som ikkje-smittsame sjukdommar (NCD). Menneske med alvorlege psykiske lidningar og rusmiddelproblem lever i gjennomsnitt 15–20 år kortare enn resten av befolkninga. Den viktigaste årsaka er somatisk sjukdom, spesielt hjarte- og karsjukdommar, men også luftvegssjukdommar og kreft. NCD-sjukdommar kan i stor grad utsettast og forebyggast gjennom sunne levevanar. Å forebygge NCD-sjukdommar krev tiltak både på befolkningsnivå og på individnivå. Frivillig sektor spelar ei viktig rolle i det forebyggjande og helsefremjande arbeidet gjennom informasjonsarbeid, likepersonsarbeid og ulike aktivitetstilbod innan kultur, idrett, friluftsliv, kosthald og så vidare. Helsedirektoratets vegvisar for lokale folkehelseiltak er eit viktig verktøy for lokalt folkehelsearbeid.

Tiltak i helse- og omsorgstenesta vil bli løfta fram i forebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet, i opptrappingsplanen for psykisk helse og i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Regjeringa vil legge fram ein heilskapleg NCD-strategi fram mot 2030 etter at Stortinget har behandla desse dokumenta.

Usunt kosthald, fysisk inaktivitet, tobakksbruk og skadeleg bruk av alkohol har blitt definerte av Verdhelseorganisasjonen som dei felles underliggjande risikofaktorane for NCD-sjukdommar. Luftforureining har seinare blitt inkludert som ein risikofaktor og er omtalt i kapittel 6.6. Risikofaktorane har innverknad på fleire andre sjukdomsgrupper og helseplager, som muskel- og skjelettlidningar og demens og andre nevrologiske sjukdommar, og påverkar også munnhelsa. Sidan 2016 har Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Helsedirektoratet, hatt ansvar for å følge utvik-

linga av ikkje-smittsame sjukdommar i Noreg. Det er etablert ei nasjonal NCD-indikatorgruppe for arbeidet.

Internasjonalt arbeid mot ikkje-smittsame sjukdommar

Noreg deltar i EUs helseprogram EU4Health gjennom ei utviding av EØS-avtalen. EU-kommisjonen inviterte hausten 2022 Noreg til å søke om rolla som koordinator for «Joint Action on Cancer and other NCDs prevention – action on health determinants». Dette er eit stort samarbeid mellom styresmaktene i meir enn 20 av deltakarlanda i EU4Health. Samarbeidet skal blant anna bygge på kreftplanen til EU, «Europe's Beating Cancer Plan», og EU sitt initiativ for å takle ikkje-smittsame sjukdommar, «Healthier together». Gjennom felles innsats og koordinert handling skal deltakarlanda bidra til ei heilskapleg tilnærming til førebygging og tidleg oppdaging av kreft og andre ikkje-smittsame sjukdommar. Slik samarbeidet er foreslått frå Noreg og dei andre deltakarlanda, er det lagt vekt på å bidra til å redusere korleis sosiale forskjellar pregar både risiko, utvikling og behandling av kreft og andre ikkje-smittsame sjukdommar.

Samarbeidet vil støtte målet til regjeringa om å redusere sjukdomsbyrda av kreft og andre ikkje-smittsame sjukdommar, og implementerer EU4Health-programmets generelle mål om å fremje helse.

Regjeringa har store forventningar til denne satsinga, som kan gi Noreg høve til å løfte fram betydninga av dei underliggende årsaksfaktorane og påverke innsatsen for å førebygge kreft og andre ikkje-smittsame sjukdommar i Noreg og resten av Europa.

Noreg følger opp strategien Bedre helse, bedre liv – Innsats i norsk utviklingspolitikk for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer (2020–2024). Strategien styrker Noreg si rolle som global pådrivar i kampen mot ikkje-smittsame sjukdommar.

Pandemien og ikkje-smittsame sjukdommar

Covid-19-pandemien viste kor tett koplinga mellom dei smittsame og ikkje-smittsame sjukdommane (NCD) er. Høg førekomst av NCD-sjukdommar gjer oss ekstra sårbare. Menneske med diabetes, kreft og hjarte- og karsjukdommar, og dei som slit psykisk, merka konsekvensane av dårlegare helse-tenestetilbod som eit resultat av nødvendige omprioriteringar under pandemien. Dette resul-

terte i svært mange utsette kontrollar og behandlingar, etterslep i diagnosesetting og screening og færre tilbod om førebyggjande aktivitetar og rehabilitering. I tillegg risikerer menneske med NCD-sjukdommar alvorleg sjukdomsforløp som følge av covid-19. Pandemien har gjort sosiale forskjellar i helse tydelege og viser oss at førebygging og behandling av ikkje-smittsame sjukdommar er viktigare enn nokon gong. Frivillige organisasjonar gjorde ein særleg viktig innsats under pandemien, gjennom å informere og legge til rette for digitale møteplassar. Regjeringa vil ta med seg denne erfaringa i vidare informasjonsarbeid.

Levevanetiltak som jamnar ut sosiale helseforskjellar

Ei viktig årsak til dei sosiale helseforskjellane er forskjellar i levevanar, særleg vanar knytte til røyking, kosthald og fysisk aktivitet og det er også betydelege sosiale forskjellar i alkoholrelatert sjukelegheit og dødelegheit. Data frå sjukdomsbyrdeanalysar viser at røyking forklarar 20–25 prosent av forskjellane i levealder mellom den fjerdedelen som lever kortast, og den fjerdedelen som lever lengst. God livskvalitet og gode levekår har stor betydning når det gjeld å ta gode helseval for seg sjølv og sine næraste. Det er nødvendig å ha ei brei og open tilnærming for å forstå kva som påverkar den enkelte sine rammer for val, og kva som kan vere effektive tiltak. Sosiale og kulturelle normer kan prege vala til den enkelte og gjere at innbygarane tar til seg informasjon om helse og sunne val på ulike måtar (29). Det er viktig at folkehelseiltak er innretta slik at dei bidrar til å jamne ut sosiale helseforskjellar. Breie, universelle og strukturelle tiltak som økonomiske verkemiddel og reguleringar har vist seg godt eigna saman med samfunnsretta tiltak og tilpassa informasjon.

Sunn aldring

I folkehelsepolitikken inngår innsats for å fremje aktiv og sunn aldring i eit livsløpsperspektiv gjennom å arbeide for eit meir helsefremjande samfunn og gjennom å fremje faktorar som aukar livskvaliteten, blant anna førebygging av einsemd og deltaking i frivillig arbeid. Tiltak for å fremje fysisk aktivitet, sunt kosthald og røykfridom og avgrense alkoholbruk er sentralt.

Tiåret 2020–2030 er definert av Verdhelseorganisasjonen og FN som tiåret for sunn aldring (30). Det er eit stort potensial for ei friskare aldring både i aldersgruppa 65–79 år og blant eldre over 80 år. Som del av det nasjonale programmet

for eit aldersvennleg Noreg inngår også å auke forståinga av korleis vi sjølve kan planlegge og ta grep for ei friskare aldring gjennom å halde oppe fysisk og sosial aktivitet og å betre levevanane våre. Det er viktig å stimulere til at godt vaksne og eldre kan fortsette å meistre daglege gjeremål, delta i sosiale og kulturelle aktivitetar, og delta i organisert fysisk aktivitet som gå-grupper, nærturar og styrke- og balansetrening. Både kommunar, frivillige organisasjonar og private aktørar kan bidra til å gjere det lettare for eldre å komme seg ut. Å legge til rette for matkurs og måltidsfellesskap vil også vere eit viktig bidrag for at godt vaksne og eldre skal kunne halde oppe god helse, livskvalitet og fysisk funksjon.

Innsatsen for å fremje friskare aldring og redusere ikkje-smittsame sjukdommar har også stor betydning for å førebygge demens, og kan bidra til at menneske med demens er sjølvhjelpete lenger.

Forsking og dokumentasjon om friskare aldring og aldersvennlege løysingar er viktig. Blant anna Folkehelseinstituttet og befolkningsundersøkingane Hunt Aldring i Trøndelag og Norlag ved Nova, Oslomet, følger utviklinga i helse og livskvalitet i den eldre befolkninga.

Sjå omtale i kapittel 3.5.

4.2 Ny nasjonal tobakksstrategi

Tobakksbruk er framleis den viktigaste enkeltårsaka til sjukdom og tidleg død i Noreg og ei hovudårsak til sosiale helseforskjellar. Regjeringa har ein overordna visjon om eit tobakksfritt samfunn på sikt og legg her fram ein ambisiøs ny nasjonal tobakksstrategi.

Regjeringa vil

- innføre eit nasjonalt program for røykeslutt
- legge til rette for at alle som er fødd i 2010 og seinare, skal vere tobakksfri («tobakksfri generasjon»)
- innføre røykeforbod i private bilar med barn, på utandørs leikeplassar, idrettsområde og haldeplassar, og i fellesareal i burettslag m.m.
- vurdere røykeforbod på uteserveringar, festivalområde, offentlege strender og parkar og dessutan tiltak for å redusere plager frå røykinga til naboar i leileghetskompleks
- vidareføre høge særavgifter på tobakksvarer m.m. og styrke samarbeidet mellom helse- og tollstyresmaktene, blant anna vurdere eit prosjekt for å kartlegge omfanget av ulovleg innførsel av tobakksvarer m.m.
- vidareføre effektive tobakkskampanjar for å motivere folk til å slutte å røyke og hindre at unge startar, og vurdere å styrke tobakksførebyggjande skuleprogram
- innføre forbod mot fjernsal av tobakksvarer m.m. og vurdere innstrammingar i krava til spesialforretningar for å redusere reklameeffekten
- gjennomføre tobakkskonvensjonen artikkel 5.3, som regulerer korleis styresmaktene skal forhalde seg til tobakksindustrien
- tydeleggjere regelverket for produksjon av tobakksvarer m.m., utvide rapporteringspliktene til tobakksindustrien og vurdere fleire maksgrenser for innholdsstoff
- innføre standardiserte pakningar og forbod mot smakstilsetningar for e-sigarettar
- vurdere helseåtvningar på sigarettane
- greie ut korleis ein kan redusere reklame og eksponering for tobakksvarer m.m. i sosiale medium
- auke merksemda på miljøkonsekvensar av tobakk og innføre merke på snusboksar om at snus inneheld plast

4.2.1 Bakgrunn

Noreg er gjennom tobakkskonvensjonen forplikta til å ha oppdaterte strategiar og handlingsplanar på tobakksområdet. Vidare har Noreg slutta seg til NCD-målet om 30 prosent reduksjon i tobakksbruken innan 2025, og berekraftsmåla om å redusere talet på NCD-dødsfall med ein tredjedel innan 2030 og å styrke gjennomføringa av tobakkskonvensjonen i alle land.

Noreg har sidan 1970-åra vore internasjonalt leiande innan tobakksførebygging, og har som resultat av dette hatt den sterkaste røykenedgangen blant OECD-landa i perioden 2009–2019. Fleire land har no begynt å legge konkrete planar for å fase ut tobakksbruk og ikkje-medisinsk nikotinbruk innan eit visst årstal. Ei rekke land har meir vidtgåande røykeforbod enn Noreg, tilbod om gratis røykesluttmedisin og sektoravgifter for tobakksindustrien som finansierer røykeslutt og andre førebyggjande tiltak.

Helsedirektoratet berekna i 2010 at røyking kostar samfunnet 8 milliardar kroner per år i direkte kostnader, og 80 milliardar kroner per år viss ein inkluderer indirekte kostnader. Gevinsten ved ytterlegare nedgang i røyking blei estimert til 2–3 milliardar kroner per prosentpoeng.

Regjeringa vil gjennom denne nye tobakksstrategien ta sikte på å redusere tobakksrelaterte helseskadar og bidra til å oppfylle dei internasjonale

nale forpliktingane våre. Strategien følger opp Hurdalsplattforma, der det kjem fram at regjeringa vil føre vidare ein restriktiv tobakkspolitikk. Strategien inngår også som eit ledd i oppfølginga av oppmødingsvedtak nr. 915 frå 2018, der Stortinget bad regjeringa greie ut og fremje forslag om endringar i tobakksskadeloven med mål om å hindre at ein ny generasjon blir avhengig av tobakk, gjere fleire arenaer i samfunnet tobakksfrie og styrke vernet mot passiv røyking.

Noreg deltar i eit tobakksprosjekt under EUs helseprogram, der ei av arbeidsgruppene jobbar med å legge til rette for såkalla *endgame*, altså utfasing av tobakksepidemien. Fleire land lagar no planar for å fase ut bruken av tobakksvarer og nikotinprodukt, med kraftfulle tiltak:

- New Zealand har mål om å bli røykfritt innan 2025, i alle befolkningsgrupper.
- England har sett som mål å bli røykfritt innan 2030.
- Finland har mål om å bli tobakks- og nikotinfritt innan 2030.
- EU har mål om å bli tobakksfritt innan 2040. Som eit delmål skal prosentdelen røykarar reduserast frå 25 til 20 innan 2025.

Alle desse definerer tobakksfri/røykfri/nikotinfri som under 5 prosent daglegrøykarar eller daglegbrukarar av tobakk og ikkje-medisinske nikotinprodukt. Tiltaka i denne strategien rettar seg mot alle tobakksvarer og ikkje-medisinske nikotinprodukt, heretter omtalte som «tobakksvarer m.m.».

4.2.2 Bruk av tobakksvarer m.m. i Noreg

Røyking fører årleg til om lag 5000 for tidlege dødsfall i Noreg og vil vere eit stort folkehelseproblem i mange år framover, ifølge tal frå Global Burden of Disease-prosjektet. Ein studie har berekna kor mange krefttilfelle vi kunne forhindre dersom ingen røykte; og fann at med dagens røykevanar kjem 95 000 personar i Noreg til å få kreft innan 2045 (31). Dette viser det enorme potensialet som ligg i å satse på røykeslutt. Sjølv om delen som røyker, har gått kraftig ned, særleg blant unge, er røykeandelen framleis høg i aldersgruppa 55–64 år, med 10 prosent daglegrøykarar (32).

Vi har ein låg røykeandel blant unge i Noreg, men høg andel av-og-til-røykarar. I aldersgruppa 16–24 år røyker 15 prosent av og til. I tillegg har fleire åtvare om at den nedgåande trenden kan snu, og i år såg vi for første gong ein stor auke i dagleg røyking blant unge menn; i aldersgruppa

16–24 år auka andelen daglegrøykarar frå 2 prosent i 2021 til 4 prosent i 2022, og i aldersgruppa 25–34 år auka han frå 4 til 7 prosent i same perioden. Dette kan vere ein tilfeldig årleg variasjon, men departementet meiner at det er svært viktig å følge med på utviklinga framover.

Bruken av snus har auka dramatisk sidan starten av 2000-talet, særleg blant unge. Folkehelseinstituttet har tidlegare kalla utviklinga ein snusepidemi blant unge (33). Blant unge menn i alderen 16–24 år bruker no totalt 37 prosent snus, og i aldersgruppa 25–34 år er andelen heile 40 prosent. Endå meir bekymringsfull er den store auken i bruk av snus blant unge kvinner: Totalt bruker no 23 prosent snus blant dei yngste kvinnene (16–24 år) og 25 prosent i aldersgruppa 25–34 år. Også snusbruk medfører risiko for alvorlege helseskadar: Folkehelseinstituttet har konkludert med at snusbruk kan gi auka risiko for kreft, auka dødelegheit ved kreftdiagnose, høgt blodtrykk, auka dødelegheit etter hjarteinfarkt og hjerneslag, skadar i munnen og diabetes type 2, og dessutan mogleg auka risiko for psykose, vektauke og fedme. Snusbruk hos gravide kan gi auka risiko for tidleg fødsel og mogleg auka risiko for låg fødselsvekt, keisarsnitt, leppe-/ganedefektar, dødfødsel og seinare åtferdsforstyrringar hos barnet (33).

Vidare er det uvisst korleis bruken av nye produkt som e-sigarettar og nikotinsnus vil utvikle seg i Noreg. Erfaringar frå andre land viser at slike produkt raskt kan få appell blant barn og unge. Ein dansk rapport frå 2022 har vist at nikotin påverkar hjernane til barn og unge langt meir enn ein tidlegare har trudd (34). Hjernen er først ferdig utvikla i 25–30-årsalderen, og bruk av nikotin i ungdommen har ein negativ påverknad på utviklinga til hjernen på fleire område. I tillegg til å skape avhengnad aukar nikotin risikoen for å bli avhengig av sigarettar og rusmiddel generelt. Nikotin ser såleis ut til å ha ein såkalla «gateway»-effekt. Ifølge rapporten kan nikotin også ha ein skadeleg effekt på kognitive funksjonar som merksemd og motivasjon, utvikling av sjølvkontroll, til dømes evna til å regulere kjensler og impulsivitet, psykisk helse, blant anna angst og depresjon, forhøgd stressfølsemd og ein betenelsesliknande tilstand i hjernen, som kan forstyrre modninga til hjernen. Utover negative hjerneeffektar peiker rapporten på at nikotinbruk i svangerskap kan føre til auka risiko for låg fostervekt og dårlegare lungefunksjon for barnet, for tidleg fødsel og dødfødsel. Rapporten konkluderer også med at nikotin har skadeleg verknad på hjarte og kar, og på lengre sikt aukar dette risi-

koen for høgt blodtrykk, hjarteskjukdom og blodproppar. Rapporten konkluderer med at barndom og ungdom er ein periode med auka risiko for å bli avhengig av nikotin og ein særleg sensitiv periode for varige skadeeffektar på utviklinga av hjernen.

4.2.3 Særlege utfordringar

Store sosiale forskjellar i tobakksbruk: Blant befolkninga med berre grunnskuleutdanning er det 19 prosent som røyker dagleg, medan det berre er 3 prosent blant dei med universitets- og høgskuleutdanning. Delen røykarar er også høgare i ein del innvandrargrupper. Ein ser også sosiale forskjellar i bruk av snus. Det er behov for tiltak som støttar opp under tobakksavvenning.

Av-og-til-røyking blant unge: I Noreg er det berre 1–2 prosent i alderen 16–24 år som røyker dagleg, men delen som røyker av og til, har lege stabilt rundt 14–15 prosent sidan 2010. Ei undersøking har vist at ein tredjedel av desse røyker oftare enn éin gong i veka, og dei aller fleste har eit feilaktig inntrykk av helserisikoen knytt til dette (35).

Av-og-til-røyking aukar klart risikoen for kreft, hjarteskjukdom og kols. Ved røyking av 1–4 sigarettar dagleg aukar risikoen for lungekreft med fem gongar for kvinner og tre gongar for menn (36). Ein studie frå 2014 viste at 57 prosent av av-og-til-røykarane hadde slutta å røyke før dei blei 27 år, medan 26 prosent framleis røykte av og til, og 17 prosent var blitt daglegrøykarar (37). Det er behov for tiltak som reduserer tilgangen til røyk for unge og talet på sosiale arenaer der røyking er tillate.

Snusbruk blant unge: Delen av daglege snusbrukarar i befolkninga er på rekordhøge 15 prosent, noko som er ei dobling på ti år. Auken har vore størst blant dei yngste. I aldersgruppa 16–24 år ligg no delen som bruker snus dagleg, på 22 prosent, og i aldersgruppa 25–34 år ligg han på 27 prosent (opp frå 13 prosent i 2012). Blant gutar i alderen 16–24 år er det 29 prosent daglege snusarar, og i alderen 25–34 år er prosentdelen 32. Blant jenter i alderen 16–24 år er det 16 prosent daglege snusarar, og blant kvinner på 25–34 år er prosentdelen 22, noko som er særleg bekymringsfullt med tanke på potensielle fosterskadar. Mange gravide klarer ikkje å slutte under svangerskapet. Det er behov for tiltak som reduserer tilgangen til snus for unge og som gjer produkta mindre attraktive.

Nye tobakks- og nikotinprodukt: Det blir stadig utvikla nye produkt som kan få innpass i Noreg

om kort tid. Desse produkta blir som regel heftig marknadsførte overfor unge på internett og i sosiale medium, og i eigne spesialdesigna forretningar. Tobakksindustrien er opptatt av å skaffe nye kundegrupper sidan dei tradisjonelle røykarane blir færre. Det er behov for tiltak som hindrar rekruttering av barn og unge til nikotinavhengnad.

Påverknad frå tobakksindustrien: Noreg var det første landet som blei part til tobakkskonvensjonen. Ei unik føresegn i denne konvensjonen er at styresmaktene skal hindre at tobakksindustrien får påverke tobakkspolitikken, då det er ei grunnleggande motsetning mellom interessene i industrien og omsynet til folkehelsa. Denne internasjonale forpliktinga medfører at Noreg må sette omsynet til folkehelsa føre næringsinteresser på dette området.

4.2.4 Hovudmål i ny strategi

I tobakkskadeloven er det tatt inn ein visjon om eit tobakksfritt samfunn på sikt. Regjeringa vil bygge vidare på denne visjonen i sitt tobakksføbyggande arbeid.

Hovudmål:

- Delen daglege røykarar og snusbrukarar skal vere under 5 prosent i alle alders- og utdanningsgrupper.
- Barn fødte i 2010 og seinare skal ikkje bruke tobakksvarer m.m.
- Alle som ønsker det, skal få tilbod om gratis hjelp til å slutte å røyke.
- Tilgangen til tobakksvarer m.m. skal bli vesentleg redusert for å verne barn og unge.
- Ingen skal bli plaga av passiv røyking.
- Tobakksindustrien skal ikkje kunne påverke tobakkspolitikken, i tråd med dei internasjonale forpliktingane våre.

4.2.5 Innsatsområde og tiltak

Nasjonalt program for røykeslutt

Røyking er svært sosialt skeivfordelt og fører til sosiale helseforskjellar. Den røykerelaterte sjukdomsbyrda er venta å vere høg i mange år framover. For å snu trenden med røykerelatert kreft raskast mogeleg må vi ifølge Kreftregisteret få endå fleire 50- og 60-åringar til å slutte å røyke (38). Noreg pliktar etter tobakkskonvensjonen å gjennomføre effektive tiltak for å bidra til røykeslutt og behandling av tobakksavhengnad.

Det store fleirtalet av dei som prøver å slutte, mislykkast. Berre 3–5 prosent av dei som prøver å

slutte på eiga hand, vil vere røykfrie 6–12 månader etter eit forsøk. Men med kunnskapsbasert sluttemetode (legemiddel og rettleiing) kan sjansen for å lykkast bli mangedobla; 10–30 prosent vil bli varig røykfrie på eit gitt forsøk, ifølge ein rapport Helsedirektoratet utarbeidde for Helse- og omsorgsdepartementet i 2022.

Helsedirektoratet har i perioden frå 2020 til 2023 gjennomført eit pilotprosjekt for røykeslutt i Vestre Viken, der deltakarane har fått gratis legemiddel til røykeslutt og rettleiing ved frisklivs-sentralar. Prosjektet har blitt evaluert av Folkehelseinstituttet og har vist svært gode resultat. Det var stor interesse for å delta i prosjektet, og av deltakarane som svarte på oppfølgingsskjemaet etter ni månader, var 54 prosent røykfrie (svarprosent på 53). Dette er eit svært godt resultat når det gjeld røykeavvenning.

Hovudfokuset i tobakksstrategien overfor dagens røykarar er å tilby hjelp og oppmuntring til røykeslutt. Dette er eit viktig tiltak mot sosiale helseforskjellar. Regjeringa vil sjå på moglegheitene for å sette i gang eit nasjonalt program for røykeslutt, basert på erfaringane frå pilotprosjektet i Vestre Viken. Tidspunktet for iverksettinga vil avhenge av budsjettdekning.

Tobakksfri generasjon frå 2010

Stortinget endra i 2013 formålsparagrafen i tobakksskadeloven til å inkludere eit langsiktig mål om eit tobakksfritt samfunn. Tobakksskadeloven § 17 fastset i dag eit forbod mot å selje eller overlate tobakksvarer, e-sigarettar m.m. til personar under 18 år. Alle salsstader er registrerte i eit nasjonalt register, og kommunane fører tilsyn med at dei overheld aldersgrensa. Helsedirektoratet med fleire har foreslått å auke aldersgrensa for alle tobakksvarer m.m. til 20 år, og grunngir forslaget med at det vil redusere tilgangen. Det vil vere langt vanskelegare for ein 16-åring å få kjøpt tobakk om aldersgrensa er 20 år, enn om ho er 18 år. Legeforeningen har tatt til orde for at aldersgrensa bør bli heva årleg, slik at dei som er barn i dag, aldri får tilgang til tobakksvarer m.m. Undersøkingar frå Folkehelseinstituttet har vist at det er brei støtte i opinionen for å heve aldersgrensa.

I Danmark lanserte den sosialdemokratiske regjeringa i mars 2022 ein strategi kalla «Generation 2010+ skal være nikotinfri». Strategien går ut på at ingen som er fødde i 2010 eller seinare, skal starte å røyke eller bruke nikotinprodukt. Eit aktuelt tiltak som blei nemnt, var å heve aldersgrensa gradvis. Andre tiltak skulle også bli sette i

verk for å gjere tobakk mindre tiltrekkande på barn og unge, og mindre tilgjengeleg. Den nye danske regjeringa som tok over i desember 2022, har ikkje slutta seg til denne strategien i den politiske plattformen si.

New Zealand vedtok i desember 2022 eit lovforslag om «tobakksfri generasjon», som går ut på at det er ulovleg å selje tobakksvarer til personar som er fødde etter 1. januar 2009. Landet har også vedtatt å redusere talet på salsstader for tobakk frå 6000 til 600 innan utgangen av 2023. Tiltaka er særleg mynta på å redusere sosiale helseforskjellar knytte til tobakksbruk.

I tillegg til å hjelpe vaksne tobakksbrukarar til å slutte, er det avgjerande at vi hindrar at stadig nye generasjonar blir nikotinavhengige, med dei helsefarane dette medfører. Regjeringa ønsker å legge til rette for at barn som er fødde i 2010 og seinare skal vere ein tobakksfri generasjon. Barn bør bli beskytta frå framtidig avhengnad og helse-risiko.

Regjeringa vil vurdere nærare kva tiltak som kan vere aktuelle for å nå målet om ein tobakksfri generasjon.

Vern mot passiv røyking

Helserisikoen ved passiv eksponering for tobakksrøyk er godt kjent, og passiv røyking er særleg skadeleg for barn. Det finst inga risikofri nedre grense for slik eksponering. Ifølge eit estimat frå Folkehelseinstituttet frå 2017 blir om lag 11 prosent av barn i Noreg utsette for dagleg passiv røyking. Når det gjeld vaksne, er anslaget at mellom 9 og 10 prosent av befolkninga i Noreg dagleg blir utsette for passiv røyking. Det er stor uvisse knytt til estimata (39).

Regjeringa ønsker å bidra til at færre blir utsette for passiv røyking. Alle barn har rett til eit røykfritt miljø, jf. tobakksskadeloven § 28. Regjeringa vil derfor innføre røykeforbod i private bilar der barn er passasjerar, på utandørs leikeplassar, idrettsområde og haldeplassar, og i fellesareal i burettslag m.m. Desse forslaga om utviding av røykeforbodet var på høyring i 2021, og fleirtalet av høyringsinstansane støtta forslaga.

I tillegg vil regjeringa vurdere nye tiltak mot passiv røyking. Helse- og omsorgsdepartementet vil greie ut forslag til røykeforbod på uteserveringar, festivalområde, offentlege strender og parkar, og dessutan tiltak for å redusere plager frå røykinga til naboar i leileghetskompleks. Slike reguleringar har allereie blitt innførte i ei rekke land, blant anna i Sverige og Finland.

Avgifter og ulovleg handel

Prisverkemiddel er eit av dei best dokumenterte tiltaka for å redusere tobakksbruk, særleg blant unge og personar med dårleg kjøpekraft. Tobakksvarer er underlagde ei særavgift som går inn i statskassa. I 2023 er det anslått at inntektene til staten frå tobakksavgiftene vil vere på om lag 7,5 milliardar kroner. Verdshealseorganisasjonen rår til at tobakksavgifta bør utgjere minst 70 prosent av prisen. I tillegg til særavgiftene har Helse- og omsorgsdepartementet eigne sektoravgifter som belastar delar av tobakksbransjen, og som skal finansiere konkrete oppgåver for styresmaktene. Regjeringa vil vidareføre høge særavgifter på tobakksvarer m.m., som eit effektivt tiltak for å redusere tobakksbruk og motverke sosiale helseforskjellar.

Norge er part til protokollen mot ulovleg handel med tobakk, ein folkerettsleg avtale som er forhandla fram under tobakkskonvensjonen. Som del av den kommande gjennomføringa av EUs tobakksdirektiv vil Noreg innføre eit nytt system for sporing og tryggleiksmerking av tobakksvarer. Hensikta er at ein skal kunne følge tobakksvarene frå produksjon til sal, for å hindre at varene forsvinn ut i ulovlege kanalar. Regjeringa vil styrke samarbeidet mellom helse- og tollstyresmaktene, og som ledd i dette vurdere eit prosjekt for å kartlegge omfanget av ulovleg innførsel av tobakksvarer m.m. inn til Noreg. Tiltaket er avhengig av budsjettdekning.

Tobakkskampanjar og skuleprogram

Tobakkskampanjar kan vere effektive for å hindre at unge begynner med tobakksvarer m.m., og for å auke motivasjonen til å slutte hos etablerte tobakksbrukarar. Helsedirektoratet gjennomfører årleg fleire typar kampanjar og andre former for informasjonsopplegg. Helsedirektoratet har også utvikla det digitale skuleprogrammet FRI for ungdomsskulen. Programmet har fått gode resultat i evalueringar. Regjeringa vil vidareføre effektive tobakkskampanjar for å motivere folk til å slutte og hindre oppstart blant unge. Regjeringa vil vidare vurdere å styrke tobakksførebyggjande skuleprogram. Tiltaka er avhengige av budsjettdekning.

Sal og fjernsal av tobakksvarer m.m.

Fjernsal er i praksis det same som nettsal, men omgrepet dekkjer også andre typar sal der seljaren og kjøparen ikkje er på same staden på kjøpstids-

punktet. EUs tobakksdirektiv fastset at landa må velje mellom å forby grensekryssande fjernsal eller å innføre ei registreringsordning. Direktivet er innlemma i EØS-avtalen og er venta å tre i kraft i Noreg i 2023.

Stortinget vedtok i 2016 ei registreringsordning for fjernsal med nokre nasjonale tilleggskrav. Desse krava var alderskontroll ved utlevering av varene og at utlevering må skje ved personleg overlevering frå registrerte utleverarar. Ordninga er delvis gebyrfinansiert. Ved val av registreringsordning blei det vist til at det på det tidspunktet føregjekk lite privatimport, og at konsekvensane og utfordringane knytte til fjernsal av tobakksvarer var små. Det blei likevel framheva at ein skulle følge utviklinga for å vurdere behovet for eit forbod på sikt.

Sidan den gong, har omfanget av privatinnførsel auka vesentleg. Vidare har talet på aktørar som sel tobakksvarer og e-sigarettar til norske forbrukarar via digitale kanalar, auka. Det har komme fleire nye aktørar på marknaden som bruker aggressive marknadsføringsmetodar, og produkta har blitt sendt rett i postkassa til mindreårige. Tilsyn med fjernsal er svært tid- og ressurskrevjande, spesielt om aktørane er lokaliserte utanfor EU. Handelsorganisasjonane har klagt over at dette medfører urettferdige konkurransevilkår for dei seriøse norske aktørane, særleg daglegvareforretningane. Ved fjernsal blir produkta ofte selde billegare enn i fysiske butikkar, noko som bidrar til auka tilgjengelegheit, spesielt for mindreårige som er svært prissensitive.

Meir enn halvparten av EU-landa har innført forbod mot fjernsal av tobakksvarer. Ein rapport frå EU-kommisjonen frå 2021 viser at dei landa som har valt registreringsordning, har store utfordringar med at dei digitale alderskontrollsystema ikkje er effektive.

Regjeringa vil på denne bakgrunnen innføre eit forbod mot fjernsal av tobakksvarer og e-sigarettar for å sikre betre kontroll med salet av slike varer. Fjernsal medfører at desse varene blir meir tilgjengelege for mindreårige, då det er vanskelegare å kontrollere at aldersgrensa blir overhalden. Eit forbod vil også redusere eksponeringa barn og unge blir utsette for på nett, motverke normalisering av tobakksbruk og redusere tilgjengelegheita av slike varer.

I 2021 var det over 8000 utsalsstader for tobakksvarer m.m. i Noreg. Dei siste åra har det komme stadig nye former for spesialforretningar for tobakksvarer og e-sigarettar. Desse forretningane har ofte utradisjonell utforming og kan i seg sjølve fungere som reklame. Regjeringa meiner at

det er viktig å motverke nye og kreative former for tobakksreklame, og vil vurdere innstramningar i krava til spesialforretningar for å redusere reklameeffekten.

Gjennomføring av tobakkskonvensjonen og redusert påverknad frå tobakksindustrien

Noreg er, saman med 181 andre land og EU, part i Verdshelegeorganisasjonens (WHO) tobakkskonvensjon. Konvensjonen er ein bindande internasjonal avtale, og det er i år 20 år sidan avtalen blei vedtatt. Dei første åra la ein hovudvekta på å utvikle retningslinjer for korleis ein skulle forstå og gjennomføre konvensjonen. No er merksemda retta mot sjølve gjennomføringa i dei enkelte landa. Derfor passar det no å gå gjennom korleis konvensjonen og retningslinjene som høyrer til, blir gjennomførte i Noreg.

Tobakksindustrien utviklar stadig nye metodar for marknadsføring og påverknad. Noreg er gjennom tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 forplikta til å hindre at tobakksindustrien får innverknad på tobakkspolitikken. Partane har også vedtatt retningslinjer for korleis styresmaktene bør forhalde seg til industrien. Helse- og omsorgsdepartementet bad i ei høyring i 2015 om innspel til korleis denne føresegna kunne gjennomførast i Noreg. Regjeringa vil gjennomføre tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 med retningslinjer fullt ut i Noreg, og vil vurdere lovforankring, informasjonstiltak og retningslinjer for offentleg tilsette.

Produksjon av tobakksvarer m.m.

Då løyveordninga for produksjon av tobakksvarer blei vedtatt i 2018, var det ingen produksjon av tobakksvarer i Noreg. Helsedirektoratet har sidan den gongen behandla to søknadar, begge knytte til produksjon av snus. Direktoratet har erfart at krava som stillast i lovverket, ikkje fangar opp i tilstrekkeleg grad alle forholda knytte til produksjonsprosessen som er relevante. Korleis produkta blir produserte, kan påverke helserisikoen til sluttproduktet. Når det gjeld e-sigarettar, finst det ikkje noka tilsvarande løyveordning. Noreg har heller ikkje særskilde krav til innhaldsstoff i produkta, utover dei som følgjer av EUs tobakksdirektiv. I Sverige er det til dømes innført maksgrenser for fleire innhaldsstoff i snus.

Regjeringa vil tydeleggjere regelverket for produksjon av tobakksvarer m.m. og har gitt Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å greie ut endringsbehov. Regjeringa vil også utvide rapporteringspliktene

til tobakksindustrien og vurdere behovet for ytterlegare regulering av innhaldsstoff.

Gjere tobakksvarer mindre tiltrekkande for unge

Folkehelseinstituttet har gått gjennom forskning på produktregulering av tobakksvarer og e-sigarettar. Ulik utforming av sjølve tobakksvara og pakningsforma kan bidra til feilaktige oppfatningar om kor skadelege produkta er. Eit aktuelt tiltak kan vere å føre på helseåtvaringar på sjølve sigarettane, ikkje berre på pakninga. Slike helseåtvaringar blei foreslått i Canada i 2022. Når det gjeld e-sigarettar, er det stor variasjon i utforming og innpakning, og søte smakar kan verke tiltrekkande på unge. Regjeringa vil innføre standardisert innpakning og forbod mot smakstilsetningar i e-sigarettar. Regjeringa vil også vurdere å innføre helseåtvaringar på sigarettane.

Reklame i sosiale medium

Samanhengen mellom tobakksreklame og bruk av tobakk er godt dokumentert. Noreg har hatt eit forbod mot tobakksreklame sidan 1970-talet, men lovgivinga er ikkje tilstrekkeleg tilpassa ei tid med internett og sosiale medium. I ein rapport Retriever laga på oppdrag frå Kreftforeninga i 2021, går det fram at det i sosiale medium finst over 230 norske sider, kontoar eller profiler som eksponerer tobakk eller relaterte produkt på ein salsfremjande måte, og 69 prosent er bransjeaktørar. E-sigarettar skil seg ut som det mest eksponerte produktet i desse kanalane. Nesten alle i alderen 16–25 år bruker sosiale medium, og det er derfor nærliggande å anta at ein stor del barn og unge blir eksponerte for denne typen innhald. Slik eksponering bidrar til ei normalisering av tobakksvarer og e-sigarettar, som igjen kan føre til auka bruk. Sosiale medium blir også nytta som salskanalar og bidrar på denne måten til auka tilgjengelegheit av tobakksvarer og e-sigarettar.

Regjeringa oppretta i 2022 ei interdepartemental arbeidsgruppe som skal gjennomgå forbrukarvernet til barn i digitale medium. Regjeringa vil greie ut korleis ein kan redusere reklame og eksponering for tobakksvarer m.m. i sosiale medium.

Miljøkonsekvensar og plastforureining

Tobakksproduksjon medfører avskoging, dårlegare jord, tap av biomangfald, klimagassutslepp, giftig avfall, helseskadar for arbeidarane osb. På

verdsbasis er tobakksavfall ei stor kjelde til for-
søpling, og ifølge Verdsheleorganisasjonen er
det det mest forsøplande plastproduktet. I Finland
er det berekna at det kvart år blir kasta om lag 4
milliardar sigarettneipar på gata. Mange av dei
inneheld kadmium, arsenikk og bly. Dei giftige
kjemikala frå sigarettneipar kan forureine vatn
og forgifte fisk og dyr som et sneipane, og dei for-
svinn ikkje frå naturen. Sigarettneipar består i
hovudsak av plast og blir ikkje brotne ned. Etter
kvart utviklar plasten seg til skadeleg mikroplast.
Forsøpling med brukte snusposar er også eit
aukande problem.

EUs direktiv 2019/904 om plastprodukt regu-
lerer ei rekke eingongsprodukt av plast, blant
anna sigarettar med filter. Direktivet skal bidra til
å redusere miljøkonsekvensane av visse plastpro-
dukt, og fremje utviklinga av ein sirkulær øko-
nomi. I tråd med direktivet er det innført krav i
den norske produktforskriften om merking på
sigarettpakningane om at produktet inneheld
plast, og om negative miljøeffektar ved forsøpling
og uønskt avfallshandtering. Det skal vidare inn-
førast utvida ordningar for produsentansvar der
produsenten og/eller importøren av slike pro-
dukt skal dekke kostnadene for opprydding,
avfallshandtering og haldningsskapande arbeid.
Denne ordninga er under utgreiing i Miljø-
direktoratet.

Regjeringa vil auke merksemda om miljø-
konsekvensane av tobakksproduksjon, tobakkssal
og tobakksbruk og vil innføre krav om eit nytt
merke på snusboksar om at snus inneheld plast.

4.3 Kosthald

Det er eit mål å auke andelen som følger kostråda, og jamne ut sosiale forskjellar i kosthald. Kosthald, mat og måltid har betydning for helse og trivsel og er ein viktig del av kvardagen. Samtidig som sunt kosthald og gode mat- og måltidsvanar er positivt og helsefremjande, er usunt kosthald blant dei viktigaste risikofaktorane for sjukdom og for tidleg død både i Noreg og i resten av verda. Det er store sosiale forskjellar i kosthald, og regjeringa vil legge til rette for at det skal bli enklare å velje sunt og vanskelegare å velje usunt. Tiltak som skal bidra til betre kostvanar og sosial utjamning i kosthald er blant anna samarbeid med matvarebransjen og innsats for gode måltid i barnehagar, skular og skulefritidsordningar. Vidare vil ein vurdere tiltak for å verne barn og unge betre mot marknadsføring av usunn mat og drikke og andre verkemiddel for å nå måla i ernæringspolitikken.

Regjeringa vil

- følge med på og evaluere enkelte skulematordningar i kommunar og fylkeskommunar for å få best mogleg kunnskapsgrunnlag for å vurdere det vidare arbeidet med skulemåltid
- sikre at det blir utarbeidd gode verktøy og rett-leiarar til skuleeigarar og skular som etablerer skulematordningar
- gjere kjende tilrådingar om måltid i tråd med den reviderte forskrifta om miljø og helse i barnehagar, skular og skulefritidsordningar
- sette i gang eit eksternt utgreiingsarbeid om verkemiddel for å fremje eit sunt kosthald
- vurdere tiltak for å verne barn betre mot marknadsføring av usunn mat og drikke
- sjå nærare på aldersgrense og andre moglege verkemiddel for å avgrense bruken av energidrikkar blant barn og unge
- vurdere ein strategi for tverrsektorielt arbeid på kosthaldsområdet etter at planperioden for Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023) er omme

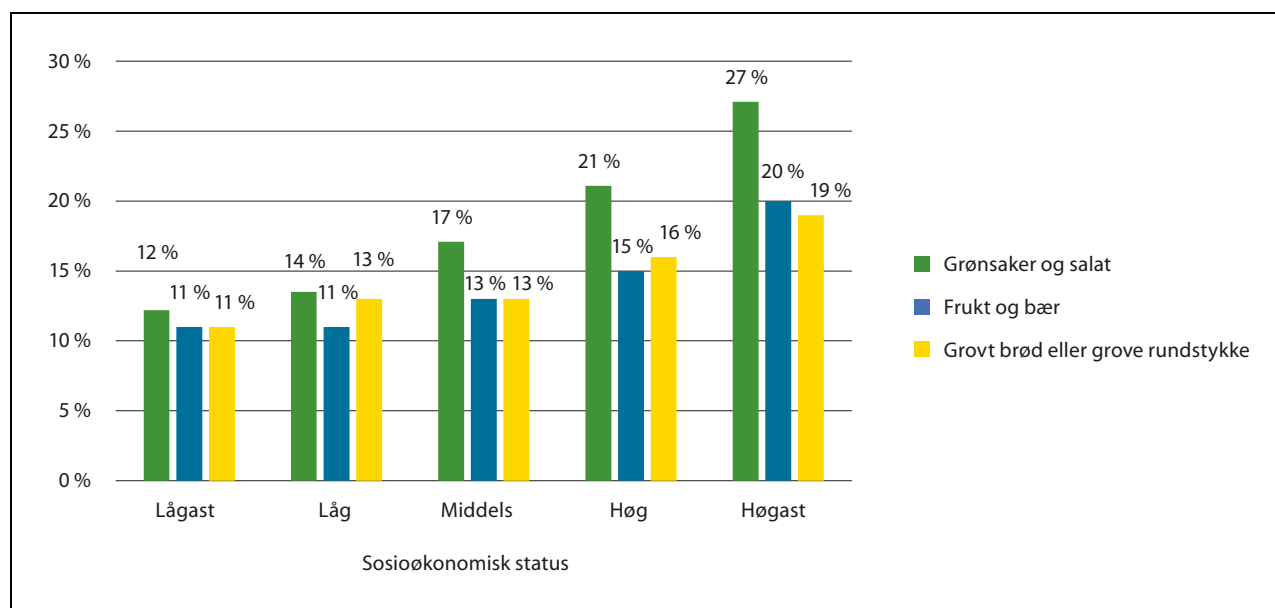
Helsedirektoratet tilrår å ha eit variert kosthald med mykje grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukt og fisk, og avgrensa mengder av tilarbeidd kjøtt, raudt kjøtt, salt, sukker og metta fett. Dei moglege samfunnsøkonomiske gevin-
stane av at befolkninga følger kostråda er anslått til totalt 154 milliardar kroner (40).

Kostråda til Helsedirektoratet er baserte på dei nordiske næringsstofftilrådingane, NNR 2012. NNR er under revidering og blir lagd fram som-
maren 2023. I arbeidet med NNR vil omsynet til berekraft, overvekt og fedme bli inkludert der det er tilstrekkeleg dokumentasjon. Dei nye nordiske tilrådingane blir ein viktig del av grunnlaget for ei revidering av kostråda til Helsedirektoratet.

Status og utfordringar

Sjølv om kosthaldet i Noreg over tid har hatt ei positiv utvikling, er Noreg eit stykke frå å nå målsettingane for kosthaldet og måla i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023). Data frå den nasjonale folkehelseundersøkinga i 2020 viste at berre 3,5 prosent av kvinnene og vel 1 prosent av mennene rapporterte eit inntak av frukt og grønt på fem porsjonar eller meir om dagen. Inntaket var lågast i Trøndelag og Nord-Noreg og blant yngre menn (41).

Personar med kortare utdanning har generelt sett høgare inntak av sukkerhaldig drikke og lågare inntak av frukt, bær og grønnsaker, fisk og



Figur 4.2 Inntak av eit utval matvarer etter sosioøkonomisk status

Delen ungdommar som svarer at dei dagleg et grønnsaker og salat, frukt og bær og grovbrød eller grove rundstykke, i ulike sosioøkonomiske grupper

Kjelde: Velferdsforskningsinstituttet Nova, Oslomet. Upubliserte tal fra Ungdata 2020–2022.

grove kornprodukt enn personar med lenger utdanning. Kvinner et i gjennomsnitt meir frukt og bær og mindre kjøtt enn menn, og eldre et oftare fisk enn unge (41). Tal frå Ungdata 2022 viser blant anna at totalt 80 prosent svarer anten at dei aldri et fisk som pålegg, eller at dei et det sjeldnare enn ein gong i veka. Det går vidare fram at det er store sosiale forskjellar blant ungdom når det gjeld å ete fisk til middag. Dette gjeld også andre varer vi bør ete meir av. Figur 4.2 viser den sosiale gradienten i dagleg inntak av eit utval matvarer blant unge (42).

4.3.1 Tverrsektoriell og brei innsats for betre kosthald

Regjeringa vil følge opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023), der det skal lagast sluttrapport etter at handlingsplanperioden er omme. Verkemidla på kosthaldsområdet ligg i fleire sektorar enn helse. Det er derfor behov for eit tverrsektorielt samarbeid og ein strategi for det vidare arbeidet på kosthaldsområdet. Eit grunnlag for dette vil kunne vere ei utgreiing som nemnd i punkt 4.3.2.

Regjeringa er opptatt av å gjere det enklare å velje sunt. Matvarebransjen og styresmaktene samarbeider om dette gjennom intensjonsavtalen for eit sunnare kosthald (43). Avtalen har konkrete mål, blant anna skal arbeidet bidra til å redu-

sere inntaket av salt, tilsett sukker og metta feitt i befolkninga, og auke forbruket av frukt, bær, grønnsaker, grove kornprodukt og fisk og sjømat («#MerAv»-produkta). Forbruket av matvarer vi

Boks 4.1 Matomgivnader

Matomgivnader er alle samanhengar der vi møter matsystemet i kvardagen, og alt som er med på å påverke kva folk et. Omgrepet omfattar faktorar som korleis det ser ut inne i butikkar, tilbod og reklame for mat og drikke, utsalsstader for mat i lokalsamfunn, mat som blir tilbydd i offentleg og privat sektor og matprisar. Dei siste åra har også digitale matomgivnader gjort seg stadig meir gjeldande. Matomgivnadene kan i stor grad påverkast gjennom utvikling, planarbeid og implementering av politikk og tiltak. Det er utvikla prosedyrar og indikatorar for å kartlegge matomgivnadene i samfunnet og vurdere i kva grad matomgivnadene legg til rette for sunne matval. Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2022 Folkehelseinstituttet i oppdrag å definere og planlegge for kartlegging av matomgivnader i Noreg. Ein rapport frå arbeidet er venta i 2023.

bør ete meir av, har vore stabilt eller gått ned dei seinare åra. Særleg har fiskeforbruket gått mykje ned, 12 prosent sidan 2011. Sentralt i arbeidet med intensjonsavtalen er å endre samansettinga i matvarer, utvikle nye og sunnare produkt og tilpasse porsjons- og pakningsstorleikar, i tillegg til å påverke forbrukaråtferd. Avtalen varer til 31. desember 2025.

Å legge til rette for sunnare val i miljøet rundt oss kan bidra til at befolkninga bevisst og ubevisst tar betre kosthaldsval. Samtidig er god kunnskap om råvarer, praktisk matlaging og samanhengen mellom mat og helse nødvendig for å velje og å lage sunn og berekraftig mat, og for å redusere matsvinn. Regjeringa følger opp Matnasjonen Norge, ein strategi fram mot 2030 som blant anna løftar fram betydninga av matkompetanse og rekruttering til matfag. Det er fylkeskommunane som har ansvar for å dimensjonere tilbodet i vidaregåande opplæring. I dette arbeidet veg fylkeskommunen ulike omsyn, som ønska til elevane, tilgang på læreplassar lokalt og behovet for kompetanse i arbeidslivet og samfunnet. Regjeringa meiner det er særleg viktig at vi har eit opplæringstilbod som er i tråd med kompetansebehovet i samfunnet.

4.3.2 Utgreiing om tiltak for å fremje eit sunt kosthald

Arbeidet med å endre kosthaldet krev mange ulike tiltak og innsats frå ulike aktørar og sektorar. Helsestyresmaktene sitt samarbeid med matvarebransjen, som er nedfelt i intensjonsavtalen om sunnare kosthald, er eit godt døme på dette. Verkeperioden for Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold går ut i 2023, men det er langt att før måla for eit sunt kosthald er nådde, og det er framleis store sosiale forskjellar i kosthaldet. Det er derfor nødvendig å meisle ut framtidig politikk på dette området. Regjeringa vil sette i gang eit eksternt utgreiingsarbeid om verkemiddel for å fremje eit sunt kosthold for å nå måla i ernæringspolitikken. Hovudmålet med utgreiinga er å finne fram til og vurdere tiltak som kan bidra til eit sunnare kosthald i befolkninga.

Utgreiinga skal ta utgangspunkt i utfordringsbiletet og kunnskap om effektive tiltak, inkludert tiltak som kan bidra til å jamne ut sosiale forskjellar i kosthald. Kostråda til Helsedirektoratet skal ligge til grunn. Ekspertgruppa skal blant anna vurdere sentrale element som kan påverke kosthaldet, slik som matomgivnader og tilgjengelegheit til sunn mat, kommunikasjonsarbeid, behov for auka kunnskap, behov for reguleringar

og økonomiske verkemiddel. Utvalet skal ikkje vurdere endringar i meirverdiavgiftssystemet. Utgreiinga skal innehalde samfunnsøkonomiske vurderingar. Regjeringa vil komme tilbake med eit mandat for arbeidet.

Gode mat- og måltidsvanar i barnehage, skule og skulefritidsordning (SFO)

Vanar som blir innarbeidde i barne- og ungdomsåra kan vare livet ut. Å legge til rette for eit sunt kosthald og gode mat- og måltidsvanar i barnehage, skule og SFO er derfor av stor betydning. Tiltak på desse arenaene er også viktige for å jamne ut sosiale forskjellar sidan dei når dei fleste barn og unge. Med reduserte prisar i barnehage og tolv timars gratis SFO for første og andre trinn får endå fleire moglegheit til å delta i barnehage og SFO, og arbeidet for å legge til rette for gode mat- og måltidsvanar blir stadig viktigare. Dei faglege retningslinjene frå Helsedirektoratet gir råd for korleis barnehagar, skular og SFO kan legge til rette for sunne måltid og måltids glede, og sikre gode rammer for måltida. Dette er også forankra i rammeplanane for barnehagar og SFO. Helsestasjons- og skulehelsetenesta og tannhelsetenesta er viktige samarbeidsaktørar og bidrar til kosthaldsinformasjon.

Boks 4.2 Matjungelen

Matjungelen er eit gratis aktivitetsprogram for SFO og barnehagar, der barn kan utforske og lære om mat som er bra for kroppen og klo den. Med leikbaserte og varierte aktivitetar får barna oppdage ein jungel av mat, utforske maten si reise frå jord og fjord til bord, leike seg med nye smakar og oppleve matglede i fellesskap. Målet med programmet er å gi barn kunnskap og engasjement for næringsrik og berekraftig mat, og dermed gjere barna til ambassadørar for gode matval for ei matglad framtid. Aktivitetsprogrammet inneheld blant anna ein kompetansehevingspakke for dei tilsette, aktivitetsopplegg for barna og materiell, utstyr og oppskrifter til bruk i barnehagar og SFO. Foreløpig evaluering viser at både barn, foreldre og tilsette generelt er svært fornøgde med opplegget. Programmet blir drifta av Folkelig, i eit partnerskap mellom ideell, privat og offentlig sektor.

Boks 4.3 Fiskesprell

Fiskesprell er eit nasjonalt kosthaldsprogram som er eit samarbeid mellom Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Noregs sjømatråd. Havforskningsinstituttet og Helsedirektoratet gir ernæringsfagleg støtte. Salslaga bidrar med råvarestøtte til innkjøp av fisk i undervisninga. Fiskesprell gir barn og unge gode sjømatopplevingar gjennom å kurse tilsette i barnehagar og skular, teoretisk og praktisk, i tillaging av sjømat, med basis i kostråda til Helsedirektoratet om auka forbruk av fisk og sjømat. Tilbodet er gratis for å kunne bidra til å jamne ut sosiale forskjellar i kosthald. Fiskesprell er eit vel-etablert kosthaldsprogram som når ut til alle fylka i landet.

I spørjeundersøkinga Spørsmål til Barnehage-Norge 2022 går det fram at det er vanleg praksis å servere lunsj både i kommunale og private barnehagar, men at private barnehagar i større grad også serverer frukost og ettermiddagsmat. Fiskepållegg, grønsaker og frukt blir tilbydd i dei fleste barnehagane. Den årlege foreldreundersøkinga til Utdanningsdirektoratet som barnehagane kan velje å bruke, har likevel over fleire år vist at foreldre med barn i private barnehagar i gjennomsnitt er meir fornøgde med mattilbodet enn foreldre med barn i kommunale barnehagar.

Betaling for kost (matpengar) kan komme i tillegg til foreldrebetalinga for barnehagen, og det er relativt stor spreining i kor mykje barnehagane tar i kostpengar. Det finst ikkje systematisk kunnskap om samanhengen mellom kostpengar og kvaliteten på mattilbodet, men forskjellar i kostprisen kan potensielt bidra til sosiale forskjellar ved at familiar som ikkje har moglegheit til å betale høge kostpengar, må velje bort enkelte barnehagar.

Variasjonar i kostpengar kan også bidra til ulike vilkår for kvaliteten på mattilbodet i barnehagane. Regjeringa ønsker ikkje at kostpengar skal vere ein drivar for sosiale forskjellar og kvalitetsforskjellar. Regjeringa vil derfor vurdere å innføre tydelegare regulering av kostpengar i barnehagane.

Eit mattilbod i tråd med kostråda og til ein rimeleg pris krev god kompetanse hos dei tilsette

i både barnehage og SFO. Høgskulen på Vestlandet tilbyr i 2023 heildigital etter- og vidareutdanning for tilsette i SFO, som gir kompetanse innanfor mat- og måltidsglede og fysisk aktivitet og rørsleglede i SFO. Utdanninga tar utgangspunkt i nasjonal rammeplan for SFO. Den reviderte strategien Kompetanse for fremtidens barnehage for perioden 2023–2025 har tiltak som skal bidra til å realisere intensjonane og krava i rammeplanen. Styresmaktene sitt kosthaldsprogram Fiskesprell og aktivitetsprogrammet Matjungelen barnehage, i tillegg til anna rettleiingsmaterieill frå Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet, kan bidra til å styrke matkompetansen i barnehagane og samtidig auke medvitet om alle aspekta ved mat- og måltidsarbeidet i barnehagen.

Regjeringa følger opp den nasjonale strategien for urbant landbruk, som oppmodar til auka bruk av skulehagar i undervisninga. Skulehagar kan bidra til folkehelse og livsmeistring. Her kan barna lære å lage smakfulle og næringsrike rettar av sjølvdyrka vekstar. Auka kunnskap om og respekt for råvarene medverkar til mindre matsvinn. Skulehagen er også ein arena for fysisk aktivitet.

Mat og måltid i skulen

Regjeringa har ambisjonar om å gradvis innføre eit dagleg sunt, enkelt skulemåltid, med fridom for skulane til å organisere dette sjølv. I ei tid med høg prisvekst og auka utgifter til blant anna mat er det kanskje særleg viktig at skulen som universell arena legg til rette for sunne skulemåltid. Oslofrukosten blei i si tid innført nettopp for å sikre at barn fekk i det minste eitt sunt måltid i løpet av dagen. For mange elevar er måltid i skulen ein vesentleg del av det daglege inntaket deira av mat og drikke, anten dei har tatt med maten, eller får han servert. Mat og måltid i skulen har derfor stor betydning for kosthaldet og matvanane til elevane og kan bidra til å danne grunnlaget for gode matvanar og god helse seinare i livet. Velorganiserte måltid og gode måltidsopplevingar betyr mykje for trivselen og kan bidra til eit godt læringsmiljø.

Måltidsvanar og tilbod til elevane i skulen

Måltidsvanane hos barn endrar seg med alderen. Andelen som et frukost, går ned i løpet av ungdomsskulen, og det er ein høgare del jenter enn gutar som droppar frukost. Trenden er den same for lunsj, andelen minkar i løpet av ungdoms-

skulen. Andelen som har med matpakke, er høg på barnetrinnet, medan han går ned på ungdomstrinnet og vidaregåande skule. Ved overgangen til ungdomstrinnet får mange høve til å gå utanfor skuleområdet for å kjøpe mat, som ofte er søte og feite varer. Skolefrukt er eit tilbod til alle norske grunnskular om å abonnere på frukt og grønnsaker. Ordninga blir organisert gjennom Opplysningskontoret for frukt og grønt. Ordninga kan vere foreldrebetalt, men ho kan også bli betalt av kommunen, skulen, foreldrerådets arbeidsutval eller andre, slik at ho er gratis for elevane. Skolelyst er ei abonnementsordning for mjølk og andre mat- og drikkeprodukt som blir tilbydd skular over heile landet. Ho blir drifta av Tine. Abonnementsordningane Skolefrukt og Skolelyst blir nytta av høvesvis 7 prosent og 30 prosent av elevane.

Ifølge rapporten Spørsmål til Skole-Norge frå 2022, som presenterer analysar og resultat frå Utdanningsdirektoratets spørjeundersøking til skuleleiarar og -eigarar våren 2022, har det skjedd ei endring sidan 2017 i kva slags mat- og drikketilbod som er vanlege på skulane. Tilbod om skulemjølk har gått ned frå 82 til 75 prosent. Andelen skular med tilbod om gratis skulefrukt er uendra (12 prosent), medan andelen som tilbyr ei abonnementsordning på skulefrukt, har gått ned frå 35 prosent i 2017 til 26 prosent i 2022. Det er likevel ein betydeleg auke i andelen ungdomsskular og vidaregåande skular som oppgir at dei har eit anna serveringstilbod, til dømes kantine, matbu eller skulerestaurant. I vidaregåande skule blei det i tillegg ofte servert gratis frukost (59 prosent i 2020 mot 26 prosent i 2017). Det er bekymringsfullt at undersøkinga viser at retningslinjene frå Helsedirektoratet i lita grad blir vektlagde blant skuleleiarar. Berre 19 prosent av skuleleiarane svarte at dei følgde opp retningslinjene i stor eller svært stor grad (44). Retningslinjene tilrår blant anna at elevane får minst 20 minutt til å ete. God tid til å ete er grunnleggjande for å sikre at elevane får i seg maten dei treng i løpet av ein lang skuledag. I samband med revideringa av forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. vurderer ein om tilrådinga om etetid i retningslinjene kan konkretiserast, blant anna med bakgrunn i at det er store variasjonar mellom skular, og at det framleis er mange elevar som får mindre enn 20 minutt til å ete.

Kunnskapsgrunnlag for innføring av skulemåltid

Innføring av skulemåltid vil vere ei stor reform, og det er nødvendig med eit godt kunnskapsgrunn-

lag for å sikre god organisering og ei treffsikker ordning. Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Folkehelseinstituttet og Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet har derfor oppdatert kunnskapsgrunnlaget og henta inn erfaringar med ulike ordningar ute i sektoren. Rapporten frå Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet viser at det finst mange ulike måtar å organisere skulemåltidet på, og at fasilitetane og ressursane til skulane og det lokale handlingsrommet deira pregar dei ulike skulematordningane. Det kjem fram at skulemåltidet for mange handlar om meir enn kva som blir ete. Å ete saman med andre er av betydning. Ein antar at mette elevar er meir mottakelege for læring enn svoltne elevar, og at elevane opplever skulemåltidet som eit bidrag til trivsel og fellesskap. Ved fleire skular er skulemåltidet i større grad eit trivsels- og/eller inkluderingsiltak enn eit kosthaldstiltak. Fleire vurderer det også som ein arena for å lære korleis ein fungerer saman med andre i måltidssituasjonen. I enkelte tilfelle blir skulemåltidet knytt til den pedagogiske verkeemda i skulen. Rapporten presenterer ulike modellar for organisering av måltidet når det gjeld innhaldet i skulematen, innkjøp, produksjon, tilrettelegging og finansiering (45). Desse modellane danner grunnlaget for dei samfunnsøkonomiske utrekningane til Helsedirektoratet knytte til innføring av eit skulemåltid (46).

Folkehelseinstituttet peiker i kunnskapsoppsummeringa si på at internasjonal forskingslitteratur indikerer at gratis skulemåltid har positive effektar på deltaking, kosthald, læring, fråvær og vektutvikling (mindre overvekt), men det er uvisst om desse resultata er overførbare til norske forhold. Tilbod om gratis skulemåltid kan påverke kosthaldet i ei positiv retning og bidra til å redusere sosiale forskjellar i kosthaldet, avhengig av kvaliteten på og innhaldet i skulemåltidet og av preferansane og deltakinga til elevane. Folkehelseinstituttet peiker på at det er behov for nye studiar av effekten av eit gratis skulemåltid på ulike utfallsmål i høginntektsland som Noreg (47).

Helsedirektoratet har gjort ein samfunnsøkonomisk analyse av å tilby skulemåltid i Noreg. Med utgangspunkt i erfaringsinnhentinga til Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet blei sju skulemåltidsmodellar vurderte i den samfunnsøkonomiske analysen. Dei ulike modellane gir grunnlag for ulike potensial for helsegevinst og andre moglege nytteverknader og blir samanlikna med dagens ordning med matpakke heimafrå. Analysen viser at nytteverknadene potensielt er større enn kostnadsverknadene for

fem av dei vurderte skulemålstidsmodellane. Trass i stor uvisse i utrekningane på grunn av at det manglar tilstrekkelege data, vurderer Helse- direktoratet gevinstpotensialet som stort og realistisk nok til å kunne tilrå ei gradvis innføring av skulemåltid parallelt med auka informasjonsinn- henting frå kommunar og fylkeskommunar der skulemåltid allereie blir praktisert (46).

Behov for meir kunnskap og gode verktoy

Regjeringa registrerer at stadig fleire kommunar, fylkeskommunar og enkeltskular på eige initiativ etablerer ulike former for skulemåltid. I statsbud- sjettet for 2023 er det sett av midlar til Folke- helseinstituttet og Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet for å hente inn ytterlegare kunnskap frå slike lokale ordningar. Senteret gjer eit viktig arbeid for å støtte opp om arbeidet til skulane knytt til måltid gjennom blant anna å samle og formidle kunnskap og erfaringar, utvikle støtte- og rettleingsmate- riell og drive forskings- og utviklingsarbeid.

Vidare har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle ulike typar verktoy til støtte for skulane og skuleeigarane i arbeidet med skulemåltid. For at skulemåltida skal vere i tråd med dei faglege ret- ningslinjene til helsestyresmaktene vil regjeringa arbeide vidare med å gjere desse kjende og få skulane til å nytte dei.

Å innføre måltid i skulen føreset ikkje berre gode råvarer, men også tilstrekkeleg utstyr og kvalifisert personell. Erfaringsinnhentinga viser at det er ulike måtar å løyse dette på. Regjeringa er opptatt av at det ikkje er lærarane som skal organisere skulemåltidet. Samarbeid med Nav, kantinedrift der elevar i til dømes matfag eller helsefag på vidaregåande skule kan få praksiserfa- ring, eller samproduksjon av mat for skulane og helse- og omsorgssektoren er døme på ordningar som kommunar og fylkeskommunar har erfarin- gar med. Skuleeigar kan også vurdere å inngå avtalar med lokale leverandørar av mat gjennom sesongen for å bidra til at skulemåltidet får posi- tive ringverknader for lokalmiljøet og klimaet.

4.3.3 Verne barn og unge mot marknadsføring av usunn mat og drikke

Den høge førekomsten av og sosiale ulikskapen i overvekt og fedme blant norske barn og unge gir grunn til bekymring. Marknadsføring av mat og drikke kan påverke vala til forbrukarane, og vala dei tar, kan påverke helsa deira. Forsking viser ein

klar samanheng mellom mengda reklame for usunn mat og drikke barn og unge blir eksponert for, og matpreferansane og matvanane, og dermed helsa, deira (48).

Både offentlege styresmakter og marknads- aktørar må vere bevisste på dette og det ansvaret dette inneber. Verdhelseorganisasjonen tilrår regulering av marknadsføring som eit effektivt til- tak for å førebygge utvikling av overvekt og fedme blant barn.

I 2014 etablerte matvare- og annonsørbransjen ei sjølvreguleringsordning for marknadsføring av usunn mat og drikke retta mot barn, Matbran- sjens Faglige Utvalg (MFU). Målet med ordninga er å hindre marknadsføring av usunn mat og drikke retta mot barn under 13 år. For barn mellom 13 og 16 år skal det utvisast varsemd i marknadsføringa. I tillegg til å behandle klager på marknadsføring tilbyr MFU å avklare marknads- føringskampanjar på førehand opp mot retnings- linjene til utvalet. Retningslinjene er eit supple- ment til gjeldande lovverk, blant anna markeds- føringsloven. Markedsføringsloven har særlege føresegner som skal verne barn mot urimeleg handelspraksis og visse typar ulovleg marknads- føring. Evalueringar av ordninga til Matbransjens Faglige Utvalg har peikt på fleire forbettrings- punkt, blant anna knytte til kva aldersgruppe som er omfatta av ordninga, kontroll med marknads- føring i sosiale medium, vare- og hylleplassering og bruk av emballasje som marknadsføringskanal.

Regjeringa vil sjå nærare på ordninga og mog- leghetene for å verne alle barn opp til 18 år betre mot marknadsføring av usunn mat og drikke. Trass i funna i evalueringane har retningslinjene til MFU i lita grad blitt vidareutvikla sidan etable- ringa. Aldersgrensa er framleis 13 år, og emballa- sje, hylleplassering og sponning er framleis ikkje omfatta. I tillegg er ordninga lite kjend i befolk- ninga, og det er ei svakheit at ordninga berre er klagebasert. Utvalet fører ikkje aktivt tilsyn med marknadsføring retta mot barn, og har ikkje effek- tive reaksjonsmoglegheiter ved brot på retnings- linjene. Samtidig har marknadsføringskanalane retta mot barn og unge endra seg vesentleg sidan ordninga blei innført i 2014, ettersom hovud- trykket i marknadsføringa no er på internett og i sosiale medium. I lys av desse utfordringane og innspel til folkehelsemeldinga og som følge av plikta staten etter barnekonvensjonen har til å legge til rette for at barn får gode føresetnader for god helse, meiner regjeringa at det er behov for å vurdere endringar i ordninga. Regjeringa vil der- for vurdere ulike tiltak for å verne barn betre mot marknadsføring av usunn mat og drikke. Alterna-

tive løysingar kan vere regulering av slik marknadsføring eller tiltak for å styrke ordninga til Matbransjens Faglige Utvalg.

Energidrikkar

I dei seinare åra har salet av energidrikkar auka betydeleg, og det er utvikla fleire variantar og større einingar (49). Enkelte data tyder på at stadig fleire og yngre barn drikk energidrikkar (50). Utviklinga er bekymringsfull fordi energidrikkar inneheld koffein som kan påføre barn og unge negative helseeffektar knytte til sentralnervesystemet og hjarte- og karsystemet, dersom inntaket blir for høgt. Hyppig inntak av energidrikkar kan også vere uheldig for tannhelsa til barn og unge.

I 2020 blei det innført ei maksimumsgrense for innhald av koffein i energidrikkar på 32 mg per 100 ml. Energidrikkar er omfatta av ordninga til Matbransjens Faglige Utvalg. I tillegg har bransjen utarbeidd ein frivillig avtale om marknadsføring av energidrikkar. Inntaket av energidrikkar blant barn og unge ser ikkje ut til å avta. Regjeringa vil derfor sjå nærare på moglege verkemiddel for å redusere bruk av energidrikkar blant barn, blant anna å innføre aldersgrense for kjøp og sal.

4.4 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet fremjar livskvalitet og god fysisk og psykisk helse, held oss funksjonsfriske og sjølvhjelpete, og vernar mot sjukdom og tidleg død. Det er også godt dokumentert at fysisk aktivitet kan førebygge og kurere angst og depresjon og gi betre søvnkvalitet. Fysisk aktivitet styrker muskel- og skjeletthelsa og bidrar til vektregulering. Dagleg variert leik og fysisk aktivitet er nødvendig for den normale veksten og utviklinga til barn og unge – fysisk, psykisk, sosialt og kognitivt.

Dei nasjonale kvalitative måla for fysisk aktivitet er eit meir aktivitetsvennleg samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn har høve til å vere fysisk aktive, og ei meir fysisk aktiv befolkning. Måla er forankra i berekraftsmål 3 God helse og livskvalitet og 11 Berekraftige byar og lokalsamfunn.

Regjeringa vil

- styrke den nasjonale samordninga av gå- og aktivitetsvennleg nærmiljøutvikling og støtte opp under fylke og kommunar i samband med planlegging og tverrsektorielt samarbeid, blant

anna ved å gjere relevante verktøy og informasjon tilgjengeleg

- følge opp nullvekstmålet om at veksten i persontransport skal skje med kollektivtrafikk, sykling og gåing
- foreslå tiltak som skal fremje meir praktisk læring og fysisk aktivitet i skulen i stortingsmeldinga om 5.–10. trinn

4.4.1 Status og utfordringar

Aktivitetsnivået i den norske befolkninga er lågt og varierer gjennom livsløpet og mellom kjønn og sosiale grupper. Berre tre av ti vaksne og eldre er aktive nok, og kvinner er litt meir aktive enn menn. Det er ein sterk og tydeleg sosial gradient i aktivitetsnivået, der særleg utdanningsnivå slår ut. Berre 40 prosent av 15-årige jenter og halvparten av 15-årige gutar er aktive nok, og 15-årige gutar

Boks 4.4 Nasjonale råd for fysisk aktivitet og tid i ro

- Barn i alderen 1–5 år bør vere allsidig fysisk aktive med varierte rørsler, aktiviteter og leik i minst 180 minutt om dagen.
- Tida barn i alderen 1–5 år sit heilt i ro eller fastspente i vaken tilstand, bør avgrensast.
- Skjermtid blir frårådd for 1-åringar. Frå barnet er 2 år, bør skjermtida avgrensast til 1 time dagleg, og jo mindre, jo betre.
- Barn og unge i alderen 6–17 år bør vere fysisk aktive med moderat til høg intensitet i minst 60 minutt per dag i gjennomsnitt.
- Barn og unge i alderen 6–17 år bør avgrense tida dei er i ro, og særleg passiv skjermtid på fritida.
- Alle vaksne og eldre bør vere fysisk aktive regelmessig, og all aktivitet tel.
- Vaksne og eldre bør kvar veke vere fysisk aktive i minst 150 til 300 minutt med moderat intensitet eller i minst 75 til 150 minutt med høg intensitet, eventuelt ein kombinasjon.
- Som del av denne aktiviteten bør vaksne over 65 år gjennomføre styrke- og balanse- trening minst 2–3 gongar per veke for å auke muskelstyrken, halde oppe den fysiske funksjonen og førebygge fall.
- Vaksne og eldre bør redusere stillesittinga.

Kjelde: Helsedirektoratet

bruker 70 prosent av den vakne tida i ro. Nedgangen startar allereie i niårsalderen. Gutar er meir aktive enn jenter, og barn og unge i familiar med høg sosioøkonomisk status er mest aktive. Ein ny rapport frå OECD og Verdshele-organisasjonen løftar fram utfordringane knytte til fysisk aktivitet i den europeiske befolkninga (51). Aktivitetsnivået blant barn og unge i Europa samla sett er endå lågare enn i Noreg. Rapporten peiker på fleire område for ekstra innsats.

Det er grunn til bekymring over både det generelt låge aktivitetsnivået blant barn og ungdom, fråfallet frå idretten og at det framleis er barrierar for deltaking. Det er viktig at alle barn og unge kan delta, uavhengig av kjønn og den sosioøkonomiske statusen til foreldra.

Det er urovekkande at ein stor del av befolkninga i dag, uavhengig av alder, er i ro store delar av dagen. Å redusere stillesittinga gjennom regelmessige, korte aktive periodar er viktig, men endå viktigare er det ifølgje Folkehelseinstituttet å fremje fysisk aktivitet, særleg blant dei som er heilt inaktive. Ei utjamning av forskjellane i fysisk aktivitet i befolkninga vil ifølgje instituttet truleg kunne jamne ut dei sosiale forskjellane i livsstils-sjukdommar. Forsking på fysisk aktivitet og helse gjennom livet viser at fysisk aktive vil ha langt betre fysisk og psykisk helse enn fysisk inaktive. Berre få minuttar dagleg fysisk aktivitet tilsvarande rask gonge er det som skal til.

Nye nasjonale råd for fysisk aktivitet og tid i ro er utvikla med utgangspunkt i råda til Verdshele-organisasjonen frå 2020 og tilpassa norske forhold.

4.4.2 Tverrsektoriell og samordna innsats overfor kommunesektoren

Regjeringa følger opp Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029, som er eit samarbeid mellom ti departement. Handlingsplanen framhevar fysisk aktivitet som eit nasjonalt omsyn ein skal vareta i samfunns- og arealplanlegginga, og han løftar fram behovet for betre samordning av politikken på fysisk aktivitetsområdet overfor kommunesektoren.

Tilrettelegging for auka fysisk aktivitet i heile befolkninga skjer i stor grad gjennom tverrsektoriell innsats og universell tilrettelegging og med medverknad frå innbyggjarane. Dei fysiske føresetnadene blir lagde gjennom samfunns- og arealplanlegginga regionalt og lokalt. Det er derfor viktig å bringe folkehelseomsyn tidleg inn i planprosessar, som til dømes kunnskapen vi har om kva betydning tilgang til natur, grøne område og attraktive nærområde har for rekreasjon og auka

fysisk aktivitet i daglegliv og fritid, og for folks fysiske og psykiske helse og livskvalitet.

Dei to hovudinnsatsområda i handlingsplanen er gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø og kunnskapsutvikling og innovasjon, og dei vil blant anna bli følgde opp gjennom eit tverrsektorielt utviklingsprogram for by- og landkommunar som skal etablerast innan 2025, der samarbeid, innovasjon, kunnskap og erfaringsdeling er sentralt.

Å vere fysisk aktiv i naturen og nærmiljøet er den aktiviteten nordmenn seier dei helst vil gjere meir av, jf. Meld. St. 18 (2015–2016) Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet. Eldre og menneske med nedsett funksjon er særleg avhengige av trygge og bustadnære område, møteplassar, gangvegar og stiar for fysisk og sosial aktivitet og rekreasjon, og likeins at dei kan få utført ulike tenester og daglege gjeremål i gangavstand frå bustaden. Barn, og spesielt ungdom, er opptatte av å klare reisene sine sjøve. Dette fordrar trygge omgivelser med nærleik til kvardagsaktivitetar og god tilrettelegging av lokal eigentransport og rekreasjonsmoglegheiter.

Trass i kunnskap om at lett tilgang til nærtur-område, grøntareal og gang- og sykkelvegar bidrar til auka fysisk aktivitet, helse og livskvalitet, ser det ut til at norske kommunar arbeider for lite systematisk med planlegging for å sikre slik tilgang. Nærtur står høgt på den politiske dagsordenen i kommunane, men resultata samsvarer ikkje med ambisjonane (52). Det er mangel på plankompetanse, kunnskapen er fragmentert, og berre rundt 7 prosent av kommunane har ein plan for grønstruktur basert på ei systematisk kartlegging av natur- og grøntområde (53). Potensialet som ligg i regionale og kommunale planar for idrett og friluftsliv ser ikkje ut til å bli utnytta i tilstrekkeleg grad. I Vegvesenets nasjonale gåstrategi frå 2012 er det eit konkret resultatmål om minst 50 lokale gåstrategiar for 2023. Det er inga systematisk kartlegging av gåstrategiar, og truleg blir ikkje dette målet nådd.

Helsedirektoratet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidd eit utkast til prosjektplan for eit tverrsektorielt program om gå- og aktivitetsvennleg nærmiljøutvikling og har samtidig gjennomført ei kartlegging av indikatorar om gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø, utført av Noregs miljø- og biovitenskaplege universitet. Hovudkonklusjonane i kartleggingsrapporten (54) er at det finst mykje kunnskap, men at det er dårleg samordning mellom kunnskapsgrunnlaget, mål og indikatorar. Noregs miljø- og biovitenskaplege universitet tilrår at staten samordnar seg og utviklar felles mål og indikatorar basert på eit sams kunnskapsgrunnlag. Som oppfølging er det

blant anna sett i gang indikatorutvikling i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og fleire statlege samarbeidspartnarar.

Regjeringa vil følge opp målet om nullvekst i persontransport med bil (nullvekstmålet) som ligg til grunn for byvekstavtalane og påskjønningssordninga. Avtalane skal bidra til at veksten i persontransporten i dei største byområda skjer gjennom meir bruk av kollektivtransport, sykling eller gåing. Sjå nærare omtale i kapittel 3.5.

Gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø vil bygge opp under nullvekstmålet og berekraftsmåla og vil vere viktige for utviklinga av aldersvennlege og levande lokalsamfunn og vil derfor bli sett i samband med blant anna programmet for eit aldersvennleg Noreg og «bu trygt heime»-reforma.

For å støtte opp under kommunesektoren i samband med regional og kommunal planlegging er det behov for at aktørar på nasjonalt statleg nivå samordnar seg når det gjeld politikken på aktivi-

tetsområdet. Samordning er viktig også når det gjeld kunnskapsgrunnlag, mål og indikatorutvikling og tilrettelegging for erfaringsdeling, slik at fylke og kommunar får enkel tilgang til relevant informasjon og relevante verktøy.

Sjå utfyllande omtale i kapittel 3 Gode og trygge nærmiljø. Fysisk aktivitet er elles omtalt i kapittel 7 og kapittel 8, og dels i kapittel 5.

4.4.3 Dagleg fysisk aktivitet i barnehage, skule og skulefritidsordning (SFO)

Barnehagen skal vere ein arena for dagleg leik og fysisk aktivitet og er dermed viktig for å fremje rørsleglede og motorisk utvikling hos barn. Kompetansen hos dei tilsette er viktig, og gjennom vidareutdanning i fysisk-motorisk utvikling og aktivitet i barnehagen får barnehagelærarar høve til kompetanseutvikling.

Skulen femnar alle barn og unge og kan dermed gi alle, uavhengig av sosial bakgrunn, høve til ein god oppvekst med tilstrekkeleg fysisk aktivitet, og til å oppleve glede ved rørsle og aktivitet. Fysisk aktivitet i skulen omfattar kroppssøvningsfaget, timar i fysisk aktivitet på femte til sjuande trinn og fysiske aktivitetar på SFO, men også fysisk aktivitet som eit element i læringsarbeidet. Erfaringar og gode døme frå lokalt tilpassa løysingar for meir fysisk aktivitet i løpet av skuledagen har blitt samla inn av Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet og blir tilgjengelege for skulane i heile landet. Senteret har også nyleg lansert ei ny digital verktøykasse for arbeidet med fysisk aktivitet i barnehagen, Aktiv i barnehagen.

Uteområda til barnehagane og skulane er viktige både for leiken og den daglege fysiske aktiviteten til barn og unge og som læringsarena i kroppssøving og andre fag i skulen. Det er derfor viktig at uteområda har kvalitetar, ein storleik og ei utforming som stimulerer til spontan leik og variert fysisk aktivitet, og dermed varetar behovet til barna og elevane for leik, rørsle og læring. Sjå utfyllande omtale i kapittel 3.5.3 og 3.5.5.

Regjeringa har ambisjonar om gradvis å innføre dagleg fysisk aktivitet i skulen, men med fri-dom for skulane til å organisere dette sjølv. Regjeringa meiner det er viktig at skulen bidrar til å utvikle dei praktiske ferdigheitene til elevane, at det blir brukt eit breitt og variert repertoar av metodar i opplæringa og at elevane er meir fysisk aktive i løpet av skuledagen. Kunnskapsdepartementet vil legge fram ei melding om femte til tiande trinn for Stortinget i 2024, der måla om ein meir praktisk og variert skuledag inngår.

Boks 4.5 Fysisk aktivitet – ei nasjonal interesse i planlegging

Relevante statlege og regionale organ kan vurdere å fremje motsegn dersom eit planforslag gjeld nasjonale eller vesentlege regionale folkehelseomsyn, jf. plan- og bygningsloven § 5-4. Det kjem an på ei konkret vurdering i den enkelte saka om ein vil fremje motsegn.

Forhold som kan gi grunnlag for motsegn, kan vere

- at planen motverkar effektiv framkomst for aktiv transport på overordna nivå
- at planen motverkar effektiv framkomst for aktiv transport i nærmiljø og kan skape barrierar for samband i tur-, gang- og sykkelvegnett, naturområde, turdrag, friområde og parkar og stikk-/snarvegar ved utbygging
- at planen ikkje varetar tryggleik og sikkerheit for gåande, syklande og andre mjuke trafikanter
- at planen svekker moglegheitene for fysisk aktivitet og nærfriluftsliv i bu- og nærmiljø, til dømes ved at fellesareal som parkar, hundremeterskogar, byrom og aktivitetssarenaer blir reduserte eller får svekt kvalitet

Kjelde: Helsedirektoratet (55)

Boks 4.6 Schools in Motion

Forskningsprosjektet Schools in Motion blei gjennomført over 29 veker i skuleåret 2017/2018 med eit utval på 29 skular og 2084 elevar på niande trinnet. Funn frå prosjektet viser positive effektar av ekstra fysisk aktivitet i skuletida på aktivitetsnivået, uthaldet og den fysiske helsa til elevane, og på læring og læringsmiljø. Effekten ser ut til å vere best ved lærarstyrt aktivitet. Studien er følgd opp i ei doktoravhandling ved Noregs idrettshøgskole (56) som viser at elevane som gjennomførte meir fysisk aktivitet gjennom veka, hadde betre skuleprestasjonar, målt ved obligatoriske nasjonale prøver, samanlikna med elevane i kontrollgruppa. Vidare viser resultatata at all ekstra fysisk aktivitet har effekt, og at auka fysisk form vil gi endå betre resultat.

I rammeplanen for SFO er fysisk aktivitet og rørsleglede eit sentralt område. SFO skal vere ein arena for dagleg leik og fysisk aktivitet som kan fremje rørsleglede og den motoriske utviklinga til barna. SFO skal bidra til aktivitetslyst og legge til rette for at alle barn får delta i variert leik og fysisk aktivitet. Utdanningsdirektoratet har utvikla støttemateriell for SFO i arbeidet med fysisk aktivitet og rørsleglede. Med innføringa av tolv timar gratis SFO for elevar på første og andre trinnet, vil endå fleire barn få høve til å delta i SFO. Sjå også omtale i kapittel 3.3.

4.5 Alkohol, narkotika og doping

Bruk av rusmiddel er blant dei viktigaste risikofaktorane for død og for tap av friske leveår og har skadeverknader for både brukaren sjølv, tredjepersonar og samfunnet. Dette gjeld bruk av både alkohol, narkotika, legemiddel og dopingmiddel. Det overordna målet med rusmiddelpolitikken er derfor å redusere dei negative konsekvensane rusmiddelbruk har for enkeltpersonar, tredjepersonar og samfunn. Som eit ledd i dette er det nødvendig å avgrense forbruket av alkohol og førebyggje bruk av ulovlege rusmiddel.

Regjeringa vil

- legge fram ei førebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet

- starte opp eit nasjonalt rusførebyggjande program for barn og unge
- føre vidare ein restriktiv alkoholpolitikk og føre vidare innsatsen i den nasjonale alkoholstrategien for perioden 2023–2030

4.5.1 Ein heilskapleg rusmiddelpolitikk – førebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet

Den viktigaste rusmiddelførebyggjande innsatsen ein kan gjere, er å legge til rette for eit helsefremjande samfunn med trygge oppvekstvilkår, god psykisk helse og meistring, eit inkluderande arbeidsliv, inkluderande lokalsamfunn og utjamning av sosiale helseforskjellar.

Regjeringa vil gjennomføre ei førebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet som styrker den rusmiddelførebyggjande innsatsen, behandlinga og oppfølginga etter tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Førebyggings- og behandlingsreforma skal bidra til å førebygge og redusere negative konsekvensar av rusmiddelbruk for enkeltpersonar og for samfunnet. Det er eit mål å avgrense i størst mogleg utstrekking dei samfunnsmessige og individuelle skadane som rusmiddel kan innebere. Gjennom førebyggings- og behandlingsreforma skal tilgangen til og etterspurnaden etter rusmiddel reduserast, særleg gjennom helsefremjande tiltak overfor barn og unge. Ein skal identifisere rusproblematikk tidleg og tilby rask og effektiv hjelp. Kunnskapsbasert metodikk skal ligge til grunn for både førebyggjande innsatsar og behandlings- og oppfølgingstenester. Førebyggings- og behandlingsreforma skal leggjast fram som ei stortingsmelding og omfatte bruk og avhengnad av psykoaktive substansar, både alkohol, legemiddel og narkotika og dessutan bruk av dopingmiddel.

Nasjonalt program for rusførebyggjande arbeid blant barn og unge

Som ein del av førebyggings- og behandlingsreforma er det for 2023 løyvd 2,5 millionar kroner til oppstart av eit nasjonalt program for rusførebyggjande arbeid blant barn og unge. Formålet er å førebygge at unge bruker narkotika, styrke det førebyggjande arbeidet på rusfeltet og avgrense skadane rusmiddelbruk kan medføre, gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikkar hos aktørar med ansvar for rusførebygging. Programmet skal dekke både alkohol, narkotika og andre rusmiddel. Som ein første fase av programmet har Helsedirektoratet fått i

oppdrag å etablere ei faggruppe som skal utarbeide det faglege innhaldet og strukturen på programmet. Eit nasjonalt kompetansemiljø vil i neste fase få ansvar for å vidareutvikle og implementere programmet i samarbeid med relevante aktørar.

Programmet skal legge til rette for kunnskapsbasert rusførebyggjande arbeid og skal ikkje vere tidsavgrensa. Det skal sjåast i samanheng med andre program og initiativ, lokalt og nasjonalt, og dessutan med tiltak knytte til opptappingsplanen for psykisk helse.

4.5.2 Vidareføring av nasjonal alkoholstrategi for perioden 2023–2030

På oppmoding frå Stortinget la regjeringa Solberg i 2021 fram ein nasjonal alkoholstrategi for å følge opp Verdhelseorganisasjonen sitt mål om reduksjon i skadeleg bruk av alkohol innan 2025. I den globale handlingsplanen mot alkohol for 2022–2030 endra Verdhelseorganisasjonen målet om 10 prosent reduksjon i skadeleg bruk innan 2025, til 20 prosent reduksjon innan 2030. Hovudprioriteringane i alkoholstrategien skal først vidare, og samtidig skal innsatsen forsterkast på enkelte område, i tråd med omtalen nedanfor, særleg innsatsen mot alkoholskadar som rammar barn og unge. Strategiperioden blir utvida til 2030, i tråd med målet til Verdhelseorganisasjonen.

Alkohol er det mest utbreidde rusmiddel i befolkninga, og størstedelen av dei helsemessige og sosiale rusproblema i samfunnet er knytte til alkohol. Bruk av alkohol er blant dei viktigaste risikofaktorane for død og tapte friske leveår i befolkninga. Høgare inntak av alkohol er klart forbunde med auka risiko for hjarte- og karsjukdommar, særleg hjerneslag. Høgt alkoholforbruk bidrar også til utvikling av høgt blodtrykk og har i tillegg andre negative helseeffektar. Det er ikkje noko skarpt skilje mellom bruk og skadeleg bruk av alkohol. Alkoholbruk aukar blant anna risikoen for kreft i munn, svelg, spiserøyr, lever, tjukk- og endetarm, bryst og magesekk (57). Sjølv eit lågt inntak av alkohol gir auka kreftrisiko, og det er ikkje noka sikker nedre grense (58). Dette underbygger nødvendigheita av ein alkoholpolitikk som har som mål å avgrense og redusere totalforbruket i befolkninga og samtidig reduserer det mest skadelege og risikofylte forbruket.

Folkehelseinstituttet følger opp indikatorane for ikkje-smittsame sjukdommar knytte til den globale NCD-strategien. Instituttet rapporterer at utviklinga i den registrerte alkoholomsetninga

har gått riktig veg fram mot 2020, men at det sidan har vore ei auke som må sjåast i samanheng med endringar i kjøp og sal under pandemien. Det vil vere utfordrande for Noreg å nå målet om 20 prosent reduksjon i skadeleg bruk av alkohol innan 2030, sidan Noreg allereie har tatt ut ein stor del av gevinsten gjennom ein restriktiv alkoholpolitikk. Ikkje desto mindre vil Helse- og omsorgsdepartementet arbeide for å nå dette målet. Folkehelseinstituttet sine undersøkingar tyder på eit meir polarisert alkoholforbruk, jf. kapittel 2 om folkehelsa etter pandemien. Det vil vere viktig å følge med på denne utviklinga vidare.

Løyvesystemet, vinmonopolordninga, reklameforbodet, alkoholavgiftene og aldersgrensene er alkoholpolitiske verkemiddel som samla sett har avgrensa alkoholbruken i Noreg og dermed dei skadane og ulempene som følger av alkoholbruk. Desse verkemidla er også vurderte som dei mest verksame og kostnadseffektive (26). For å halde oppe ein konsistent og heilskapleg alkoholpolitikk må omsynet til folkehelsa vege tungt, sett opp mot andre omsyn, til dømes auka tilgang og næringsutvikling. Sjølv om endringar og justeringar i dei alkoholpolitiske verkemidla isolert sett kan oppfattast som små, kan dei i sum ha stor betydning for effekten av dei alkoholpolitiske verkemidla. For å nå målet om 20 prosent reduksjon i skadeleg bruk av alkohol innan 2030 er det nødvendig å verne om desse verkemidla.

Alkoholskadar som rammar tredjepartar

Alkoholbruk gir meir enn noko anna rusmiddel betydelege konsekvensar for andre enn brukaren sjølv, såkalla tredjepartsskadar (59). Særleg utsette er barn og unge, familie og pårørende. Alkoholbruk under svangerskapet kan medføre skadar på foster, og høgt alkoholkonsum hos foreldre og omsorgspersonar kan skade oppvekstvilkåra til barn (60). I tillegg vil alkoholrelatert vald, hærverk og bråk redusere helsa, tryggleiken og livskvaliteten til dei som blir ramma av dette. Omfanget av ulike helsemessige og sosiale problem som blir forårsaka av alkoholbruk, inneber også betydelege kostnader for arbeidslivet, helse- og sosialtenestene og rettsvesenet (61).

Ein restriktiv og førebyggjande alkoholpolitikk som avgrensar forbruket, vil også avgrense skadar og negative opplevingar for pårørende og tredjepartar. Helse- og omsorgsdepartementet vil bidra til auka medvit i befolkninga om konsekvensane av alkoholbruk for andre, særleg barn og unge. Dette inneber også innsatsar for å redusere stigma og diskriminering relatert til alkoholbruk.

I Noreg er det brei aksept for at arbeidslivet, idretten og arenaer der barn og unge deltar, skal vere alkoholfrie. Helse- og omsorgsdepartementet vil sjå nærare på korleis arbeidet med alkoholfrie arenaer kan forsterkast og utviklast ytterlegare i samarbeid med frivilligheita, idretten, skulen og partane i arbeidslivet. Også kommunar og lokalsamfunn kan bidra i arbeidet, blant anna kan det vere behov for å bevisstgjere løyvestyresmaktene når det gjeld sal av alkohol på arrangement der barn og unge under 18 år er hovudmålgruppa. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å ta initiativ til ei rådslåing med relevante aktørar for å få innspel. Formålet er å legge til rette for å ta alkoholfrie val og auke aksepten for ikkje å drikke.

Alkoholbruk og sosiale forskjellar i helse

Det er ein klar samanheng mellom alkoholrelatert dødelegheit og sosioøkonomisk status. Alkohol bidrar særleg til overdødelegheit blant unge vaksne med låg sosioøkonomisk status (62). Drikkefrekvens og samla alkoholforbruk er vanlegvis høgast i grupper med høg sosioøkonomisk status, medan risikofylt alkoholbruk ser ut til å vere litt mindre utbreidd i desse gruppene. Ungdom frå familiar med låg sosioøkonomisk status har eit meir risikofylt drikkemønster. Dei debuterer tidlegare med alkohol, drikk oftare og er oftare rusa enn annan ungdom (57).

Dei regulatoriske verkemidla, som høge prisar, avgrensa tilgang og regulering av promillekøyring, er effektive for å avgrense alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelatert sjukdom og død. Sidan prisfølsemda er større i låginntekts- enn i høginntektsgruppene, er det rimeleg å anta at nedgangen i forbruket ved ein prisauke vil vere størst i denne gruppa, og samtidig vil prisverkemiddel bidra til å jamne ut dei sosioøkonomiske forskjellane i alkoholrelatert sjukelegheit og dødelegheit (62).

Informasjon om alkohol og helseskadar

Helsedirektoratet har greidd ut spørsmålet om åtvaringsmerking og konkluderer med at slik merking kan vere eit viktig verkemiddel for å auke kunnskapen i befolkninga om moglege helseskadar av alkoholbruk. Det blir lagt til grunn at styresmaktene har ei plikt til å opplyse befolkninga om viktige forhold av betydning for helse deira og at befolkninga forventar å få slik informasjon. Det vil sette den enkelte betre i stand til å ta opplyste val om eiga helse. Helse- og omsorgs-

departementet vil følge opp utgreiinga og vurdere forslag om å innføre åtvaringsmerking av alkoholhaldig drikke.

Verdshelseorganisasjonen tilrår åtvaringsmerking på alkohol for å auke merksemda om helserisikoen ved alkoholbruk og for at forbrukarane skal kunne ta informerte val. Organisasjonen har også laga tilrådingar for utforming og implementering av merkinga og tilrår at ordninga blir obligatorisk og ikkje frivillig. Europakommisjonen har i samsvar med kreftstrategien sin til intensjon å foreslå åtvaringsmerking på alkoholhaldig drikke innan utgangen av 2023 og innhaldsmerking innan utgangen av 2022. Noreg vil følge med på desse prosessane i EU.

Internasjonalt arbeid

Alkohol er det einaste psykoaktive og vanedannande rusmiddelet med ein betydeleg påverknad på helsa til folk over heile verda som ikkje er kontrollert gjennom eit internasjonalt bindande regelverk. Behovet for eit internasjonalt rammeverk for å regulere tilgangen til alkohol er blitt peikt på i fleire samanhengar, og dette er også ei tydeleg tilråding i den tredje utgåva av boka Alcohol: No ordinary commodity (63), som er rekna for å vere ei av dei mest autoritative framstillingane av kunnskap og forskning om alkohol, med direkte relevans for utviklinga av alkoholpolitikk på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere spørsmålet om eit internasjonalt rammeverk for regulering av alkohol nærare dersom det blir sett på dagsordenen i internasjonale forum.

Verdshelseorganisasjonen vedtok i 2022 ein global handlingsplan mot alkohol (2022–2030) for å støtte opp under implementeringa av den globale alkoholstrategien. Organisasjonens europakontor har vedtatt eit rammeverk for tiltak mot alkohol som gir tilrådingar om effektive verkemiddel for å redusere alkoholforbruket, og dermed også det skadelege forbruket (64). Noreg skal framleis vere ein pådrivar for å styrke ein kunnskapsbasert alkoholpolitikk internasjonalt.

4.5.3 Narkotika, vanedannande legemiddel og dopingmiddel

Bruk av ulovlege rusmiddel og dopingmiddel og vanedannande legemiddel utgjør ein relativt liten del av den samla rusmiddelbruken i befolkninga. Sikre tal er vanskelege å skaffe, men det er ikkje grunnlag for å seie at bruken av narkotika har endra seg vesentleg dei siste åra.

Som varsla i Hurdalsplattforma vil regjeringa gå imot ei generell avkriminalisering av narkotika. Eit viktig formål med førebyggings- og behandlingsreforma er å førebygge rusmiddelproblem blant barn og unge betre, blant anna ved å redusere bruken av narkotika og komme tidlegare inn med god hjelp og oppfølging.

For å redusere tilgangen til narkotika blir det også sett inn tiltak mot produksjon, innførsel og omsetning. Dette blir gjort nasjonalt, til dømes gjennom politi- og tollstyresmakter, men også gjennom eit breitt internasjonalt engasjement.

Narkotika

Cannabis er det mest brukte ulovlege rusmiddelet både i Noreg og i resten av den vestlege verda. Tal frå Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet frå 2022 viser at om lag 5 prosent av befolkninga i aldersgruppa 16–64 år rapporterte at dei hadde brukt cannabis dei siste tolv månadene, og ein av fire at dei hadde prøvd cannabis i løpet av livet (65). Nasjonale tal frå Ungdata 2022 viser at 9 prosent av norske tenåringer hadde brukt cannabis i løpet av det siste året, og 5 prosent hadde prøvd andre narkotiske stoff, men auken i cannabisbruk blant dei yngste har avtatt dei to siste åra (66). Cann2021-studien (67) viser at mange unge manglar kunnskap og informasjon om ulike aspekt ved cannabis, og at ein del har feilaktige oppfatningar. Det er derfor nødvendig å sørge for at ungdom får meir informasjon om cannabis-relatert kunnskap.

Dei sentralstimulerande stoffa kokain, ecstasy/MDMA og amfetamin er dei mest brukte illegale rusmidla, etter cannabis. Stoffa er mest utbreidde blant menn. Bruken av sentralstimulerande stoff blant unge vaksne har vore stabil dei siste åra. I befolkningsundersøkingar oppgir mellom 4 og 6 prosent at dei nokon gong har brukt desse stoffa, medan rundt 1 prosent rapporterte bruk av dei sentralstimulerande stoffa dei siste tolv månadene (65).

Vanedannande legemiddel

Det er ein nedgang i den registrerte bruken av illegale opioid (68), men sidan 2010 har det vore ein auke i overdosar av andre opioid enn heroin, både legalt ordinerte og rekvirerte opioid og opioid frå den illegale marknaden. Ein studie frå Folkehelseinstituttet viser at personar som døyr på grunn av sterke, reseptbelagde smertestillande legemiddel, ofte skil seg frå personar som døyr av andre overdosar. Det var ein større del kvinner og

eldre i den første gruppa, med høgare sosioøkonomisk status (69). Framover bør derfor overdoseførebyggande tiltak også rette seg mot risikogrupper ein ikkje når med tradisjonelle tiltak, som primært har vore retta mot personar som bruker illegale rusmiddel.

Vanedannande legemiddel omfattar smertestillande middel, angst- og sovemiddel og nokre andre legemiddel. Tal frå Reseptregisteret viser at det i 2019 var rundt 560 000 personar som fekk opioid på resept i Noreg. Dette svarer til rundt 10 prosent av befolkninga. Av desse hadde om lag 60 000 personar eit vedvarande forbruk, ein auke på 10 000 personar frå 2011. Vedvarande forbruk kan vere forbunde med negative konsekvensar som avhengnadsutvikling, fallskadar og nedsett kognitiv funksjon. Ein høg del av dei med vedvarande opioidbruk brukte andre vanedannande legemiddel i tillegg. Dette er ei utvikling det er viktig å følge nøye med på framover, og det må vurderast eigna tiltak for å unngå unødvendig opptrapping og vidareføring av opioidbehandling og for å auke helsa og livskvaliteten til pasientane.

Doping

Bruk av dopingmiddel utanfor den organiserte idretten dreier seg i all hovudsak om bruk av anabole androgene steroid (AAS) og testosteronpreparat. Spørjeskjemaundersøkingar tyder på at bruk av AAS er relativt lite utbreidd i Noreg. Den europeiske skuleundersøkinga Espad har blitt gjennomført kvart fjerde år sidan 1995. I alle åra for undersøkinga har omkring 1 prosent av dei norske 15–16-åringane, fleire gutar enn jenter, oppgitt at dei nokon gong har brukt AAS (70).

Antidoping Norge rapporterer at mange unge som bruker eller vurderer å bruke dopingmiddel, kontaktar dei. Fleire har spørsmål om spesifikke preparat, og Antidoping Norge får stadig spørsmål om nye stoff på marknaden.

Doping er ikkje berre eit toppidrettsfenomen, og førebygging av doping må sjåast i samanheng med det rusførebyggande arbeidet og som ein del av det heilskaplege, lokale folkehelsearbeidet. Det er viktig at dei som arbeider i førstelinjetenestene og ressurspersonane rundt ungdom har kunnskap om doping, risikofaktorar og teikn og symptom på dopingbruk. Antidoping Norge har førebyggande program direkte retta mot unge, men det er viktig at kommunane også har dette i planane sine og sikrar at det er tilstrekkeleg kunnskap hos ressurspersonar som rettleiar unge.

4.6 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er blant dei aller største helseutfordringane våre og gir auka risiko for ei rekke sjukdommar. For å snu utviklinga med aukande overvekt og fedme er det nødvendig med strukturelle tiltak på befolkningsnivå som gjer det enkelt å ha gode kostvanar og å vere fysisk aktiv i kvardag og fritid, samtidig som det blir lagt vekt på arbeidet med å styrke psykisk helse og livskvalitet. Tidleg innsats og god oppfølging i helse- og omsorgstenestene er sentralt. Gode data er viktige for å kunne følge med på utviklinga.

Status og utfordringar

Mellom 15 og 21 prosent av barn og ungdom i Noreg har overvekt eller fedme, og førekomsten aukar mot slutten av tenåra. Om lag 25 prosent av menn og 20 prosent av kvinner i aldersgruppa 40–49 år har fedme (71). Førekomsten av fedme og overvekt varierer med utdanning og familieforhold og forsterkar sosial ulikskap i helse. Det er store sosiale og geografiske forskjellar, men det manglar landsomfattande objektive data om førekomsten av overvekt og fedme, spesielt blant vaksne.

Slike data er nødvendige for å følge utviklinga og for å vurdere effekten av tiltak, og regjeringa vil arbeide for å skaffe landsomfattande data om førekomsten av overvekt og fedme. Det er først og fremst fedme som er forbunden med auka

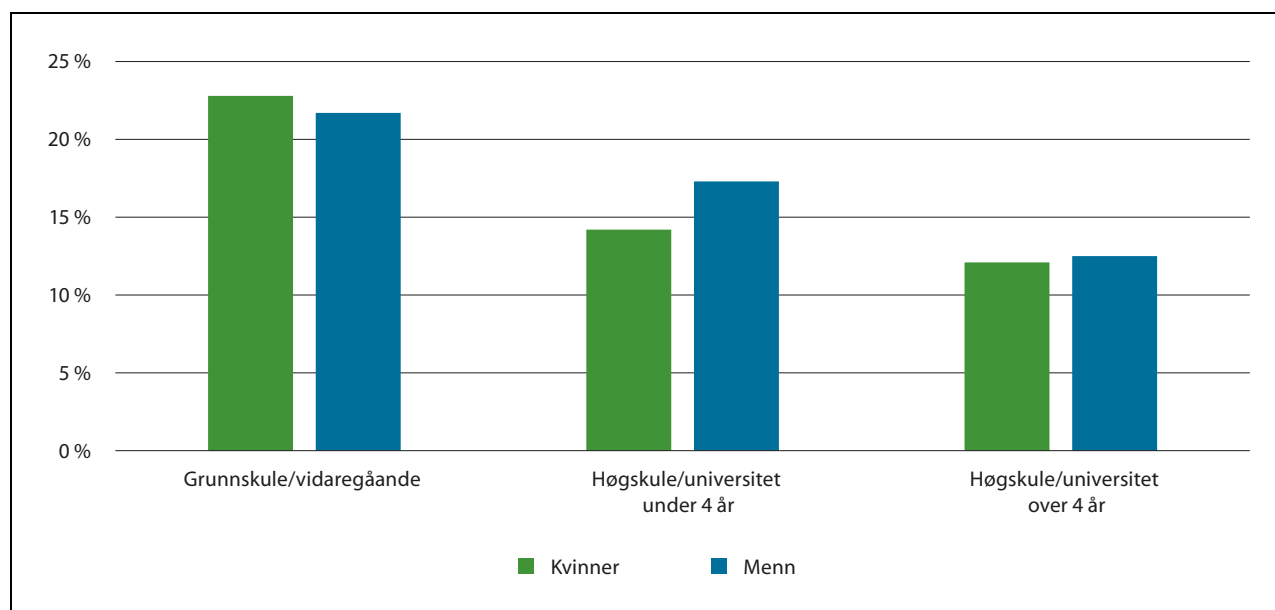
helseisiko. Høg kroppsmasseindeks (KMI) bidrar til anslagsvis 2800 årlege dødsfall i Noreg og er knytt til ei rekke ulike sjukdommar og plager som diabetes type 2, hjarte- og karsjukdommar, fleire former for kreft, søvnapné, muskel- og skjelettplager og psykiske lidningar.

Det er også uheldige stigma knytte til overvekt og fedme, som det må takast omsyn til i det førebyggjande arbeidet. Tidleg innsats for å førebygge fedme vil bidra til å nå målet om å stanse auken i diabetes type 2. Sjukdommen kan utsettast eller reverserast ved endring av levevanar og vektta. Potensialet for å utsette eller reversere sjukdommen blir av mange grunnar ikkje tilstrekkeleg utnytta i dag. Ei viktig årsak til det er for låg kapasitet i primærhelsetenesta til å tilby den rette leiinga og tette oppfølginga som er nødvendig for å lykkast.

Innsats for å stanse auken i overvekt og fedme

Regjeringa vil arbeide for å nå NCD-målet om å stanse auken i fedme gjennom tiltaka som denne meldinga presenterer for betre kosthald, auka fysisk aktivitet og god psykisk helse og livskvalitet. Arbeidet med å jamne ut sosiale forskjellar er sentralt.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstenesta (avvikla i 2018), drøfta i 2015 utfordringa med aukande overvekt og fedme. I tillegg til befolkningsretta tiltak peikte



Figur 4.3 Andel av befolkninga med fedme blant ulike utdanningsgrupper

Andel av den vaksne befolkninga (25 år og over) med fedme blant ulike utdanningsgrupper, delt på kvinner og menn, basert på sjølvrapportert vekt og høgde

Kjelde: Folkehelseinstituttet

rådet på behovet for å bygge opp tilbod om ikkje-kirurgisk behandling til personar som treng og ønsker individuell behandling for overvekt og fedme, både i primær- og spesialisthelsetenesta. Spesielt må tilbodet til barn og unge bli styrkt og meir målretta.

Verdshelseorganisasjonen tilrår familiebaserte tiltak som består av fleire komponentar (ernæring, fysisk aktivitet og psykososial støtte), og som blir utførte av helsepersonell med tilgang på tverrfagleg kompetanse. Det er også essensielt for kvaliteten på tilbodet til barn med overvekt eller fedme at det er god samhandling på tvers av tenester og tenestenivå. Helsedirektoratet gir ut Nasjonal faglig retningslinje for diabetes som inneheld fleire tilrådingar om tiltak knytte til levevanar som det vil vere viktig at helse- og omsorgstenesta følger opp. Direktoratet gir vidare ut nasjonale faglege retningslinjer på fedme og overvekt, som skal reviderast og implementerast. Innsats for meir førebygging og tidleg innsats i helse- og omsorgstenestene vil bli omtalte i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

4.7 Muskel- og skjeletthelse

God muskel- og skjeletthelse er viktig for rørsle, fysisk funksjon og livskvalitet – og for eit godt liv gjennom heile livet. Samtidig er rørsle og aktiv bruk av kroppen, saman med andre levevanar, viktig for god muskel- og skjeletthelse. Muskel- og skjeletthelsa blir bygd frå tidlege barneår og blir påverka gjennom heile livet.

Skadar, plager og sjukdommar i muskel- og skjelettsystemet rammar dei fleste i løpet av livet. Muskel- og skjelettsjukdommar er blant dei viktigaste årsakene til redusert helse og livskvalitet og er ei dominerande årsak til sjukefråvær og nedsett arbeidsevne/uførleik, og for kvinner også ei av dei vanlegaste årsakene til uføretrygd.

Samla står denne sjukdomsgruppa for det største ikkje-dødelege helsetapet i Noreg, og ho er den tredje største årsaka til samla sjukdomsbyrde, etter kreft og hjarte- og karsjukdommar. Pasientar med skadar, sjukdommar og plager i muskel- og skjelettsystemet utgjør ein stor del av pasientane både i helse- og omsorgstenesta i kommunane og i spesialisthelsetenesta. Samla sjukdomsbyrde for muskel- og skjelettlidingar er framskriven til å auke med 28,8 prosent frå 2019 til 2050 (72).

Leddsjukdommen artrose er den revmatiske sjukdommen som aukar mest, og han rammar

både middelaldrande og eldre. Med fleire eldre i befolkninga er det forventa ein auke i osteoporose og osteoporotiske brot (hofte, ryggvirvel, handledd). Noreg ligg på verdstoppen i hoftebrot, med om lag 9000 i året. Rundt 70 prosent av hoftebrota rammar kvinner.

Rørsle og aktiv bruk av kroppen er, saman med andre levevanar, viktig for å styrke muskel- og skjeletthelsa og for å førebygge plager og sjukdom i muskel- og skjelettsystemet. Muskel- og skjeletthelsa blir bygd frå tidlege barneår og blir påverka gjennom heile livet ved aktiv og allsidig bruk av kroppen. Ho blir påverka positivt av sunn og tilstrekkeleg ernæring, men blir negativt påverka av røyking.

Eit helsefremjande arbeidsmiljø og gode arbeidsmiljøforhold er viktig for helse og livskvalitet. Mykje sjukefråvær, også fråvær knytt til muskel- og skjelettplager, kan komme av arbeidsmiljøforhold. Regjeringa vil styrke samarbeidet mellom helsestyresmaktene og arbeidslivsstyresmaktene om arbeidsmiljøforhold og førebyggjande innsats. Sjå kapittel 3.4.3.

Å fremje god muskel- og skjeletthelse krev heilskapleg og samordna innsats i fleire sektorar. For mange personar med muskel- og skjelettplager vil rehabiliteringstenester, arbeidsretta tenester og andre oppfølgingstilbod i helse- og omsorgstenesta vere viktige for å førebygge og behandle muskel- og skjelettplager. Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil omhandle tenestutviklinga innan områda rehabilitering, arbeid og helse og meistring.

4.8 Andre levevanar

4.8.1 Seksuell helse

Regjeringa vil

- vurdere å gjere læringsutbytte knytte til seksuell helse tydelegare i nasjonale forskrifter for relevante utdanningsløp

Seksuell helse er ein del av den fysiske og psykiske helsa vår. God seksuell helse er ein ressurs og ein styrkande faktor som fremjar livskvalitet og meistring gjennom heile livet. Den enkelte sine behov for informasjon, støtte og hjelp for å realisere best mogleg seksuell helse varierer gjennom livsløpet. I tillegg til seksuell aktivitet omfattar seksualitet blant anna kjønnsidentiteten og den seksuelle orienteringa, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. Det er komplekse og gjensidige vekselverknader mellom den seksuelle, den psy-

kiske og den fysiske helsa, og dei kan påverke kvarandre i positiv eller negativ retning. Hovudmålet i Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) har vore å fremje seksuell og reproduktiv helse i heile befolkninga. Det blir gjort gjennom ein tverrsektoriell innsats som omfattar både førebyggjande og helsefremjande arbeid, opplæring/utdanning, behandling, oppfølging av sjukdom og kunnskapsutvikling. Strategien er forlengd ut 2023, og Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å lansere ein ny strategi for seksuell helse frå 2024.

Grupper med kort utdanning og kronisk og langvarig sjukdom har auka risiko for seksuelle problem (73). Å førebygge seksuelle problem kan bidra til å realisere målsettinga om fleire leveår med god helse og trivsel.

Mangel på kunnskap blant tenesteytarar er ein viktig barriere mot å tematisere seksualitet med pasientar. Oslomet har kartlagt i kva grad temaet seksualitet og seksuell helse er dekt i studieløp som kvalifiserer for tilsetjing i helse-, sosial- og omsorgssektoren. Funna viser at temaet i lita grad er dekt i forskrifter, studieplanar og emneplanar. Når relevante utdanningar skal reviderast i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningane (Rethos), vil ein vurdere behovet for å gjere læringsutbytte som omhandlar seksuell og reproduktiv helse tydelegare. Helsestasjons- og skulehelsetenesta er viktig for å fremje seksuell og reproduktiv helse. Dette kjem fram blant anna i den nasjonale faglege retningslinja for tenesta. Etter framlegg frå regjeringa er det løyvd midlar til etablering av eit kompetansemiljø for helsestasjons- og skulehelsetenesta.

Seksuell vald er eit folkehelseproblem som kan føre til negative helsekonsekvensar på både kort og lang sikt. Livskvalitetsundersøkinga frå 2021 anslår at 10 prosent av befolkninga i løpet av livet har opplevd at nokon har tvinga eller prøvd å tvinge dei til seksuell omgang. 1 prosent rapporterte å ha hatt slike erfaringar i løpet av dei siste tolv månadene. Kvinner, elevar/studentar og personar med innvandrarbakgrunn er overrepresentererte ved alle typar seksuell vald. Samiske kvinner, kjønnsminoritetar og seksuelle minoritetar er andre grupper som er meir utsette for seksuell vald og overgrep. I Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) si omfangsundersøking av vald og overgrep frå februar 2023 går det fram at det i all hovudsak er menn som utøver valdtekt, også når den utsette er ein mann (16). Dei fleste utsette kjende overgriparen frå før og éin av 20 kvinner var utsette for valdtekt ved makt eller tvang frå partnar. I 29 prosent av vald-

tektene var overgriparen ein ukjend. Det er viktig å førebygge og hindre seksuell vald. Regjeringa vil utarbeide ein opptrappingsplan mot vald og overgrep mot barn og vald i nære relasjonar. Sjå også kapittel 3.2.6.

Seksuelt overførbare sjukdommar

God seksuell helse inkluderer også førebygging og behandling av seksuelt overførbare sjukdommar. Desse sjukdommane kan påverke helsa på både kort og lang sikt, og påverkar også barna til dei som er smitta. Arbeidet for å førebygge seksuelt overførbare infeksjonar, inkludert hivinfeksjon, inneber både medisinske og samfunnsretta tiltak, frå lett tilgjengeleg informasjon, helsehjelp og smittesporing, til å redusere stigma og diskriminering.

Etter fleire år med nedgang i talet på påviste hivtilfelle blant personar som er busette i Noreg, har dette talet auka noko i 2022. Situasjonen er prega av at eit stort antal hivpositive flyktningar/innvandrarar kjem til Noreg. Sjølv om talet på melde hivtilfelle blant personar som har blitt smitta medan dei var busette i Noreg gjekk opp i 2022 i forhold til 2021, antar Folkehelseinstituttet at langtidstrenden med nedgang i talet på hivtilfelle i den norske populasjonen held fram. Nedgangen i hivtilfelle i 2020 og spesielt i 2021 blei truleg forsterka av koronasituasjonen. Ein antar at dei medikamentelle førebyggingsstrategiane (Tasp og Prep) er dei viktigaste årsakene til nedgangen dei siste ti åra blant menn som har sex med menn. Hivførekomsten er framleis stabil og låg blant personar som tar stoff med sprøyte, norskfødde kvinner og ungdom.

Det er viktig å ha fokus på seksuelt overførbare sjukdommar. Sjølv om talet på nysmitta med hiv er redusert, har førekomsten av gonoré og syfilis blant menn som har sex med menn, auka betydeleg dei seinare åra. Også blant heteroseksuelle har vi sett ein betydeleg auke av gonoré i 2022. Gonoré og syfilis er i seg sjølve potensielt alvorlege sjukdommar som må førebyggast. Gonoré utviklar lett resistens mot ulike antibiotika. Førebygging og riktige val av antibiotika er viktig for å unngå ein auke i problem ved behandling på grunn av resistens. I 2021 blei det meldt om ein nedgang i talet på klamydiainfeksjonar i Noreg, som truleg kan knytast til koronatiltaka, etter ein stigande trend i åra før pandemien. Testaktiviteten er tilbake på same nivået som før pandemien. Det er flest melde tilfelle i aldersgruppene under 25 år. Det er derfor viktig med målretta prøvetaking i gruppene med høgast risiko for smitte.

Auka kondombruk vil framleis vere eit av dei viktigaste tiltaka for å få ned førekomsten av dei seksuelt overførbare infeksjonane, i tillegg til at ein testar hyppig for infeksjonar i dei mest risikoutsette miljøa og set raskt i gang effektiv behandling av alle nydiagnostiserte. Helsedirektoratet har ei ordning for distribusjon av gratis kondomar.

4.8.2 Søvnn

Dårleg eller for lite søvnn over tid kan verke negativt inn på helse og livskvaliteten og redusere konsentrasjons- og yteevna. God søvnn bidrar også til god hjernehelse. Søvnn og hjernehelse bør i større grad inkluderas i folkehelsearbeidet, med spesiell merksemd om viktigheita av god og nok søvnn hos barn og unge

Langvarige søvnnproblem som gir nedsett funksjon på dagtid, blir omtalte som insomni og er den mest utbreidde søvnnplaga. Om lag 15 prosent av vaksne i Noreg har insomni. I 2022 oppfylte kvar tredje student dei formelle kriteria for ein insomnidiagnose (74). Tal frå Ungdata 2022 viser at ein av tre ungdommar slit med søvnnproblem.

Vaksne med insomni har dobbelt så stor risiko for å utvikle alvorleg depresjon som personar utan insomni (75), og insomni er ein vesentleg risikofaktor for hjarte- og karsjukdommar (76)) og ei rekke muskel- og skjelettlidingar (77). Fleire norske studiar har vist at søvnnvanskar er ein sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssjukefråvær og varig uføretrygd (78) i tillegg til ulykker og død (77).

Søvnnproblem har samanheng med miljøfaktorar, psykiske og fysiske plager, stress, skiftarbeid, inntak av koffein gjennom blant anna kaffi og energidrikkar, og skjermaktivitetar utover kvelden (79) i tillegg til støy og lysforureining.

Søvnnproblem, eller insomni, kan førebyggast med betre søvnnvanar. Ein del kommunar tilbyr rettleiing om gode søvnnvanar blant anna i frisklivssentralar. Helsedirektoratet har utvikla kurset «Sov godt» til bruk i frisklivssentralar, der utgangspunktet er at ein kan få mykje betre søvnn med relativt enkle grep og utan å bruke medikament. Dei rår til at søvnn blir tatt opp som tema i helsesamtalen, og at dei som har lettare søvnnproblem, får rettleiing i gode søvnnvanar.

Nasjonalt kunnskapssenter for søvnn har publisert nasjonale tilrådingar om utgreiing og behandling av insomni. Ikkje-medikamentelle intervensjonar, fortrinnsvis kognitiv åtferdsterapi for insomni (CBTi), bør vere førsteval ved behandling av insomni. Digital/nettbasert CBTi-behand-

ling er svært effektivt (80) og kan vere eit viktig supplement til tradisjonell behandling av insomni.

4.8.3 Førebygging av speleproblem

Regjeringa vil

- vidareføre einerettsmodellen og førebygge speleproblem og andre negative konsekvensar av pengespel
- skaffe kunnskap om sosiale forskjellar knytte til speleproblem og korleis tiltak kan ta omsyn til sosiale forskjellar

Speleproblem kan medføre tap av psykisk helse og livskvalitet. I tillegg til at problemet rammar den speleavhengige sjølv, får det ofte store konsekvensar for familien og det sosiale nettverket rundt den avhengige.

Regjeringa vil føre ein pengespelpolitikk der det sentrale og overordna målet er å førebygge speleproblem og andre negative konsekvensar av pengespel.

Regjeringa meiner at einerettsmodellen er best eigna for å nå dette målet. Modellen blei ført vidare og styrkt med den nye pengespelloven som tredde i kraft i januar 2023. Den siste undersøkinga av speleåtferda til befolkninga er frå 2020, og ho viser at 55 000 personar er problemspelarar, medan 122 000 er i risikosona for å bli det. Det er ein auke på 34 000 problemspelarar sidan den førre undersøkinga i 2015. Mange med speleproblem har i tillegg psykiske og somatiske helseplager og dessutan store økonomiske belastningar.

Kultur- og likestillingsdepartementet lanserte i februar 2022 ein handlingsplan mot speleproblem (2022–2025) med følgande hovudmål:

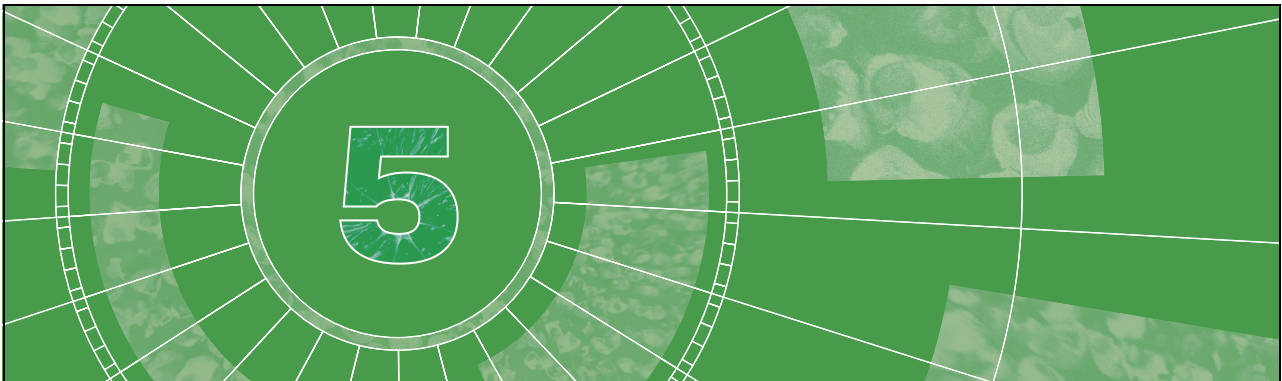
- Færrest mogleg skal ha problem med spel.
- Kunnskapen om spel og speleproblem skal aukast og delast.
- Problemspelarar skal bli identifiserte tidleg og få god behandling.

Handlingsplanen rettar søkelyset på å skaffe kunnskap, noko som vil vere viktig i det vidare arbeidet med å avgrense dei samfunnsmessige skadeverknadene av speleavhengnad. Utsette grupper i sosiale situasjonar, til dømes dei med låg inntekt, studentar og innsette, har særleg prioritet i handlingsplanen. Det vil vere aktuelt å få kunnskap om sosiale forskjellar knytte til speleproblem og korleis tiltak kan ta omsyn til sosiale forskjellar, når handlingsplanen mot speleproblem skal fornyast frå 2026. Handlingsplanen omhandlar også dataspelfeltet, der førebyggjande informa-

sjonsarbeid er eit sentralt element. Aktuelle forskningstema er blant anna sårbare gamarar, faktorar som påverkar utviklinga av spelproblematikk

(medrekna gråsona mellom penge- og dataspel), og effekten av hjelpetiltak retta mot dataspel-avhengnad.

5 Psykisk helse og livskvalitet



Figur 5.1

Psykisk helse kan fremjast gjennom godt folkehelsearbeid. Å meistre kvardagen har stor betydning for god psykisk helse og høg livskvalitet, og meistring påverkar levevanane til den enkelte.

Det er store sosiale forskjellar i psykisk helse og livskvalitet. Dei seinare åra har det vore ein auke i sjølvrapporterte psykiske plager blant barn og unge. Gjennom pandemien har denne auken halde fram, og det blir også rapportert om at fleire i delar av befolkninga kjenner seg einsame. Gjennom ein aktiv politikk for å utvikle helsefremjande miljø og for å fremje idrett, kultur og frivillig aktivitet, vil regjeringa stimulere til å halde oppe eksisterande, bygge opp att gamle og skape nye arenaer for aktivitet, fellesskap, engasjement og opplevingar. Levande og inkluderande lokalsamfunn og nabolag fremjar meistring, gir overskot og førebygger einsemd.

5.1 Mål

Det er eit mål å redusere andelen av befolkninga med låg livskvalitet og jamne ut dei sosiale forskjellane i livskvalitet. Regjeringa vil vidareutvikle fellesarenaene i samfunnet som gir aktivitet, fellesskap, engasjement og opplevingar for alle, og utvikle meir kunnskap om årsaker til psykiske plager og om verknadsfulle tiltak.

Psykisk helse er eit av dei viktigaste satsingsområda til regjeringa. Gjennom denne folkehelse-

meldinga og den nye opptrappingsplanen for psykisk helse som blir lagd fram i 2023, vil regjeringa løfte fram det helsefremjande og førebyggjande psykiske helsearbeidet.

Psykiske lidningar er utbreidde i den norske befolkninga, og desse lidingane bidrar til betydeleg helsetap. Mellom éin av seks og éin av fire vil oppfylle kriteria for ei psykisk liding i løpet av eit år. Dei vanlegaste lidingane er angst og depresjon. Alvorlege psykiske lidningar er forbundne med uførleik, fysiske sjukdommar og redusert forventale levealder.

Blant barn og unge er det angst, åtferdsforstyrningar og affektive lidningar som er vanlegast. Psykiske lidningar og rusbrukslidningar kjem på andreplass blant sjukdomsgruppene som gir ikkje-dødeleg helsetap, etter muskel- og skjelett-lidningar (81). Sjølv mord bidrar til mange tapte leveår. Kronisk insomni rammar éin av sju vaksne, og norske ungdommar søv for lite på kvardagane. Det blir anslått at mellom 80 000 og 104 000 har demens.

Det er betydelege sosiale forskjellar i psykiske plager og lidningar. Psykiske lidningar er tre–fire gongar meir utbreidde hos barn av foreldre med låg inntekt (82). Forskjellane held fram gjennom livsløpet, og ein finn dei att når desse barna blir vaksne (83).

Psykiske plager aukar, særleg blant jenter

Det er ikkje haldepunkt for at utbreiinga av psykiske lidningar aukar i den vaksne befolkninga. Derimot er det ein bekymringsfull auke i andelen unge jenter som rapporterer eit høgt nivå av psykiske plager, og som oppsøker helsetenesta for plagene sine (81). Andelen auker også for gutar.

Ungdata er den største undersøkinga av livet til barn og unge i Noreg, og ho bidrar til informasjon om mange sider ved livet deira. Over år har Ungdata vist at norsk skuleungdom i hovudsak er fornøgd med livet sitt. Det store fleirtalet har gode oppvekstvilkår og eit liv prega av god livskvalitet. Dei siste åra har Ungdata likevel rapportert om ein auke i psykiske plager, einsemd og mistrivsel på skulen. Færre unge er optimistiske med tanke på framtida. Ungdom som oppgir at familien deira har hatt dårleg råd dei to siste åra, er gjennomgåande mindre tilfredse og er sjeldnare fornøgde med vennar, foreldre og lokalmiljøet. Dei har også oftare symptom på depressive plager.

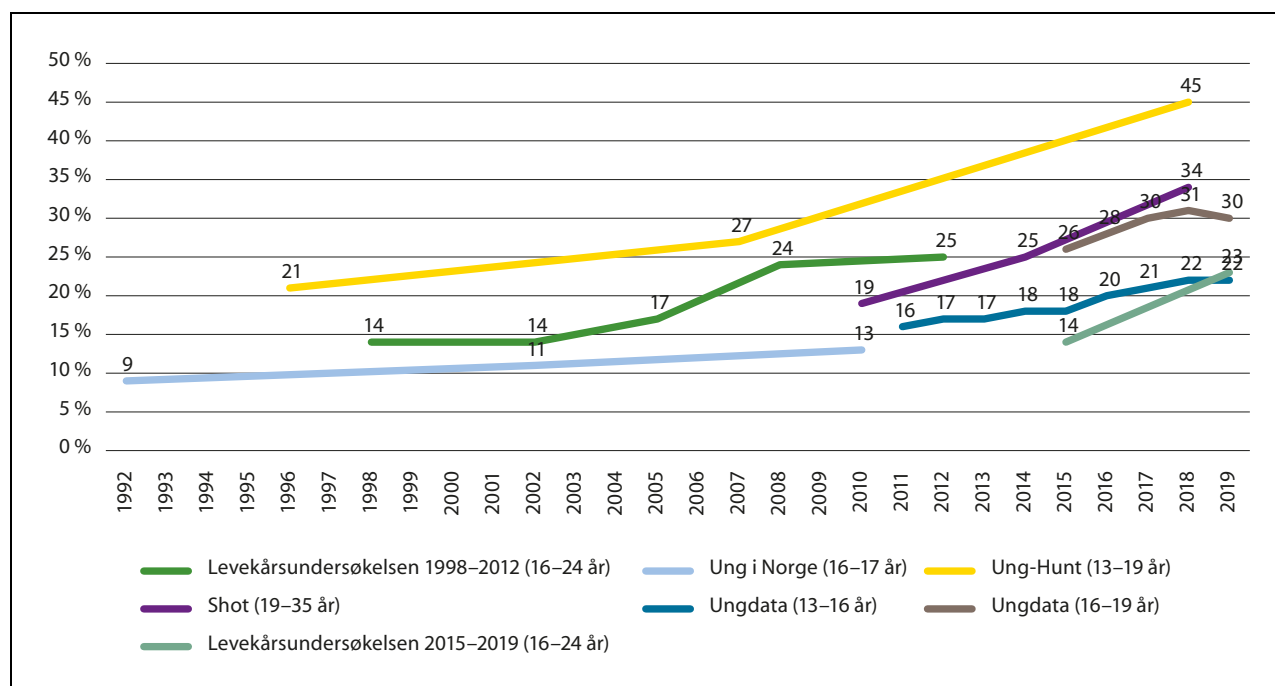
Ung-Hunt-undersøkingane er dei som viser den største auken i psykiske plager. Prosentdelen unge jenter som rapporterte om betydelege angst- og depresjonsplager, auka frå 21 i 1995–97 (Ung-Hunt-1) til 44 i 2017–2019 (Ung-Hunt-4).

Det har vore ein auke i talet på tilvisingar til spesialisthelsetenesta dei siste åra, likeins i talet på pasientar i behandling for eteforstyrningar. Auken har vore betydeleg både under og etter

pandemien. Det har også vore ein auke i andelen som er registrerte med psykiske lidningar i psykisk helsevern for barn og unge (Bup), og det har blitt skrive ut meir legemiddel, blant anna antidepressiv og sovemedikament (84). I Ungdata 2019 kjem det fram at 20 prosent av alle ungdommar under 18 år bruker smertestillande middel éin eller fleire gongar i veka. Éin av ti ungdommar bruker smertestillande middel dagleg. I Ungdata junior 2022 rapporterte nesten ein fjerdedel av barna i alderen 10–12 år at dei hadde tatt smertestillande tablettar i løpet av den siste veka. Forskarar ved Nova peiker på ein samanheng mellom bruk av smertestillande legemiddel og psykososiale faktorar som utfordringar i barndommen, dårleg sjølvbilete, utfordringar med å passe inn og rusproblem i nær familie. Årsaker til bruk av reseptfrie smertestillande medikament kan vere press om å prestere og vere vellykka og ei kjensle av å vere einsam (85).

Folkehelseinstituttet fekk i 2020 i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å ta ansvar for ei nasjonal samordning av kunnskap om psykisk helse, med hovudvekt på førebygging og folkehelseiltak. Som ein del av oppdraget skal instituttet også undersøke kva som er årsakene til auken i psykiske plager blant barn og unge, og kva som er konsekvensane av denne auken.

Regjeringa vil arbeide for at behandlingstilbodet i kommunane og i spesialisthelsetenesta blir lagt til rette slik at dei som treng det, får eit godt



Figur 5.2 Utvikling av psykiske helseplager blant jenter

Kjelde: Folkehelseinstituttet

tilbod nær der dei bur. Dette vil vere tema i den kommande opptrappingsplanen for psykisk helse og i stortingsmeldinga om nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det er også nødvendig å forsterke innsatsen for å førebygge psykiske plager og fremje god livskvalitet. Auken i psykiske plager kjem av samfunnsmessige og sosiale forhold, og utfordringa må løysast gjennom å prioritere det psykiske folkehelsearbeidet på dei arenaene der problema mest sannsynleg oppstår, og ved å gi alle delar av befolkninga grunnlag til å meistre ulike sider av livet. Berre på denne måten sikrar samfunnet ei berekraftig helseteneste og eit godt liv for den enkelte. Det helsefremjande og førebyggjande arbeidet er derfor eit viktig målområde i den kommande opptrappingsplanen.

Grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet blir lagt gjennom heile livet – i familien, i barnehagen, gjennom skule og utdanning, i arbeidslivet og gjennom deltaking i fritids- og kulturaktivitetar. Arenaer som fremjar aktivitet, meining og tilhøyrse, fremjar også god psykisk helse og livskvalitet.

Psykiske lidningar er blant dei vanlegaste diagnosegruppene hos mottakarar av helserelaterte ytingar, særleg for arbeidsavklaringspengar og uføretrygd. Andelen er spesielt høg blant unge. Førebygging av psykiske lidningar vil dermed kunne ha stor betydning for den einskilde si tilknytning til arbeidslivet og gjennom det også påverke sosiale helseforskjellar, og dermed bidra til god folkehelse. Samstundes treng ikkje det å ha psykiske helseplager å bety at ein ikkje kan jobbe. Dei fleste med psykiske helseplager er i arbeid. Arbeid gir meining, meistring og tilhøyrse til eit sosialt miljø (86). Arbeid er også i mange tilfelle helsefremjande. Ei kunnskapsoppsumming syner at dette særleg gjeld for psykiske lidningar (87). Arbeid og helse er nærare omtalt i kapittel 3.4.

Levevanar som tradisjonelt sett har vore godt forankra i folkehelsearbeidet for å styrke den fysiske helsa til befolkninga, har også vist seg å ha ein gunstig effekt på den psykiske helsa. Det gjeld til dømes dagleg fysisk aktivitet, sunt kosthald, gode søvnrutinar og røykeslutt. Fysisk aktivitet er kanskje den levevanen som har best dokumentert positiv effekt på psykisk helse. Ei rekke studiar viser at fysisk aktivitet har både førebyggjande og behandlande effekt på mild og moderat depresjon, sjå også kapittel 3.5.3 og 4.4. Kunnskap om betydninga av kosthald for psykisk helse har styrka seg dei siste åra (88).

Livskvaliteten i befolkninga er sosialt ujamnt fordelt (89). Mange opplever barrierar for del-

taking på fellesarenaene i samfunnet, med bakgrunn i dårleg økonomi og svake sosiale nettverk.

5.2 Trivsel i barne- og ungdomsåra

Barnehagar og skular er særleg viktige arenaer for å fremje god psykisk helse og førebygge lidningar og sjukdom for barn og unge. I tråd med opplæringslova skal elevane «utvikle kunnskap, dugleik og haldningar for å kunne meistre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet». Målet er at barn og unge skal oppleve trygge rammer, men også å gjere dei i stand til å takle motgang og tøffe periodar i livet.

Regjeringa vil

- støtte innføringa av læreplanverket LK20/LK20S, inkludert det tverrfaglege temaet folkehelse og livsmeistring, og følge opp evalueringa av fagfornyninga og anna relevant kunnskapsgrunnlag
- vurdere korleis fritidsklubbane kan styrkast

Barnehagen

Barnehagen skal vareta barna sitt behov for omsorg og leik og fremje læring og danning i samarbeid og forståing med heimen.

Dei tidlege åra er sentrale for den vidare utviklinga av psykisk og fysisk helse, og barnehagen er dermed ein av dei viktigaste psykisk helsefremjande og førebyggjande arenaene vi har. Ein viktig faktor er arbeidet for at barna skal ha det trygt og godt i barnehagen (psykososialt barnehagemiljø). Sjå vidare omtale av arbeidet barnehagane gjer for å skape eit godt psykososialt barnehagemiljø, i kapittel 3.

Barn treng stabile relasjonar til kompetente, støttande og omsorgsfulle tilsette som ser behova deira, og gir respons på signala deira. Det er også viktig å ha god relasjonell kompetanse i barnehagane (90).

Regjeringa sine ambisjonar for barnehagen går fram av den nye nasjonale barnehagestrategien mot 2030, Barnehagen for en ny tid. Strategien skal bidra til å få fleire barn i barnehagen, styrke kompetansen i heile personalet og gi ei retning for det vidare arbeidet med finansiering og styring av barnehagesektoren. Gjennom arbeidet for god kompetanse hos dei tilsette vil strategien bidra til å styrke barnehagen som ein psykisk helsefremjande arena.

Skulen

Skulen er ein viktig helsefremjande arena. Det viktigaste skulen kan gjere for å fremje god psykisk helse og førebygge psykiske plager, er å arbeide for å skape eit trygt og godt skulemiljø der elevane lærer, meistrar og trivst. Arbeidet for eit trygt og godt skulemiljø er omtalt i kapittel 3. I tillegg kan betre og meir kunnskap om psykisk helse bidra til å førebygge psykiske plagar blant barn og unge.

Folkehelse og livsmeistring er eitt av tre tverrfaglege tema som skal gi elevane kompetanse som fremjar god psykisk og fysisk helse, og gjere dei i stand til å ta ansvarlege livsval. Aktuelle emne innanfor temaet er fysisk og psykisk helse, levevanar, seksualitet og kjønn, rusmiddel, mediebruk og forbruk og personleg økonomi. Verdival og betydninga av meining i livet, mellommenneskelege relasjonar, å kunne sette grenser og respektere andre sine og å kunne handtere tankar, kjensler og relasjonar er også emne som høyrer heime under dette temaet.

Fagfornyninga og dei nye læreplanane vil bli evaluerte fram til 2025. Evalueringa vil blant anna gi kunnskap om korleis skulane tar i bruk det tverrfaglege temaet folkehelse og livsmeistring.

Utvalsundersøkinga «Spørsmål til Skole-Norge» som blei gjord våren 2022, viser at mange skuleeigarar og skuleleiarar ønsker meir kompetanse om psykisk helse (91). Skuleeigarane etterlyser særleg kompetanse om korleis skulane kan styrke lærings- og skulemiljøet på ein psykisk helsefremjande måte, korleis skulen kan førebygge forhold som fører til psykiske plager i skulekvardagen, og korleis skulen kan bidra effektivt til eit tverrsektorielt samarbeid.

I 2021 blei det løyvd 54 millionar kroner til kompetansehevande tiltak i arbeidet med psykisk helse, som blei fordelte på 54 kommunar og fylkeskommunar. Kommunane skal rapportere på bruken av midlane til Utdanningsdirektoratet innan september 2023. Erfaringane frå kommunane og fylkeskommunane som har fått midlar, skal systematiserast og gjerast tilgjengelege innan februar 2024.

Sidan 2003 har det vore satsa på psykisk helse i skulen gjennom tilskotsordninga for psykisk helse i skulen. Ordninga omfattar i dag 13 program og blei evaluert av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (Nifu) i 2019. Evalueringa gir indikasjonar på at programma ikkje når ut til alle skulane (92).

Fritid

Fritidsarenaen er ein viktig del av oppveksten til barn og unge. Alle former for fritidsaktivitetar kan ha positiv innverknad på den fysiske og psykiske helsa til barn og unge, i tillegg til å førebygge rusproblem. Fritidsarenaen omfattar mange ulike former for fysiske og kulturelle aktivitetar som idrett, friluftsliv, rekreasjon, dans, musikk, kunst og kultur, i både organisert og eigenorganisert form. Deltaking på fritidsarenaer gir barn og unge høve til å oppleve meistring og utvikle sosiale ferdigheiter, vennskap, nettverk og tilhørrelse.

Opne møteplassar, som til dømes fritidsklubbar, kan bidra til auka livskvalitet for ungdom som slit med einsemd, og føler at dei ikkje har noko meningsfullt å drive med. Fritidsklubbar er eit fritidstilbod med låg terskel, og ein rusfri møteplass for all ungdom. Tilbodet treffer i noko større grad ungdom frå låginntektsfamiliar (93) og ungdom som hyppigare er involvert i vald, mobbing og regelbrot (94). Ungdom frå låginntektsfamiliar har i tillegg lågare deltaking i organiserte fritidsaktivitetar (95). Fritidsklubbane kan også ha ei førebyggjande rolle for barn og unge med psykiske helseutfordringar, ved at tilsette og frivillige kan fange opp utfordringane tidleg og hjelpe ungdommane med å finne ut kvar dei skal vende seg for å få hjelp.

Regjeringa vil framover sjå på korleis fritidsklubbane kan styrkast. Kommunane har hovudansvaret for fritidsklubbane, medan oppgåva til regjeringa er å støtte kommunane i arbeidet. Barne- og familiedepartementet har sett i gang ei utgreiing av fritidsklubbfeltet, som ei oppfølging av samarbeidsstrategien for barn og ungdom i låginntektsfamiliar. Utgreiinga skal leverast i juni 2023.

Regjeringa har styrkt tilskotsordninga for inkludering av barn og unge vesentleg. Både kommunar, frivillige organisasjonar og private aktørar kan søke om tilskot. I 2022-budsjettet blei ordninga styrkt med 85 millionar kroner, og i 2023-budsjettet blei det løyvd ytterlegare 96 millionar kroner. Dette inneber at ordninga i 2023 er på rundt 664 millionar kroner. Tilskotsordninga dekkjer blant anna tilskot til ferie- og fritidsaktivitetar, også utgifter til idrett i kommunane, opne møteplassar og utstyrssentralar. Formålet med ordninga er at fleire barn og unge, uavhengig av inntekta til foreldra, skal få høve til å delta i sosiale aktivitetar på fritida.

Boks 5.1 Fritidserklæringa

Fritidserklæringa er eit samarbeid som blei inngått i 2016 mellom stat, kommune og det frivillige, med mål om at alle barn skal ha høve til å delta i minst éin organisert fritidsaktivitet saman med jamaldra, uavhengig av den sosiale og økonomiske situasjonen til foreldra. Arbeidet tar utgangspunkt i artikkel 31 i FNs barnekonvensjon, som stadfestar at barn har rett til kvile, fritid og leik, og til å delta i kunst og kulturliv. Dei enkelte aktørane bidrar med ulike verkemiddel for å nå målet. Viktige innsatsområde dei seinare åra har vore lokal implementering av fritidserklæringa og korleis kommunane jobbar planmessig saman med det frivillige.

Erklæringa blei fornya og signert på nytt i 2022, med fleire nye statlege og frivillige aktørar. Endringane frå tidlegare erklæringar handlar om 1) nedbygging av barrierar mot at barn og unge deltar, knytte til kjønn, etnisitet, religion, seksuell orientering, funksjonsnedsetting, bustad og den sosiale og økonomiske situasjonen til foreldra, (2) universell utforming av fritidsaktivitetar, (3) medverknaden til barn og unge og (4) kunst og kulturaktivitetar.

Gjennom breie ordningar gir Kultur- og likestillingsdepartementet frivillige organisasjonar økonomiske rammevilkår som set dei i stand til å rekruttere og ta vare på eit mangfald av deltakarar og frivillige. Døme på slike ordningar er meirverdikompensasjonsordninga og Frifond. Samtidig blir det gitt støtte til målretta ordningar og tiltak for å senke terskelen for deltaking og rekruttere fleire barn og unge inn i organiserte fritidsaktivitetar og fellesskap.

5.3 Gjer noko aktivt og meningsfullt saman

Kulturen bidrar til å skape både levande lokalsamfunn og eit godt liv for den enkelte. Å delta på fellesarenaer i lokalsamfunnet legg grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet og reduserer einsemd. Staten vil samarbeide med kommunane, idretten, frivillige organisasjonar og private initiativ for å bidra til å invitere dei som står utanfor, inn på desse arenaene.

Regjeringa vil

- gjennomføre ein pilot for folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse
- legge fram ein strategi for kulturfrivilligheit
- vidareføre Møteplass folkehelse

5.3.1 ABC for god psykisk helse

Helseråd til befolkninga om fysisk helse, er godt kjende. Dei fleste har kjennskap til råd om kosthald, fysisk aktivitet, røyking og alkohol. Tilsvarende råd om kva som fremjar den psykiske helsa, har fått mindre merksemd, sjølv om det finst informasjon om psykisk helse og levevanar på helsenorge.no, og Helsedirektoratet har kampanjar for å auke kunnskapen i befolkninga om psykisk helse. I tillegg har Folkehelseinstituttet nytta konseptet Kvardagsglede, med fem råd for god psykisk helse: Ver oppmerksam! Ver aktiv! Hald fram med å lære! Knyt band! Gi! Kvardagsglede er også presentert på helsenorge.no og hos Rådet for psykisk helse. Modellen er basert på det engelske konseptet «Five ways to happiness». Kvardagsglede blir evaluert i fleire forskingsprosjekt ved Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo.

Ei undersøking om helsekompetansen i befolkninga viser at meir enn ein tredjedel av befolkninga meiner det er svært vanskeleg å finne informasjon om psykisk helse (96). Forskarane konkluderer med at informasjon om korleis psykiske problem kan handterast, bør vere lettare tilgjengeleg og vere på eit nivå som gjer at befolkninga kan nytte informasjonen for å vareta den psykiske helsa si.

Regjeringa har derfor vedtatt å gjennomføre ein pilot for folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse. ABC for god psykisk helse er utvikla i Australia og blir nytta i fleire land, blant anna Danmark, USA og Færøyane. ABC står for *act, belong, commit* – gjer noko aktivt, gjer noko saman og gjer noko meningsfullt. Kampanjen er også omtalt av Verdhelseorganisasjonen i rapporten World Mental Health Report – transforming mental health for all (97) som døme på ein befolkningskampanje som kan engasjere og motivere folk til å styrke si eiga psykiske helse.

Følgjevaluering i Australia viser at ABC-kampanjen har vore vellykka ved at han har 1) auka kunnskapen i befolkninga om kva ein bør gjere for å fremje livskvalitet og vareta den psykiske helsa si betre, 2) endra folk si oppfatning av psykisk helse og psykisk sjukdom, 3) redusert stigmaa knytte til psykisk sjukdom, 4) gjort det lettare å vere open om psykiske helseutfordringar, 5) opp-

muntra befolkninga til å delta i aktivitetar for å vareta den psykiske helsa si og 6) bidratt til varierte lokale initiativ og aktivitetar.

ABC-kampanjen kan implementerast på befolkningsnivå og for ulike grupper og på ulike arenaer som barnehagar, skular, universitet og arbeidsplassar. Trøndelag fylkeskommune gjennomfører i 2022–2024 ein pilot, og på bakgrunn av resultatane vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere korleis ein kampanje kan gjennomførast nasjonalt.

5.3.2 Legg til rette for frivillighet, aktivitet og fellesskap

Eit kjent sitat frå den svenske statsministeren Tage Erlander er at politikarane si oppgåve er å bygge dansegolv, slik at enkeltemneska kan danse sitt eige liv. Når budskapet er å gjere noko aktivt, må det også leggjast til rette for aktivitet. Når budskapet er å gjere noko saman, må det også leggjast til rette for fellesskap. Når budskapet er å gjere noko meningsfullt, må det også leggjast til rette for engasjement og opplevingar.

Frivillige organisasjonar er sentrale aktørar og møtestader for interessefellesskap og samfunnsdeltaking. Regjeringa har eit overordna mål om at alle som ønsker det, skal ha høve til å delta i frivillige organisasjonar og i frivillig arbeid.

Frivillige organisasjonar gir barn og vaksne høve til å utvikle sosiale ferdigheiter, vennskap og nettverk og oppleve meistring og tilhøyrse. Deltaking i fritidsaktivitetar kan bidra til sosial inkludering og god fysisk og mental helse. Høg grad av deltaking i frivillige organisasjonar er også viktig for det norske velferdssamfunnet og den norske beredskapsmodellen, noko som har komme tydeleg til uttrykk under pandemien. Ein sterk og mangfaldig frivillig sektor er i tillegg med på å skape robuste lokalsamfunn.

Både i den statlege frivilligpolitikken og av det frivillige sjølv blir det lagt til grunn at frivillige organisasjonar skal bli opplevde som inkluderande, mangfaldige, representative og med like moglegheiter for deltaking uavhengig av kjønn, etnisitet, livssyn, seksuell orientering, funksjonsevne og sosioøkonomisk bakgrunn. Det er likevel viktige sosiale forskjellar når det gjeld deltaking og innverknad i frivillige organisasjonar, og både offentlege styresmakter og det frivillige arbeider for å senke terskelen for å delta i frivillige aktivitetar.

Kultur- og likestillingsdepartementet har starta arbeidet med ein strategi for kulturfrivillighet som skal komme heile landet til gode, og der

Boks 5.2 Nasjonal kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er eit avtalefesta partnerskap mellom Hunt forskningssenter, Levanger kommune, Trøndelag fylkeskommune, Helse Nord-Trøndelag og Nord universitet. Senteret skal bidra til utvikling og spreiding av miljøterapeutiske behandlingstiltak. Nord universitetet har sidan 2015 vidareutvikla opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling (MMB) for tilsette i helse- og omsorgstenestene og bidratt til utvikling av systematiske kunst- og kulturtiltak som fremjar helse og livskvalitet hos brukarar av helse- og omsorgstenestene.

det særleg blir satsa på den lokale og regionale kulturen. Strategien skal bidra til målet om brei deltaking og tilgang til møteplassar og kulturarenaer over heile landet og legge til rette for eit samspel mellom den profesjonelle og den frivillige kulturen. Strategien vil omhandle verkemiddel og tiltak for kulturfrivillighet der både staten, fylkeskommunane og kommunane har viktige oppgåver og ansvar. Spesielt skal strategien sjå på korleis barrierar for deltaking i kulturlivet for barn og unge kan byggast ned.

Biblioteka har i mange lokalmiljø blitt ein viktig gratis møteplass med arrangement som foredrag, debattar, konsertar, spillekveldar, kurs og så vidare. Mange har utvida opningstider, har tilbod for fleire generasjonar og gir tilgang til ulike medium og verktøy.

Kulturinstitusjonar og kulturaktørar med offentleg støtte har eit særleg ansvar for å inkludere fleire, slik at alle skal kunne oppleve kunst og kultur. Kulturdirektoratet er nasjonal koordinator for arbeidet med å fremje auka mangfald, inkludering og deltaking i kultursektoren, og har sett i verk fleire tiltak for å bygge ned barrierar for deltaking, blant anna for minoritetar og menneske med nedsett funksjonsevne.

Friluftsliv, natur og attraktive nærmiljø er viktige element i folkehelsearbeidet, som kan bidra til god psykisk helse og livskvalitet. Naturen kan også vere ein god arena for sosial kontakt og fellesskap og er viktig for å motverke einsemd. Parkar og grøntområde i byane kan fungere som

sosiale møteplassar. Kulturminne og kulturmiljø kan fremje trivsel og skape gode sosiale møteplassar både i seg sjølve, som fysiske rammer rundt liva, og som ein arena for frivillig arbeid i form av skjøtsel og istandsetjing av kulturminne og kulturmiljø. Kulturminne og kulturmiljø kan gi stader særpreg og eigenart, noko som igjen kan bidra til stadtilhøyrse og identitet. Sjå meir i kapittel 3.5.3 og kapittel 4.4.

Innanfor natur- og kulturmiljøfeltet føregår det i dag mykje frivillig arbeid i form av skjøtsel, istandsetjing og tilrettelegging av landskap, stiar, kulturminne og kulturmiljø. Dette bidrar til fellesskap og sosiale møteplassar og legg grunnlag for god fysisk og psykisk helse.

For å bidra til å styrke rolla til frivilligheita i arbeidet med eit aldersvennleg Noreg gjennomførte Senteret for eit aldersvennleg Noreg eit prosjekt i 2021 om korleis kommunane kunne involvere eldre i frivillig arbeid. Den frivillige innsatsen er i endring, mange vil gjerne delta, men på ein friare måte og ikkje i tradisjonelt organisasjonsarbeid. Prosjektet munna ut i ein rettleiar som skal hjelpe kommunane til å tenke nytt, og som legg til rette for innovasjon for frivilligheita i framtida (98). Rettleiaren inneheld konkrete metodar, døme, guidar og malar som kan brukast for å engasjere fleire seniorar til frivillig innsats i lokalmiljøet.

Kommunane er sentrale for å nå målet om at frivilligheita skal spele ei viktigare rolle i folkehelsearbeidet. Mange kommunar samarbeider svært godt med dei frivillige. Ein forskingsgjennomgang viser at eitt av suksesskriteria for meir inkludering av frivillig innsats i folkehelsearbeidet er organisering og koordinerande ressursar hos anten kommunen eller frivilligheita (99). Organisering av frivillig arbeid omfattar i hovudsak rekruttering, registrering, mottak og koordinering av oppgåver og aktivitetar. Ein aktiv frivilligkoordinator i kommunal stilling er av stor betydning for opplevinga av den frivillige innsatsen, både for dei frivillige sjølve og for mottakarane av frivillige tenester.

Enkelte kommunar lagar planar for frivilligheit. Planane kan inkludere tilgjengelege lokale, samarbeid med skulane og forvaltning av statlege midlar. Ein etablert samarbeidskultur blei rangert som den viktigaste suksessfaktoren for offentleg-frivillig samarbeid, medan dårleg informasjonsflyt blei rangert som den største barrieren for slikt samarbeid. Regjeringa vil arbeide for at kommunane kan halde fram arbeidet med å inkludere alle i sosiale fellesskap og aktivitetar ut frå lokale forhold.

Program for folkehelsearbeid i kommunane 2017–2027 er ei tiårig satsing som skal bidra til å styrke helse og livskvalitet i befolkninga. Satsinga fungerer også som ei plattform for å utvikle eit kunnskapsbasert samarbeid med frivilligheita. Sjå nærare omtale i kapittel 10.3.

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for samarbeid med frivilligheita gjennom blant anna Møteplass for folkehelse, samarbeid med frivillige organisasjonar og medverknad, og fremje betre oversikt og kunnskap osv. om rolla til frivillig innsats i folkehelsearbeidet. Formålet med Møteplass for folkehelse er å styrke samarbeidet mellom frivillig sektor, stat, kommunar og fylkeskommunar på folkehelseområdet. Frivillighet Norge samarbeider med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kommunesektorens organisasjon (KS) og Folkehelseforeningen om jamlege møte der frivilligheita, kommunar og kompetanse- og forskingsmiljø deltar. På møta blir folkehelse og rolla til frivilligheita sett på dagsordenen. I 2022 var temaet førebygging av einsemd.

5.4 Einsemd som folkehelseutfordring

Regjeringa vil

- lage ein vegvisar for folkehelseiltak mot einsemd, som samanfatar risikogrupper og moglege tiltak knytte til ulike former for einsemd
- be Folkehelseinstituttet lage ei kunnskapsoppsummering som ser spesielt på digitale tiltak
- vurdere einsemd som tema i siste periode av folkehelseprogrammet og fremje pilotstudiar for samarbeid mellom frivilligheita og kommunar
- omtale og utvikle tiltak for å førebygge einsemd i «bu trygt heime»-reforma, der målet er å legge til rette for alle eldre kan bu lenger heime om dei ønsker det
- vurdere ein handlingsplan for førebygging av einsemd i 2025, når kunnskap frå pågåande arbeid, inkludert arbeid med livskvalitetsdata, vil gi eit betre grunnlag for treffsikre tiltak

Einsemd er ein vesentleg faktor for redusert livskvalitet. Det kan vere ein følge av at ein opplever å ha manglande eller utilstrekkelege sosiale relasjonar, eller at ein ønsker sterkare sosiale relasjonar. Einsemd heng saman med forventningar og sosiale behov. Ein kan føle seg einsam sjølv om ein har eit rikt sosialt liv, og ein treng ikkje kjenne seg einsam sjølv om ein ikkje har det.

Eit skilje går også mellom sosial isolasjon og einsemd. Sosial isolasjon er ein objektiv og kvanti-

tativ indikator på manglande sosial kontakt (kor ofte ein ser vennar og familie, storleik på sosialt nettverk, deltaking i sosiale aktivitetar og grupper). Einsemd er ei subjektiv oppleving og kan definerast som eit ubehageleg sagn av sosial kontakt.

Både einsemd og sosial isolasjon er forbundne med både stigma og ei rekke negative konsekvensar for fysisk og psykisk helse. Einsemd og sosial isolasjon kan ha negative helsekonsekvensar fordi det kan føre til auka stress og auka risiko for psykiske lidningar, og det kan også ha innverknad på kroniske sjukdommar. Einsemd og sosial isolasjon kan også auke risikoen for hjarte- og karsjukdommar, demens og sjølv mord. Blant eldre personar er einsemd og sosial isolasjon knytte til redusert kognitiv fungering og auka demensrisiko. Dårleg helse og dårleg økonomi er risikofaktorar for einsemd. Tap av høyrse og syn kan føre til einsemd.

Vi blir fleire eldre, og mange vil eldast utan ein partnar. Mange skil seg, lever aleine eller er barnlause. Dette er grupper som oftare er utsette for einsemd. Langsiktige tiltak som førebygger samlivsbrot og fremjar arenaer for å finne ein partnar, vil derfor på sikt kunne bidra til å redusere einsemd. Einsemd er også knytt til utvikling av sosiale ulikskap. Personar med lang utdanning og god inntekt har oftare eit godt sosialt nettverk som vernar mot einsemd (100).

Verken norske eller internasjonale studiar tyder på nokon generell auke i einsemda i samfunnet, men fleire undersøkingar har vist ein auke blant ungdom. Auken frå 2012 til 2020 var særleg stor blant aleinebuande under 35 år. Blant ungdom og unge vaksne er einsemd meir utbreidd blant kvinner. Blant eldre, særleg aleinebuande og eldre i institusjon, blir det også rapportert meir einsemd. Særleg ser koronapandemien ut til å ha ført til meir einsemd blant unge og studentar, men også blant eldre.

Statlege eller kommunale styresmakter kan ikkje avskaffe einsemd, men dei kan legge til rette for at det blir redusert. Det finst ikkje sikker kunnskap om spesifikke metodar for å redusere einsemd.

I Folkehelseinstituttets systematiske gjennomgang av oversiktsartiklar om effektar av tiltak for å redusere einsemd og sosial isolasjon (2017–2022) finn instituttet generelt mest støtte for at dei sosiale tiltaka (fysisk eller digital sosial kontakt og/eller sosial støtte) er effektive for å redusere sosial isolasjon, medan dei psykologiske tiltaka (sosial kognisjon, meditasjon og trening på sosiale ferdigheiter og vennskap) er mest effektive for å

redusere einsemd. Kvaliteten på oversiktsstudiane blir vurdert som til dels låg, og det blir peikt på eit behov for meir forskning.

Folkehelseinstituttet trekker likevel fram betydninga av frivillig sektor, enkle råd til den enkelte, digitale intervensjonar og møteplassar for folk som er utanfor arbeidslivet.

5.5 Studentar si psykiske helse

For at studentar skal lykkast med studiane, må dei trivast, ha gode levekår og eit godt og inkluderande læringsmiljø. Studentar er i ein mellomfase mellom ungdomstid og etablert vaksenliv, og dei opplever ofte store endringar i livet på nokre få år. Lærestadene og studentsamskipnadene har eit felles ansvar for å legge til rette for fritidstilbod og sosiale arenaer for studentane.

Regjeringa vil

- skaffe meir kunnskap om årsakene til psykiske plager og einsemd blant studentar for å finne gode målretta tiltak

Levekårsundersøkinga blant studentar frå 2021 og Studentane si helse- og trivselsundersøking (Shot) frå 2022 viser at fleirtalet av studentane har god helse, og er tilfredse med livet. Eit klart fleirtal av studentane (75 prosent) rapporterer at dei er nøgde med studiebyen eller studiestaden sin totalt sett, og majoriteten av studentane (86 prosent) angir at dei opplevde å bli godt mottatt på studieprogrammet dei går på. 74 prosent av studentane oppgir at dei har god eller svært god helse.

Shot-undersøkinga frå 2022 viser likevel at 36 prosent av studentane oppgir å vere einsame, ein auke frå 30 prosent i 2018. Det har vore ein betydeleg auke i rapporterte tilfelle av det som kan karakteriserast som alvorlege psykiske plager, frå 2010-undersøkinga og fram til undersøkinga i 2021, og ein viss nedgang i 2022. Kvar tredje student rapporterte i 2022 om det som kan karakteriserast som alvorlege psykiske plager. Ein av fem svarer at dei har skadd seg sjølve med vilje, og like mange at dei har tenkt seriøst på å ta sitt eige liv, men ikkje faktisk prøvd å gjere det. 5 prosent opplyser at dei har prøvd å ta sitt eige liv. Det er også ein betydeleg andel med søvnproblem, færre er regelmessig fysisk aktive enn i 2010, fleire har overvekt eller fedme, og alkoholkonsumet har auka.

Det manglar kunnskap om årsakene til auken i dei psykiske plagene. Studentane sjølve peiker på

faktorar som økonomi, krav og eksamenspress. Det er løyvd 1 million kroner til ei tilleggsundersøking som skal gjennomførast i etterkant av Shot 2022. Formålet med tilleggsundersøkinga er å skaffe kunnskap om den nøyaktige førekkomsten av psykiske lidningar og få data om psykiske symptomplager og førekkomsten av diagnosebaserte lidningar blant studentane.

Studentar har som andre med fast opphald i kommunen eller innan helseregionen, rett til helse- og omsorgstenester. Velferdstenestene som samskipnadene har ansvar for, skal sørge for at studentane har eit bra velferdstilbod som inkluderer helse, bustader, barnehage, treningstilbod, kulturtilbod m.m. Fleire studentsamskipnader har lågterskeltilbod for studentar som treng råd eller nokon å snakke med.

Gjennom ABC-kampanjen er det sett i gang eit samarbeid med studentsamskipnaden ved Noregs teknisk-naturvitenskaplege universitet (NTNU) i Gjøvik, Ålesund og Trondheim, Sit, og studentsamskipnaden ved Nord universitet, Studentinord. Ved NTNU har Sit utvikla Sit Labs, basert på prinsippa i ABC, og NTNU gjennomførte ein informasjonskampanje retta mot nye studentar i 2022. I 2022 styrkte rådgivings- og helsetenesta i Studentinord det førebyggjande arbeidet for god livskvalitet og god psykisk helse gjennom prosjektet Hodebra student. I samarbeid med blant anna Sit og Røde Kors er det gjennomført workshops og kurs for studentar om ABC-modellen for psykisk helse. Studentinord har frå før ei rekke førebyggjande tiltak i tråd med ABC.

5.6 Eldre i det psykiske folkehelsearbeidet

Regjeringa vil

- kartlegge den psykiske helsa og livskvaliteten til eldre
- hauste erfaringar med korleis folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse kan nyttast i den eldre delen av befolkninga

Resultat frå norske undersøkingar viser at dei fleste eldre er tilfredse med livet, og at dei yngste av dei eldre er meir tilfredse enn yngre aldersgrupper (89). Men i høg alder, frå 75–80 års alderen, går livskvaliteten ned. Særleg førekomstane av depressive plager og einsemd aukar. Mange opplever også redusert meistring og sosial støtte (101).

Det finst avgrensa informasjon om korleis den psykiske helsa og livskvaliteten er i Noreg blant dei over 80 år, blant dei sjukaste og blant sjuke-

heimsbebuarar. Internasjonale studiar viser at livskvaliteten i snitt er lågare i desse gruppene enn blant yngre, friskare og heimebuande eldre. Sidan dei eldste og skrøpelegaste er underrepresenterte i undersøkingar, må ein rekne med at livskvaliteten blir redusert meir i eldre år enn funna kan gi inntrykk av (102).

For mange varer alderdommen fleire tiår, og arbeidet for god psykisk folkehelse må vare heile livet ut. God psykisk helse blant eldre kan også hjelpe samfunnet til å møte ei framtid der det blir stadig fleire pensjonistar i forhold til yrkesaktive. Denne befolkningsutviklinga blir enklare å handtere med friskare eldre. Folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse samarbeider med fleire kommunar og frivillige organisasjonar som arbeider med psykisk helse og livskvalitet for eldre, blant anna Norske Kvinners Sanitetsforening, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Pensjonistenes Fellesorganisasjon i Trondheim og Livsglede for Eldre. Alle arbeider etter prinsippa i ABC-modellen for å førebygge einsemd og psykiske plager blant eldre.

5.7 Livskvalitet

Regjeringa vil

- legge fram ein nasjonal livskvalitetsstrategi i 2024, med mål om å jamne ut sosiale forskjellar i livskvalitet, og som kan gi eit betre heilskaplig mål på samfunnsutviklinga som speglar befolkninga si oppleving av kva som er viktig for eit godt liv.
- at livskvalitet vil inngå i ny temaveileder til utgreiingsinstruksjonen om helse- og livskvalitet
- utarbeide eit system for regelmessige nasjonale og regionale målingar av livskvalitet
- utvikle eit indikatorsett for livskvalitet som grunnlag for politikkutforming
- inkludere livskvalitet i folkehelseloven når lova blir revidert

Omgrepet livskvalitet blir brukt på ulike måtar. I psykologi og i helsefaga blir omgrepet vanlegvis brukt for å dekke reint subjektive opplevingar som tilfredsheit, glede, meistring og mening, og dessutan fråvær av psykiske plager og negative kjensler. I andre samanhengar blir omgrepet nytta om ytre, objektive levekårsforhold, som inntekt, sosial deltaking og buforhold. Hos både OECD og Eurostat er livskvalitet eit omgrep som rommar begge deler, både subjektive og objektive komponentar (89).

Nokre av faktorene som bidrar til livskvalitet, ser ut til å verne mot psykiske vanskar som til

Boks 5.3 Livskvalitet under pandemien

Før koronapandemien svarte omkring 16 prosent av befolkninga over 18 år at dei opplevde dårleg livskvalitet. Delen som opplever dårleg livskvalitet, ser ut til å ha auka under koronapandemien og har lege på mellom 24 og 28 prosent. Også opplevinga av lite mening har auka frå 2020 til 2021 i alle aldersgrupper, men var størst blant dei i alderen 18–24 år. Dette heng sannsynlegvis saman med utstrekt bruk av heimeskule og -studiar. Blant yrkesaktive er det også ein auke, noko som kan tyde på at bruk av heimekontor kan føre til nedsett oppleving av mening. Delen einsame og delen som har betydelege psykiske plager, var også høgare blant dei på heimekontor enn blant dei som framleis kunne vere på arbeidsstaden sin. Totalt sett ser det ut til at mengda av tiltak har direkte effekt på livskvaliteten i befolkninga.

Kjelde: Folkehelseinstituttet

dømes alvorleg depresjon og angst- og depresjonsliknande plager. Livskvalitet blir påverka av ei rekke ulike faktorar som gen og personlegdom, meistringsressursar, sosial støtte, positive og negative livshendingar, tilknytingsforhold, kultur og objektive faktorar som samfunnsforhold og økonomi.

Statistisk sentralbyrå gjennomfører nasjonale målingar av livskvaliteten i befolkninga. Undersøkinga er nettbasert og inkluderer personar i alderen 18 år og eldre. Gruppa eldre enn 80 år hadde svært liten svarprosent, noko som sannsynlegvis kjem av dårleg helse og låg digital kompetanse i denne gruppa. Undersøkinga til Statistisk sentralbyrå har hovudvekta på subjektiv livskvalitet.

5.7.1 Utjamning av sosiale forskjellar i livskvalitet

Det er store forskjellar i livskvaliteten i befolkninga. Som politikkområde er livskvalitet breiare enn psykisk helse og folkehelse. Regjeringa ønsker derfor å legge fram ein eigen livskvalitetsstrategi i 2024. Hovudmålet med ein nasjonal livskvalitetsstrategi er å utvikle mål og verkemiddel for å sikre ei samfunnsutvikling som jamnar ut sosiale forskjellar i livskvalitet, og som også

speglar befolkningas oppleving av kva som er viktig for eit godt liv.

Dei siste ti åra har Statistisk sentralbyrå, Helsedirektorat og Folkehelseinstituttet, saman med fleire andre fagmiljø, utvikla eit målesystem for livskvalitet, og Statistisk sentralbyrå har gjennomført tre nasjonale målingar av livskvalitet i Noreg sidan 2020. Dei nasjonale målingane viser korleis levekår og livsvilkår som helse, sosiale relasjonar, arbeids- og studiemiljø, økonomiske forhold, buforhold, bu- og nærmiljø og oppleving av samfunnsforhold påverkar tilfredsheita med livet. Målingane viser at majoriteten av dei som er mykje plagd av einsemd, opplyser at dei har låg tilfredsheit med livet. Folkehelseinstituttet har også gjennomført fylkesvise målingar.

Kunnskapen frå målingar og indikatorar om livskvalitet og korleis livskvalitet fordeler seg i befolkninga, kan brukast som kunnskapsgrunnlag i avgjerdsprosessar. Tiltak kan med det bli utvikla meir i tråd med behovet til innbyggjarane, og dette kan bidra til eit meir rettferdig samfunn og eit styrkt demokrati. Ein strategi vil vere eit viktig verktøy i satsinga for redusert sosial og geografisk ulikskap og eit meir berekraftig samfunn. Livskvalitet vil vere eit viktig omsyn å vareta i stat-

Boks 5.4 Internasjonale erfaringar med å bruke livskvalitet som mål på samfunnsutviklinga

OECD lanserte i 2011 Better Life Initiative (103), som bygger på ei erkjenning av at eit godt liv blir skapt av andre faktorar enn berre dei økonomiske. Dette initiativet har vore ei viktig drivkraft i arbeidet med å sette livskvalitet på den politiske dagsordenen. Stadig fleire land nyttar no livskvaliteten i befolkninga som eit supplerande mål på samfunnsutviklinga. I 2019 lanserte New Zealand som første land i verda eit «wellbeing budget», som er eit statsbudsjett med mål om å auke livskvaliteten i befolkninga. Skottland, Island, Finland og Wales følger no i fotspora til New Zealand og legg om til ein «wellbeing economy». I Norden har særleg Island komme langt i arbeidet med å utvikle eit indikatorrammeverk som kan nyttast for å følge utviklinga, og vere eit verktøy i prosessen frå målingar til politikktutforming. Verdhelseorganisasjonen arrangerte i mars 2023 eit høgnivåmøte om helse og «wellbeing economy».

lege utgreiingar, og Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om dette bør formaliserast i utgreiingsinstruksen eller rettleiinga til instruksen. Omsynet til livskvalitet må også varetakast i kommunal planlegging, og det kan vere aktuelt å sjå på korleis omsynet til livskvalitet kan varetakast gjennom endringar i folkehelseloven.

Som ein del av folkehelsepolitikken har dei nordiske landa innleia eit samarbeid om å bruke livskvalitet som eit mål på samfunnsutviklinga. Ein nasjonal livskvalitetsstrategi som samlar og dokumenterer Noregs ambisjonar og innsats på området, vil vere eit viktig bidrag i å utvikle ein nordisk modell for korleis livskvalitet kan brukast som eit mål på samfunnsutviklinga.

Den nasjonale strategien vil blant anna ta føre seg desse punkta:

- *Felles mål og visjon for arbeidet med livskvalitet i Noreg*
- *Indikatorar som mål på samfunnsutviklinga*: Eit utval indikatorar skal leggjast til grunn for samfunns- og politikkkutforming, og brukast til å vurdere måloppnåing. Indikatorane vil innehalde mål på både subjektiv og objektiv livskvalitet og vil henge saman med FNs berekraftsmål. Både kvantitative og kvalitative metodar vil bli nytta for å velje ut indikatorar.
- *Kunnskapsproduksjon*: Data som blir samla inn gjennom nasjonale og regionale målingar, skal bidra til kunnskap og forskning som kan utvikle feltet vidare.
- *System for gjennomføring av regelmessige livskvalitetsundersøkingar*: Det skal etablerast eit

system for å gjennomføre regelmessige undersøkingar om livskvalitet, som skal gi styringsinformasjon til både nasjonale, regionale og lokale styresmakter.

- *Sektorrelevante analysar av data*: Data frå målingane skal analyserast slik at dei er relevante for ulike sektorar og kan føre til lokal politikkkutforming.
- *Prioriterte innsatsområde innan forskning*
- *Evaluering av tiltak*: Tiltak som blir innførte, må bli evaluerte med tanke på korleis dei påverkar livskvalitet.
- *Grep for korleis livskvalitetsmål kan nyttast i politiske avgjerdsprosessar*: Strategien skal synleggjere korleis omgrepet livskvalitet kan nyttast på tvers av sektorar, og danne grunnlag for prioriteringar i nasjonale og lokale budsjettprosessar.
- *Nordisk samarbeid*: Det nordiske samarbeidet må utviklast vidare slik at vi kan få ein nordisk modell for korleis livskvalitet kan brukast som mål på samfunnsutviklinga. Noregs ambisjonar og innsatsar på området vil vere eit viktig bidrag.

Dei nasjonale målingane av livskvalitet som Statistisk sentralbyrå gjennomfører, vil vere grunnlaget for det vidare arbeidet med livskvalitet, og det er avgjerande at desse blir gjennomførte regelmessig. Saman med data frå ulike helseundersøkingar og -register vil dataa frå desse målingane bli nytta til å utarbeide indikatorar og eit rammeverk for det vidare arbeidet.

6 Vern mot helsetruslar og rett til eit sunt miljø



Figur 6.1

Det er eit ansvar for styresmaktene å bidra til vern mot helsetruslar og legge til rette for eit sunt miljø. Vern mot helsetruslar er ein grunnleggande rett. Dette omfattar blant anna smittevern, antibiotikaresistens, vaksinar, drikkevatn, trygg mat, skadar og ulykker, luftforureining og støy, inneklimate og stråling.

Koronapandemien har vist at vern av liv og helse blir høgt verdsett, og at større helsetruslar kan krevje omfattande samfunnsmessige tiltak i ein skala samfunnet tidlegare ikkje har vore førebudd på. Dette illustrerer stor samanheng mellom vern mot helsetruslar og beredskap. Regjeringa vil legge fram ei stortingsmelding om helseberedskap. Folkehelsemeldinga beskriv i hovudsak regjeringa sin politikk for vern mot helsetruslar i ein normalsituasjon, medan helseberedskapsmeldinga omtaler det same i ein krisesituasjon. Gode system for å handtere helsetruslar i ein normalsituasjon utgjer grunnlaget for god beredskap mot helsetruslar i ein krisesituasjon. Det er derfor viktig å sjå desse meldingane i samanheng.

6.1 Mål

Regjeringa har som mål at alle skal sikrast eit trygt miljø som sikrar helsa og jamnar ut forskjellar i miljøkvalitet som påverkar helsa.

Grunnlova § 112 slår fast at alle har rett til eit miljø som sikrar helsa. Sommaren 2022 vedtok generalforsamlinga i FN resolusjon 48/13 om «The human right to a safe, clean, healthy and sustainable environment». Noreg var eit av 161 land som røysta for resolusjonen. Vidare vedtok FNs menneskerettskonvensjon og FNs menneskerettsråd i oktober 2021 ein resolusjon som anerkjenner tilgangen til eit sunt og berekraftig miljø som ein universell rett.

Både grunnlovsføresegna og resolusjon 48/13 gir føringar for det arbeidet Noreg gjer for å sikre befolkninga mot helsetruslar og for å skape gode og helsefremjande miljø. Dette omfattar blant anna smittevern for å hindre at infeksjonar oppstår og spreier seg i befolkninga, inkludert arbeidet med antimikrobiell resistens (AMR), helsestenesteassosierte infeksjonar, trygg mat, drikkevatn, stråling, miljøgifter, luftforureining, støy og inneklimate. Det er framleis slik at forskjellar i miljøkvalitet samvarierer med sosiale forskjellar mellom områda der folk bur. Generelt er det til dømes meir støy og luftforureining i område med lågare sosioøkonomisk status. Tilsvarande ser vi sosiale og geografiske forskjellar når det gjeld smitte. Å sikre eit forsvarleg miljø for alle vil bidra til å jamne ut sosiale helseforskjellar.

6.2 Internasjonalt samarbeid om helsetryggleik

Regjeringa vil

- bidra til ei heilskapleg tilnærming til finansieringa av global helseinnsats, inkludert globale fellesgode
- knyte Noreg til EUs helseorgan

Det primære ansvaret for alle regjeringar er ansvaret overfor eigne innbyggjarar. Men koronapandemien har vore ei påminning om at hendingar i andre land kan påverka helsa til nordmenn direkte. Helse er eit fellesgode som krev gjensidig forpliktande innsats globalt og regionalt.

Pandemien avdekte sårbarheiter. Antimikrobiell resistens (AMR), ein annan grensekryssande helsetrussel, er noko norske styresmakter og norsk helseteneste må vere merksame på, og som gjer internasjonalt samarbeid heilt nødvendig. Ikkje-smittsame sjukdommar (NCD) utgjer den viktigaste årsaka til for tidleg død i verda, blant anna på grunn av dei felles underliggande risikofaktorane tobakk, alkohol og andre rusmiddel, usunt kosthald, for lite fysisk aktivitet og luftforureining. Nesten ein fjerdedel av alle dødsfall på verdsbasis er relaterte til miljøforhold – og då særleg luftforureining. Tilgang på kjemikal for å produsere trygt drikkevatt og andre viktige innsatsfaktorar er døme på utfordringar som vi har både nasjonalt og internasjonalt, og som krev internasjonalt forpliktande samarbeid. God helse avheng av eit sunt miljø. Klima-, miljø- og naturkrisa krev samordna internasjonal innsats, og dette er blant anna nedfelt i det globale rammeverket for naturmangfald som blei vedtatt i desember 2022.

Koronapandemien har bidratt til at EU styrker samarbeidet innanfor helseberedskap. EU innrettar seg for å kunne vere motstandsdyktig i ei helsekrise og sikre tilgang til medisinske tiltak. Regjeringa har derfor vedtatt å innleie forhandlingar med EU med sikte på å knyte Noreg fullt ut til det europeiske helseberedskapssamarbeidet på likast mogleg vilkår som EU-medlemslanda. Formålet er å styrke den norske helseberedskapen og sikre tilgang til vaksinar, legemiddel og medisinsk utstyr i kriser. Den geopolitiske situasjonen, erfaringane frå koronapandemien og krigen i Ukraina understrekar at Noreg ikkje kan stå utanfor. Arbeidet med å knyte seg til EUs helsekrisesamarbeid er det viktigaste grepet Noreg gjer for å styrke framtidig helseberedskap og kriserespons.

Gjennom EØS-avtalen deltar Noreg blant anna i EUs helsetryggingskomité, EUs smittevernbyrå og EUs felles innkjøpsavtalar for legemiddel, vaksinar, medisinsk utstyr og personleg verneutstyr. På matområdet deltar Noreg i alle relevante forum under Europakommisjonen, sidan store delar av regelverket inngår i EØS-avtalen. Noreg deltar også i EUs helseprogram EU4Health, EUs forskingsprogram (Horisont Europa) og EUs ordning for sivil beredskap (UCPM). For å vareta norske interesser er det viktig med tidleg medverknad i regelverksutviklinga og politikkutforminga i EU.

Verdshelseorganisasjonen er FNs særorganisasjon for helse og er verdas leiande og koordinerande organ i internasjonalt helsearbeid. Organisasjonen utarbeider og vedtar globalt gjeldande normer og standardar som får effekt for norske helsetenester gjennom nasjonale faglege retningslinjer. Verdshelseorganisasjonen er også arena for forhandling av internasjonale mellomstatlege regelverk og rammeverk som til dømes det internasjonale helsereglementet (IHR), rammeverkskonvensjonen for tobakk (FCTC), Codex Alimentarius på matområdet og rammeverket for pandemisk influensaberedskap (PIP). Alle dei nemnde instrumenta er svært viktige for den norske folkehelsa, og Noreg er derfor aktivt med i mellomstatlege forhandlingar om revisjon av det internasjonale helsereglementet og forhandlingar om eit nytt bindande instrument for pandemiberedskap og respons. Den norske helseberedskapen er avhengig av velfungerande internasjonale system for beredskap og respons mot helsekriser. Manglande implementering og oppfølging av internasjonale forpliktingar kan få store konsekvensar for folkehelsa – også i Noreg.

Noreg har også samarbeid på nordiske arenaer, i nordområda, gjennom Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), Verdsbanken, FNs narkotikakommisjon, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, FNs organisasjon for ernæring og landbruk og FNs økonomiske kommisjon for Europa og protokollen om vatn og helse.

Noreg investerer i global helse ved å støtte vaksinealliansen Gavi, vaksinekoalisjonen CEPI, Det globale fondet for kamp mot aids, tuberkulose og malaria (GFATM) og Den globale finansieringsfasiliteten for helsa til kvinner, barn og ungdommar (GFF). Felles internasjonale investeringar er med på å styrke den globale helsetryggleiken gjennom å førebygge, oppdage og respondere mot nye infeksjonstruslar og andre folkehelseutfordringar.

6.3 Smittevern

Regjeringa vil

- sikre at det kommunale smittevernet er forankra på tvers av ulike sektorar, og at smitteverntiltak blir sett i eit breiare folkehelse- og livskvalitetsperspektiv
- utarbeide ein ny tverrdepartemental nasjonal strategi mot antimikrobiell resistens
- sette i gang ein revisjon av handlingsplanen for betre smittevern i helsetenesta 2019–2023
- utarbeide ein handlingsplan mot antimikrobiell resistens i helsetenesta
- arbeide med å etablere eit vaksenvaksinasjonsprogram som bygger på dagens influensavaksinasjonsprogram
- utgreie vidare nytten av data frå kopling av fleire datakjelder også i ein normalsituasjon
- gjennomgå dei juridiske rammene for å få ein betre og meir effektiv bruk av data til smittevern og utbrotshandtering både lokalt og nasjonalt og for å samhandle og dele data mellom aktørar på ein sikker måte
- starte eit arbeid for å modernisere overvaking og register til bruk i det daglege smittevern-arbeidet og i kriser

Effektivt smittevern i og utanfor helsetenesta, høg vaksinasjonsdekning, riktig bruk av antibiotika og effektive overvakingssystem er ein føresetnad for å halde smittsame sjukdommar under kontroll, behalde eit høgt nivå av behandling i helseteneste og dermed god helse i befolkninga.

Covid-19-pandemien har vist kor viktig det er å førebygge smittsame sjukdommar, men også kor viktig det er å hindre spreing. Han har også vist betydninga av å sikre at befolkninga har tillit til dei faglege tilrådingane frå helsestyresmaktane og til politikken som regjeringa fører. Blant anna er høg tillit til vaksinasjon sentralt. Openheit om verknader og biverknader er viktig for å oppnå ein slik tillit.

6.3.1 Smittevern i kommunar

Godt smittevern må skje på det nivået der tiltaka kan vere mest målretta og effektive. Kommunane og kommuneoverlegar har sentrale roller i smittevernarbeid. For at ein betre skal kunne gjennomføre dette arbeidet, trengst gode overvakingssystem på nasjonalt plan som gir tilgang til styringsdata lokalt og regionalt. Dette skal kunne bidra til god beredskap og evaluering av vaksineprogram, smittesporing og andre tiltak for å

hindre smitte. Vidare er det viktig å sikre at kommunane har tilgang til verktøya dei treng for å handtere smittsame sjukdommar og samhandle i arbeidet med slike sjukdommar. Smittevernkompetanse må også varetakast både på kommuneoverlegenivå og av andre, til dømes helse-sjukepleiarar, sjukeheimar, heimeteneste, fastlegar og legevakt.

Mange, særleg små, kommunar er sårbare når det gjeld kompetanse og personell for å gjere nødvendige analysar av smittesituasjonen, drive smittesporing, utarbeide kommunale smittevernplanar, vareta smittevern i kommunale helseinstitusjonar og generelt sikre at smittevern er varetatt i kommunen. Ofte er det berre éin person, gjerne i ei deltidsstilling, som skal vareta desse oppgåvene. Pandemien har vist at dette kan gjere det vanskeleg å halde forsvarleg drift over tid. Koronakommisjonen tilrår at kommuneoverlegefunksjonen bør styrkast. Regjeringa vil klargjere og legge betre til rette for at kommunen kan vareta smittevernansvaret sitt på ein forsvarleg måte. Regjeringa vil skape rammevilkår for å sikre forsvarlege fagmiljø innanfor smittevern på kommunalt nivå, og det må vere god fagleg støtte til kommunane frå staten, sjukehus og andre.

Innanfor miljøretta helsevern er det mange kommunar som har etablert interkommunale einingar for å vareta ansvaret til kommunen etter folkehelseloven. Dette sikrar tilstrekkeleg robuste fagmiljø, som kan arbeide systematisk og langsiktig med å verne helsa til innbyggjarane frå ei rekke helsetruslar. Men desse fagmiljøa arbeider i mindre grad med smittevern. Det er overlappende oppgåver mellom smittevern og miljøretta helsevern, og det er formålstenleg å sjå desse oppgåvene meir i samanheng. Styrking av fagmiljø vil vere eit viktig tiltak for å kvalitetssikre råd og rettleiing og motverke overbelastning. Eit godt fagleg fellesskap blir også vurdert som ein stabiliserande faktor, ved at stillingar blir oppfatta som meir attraktive og rekrutteringa kan bli lettare.

Erfaringa frå pandemien viser kor viktig det er å sjå på smittevern som ein del av det tverrsektorielle kommunale arbeidet med å verne og fremje både helse og andre viktige interesser og samfunnsfunksjonar. Regjeringa ønsker derfor å styrke det tverrsektorielle arbeidet på smittevernområdet. Målet er at smittevern på ein betre måte blir omfatta av systemet med oversikt over folkehelseutfordringane i kommunen og med fastsetting av kommunale mål og tiltak for å møte desse utfordringane. Slik blir eventuelle tiltak forankra der det gir størst effekt, uavhengig av sektor. Dette er viktig for å sikre at smittevernet

er godt forankra i kommunane på tvers av ulike sektorar, men også for at smitteverntiltak skal bli sett i eit breiare folkehelse- og livskvalitetsperspektiv.

Å gjennomføre dette krev endring blant anna i smittevernloven og folkehelseloven, noko som blir følgt opp gjennom ei vurdering av regelverk og rettleiing. Revisjon av folkehelseloven og rolla til kommuneoverlegen er nærare omtalt i kapittel 10.

I løpet av strategiperioden for den nasjonale strategien mot hepatittar frå 2016 har behandlinga av hepatitt C blitt tilgjengeleg for alle smitta med hepatitt C, og førekomsten av kronisk hepatitt C blant viktige risikogrupper som personar som inntar rusmiddel med sprøyte, har gått betydeleg ned. Det er arbeid i gang med å evaluere strategien, for å sikre vidareføring av målet om å eliminere hepatitt C som folkehelseproblem i Noreg.

Under pandemien har statsforvaltaren hatt ei viktig rolle i å etablere nettverk og samhandlingsflater for kommuneoverlegane og kommunane. Etter smittevernloven skal statsforvaltaren ha særleg merksemd retta mot smittevernet i fylket og ha oversikt over og kunnskap om lokale planar om smittevern. I tillegg skal statsforvaltaren yte bistand ved behov. Det er viktig å bygge vidare på dette i vurderinga av kva rolle statsforvaltaren skal ha i smittevern i framtida. Erfaringar frå pandemien vil vere sentrale i arbeidet med å revidere regelverket knytt til smittevern og helseberedskap.

6.3.2 Vaksinasjonsprogram for vaksne

Regjeringa vil arbeide med å etablere eit vaksinasjonsprogram for vaksne og risikogrupper. Utgangspunktet vil vere dagens influensavaksinasjonsprogram, der kommunane har ansvar for å gi innbyggjarane tilbod om vaksine. Ein eventuell vidareføring av tilbudet om vaksine mot covid-19 kan også gjerast i vaksinasjonsprogrammet. Å innføre fleire vaksinar kan vedtakast etter ei fagleg og samfunnsøkonomisk vurdering.

Målet med eit vaksenvaksinasjonsprogram er betre oppslutning om vaksinasjonstilrådingar, betre helse og mindre behov for helsehjelp i målgruppene. Ei ramme for vaksinasjon som sikrar befolkninga eit tilbod, vil også vere føreseieleg og gi betre kunnskap. Ei ordning for påminningar og innkalling til vaksinasjon kan vere eit godt verkemiddel for å få folk til å slutte opp om vaksinasjonstilbodet. Eit program kan gi betre innkjøpsavtalar og betre tilgang til vaksinar i ein krevjande marknad, og ei samla handtering av vaksina-

sjonstilbodet kan redusere kostnader sentralt og lokalt.

6.3.3 Antimikrobiell resistens (AMR)

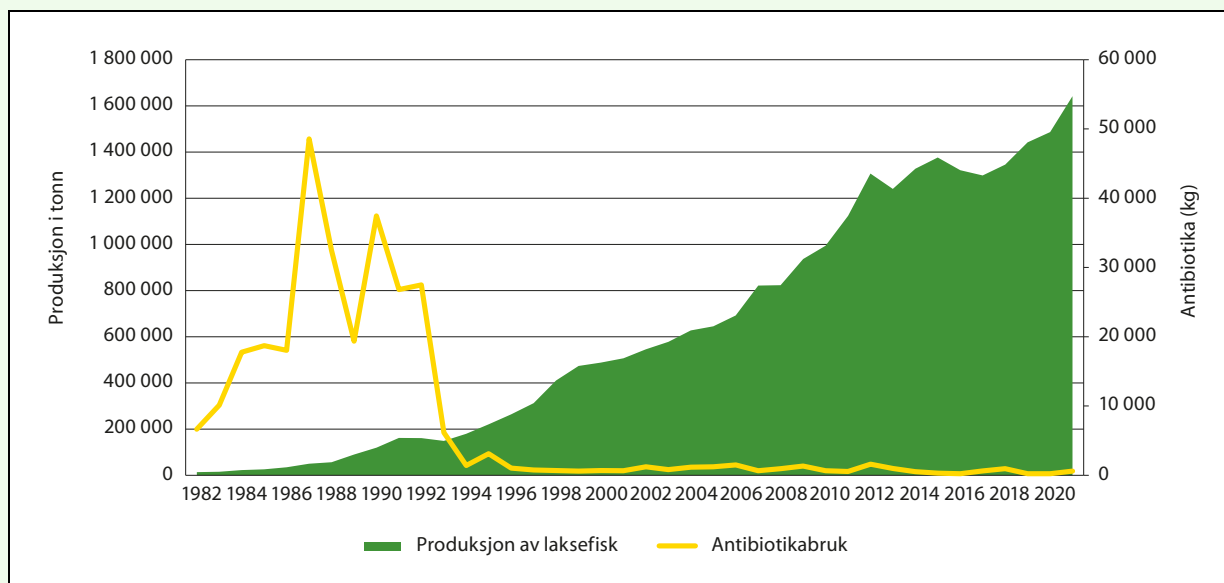
Antimikrobiell resistens (AMR) er ein aukande trussel både i Noreg og globalt, og har allereie begynt å påverke behandling av infeksjonssjukdommar hos menneske og dyr i mange land. Mekanismar for å utvikle resistens er vanlege i bakteriar, virus og sopp. Framveksten av resistens kjem samtidig med ein stagnasjon i utviklinga av nye antimikrobielle legemiddel. I framtida kan derfor infeksjonar som i dag blir rekna som ufarlege, igjen bli eit alvorleg helseproblem og ei hyppig dødsårsak. Tiltaka som er innførte gjennom den gjeldande strategien mot antibiotikaresistens, har bremsa utviklinga.

Den eksisterande strategien (nasjonal strategi mot antibiotikaresistens) skulle opphåveleg vere frå 2015 til 2020. På grunn av handteringa av covid-19-pandemien har arbeidet med ein ny strategi vore utsett. Den eksisterande strategien gjeld til ein ny er fastsett. Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Nærings- og fiskeridepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Utanriksdepartementet og Klima- og miljødepartementet har starta arbeidet med ein ny strategi. Kwart enkelt departement vil vurdere behovet for konkrete handlingsplanar for sin sektor under strategien. Det overordna målet vil vere å motverke sjukdom og andre negative helseeffektar hos menneske og dyr på grunn av AMR. Det vil også ha ein positiv økonomisk effekt. Antimikrobiell resistens er ein trussel som aukar for kvart år, sjølv om forbruket av antibiotika i Noreg har gått ned. For å motarbeide denne trusselen skal ein vidareutvikle ei helse-prinsippet frå førre strategi.

6.3.4 Smittevern i helsetenesta

Helsetenesteassosierte infeksjonar oppstår etter kontakt med helsetenesta. Prevalensundersøkingar utført av Folkehelseinstituttet viser ein nedgåande trend dei siste åra, men instituttet rapporterer likevel at kvar 20. pasient i helseinstitusjon får ein sjukehusinfeksjon. Slike infeksjonar kan ha alvorleg konsekvensar for pasientar og medfører store kostnader for samfunnet.

Handlingsplanen for betre smittevern i helsetenesta gjeld ut 2023 og inneheld ei rekke tiltak for å redusere førekomsten av helsetenesteinfeksjonar i helseinstitusjonar i kommunar og i spesialisthelsetenesta og for å forbetre organiseringa og struktureringa av smittevernet i Noreg. Planen

Boks 6.1 Norske erfaringar reduserer antibiotikabruk i oppdrett ned mot minimalt forbruk

Figur 6.2 Antibiotikabruk i oppdrettsnæringa

Kjelde: Folkehelseinstituttet

På slutten av 1980-talet var norsk oppdrettsnæring prega av eit høgt antibiotikaforbruk. Vedvarande produksjon på slike vilkår var ikkje berekraftig, og gjennom eit godt samarbeid mellom næring, forvaltning og forskning blei det utvikla effektive vaksinar og sett i gang ei rekke andre tiltak for biotryggleik. Sidan midten av 1990-talet har forbruket av antibiotika i norsk oppdretts-

næring derfor blitt halde på eit minimum, og det ligg som ein føresetnad for produksjonsveksten i næringa.

Det er framleis viktig å vise fram effekten vaksinane hadde på antibiotikabruken, som eit døme på tiltak som kan redusere bruken av antibiotika, og dermed hindre vidare utvikling av resistens.

skal evaluerast, og det er venta at han blir revidert i løpet av 2023. Helse- og omsorgsdepartementet vil knyte den nye handlingsplanen til den nye strategien mot antimikrobiell resistens.

6.3.5 Betre smittevernanalysar og -verktøy

Eit godt smittevern, både i ein normalsituasjon og ved utbrot og hendingar, er avhengig av at overvakingssystema er tilgjengelege i sanntid for alle som treng det, at det finst kompetanse til å analysere og vurdere data, og at digital informasjon (data, varslingar, meldingar, rapportar og samanstilte data) når fram til dei som treng det på ein sikker måte.

Koronakommisjonen konkluderte med at dei norske overvakingssystema for pandemihandte-

ring er mangelfulle. Kommisjonen meinte at overvakingssystema og -verktøya ikkje var tilpassa langvarig og omfattande lokalt smittevernarbeid, og at eit system for datainnhenting, analyse og forskning i sanntid under krise vil styrke kunnskapsgrunnlaget for krisehandtering.

Kommunar, helseføretak og sentral helseforvaltning treng betre tilgang til styringsdata i sanntid for å ha oversikt over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorane som kan verke inn på denne (jf. folkehelseloven § 5). Erfaringa med Beredt C19 (eit beredskapsregister som blei oppretta for å handtere pandemien) viser at kopling med data frå fleire kjelder er mogleg og gir eit godt styringsgrunnlag. Nyten av data frå kopling av fleire datakjelder også i ein normalsituasjon bør greiast ut vidare. Betre til-

gang til data kan auke kvaliteten på helsetilbodet og vere ressursparande for helsetenesta.

Koronakommisjonen tilrår at helseberedskapen bør styrkast med ein betre infrastruktur og ein betra kapasitet for overvaking og kunnskapsproduksjon. Det krev ein infrastruktur som er på plass før pandemiar startar. Dette blir nærare omtalt i helseberedskapsmeldinga. Også Holden-IV (covid-19) har løfta behovet for rask og meir presis informasjon som grunnlag for krisehandtering. Dette er vidare greidd ut og påpeikt av to ekspertgrupper som blei nedsette av regjeringa for å greie ut behov for infrastruktur og juridiske og etiske problemstillingar knytte til kunnskap i kriser.

Kommunar, helseføretak og sentral helseforvaltning treng betre tilgang til styringsdata i sanntid for å halde epidemiologisk oversikt. I kommunane er denne informasjonen nødvendig for den samfunnsmedisinske rådgivinga. Dagens smittevernovervaking, som meldesystemet for smittsame sjukdommar (MSIS) og det nasjonale vaksinasjonsregisteret (Sysvak) har mange tungvinte og manuelle prosessar for innsamling av data, for meldingsflyt, analyse og rapportering og for tilgang til og samhandling av data både i helsetenestene, i kommunane og nasjonalt. Det gir risiko for feil, dårlegare kvalitet og forseinkingar i smittevernarbeidet som har konsekvensar for beredskapen.

Det er behov for ei meir heilskapleg utvikling av digitale verktøy, revisjon av lovverk og tilgangsmodellar for å forbetre informasjonsdelinga og samarbeidet mellom kommunar, føretak og nasjonalt nivå. Systema må kunne snakke med kvarandre, og det juridiske må vere på plass slik at system for kopling og informasjonsdeling kan implementerast raskt ved behov.

Pandemien har vist kor sårbare vi er for nye smittestoff. Trusselbiletet er i endring, og både risikoen for nye smittestoff og pandemiar, utviklinga av resistente mikrobar og teknologiutviklinga innanfor syntetisk biologi gjer at vi treng betre løysingar for overvaking og deling av data i smittevernet. Vi må også etablere ein beredskap for raskare å produsere kunnskap om nye utfordringar på smittevernområdet. Sjå meir omtale om overvaking og analyser i kapittel 11.

Ein nødvendig føresetnad for å produsere kunnskap raskare er effektive overvakingssystem og digital infrastruktur som gir tidsriktig informasjon og grunnlag for vurderingar for tiltak både lokalt og nasjonalt. Systema må vere brukarvennlege for kommunane og andre aktørar, og infrastrukturen må både brukast i smittevernarbeidet i normal-situasjonen og vere fleksibel for bruk i kriser.

6.4 Drikkevatn og mattryggleik

Regjeringa vil

- fastsette nye mål for vatn og helse med ein tverrsektoriell gjennomføringsplan for å gjere vassforsyninga meir robust i heile landet
- vurdere korleis regelverksinitiativa som blir fremja gjennom EUs Farm to fork-strategi, skal følgjast opp

6.4.1 Behov for ei meir robust drikkevassforsyning

Trygg vassforsyning er grunnleggjande for folkehelsa. Drikkevatn er i tillegg til vatn som blir drukke, alt vatn til bruk i bustader, skular, sjukehus, helse- og omsorgsinstitusjonar, næringsliv inkludert næringsmiddelproduksjon, Forsvaret og samfunnet elles. Vatn er viktig for mange nødvendige samfunnsfunksjonar, som sjukehusdrift, avløpsystem, brannsløkking og kjøling av datasystem. Heilt eller delvis bortfall av vassforsyning kan få konsekvensar for nasjonale tryggingssinteresser, og trygg vassforsyning er definert som ein grunnleggjande nasjonal funksjon i sikkerhetsloven.

Drikkevatnet i Noreg er i hovudsak trygt, og dei fleste innbyggjarane får helsemessig trygt drikkevatn, men det er behov for tiltak for å hindre framtidige problem. Det kommunale leidningsnettet er generelt i dårleg forfatning, og lekkasjegrada er høg. Gjennomsnittleg lek 30 prosent av drikkevatnet ut av leidningane. Fornyingsgrada for leidningsnettet er låg, og ikkje tilstrekkeleg til å unngå aukande forfall. Det medfører fare for forureining av drikkevatnet og leveringssvikt på grunn av leidningsbrot. Overbelastning av avløpsleidningsnettet og avløpsreinseanlegga forverrar situasjonen.

God handtering av utslepp frå avløp er viktig for helse og miljø. Majoriteten av befolkninga er tilknytt kommunale avløpsreinseanlegg. Om lag 60 prosent av befolkninga er tilknytt reinseanlegg der avløpsvatnet blir reinsa biologisk eller kjemisk. Ein stor del av det kommunale leidningsnettet er gammalt og/eller dårleg, og mange avløpsreinseanlegg oppfyller ikkje reinsekrava i forureiningsregelverket. Dette medfører utslepp av ureinsa og dårleg reinsa avløpsvatn, som kan påverke vasskvaliteten. Å tilpasse vass- og sanitærssystema til forventa klimaendringar vil vere ei utfordring i ein del kommunar.

Ifølge Mattilsynet er beredskapsplanane til vassverka i ein del tilfelle ikkje tilstrekkelege eller oppdaterte. Eit endra trusselbilet ut frå den geopolitiske situasjonen og klimaendringar med auka

fare for styrtregn, flaum og tørke gir større behov for heilskapleg sikring og beredskap i vassforsyninga. Askøysaka i 2019, der over 2000 personar blei sjuke og eit barn døydde med påvist tarminfeksjon, tørkesommaren 2018, vintertørke med vassmangel fleire stader på kysten frå Vestlandet til Troms i 2021 og knappleiken på vatn i Oslo-området sommaren 2022 viser alvoret i situasjonen. Den endra tryggleikspolitiske situasjonen har påverka den globale handelen, og innsatsvarer til vassbehandlingsanlegg og avløpsreinseanlegg kan bli ramma. Samhandling mellom stat, kommunar, private aktørar og organisasjonane til vassverkseigarane, i tillegg til tettare nordisk dialog, er viktig for å ha god beredskap.

Moglegheitsstudien for vass- og avløpssektoren som Helse- og omsorgsdepartementet har fått utarbeidd saman med Klima- og miljødepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet, viser at situasjonen gjennomgåande er dårlegast i små kommunar. Manglande kompetanse, særleg i små kommunar, og mangel på vilje til samarbeid mellom kommunar på vass- og avløpsområdet er i studien angitt som viktige årsaker til situasjonen.

Vatn har mange former og bruksområde, til dømes vatn som nedbør, i vassdrag og i hav, og i overvatn, avløpsvatn, sløkkevatn og ikkje minst drikkevatn. Derfor er vassområdet regulert i ei rekke lover, og dei respektive departementa har ansvar for sine lovområde. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for regelverk og tilsyn på drikkevassområdet og er hovudansvarleg departement for den kritiske samfunnsfunksjonen vatn og avløp. Helse- og omsorgsdepartementet er i tillegg hovudansvarleg for norsk oppfølging av WHO/UNECE-protokollen for vatn og helse, som er utgangspunktet for dei nasjonale måla på vassområdet. For å sikre god samordning på saksområdet har Helse- og omsorgsdepartementet oppretta eit interdepartementalt samarbeidsforum for vatn og avløp.

Det er vedtatt at dei nasjonale måla for vatn og helse som blei fastsette av Solberg-regjeringa i 2014, skal reviderast, og at det skal utarbeidast ein tverrsektoriell gjennomføringsplan med sikte på fastsetting våren 2023. Målet er å oppnå raskare oppgradering av vass- og avløpssystema i kommunane, styrkt beredskap på drikkevassområdet og betre reinsing av kommunalt avløp på ein kostnadseffektiv måte.

6.4.2 Matsystema i verda er under press

Velfungerande matsystem og god forvaltning av matsystema er viktig for å sikre befolkninga til-

gang til nok, trygg og sunn mat som varetar ernæringsmessige behov og matpreferansar no og i framtida. Klimaendringane påverkar – og vil i stadig større grad kunne påverke – matproduksjonen gjennom reduserte og mindre stabile avlingar, svakare og meir uviss produktivitetsutvikling og auka førekomst av skadegjerarar og sjukdommar i planteproduksjon og husdyrhald. Samtidig skaper krig og uro i verda utfordringar for tilgangen på råvarer, noko som fører til auka energi- og matvareprisar. Store svingingar i den globale matvareproduksjonen kan bidra til konflikhtar og utfordre matsikkerheita også for delar av den norske befolkninga. Det kan vere vanskeleg å sjå føre seg at Noreg, som eit rikt land, ikkje skal greie å dekke matbehovet til befolkninga, men vi kan komme til å sjå fleire episodar framover med avgrensa tilgang på enkelte typar matvarer og auka matvareprisar. Endringane vil først og fremst ramme dei med lågast sosioøkonomisk bakgrunn, og barn. (104)

Mattryggleiken i Noreg er generelt god, men å halde situasjonen ved lag krev kontinuerleg innsats frå alle aktørane i matkjeda og frå Mattilsynet. Ekstreme vêrhendingar, forureining og spreiding av framande og skadelege artar er døme på ei utvikling som kan true mattryggleiken. Det same gjeld bruk av produkt som ikkje har blitt brukte som mat tidlegare. Det er derfor nødvendig med systematisk overvaking og kartlegging av mattryggleiken for å følge utviklinga. Slik overvaking er ein føresetnad for ein kunnskapsbasert og målretta helsepolitikk.

Det er framleis globale utfordringar knytte til antibiotikaresistens og overføring av smittsame sjukdommar frå dyr til menneske. Covid 19-pandemien har vist tydeleg kor viktig det er å sjå folkehelse, dyrehelse, plantehelse, matproduksjon og miljø i samanheng (éi helse). Ei heilskapleg tilnærming for å oppnå robuste og berekraftige matsystem og større sjølvforsyningsgrad vil vere sentralt.

Dei globale matsystema er ansvarlege for ein tredjedel av dei menneskeskapte utsleppa av klimagassar og bidrar dermed til klimaendringane. Dei er også ein av dei sterkaste drivarane for tap av naturmangfald, først og fremst gjennom arealendringar som fører til tap og degradering av leveområde, men også gjennom påverknaden frå overgjødsling, plantevernmidde og jordpakking. Under FN-toppmøtet om matsystem i september 2021 blei det framheva at måten vi produserer og konsumerer mat på i verda, må endrast slik at matsystema blir meir berekraftige og motstandsdyktige.

Boks 6.2 Kva er matsystem?

Matsystemet skal ifølge FN sørge for matsikkerheit og god ernæring for alle, og sikre det økonomiske, sosiale og miljømessige grunnlaget for matsikkerheit og ernæring for framtidige generasjonar. Matsystemet bind faktorar som klima, miljø, infrastruktur og institusjonar saman med verdikjeda for mat og omfattar alle aktørar. I tillegg er den sosioøkonomiske og miljømessige effekten systemet har på omgivnadane, omfatta. Matsystema må sjåast i ein heilskapleg samanheng der fleire omsyn må vektast opp mot kvarandre, og der avgjerder i éin del av eit matsystem påverkar ein annan.

I Noreg ble det i 2019 inngått ein intensjonsavtale mellom staten og jordbruksorganisasjonane der det er sett eit mål om å redusere klimagassutsleppa og auke opptaket av karbon i jordbruket. Ein vesentleg del av potensialet for utsleppsreduksjonar i jordbrukssektoren i Noreg kan realiserast dersom vi lykkast med å få befolkninga til å følge kostråda frå Helsedirektoratet og tilpassar matproduksjonen til ein endra etterspurnad. Gjennom jordbruksavtalen legg regjeringa blant anna opp til ein styrkt grøntsektor med ambisjon om å auke produksjonen og forbruket av norsk frukt og grønt. Arbeidet med å fremje sunn, trygg og berekraftig fisk og sjømat vil også halde fram.

Det trengst gode prognosar for etterspurnaden etter ulike produkt for å kunne gjere berekraftige og langsiktige investeringsvedtak i verdikjedene for mat.

Eit kosthald i tråd med kosthaldsråda er bra, ikkje berre for folkehelsa, men også viktig i arbeidet med å redusere klimagassutsleppa. I klimastatus og -plan for 2022 legg regjeringa opp til å styrke og vidareutvikle arbeidet med eit sunt, berekraftig og klimavennleg kosthald. Helsedirektoratet og Miljødirektoratet vil vurdere moglegheiter og barrierar for arbeidet med sunt og berekraftig kosthald i fylke og kommunar. Redusert matsvinn er også viktig og bidrar til reduserte utslepp i jordbrukssektoren. I 2017 inngjekk styresmaktene og matbransjen ein bransjeavtale om reduksjon av matsvinn. (105). I februar 2023 sette regjeringa ned eit utval som skal greie ut ein heilskapleg tiltaks- og verkemiddelbruk for å nå

Boks 6.3 Berekraftig kosthald

I forskingsprosjektet «NOR-Eden» skal forskarane prøve å finne svaret på korleis vi kan sette saman eit kosthald som er bra for helsa, som gir eit klima- og miljøavtrykk som er berekraftig over tid, og som tar omsyn til norsk matproduksjon og matkultur (berekraftig kosthald). Det skal blant anna lagast ein database med informasjon om ulike klima- og miljøindikatorar, som klimagassutslepp, forsuring, eutrofiering, vassforbruk og landforbruk. I tillegg skal næringsinnhaldet i alle produkta registrerast. Basert på opplysningar i databasen, kunnskap om norske kosthalds- vanar, ernæringstilrådingar og statistiske modellar skal forskarane utarbeide ei rettleiing i å sette saman eit kosthald som er sunt samtidig som det har eit lågast mogleg klima- og miljøavtrykk.

målet om 50 prosent reduksjon av matsvinnet innan 2030, og korleis ei matkastelov skal inngå i ein samla verkemiddelbruk. I dette arbeidet blir det viktig å dra vekslar på arbeidet som er gjort i samband med bransjeavtalen om reduksjon av matsvinn. Utvalet skal levere utgreiinga si innan 31. desember 2023.

Det er behov for å utvikle kunnskapsgrunnlaget om effekten av klimaendringar på norsk matproduksjon, men det er også behov for å utvikle kunnskapsgrunnlaget om bruk av nye ressursar til mat og fôr, konsekvensar ved redusert bruk av kjemiske plantevernmidde, utvikling av nye emballasjeløysingar og bruk av ny teknologi i arbeidet med å utvikle meir berekraftige matsystem. Forskinga bør ha eit éi-helse-perspektiv, jf. Langtidsplan for forskning og høgere utdanning 2023–2032. Kunnskap om matlaging, betydninga av riktig kosthald og auka rekruttering til mat- og måltidsbransjen er også viktige faktorar i eit berekraftig matsystem.

Europakommisjonen lanserte i 2020 sin strategi for korleis dei skal jobbe for eit meir rettferdig, sunt og berekraftig matsystem som varetar mattryggleiken og sikrar befolkninga tilgang til eit sunt kosthald frå ein sunn planet (Farm to fork-strategien til EU, sjå boks 6.4). Fleire aktørar er sentrale i arbeidet med å få fart på overgangen til eit meir berekraftig matsystem, og tverrfagleg samarbeid gjennom heile verdikjeda, og på tvers

Boks 6.4 Farm to fork-strategien

Europakommisjonens grønne vekststrategi, Green Deal, eller Europas grønne giv, har som mål å gjere Europa klimanøytralt innan 2050. Eit viktig element i den grønne given er Farm to fork-strategien (frå jord/fjord til bord-strategien) som blei lagd fram 20. mai 2020. Her beskriv kommisjonen korleis dei vil jobbe for eit meir rettferdig, sunt og miljøvennleg matsystem som skal gi menneska tilgang til nok, sunn og trygg mat. Med Farm to fork-strategien ønsker Europakommisjonen at EU skal bli ein global premissleverandør for berekraftige matsystem. Strategien skal også bidra til å gjennomføre FN's berekraftsmål, Parisavtalen og måla under EUs biodiversitetsstrategi. Strategien legg det rettslege grunnlaget for endringane og inkluderer ein handlingsplan med 27 initiativ innanfor 1) berekraftig matproduksjon, 2) berekraftig fordeling, engroshandel, detaljomsetning og serveringsnæring, 3) berekraftig matforbruk og tilrettelegging for endring til eit sunt og berekraftig kosthald, og 4) reduksjon av mat-tap og matsvinn. Det er blant anna planar om å legge fram eit forslag om ei harmonisert og obligatorisk ordning for ernæringsmerking på framsida av matvarer og berekraftsmerking av matvarer. Alle tiltaka skal etter planen vere fremja innan utgangen av 2024. Europakommisjonen skal også investere eit betydeleg beløp til forskning relatert til mat, bioøkonomi, fiskeri og havbruk, landbruk og miljø gjennom Horisont Europa.

av sektorar, er nødvendig. Europakommisjonens Farm to fork-strategi støttar i all hovudsak opp under norsk landbruks-, fiskeri- og folkehelsepolitikk, men fleire av tiltaka i strategien er ikkje omfatta av EØS-avtalen. Oppfølginga av Farm to fork-strategien i Noreg, og korleis den norske politikken skal tilpassast endringane EU planlegg, må også sjåast i samanheng med vurderinga av om det skal utarbeidast ein nasjonal plan for berekraftige matsystem (jf. Meld. St. 40 (2020–2021) Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå berekraftmålene innen 2030 og Innst. 218 S (2021–2022)).

6.5 Klimatilpassing

Regjeringa vil

- styrke kunnskapen i kommunane om konsekvensar av og tiltak mot hetebølger med sikte på å vareta utsette grupper, blant anna om kor viktig det er å ta vare på og plante tre og annan vegetasjon i byar og tettstader, og om helsefaren ved hetebølger
- be Mattilsynet førebu seg på å møte dei utfordringane klimaendringar og ein spent internasjonal situasjon medfører for det norske matsystemet, for å sikre tilgangen til nok, trygg og sunn mat
- etablere eit vegkart for ein helsesektor med låge utslepp av klimagassar, i samarbeid med kommunar og relevante aktørar innan utgangen av 2023

Ifølge ein Lancet-rapport om klimaendringar (106) påverkar klimaendringar helsa til menneske over heile verda direkte med auka eksponering for ekstremvær og indirekte med innverknad på dei fysiske, naturlege og sosiale systema som påverkar folkehelsa. Klimaendringar forsterkar også dei eksisterande truslane mot mat- og vass-tryggleik, infrastruktur og viktige tenester.

Klimatilpassing inneber å forstå konsekvensane av at klimaet forandrar seg, og sette i verk tiltak for å hindre eller redusere skade og for å utnytte moglegheitene som endringane kan innebære. Meir nedbør, fleire hetebølger og tørkeperiodar og endringar i fauna og flora vil få betydning for helsa vår. Høgare gjennomsnittstemperatur har allereie ført til at til dømes flåtten har fått større utbreiing og dermed aukar risikoen for flåttborne sjukdommar som borreliose og hjernebetennelse. Det er fare for at vi får inn nye myggarter som fungerer som smitteberarar, og større utbreiing av sjukdommar som vi har lite eller ingen tilfelle av i Noreg i dag, til dømes infeksjonar som kjem av bakteriar i saltvatn på varme somrar, slik vi særleg såg i 2018. Eit varmare og fuktigare klima kan gi auka luftvegs- og allergiplager. I tillegg kan det påverke utslepp, frigjering og spreining av miljøgifter og auke nivåa av enkelte miljøgifter i naturen. Det kan gi høgare nivå i næringskjeda, og ende opp i maten vi et, og i drikkevatt.

Ifølge Sametinget blei reindriftsnæringa vinteren 2022 igjen ramma av ei hard klimakrise, med låste beite, noko som også skjedde i 2020. Sametinget er bekymra for dei helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvensane av klimakrisa for

både menn, kvinner, barn og unge i reindrifta. Reindrifta er eit levestett der alle i ein familie tar del i arbeidet på ulike måtar. Når ei krise rammar, blir heile familien ramma. Klimakrisene i 2020 og 2022 har ifølge Sametinget gitt store fysiske, økonomiske og psykiske belastningar for reindriftsfamiliane, og Sametinget fryktar at endringar i klimaet vil føre til fleire vanskelege år for reindrifta. Sametinget meiner dette er ei utfordring for folkehelsa til alle som på ulike måtar er involverte i reindriftsnæringa, fordi denne familiebaserte næringa også har ringverknader for lokalsamfunna i samiske område.

Ekstremnedbør og tørkeperiodar kan skape utfordringar for drikkevassforsyninga. Sjå kapittel 6.4.

I rapporten Klimaendring utfordrer det norske matsystemet (107) blir det vist til at offentlig forvaltningskapasitet er blant dei mest sårbare punkta i møtet med dei kommande truslane innfor mattryggleik, dyrehelse og plantehelse.

Eit varmare klima med fleire hetebølger og auka luftforureining påverkar risikoen for lunge-, hjarte- og karsjukdommar, spesielt i sårbare grupper med underliggende sjukdom. Dei eldste i befolkninga er meir sårbare for hetebølger, sidan dei regulerer kroppstemperaturen sin dårlegare enn yngre menneske. Mange har kroniske sjukdommar i tillegg og blir lettare dehydrerte ved varmt vær.

Sommartemperaturane vil truleg auke med over 5 grader innan 2050 i ein by som Oslo, sjølv om verda skulle klare å nå måla for Parisavtalen. Dette kan utgjere ein helserisiko, spesielt for eldre over 75 år, som er mest utsette. Det blir viktig å skaffe meir kunnskap om kva område, befolknings-

grupper og individ som er mest utsette, og om det er sosiale forskjellar som påverkar utfallet. Det er derfor også viktig at helseeffektar, og ulikskap i sosiale konsekvensar, blir vurderte i relevante plan- og utviklingsprosessar i andre sektorar, når det gjeld både klimatilpassing og reduksjon av utslepp, og at vi får meir kunnskap om dette.

Kvar sektor og kvart forvaltningsnivå har eit sjølvstendig ansvar for å redusere konsekvensar av klimaendringane i dag og i framtida. Kommunen har blant anna etter folkehelseloven ansvar for å vurdere helserisiko knytt til klimaendringar og sette i verk nødvendige tiltak for å verne helsa til innbyggjarane.

For å auke kunnskapen om konsekvensar av klimaendringar og om tiltak, deltar Noreg i Europakommisjonens samfunnsoppdrag om klimatilpassing.

Regjeringa har starta eit arbeid for å sikre at helsesektoren er førebudd på endringane og også tar sin del av ansvaret for å nå klimamåla innan 2050. Helse- og omsorgsministeren lanserte tiltak for helsesektoren under klimakonferansen COP26 i Glasgow i november 2021 som ein del av initiativa under helseprogrammet til konferansen og av forpliktingane til regjeringa. Ministeren har tatt initiativ til å styrke kunnskapsgrunnlaget for å møte klimaendringane gjennom å utarbeide ein nasjonal analyse av sårbarheit og tilpassingsbehov knytte til klimaendringar og helse. Det vil også bli gjort ei utvida evaluering av status for klimagassutslepp frå helsesektoren. Målet er å etablere eit vegkart som skal gi retning mot ein berekraftig helsesektor med låge utslepp innan 2050 og målet til regjeringa om utsleppsneutralitet innan 2050.

6.6 Luftforureining og støy

Regjeringa vil

- revidere retningslinja for behandling av luftkvalitet i arealplanlegging
- oppdatere kunnskapsgrunnlaget for verdsetting av helse- og miljøeffektar av luftforureining

Støy er det miljøproblemet som rammar flest menneske i Noreg, og talet på personar som er utsette for støy, aukar. I 2019 var det om lag 2,1 millionar som var utsette for eit utandørs støy-nivå over 55 dB ved eigen bustad, ifølge Statistisk sentralbyrå.

Luftforureining er den miljøfaktoren som er mest skadeleg for helsa verda over. Verdsheleorganisasjonen har berekna at på verdsbasis dør

Boks 6.5 Tre i bymiljø

Tre i bymiljø kan også senke temperaturen og gjere befolkninga mindre utsett under hetebølger. Fleire eldre og andre sårbare grupper kan bli utsette for helserisiko dersom tre i bymiljø og vegetasjon blir fjerna. Forsking utført at Norsk institutt for naturforskning (Nina) viser at stader med tre i bymiljøet var inntil 10 grader kjøligare enn stader med asfalt under hetebølga i Oslo sommaren 2018. Kvart tre tel. For kvart tre som blir hogge, blir i gjennomsnitt éin eldre person utsett for éin dag meir med temperaturar over 30 grader i løpet av eit år.

årleg mellom tre og fire millionar menneske for tidleg av utandørs luftforureining.

Dei største helseproblema ved luftforureining er knytte til svevestøv. Svevestøv er små, luftborne partiklar som varierer i storleik og samansetting, og som kan pustast inn. Vegtrafikk er den viktigaste lokale kjelda til grovt svevestøv, medan vedfyring er den viktigaste lokale kjelda til fint svevestøv. Vedfyring bidrar også til utslepp av metan. Både svevestøv og metan er kortlevde klimadrivarar som på kort sikt bidrar kraftig til oppvarming av atmosfæren. Oppvarmingsfarten vil avgrensast relativt raskt om utsleppa blir reduserte.

I 2020 analyserte Miljødirektoratet helseeffektar av tiltaka som blei greidde ut i Klimakur 2030, i tillegg til klimaeffektane på kort sikt og miljøeffektar. Tala er noko usikre, men Miljødirektoratet anslo at helsegevinsten som følge av redusert luftforureining ligg på rundt 16 milliardar kroner for perioden 2021–2030. Rundt 5 milliardar kroner kjem av reduksjon av nitrogenoksid, og cirka 11 milliardar kroner kjem som følge av reduserte partikkelutslepp. Forsert utskifting av vedomnar bidrar klart mest, med ein helsegevinst verdsett til rundt 9 milliardar kroner. Med framleis høge straumprisar er det truleg at vedfyring vil stå for ein større del av oppvarminga av norske bustader framover.

Grensene for kor mykje svevestøv som skal vere tillate i utelufta, blei senka 1. januar 2022, då dei nye, juridisk bindande grenseverdiane i forurensningsforskriften kapittel 7 tok til å gjelde. Dette betyr at terskelen blir lågare for når det skal settast inn tiltak for å forbetre luftkvaliteten.

På bakgrunn av oppdrag frå Klima- og miljødepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet leverte Miljødirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Statens vegvesen i 2020 ei samla tilråding om å oppdatere kunnskapsgrunnlaget for verdsetting av helse- og miljøeffektar av luftforureining. Etatane meiner at kostnader som blir nytta i samfunnsøkonomiske analysar, bør basere seg på eit oppdatert kunnskapsgrunnlag og ei einskapleg tilnærming. Mykje av verdsettinga som blir gjort i dag, baserer seg på utdatert kunnskap. Ei oppdatering av verdsettingsfaktorane vil bidra til meir korrekt verdsetting av kostnadene som følger av effektar av luftforureining på helse, miljø og materiell. Dette vil gi betre samfunnsøkonomiske vurderingar, som igjen gir eit meir korrekt grunnlag for å vurdere kva tiltak som bør prioriterast. Dei ulike sektorane vil gå saman om eit fellesprosjekt for å oppdatere kunnskaps-

grunnlaget og verdsettinga innanfor helse, miljø og materiell.

Grunnleggjande førebygging av luftforureining ligg i god planlegging. I 2012 blei retningslinje for behandling av luftkvalitet i arealplanlegging (T-1520) publisert. Formålet med denne retningslinja er å førebygge helseeffektar av luftforureiningar gjennom god arealplanlegging. Retningslinja gir statlege føringar for korleis luftkvaliteten bør handterast i den kommunale arealplanlegginga. Retningslinja inneheld tilrådde luftforureiningsgrenser i form av luftkvalitetssoner for å synleggjere kva luftforureiningsnivå som bør leggst til grunn i kommunal arealplanlegging. Miljødirektoratet, saman med Statens vegvesen og Folkehelseinstituttet, har levert eit forslag til revisjon av statlege planretningslinjer i februar 2023. Bakgrunnen for forslaget er ein gjennomgang etatane leverte i 2020. Gjennomgangen peikte blant anna på at dagens retningslinjer er utdaterte, og at det er behov for ei tydeleggjering og konkretisering av retningslinjene for å gjere dei meir relevante som verktøy for å nå nasjonale mål for luftkvalitet.

Alle tiltak som reduserer trafikkmengda, slik som å legge til rette for gode alternativ til å køyre bil, vil bidra til å avgrense støy og utslepp av luftforureining. For å hindre ein bilbasert trafikkvekst som bidrar til klimagassutslepp, kø, luftforureining og støy, er det eit veletablert mål i dei største byområda at veksten i persontransporten skal takast med sykling, gåing og kollektivtransport (nullvekstmålet). Byvekstavtalane er det viktigaste verktøyet staten har for å nå nullvekstmålet. Sjå nærare omtale av byvekstavtalane i kapittel 3.5.3 og 4.4.2.

Støy kan påverke helsa gjennom høyrsselskadar, søvnproblem og stressreaksjonar. Underøkingar har vist at søvnproblem, depresjon, fordøyningsplager, nervøsitet og rastløyse er meir utbreidde i område med mykje trafikkstøy enn i område med lite trafikkstøy.

Vegtrafikk er den klart største kjelda til støy og støyplager, men også luftfart, skjenegåande trafikk, industri og næringsverksemd bidrar til mykje støy.

Forurensningsforskriften stiller krav om støyreduserende tiltak, kartlegging av støy og utarbeiding av handlingsplanar for å redusere støy. Fornuftig arealbruk etter plan- og bygningsloven er eit viktig og kostnadseffektivt verkemiddel for å førebygge støyproblem. Folkehelseloven og forskrift om miljørettet helsevern gir viktige føringar for støyarbeidet i kommunane, og med bakgrunn i retningslinjer for behandling av støy i arealplan-

legging (T-1442/2021) skal kommunen førebygge støyplager i arealplanlegginga.

6.7 Inneklima

Regjeringa vil

- sette tydelegare krav til vedlikehaldsplanar i forskrift om miljø og helse i barnehage, skule og skulefritidsordningar
- vurdere om krava til inneklima i byggt teknisk forskrift blir varetatt på ein helsemessig ansvarleg måte

Byggt teknisk forskrift (TEK17) stiller krav til helse- og miljøkvalitetar ved oppføring av bygg. Det blir blant anna stilt krav til ventilasjon, lyd-isolasjon, lysforhold, fuktsikring og utforming av uteareal. Det blir også stilt krav om å velje produkt utan eller med lågt innhald av helse- og miljøfarlege stoff, og det blir stilt krav om universell utforming og tilgjenge for personar med nedsett funksjon.

Direktoratet for byggkvalitet bidrar med råd og rettleiing om regelverket og gode løysingar. Direktoratet lanserte i 2021 nettstaden smartere-oppussing.no. Nettstaden gir oppussingsråd til bustadeigarar, slik at dei kan ta smarte val når dei pussar opp. Blant anna blir det gitt råd om fuktsikring, tilgjenge og energieffektivisering.

Innandørs ventilasjon kan ha ei rolle i å avgrense luftvegssmitte. Dette skal takast omsyn til i vidare vurdering av krav til inneklima og ventilasjon.

Ingen barn og unge skal bli varig sjuke av å gå på skulen eller i barnehagen. Godt innemiljø er ein viktig føresetnad for eit stimulerande lærings- og undervisningsmiljø.

I den reviderte forskrifta om miljø og helse i barnehagar, skular og skulefritidsordningar vurderer ein å ta med eit krav om at godkjende verksemdar skal ha ein oppdatert og langsiktig vedlikehaldsplan som sikrar at lokala for verksemda og uteområde blir haldne ved like på ein helsemessig tilfredsstillande måte. Helse- og omsorgsdepartementet meiner at eit tydelegare krav til vedlikehaldsplanar vil få både verksemdene sjølve og eigarane av verksemdene til å rette meir merksemd mot vedlikehald og dermed legge til rette for meir langsiktig planlegging i verksemdene. Det kan gjere det lettare å sikre at det blir investert i vedlikehald og god drift framfor dyre skippertak, og å få gjennomslag for å prioritere vedlikehald i budsjetta til kommunane og verksemdene.

6.8 Skadar og ulykker

Regjeringa vil

- følge med på ulykkesutviklinga for elsparke-sykkel og andre små elektriske køyretøy, blant anna for å sjå kva gjennomførte regelverks- endringar får å seie
- utvikle og nytte skadedata frå Norsk pasient- register og Fyrtårnprosjektet for forskning og nasjonal og lokal førebygging av ulykker i heimen, på fritida, i barnehage og skule, i veg- trafikken og på arbeid
- inkludere oppfølginga av nullvisjonen for alvor- lege fallulykker i heimen i «bu trygt heime»- reforma
- utvide nullvisjonen for alvorlege fallulykker i heimen til også å omfatte alvorlege fallulykker i nærmiljøet
- samarbeide med Finans Norge om Skadefore- byggende forum

6.8.1 Trafikkulykker og mjuke trafikantar

Nullvisjonen for drepne og hardt skadde er grunn- laget for alt trafikktryggleiksarbeid i Noreg. Det er ein ambisjon i nasjonal transportplan 2022– 2033 at det innan 2030 skal vere maksimalt 350 hardt skadde og maksimalt 50 drepne i veg- trafikken. Ingen skal omkomme i vegtrafikken i 2050. To av dei 169 delmåla i Agenda 2030 gjeld trafikktryggleik. Omtalen av trafikkulykker er i denne meldinga avgrensa til mjuke trafikantar.

Boks 6.6 Trafikktryggleik i kommunane

Kommunane skal etter folkehelseloven fremje helse til befolkninga og bidra til å førebygge skade. Kommunane er både arealstyresmakt, eigar av kommunale vegar, eigar av barne- hagar og skular, arbeidsgivar og kjøpar av transporttenester. Skadeførebygging og tra- fikktryggleik utgjer derfor ein sentral del av ansvaret til kommunane. Trygg Trafikk har utvikla godkjenningssystema Trafikk- sikker kommune og Trafikksikker fylkes- kommune for å rettleie kommunane til syste- matisk og samordna trafikktryggleiksarbeid på tvers av relevante sektorar. Per februar 2023 er 116 kommunar godkjende som Tra- fikksikker kommune, og målet er 200 god- kjende kommunar innan 1. januar 2026.

Delen av dei drepne og hardt skadde som er førarar eller passasjerar på motorsykkel, har auka dei seinare åra og utgjorde 22,5 prosent av det samla talet på drepne og hardt skadde i 2021. Også delen av dei drepne og hardt skadde som er sykkistar, er aukande – særleg i dei største byområda.

I perioden frå 2019 til 2021 auka talet på hardt skadde på elektrisk sparkesykkel (små elektriske køyretøy) betydeleg, og då særleg i byar med eit vesentleg omfang av utleigeeiningar. I 2022 har vi sett ein tydeleg reduksjon i talet på skadde. Regjeringa vil følge med på ulykkesutviklinga for elsparkesykkel og andre små elektriske køyretøy, blant anna for å sjå verknader av gjennomførte regelverksendingar.

Trafikktryggleik vil vere eit viktig tema i den nye nasjonale transportplanen som blir lagd fram våren 2024.

6.8.2 Landbruksulykker

Landbruket er ein sektor der det skjer mange ulykker. Utviklinga over tid viser at talet på dødsulykker i landbrukssektoren har vore på eit stabilt nivå dei siste fem åra, ifølge Arbeidstilsynet. Ei særleg utfordring er manglande statistikk og data over ulykker i landbruket, og Fyrtårnprosjektet med skadedata frå Norsk pasientregister vil bidra til betre oversikt (sjå nedanfor). Kvalitetssystemet i landbruket (KSL), som Stiftelsen Norsk Mat forvaltar, består av sjekklistar og rettleiingar for gardsdrifta med utgangspunkt i lover og forskrifter. Dette omfattar også krav til HMS og arbeidsmiljø. I den årlege eigenrevisjonen i KSL kan ulykker registrerast. Det skal framleis arrangerast årlege møte i Nasjonalt samarbeidsforum for HMS i landbruket. Forumet er ein viktig møteplass for å diskutere problemstillingar innanfor HMS i landbruket og legg til rette for eit godt samarbeid mellom dei ulike aktørane på området. I forumet deltar representantar frå landbruks- og reindriftsnæringa og rådgivingstenesta, og private og offentlege aktørar.

6.8.3 Fyrtårnprosjektet for skadedata frå helsetenesta

Medan dei offisielle ulykkestala dei siste åra viser rundt 600 hardt skadde i trafikken per år, er det gjort utrekningar som viser at det reelle talet kan ligge mellom 1500 og 2000. Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har frå 2022 etablert eit samarbeidsprosjekt, Fyrtårnprosjektet – registrering av skadar, analyse og

bruk, der målet er å få ei tilnærma komplett oversikt over hardt skadde gjennom skaderegistrering i helsetenesta. Utgangspunktet for prosjektet var knytt til arbeid med trafikktryggleik.

Fyrtårnprosjektet for registrering, analyse og bruk av skadedata frå helsesektoren har som formål å forbetre skadedata frå Norsk pasientregister slik at det blir lettare å følge med på utviklinga i talet på skadde i trafikken og i andre sektorar, som idrett, friluftsliv, utdanning, landbruk, bustader og institusjonar. Fyrtårnprosjektet vil også bidra til betre data på arbeidsulykker, sjå kapittel 3.4.3.

Målet med prosjektet er ikkje berre betre registrering av skadar, men også betre analyse av data og meir bruk av data. Bruk av data kan også fremjast gjennom særskilde studiar. Eit døme på det er kartleggingane Oslo skadelegevakt har utført av ulykker blant gåande og syklande, ulykker på elsparkesykkel og ulykker i barnehagar. Når det gjaldt ulykker på elsparkesykkel, avdekte kartlegginga blant anna ein stor førekomst av alvorlege hovudskadar og alkoholpåverka køyring om natta, og gjorde det mogleg å berekne ulykkesrisikoen ved bruk av elsparkesyklar. Denne nye kunnskapen var ein viktig faktor for regelverksendingane som blei innførte i 2021 og 2022, inklusiv lov om utleie av små elektriske kjøretøy på offentlig grunn som til dømes gjorde det mogleg for Oslo kommune å innføre forbod mot bruk av elsparkesyklar på natta. Framtidige kartleggingar kan møte lokale eller nasjonale behov. Lokalt kan til dømes regionar med vinterturisme kartlegge skiulykker for å førebygge belastning av helsesystemet i høgsesongen, eller område med ein veksande eldrebefolkning eller utsette byområde kan kartlegge valds- eller heimeulykker.

Fyrtårnprosjektet skal også bidra til at sjukehus som ikkje er med i prosjektet, blir inkluderte i arbeidet med god registrering og dermed betre oppfylling av forpliktingar som er nedfelte i forskrift for Norsk pasientregister frå 2009, der dataregistreringar alt i alt har vore lite komplette det siste tiåret.

For å førebygge ulykker er det viktige å kople skadedata til opplysningar som kan kartlegge årsakskjeda bak ei skadehending, det vil seie identifisere kva faktorar som direkte eller indirekte har forårsaka skaden. Eit innspel frå Forskringsrådet til folkehelsemeldinga 2023 (oktober 2022) viser at det er få prosjekt som er knytte til førebygging av skadar, særleg i lys av at ulykker gir ei stor sjukdomsbyrde, og at det er behov for å synleggjere potensialet som ligg i slike data.

6.8.4 Førebygging av alvorlege fallulykker i nærmiljøet og heimen

Ulykker er eit stort folkehelseproblem og medfører mange skadar og dødsfall. Tal frå Norsk pasientregister viser at kvar tiande sjukehusinnlegging i 2021 kom av personskade. Dei fleste ulykker skjer i heimen.

Fallskadar utgjer nesten halvparten av alle ulykkesdødsfall, og det er rangert som den sjuande viktigaste bidragsfaktoren til helsetap i Noreg, større enn helsetapet knytt til både kreft og hjarte- og karsjukdommar (108). Spesielt eldre menneske blir ramma av fallulykker, ofte med brotskadar som utfall. Ved hoftebrot og underarmsbrot er redusert beinmasse (osteoporose) ein vanleg medverkande faktor. Utandørs kjem mange fallulykker av glatt føre og manglande strøing på fortau, medan lause leidningar, teppekantar, trapper og andre «fallfeller» aukar risikoen for fallulykker innandørs.

Førebygging av fall er eit sentralt område for å sikre at folk kan bu heime lenger, og bidra til redusert sjukdomsbyrde. Mange fall kan førebyggast, og det er eit mål å redusere talet på hoftebrot gjennom systematisk implementering av kunnskapsbasert fallførebyggjande arbeid.

Over 9000 personar blir opererte kvart år for hoftebrot i Noreg. Gjennomsnittsalderen er 80 år, og 69 prosent er kvinner. Mange av pasientane har i tillegg andre sjukdommar som gir stor dødelegheit. Det er derfor viktig at alvorlege fallulykker får den merksemda som dei fortener. I tillegg til høg dødelegheit, mykje liding og redusert funksjon og livskvalitet medfører desse brota høge kostnader for samfunnet. Den samla kostnaden knytt til eit hoftebrot blant heimebuande eldre over 70 år er estimert til 562 000 kroner det første året (110). Av dette utgjer 38 prosent statlege kostnader knytte til spesialisthelsetenesta, 50 prosent er kostnader knytte til primærhelsetenesta (sjukeheim og heimebaserte tenester) og 12 prosent er kostnader knytte til rehabilitering som skjer i både helseføretak og kommune.

Fallulykker er den desidert største ulykkesårsaka i Dødsårsaksregisteret, og det blei registrert 905 dødsfall etter fall i 2020 for personar over 70 år, til samanlikning var det 101 trafikkulykker.

Ved behandlinga av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn var det tverrpolitisk einigheit om ein nullvisjon for alvorlege fallulykker i heimen.

Nullvisjon er ikkje eit mål om ingen alvorlege fallulykker, men ei klargjering av at det er uaksep-

tabelt at eldre får alvorlege fallskadar utan at det systematisk blir følgt opp med førebygging. Når det skjer ein alvorleg fallskade, bør årsakene gjerast greie for på ein systematisk måte, slik at det er mogleg å lære. Ved å samanlikne fleire ulykker og sjå om det er årsaker som gjentar seg, og som det er mogleg å gjere noko med, kan ein både unngå at den som fell, fell igjen av same årsak, og samfunnet kan førebygge tilsvarende fallskadar.

For å styrke det førebyggjande arbeidet peiker Helsedirektoratet på aktuelle aktørar for samarbeid, blant andre Folkehelseinstituttet, Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap, Direktoratet for byggkvalitet, Husbanken, Nav og Skadeforebyggjande forum.

Det er ønskeleg med meir kunnskap om skademekanismar ved fall blant eldre heime. Denne kunnskapen er i dag mangelfull blant anna fordi ikkje alle skadar og ulykker eller skademekanismar blir registrerte. Men med Fyrtårnprosjektet (sjå over) vil nasjonalt og lokalt nivå få moglegheit til å overvake talet på og årsakene til fallulykker i heimen og ha føresetnader for å arbeide langsiktig og systematisk med komplekse årsakssamanhengar på eit område med stort skadeomfang. Med ei aldrande befolkning som bakteppe vil kunnskapsbasert førebyggjande innsats spare kommunale og statlege budsjett, og det blir mogleg å følge med på den eventuelle nedgangen, noko som gir gode argument for å halde fram innsatsen også med varsla innsparingar i budsjett. Det er i denne samanhengen viktig å dokumentere effekt av tiltak. Det føregår også forskning på fleire område. Så langt har forskinga blant anna vist at legemiddel mot osteoporose og fysisk trening har effekt. Nasjonale råd om fysisk aktivitet tilrår styrke- og balansetrening minst to gongar veka for dei over 60 år for å halde ved lag muskelstyrken og hindre fall. I kommunale helse- og omsorgstenester er det behov for meir kunnskap om effektane av fallførebyggjande arbeid (111).

Sjukdomsbyrde kan også påverke prioriteringar i helseforsking. Muskel- og skjelettlidingar utgjer 9,8 prosent av sjukdomsbyrda og kan sjå ut til å være ein underprioritert helsekategori i tiltaksforsking innanfor folkehelse. Osteoporose, som har betydning for brot, fell inn under denne kategorien. Slike brot rammar flest kvinner, og innsats på dette området vil vere viktig for å fremje kvinnehelse.

Analysar av enkeltståande fall som medfører hoftebrot, vil gi djupnekunnskap om skademekanismen, og vere grunnleggjande i forbettingsarbeid. Metodikk og erfaringar frå pasienttryggleiksprogrammet er relevante også for føre-

bygging av fall utanom institusjon, til dømes i system for risikovurderingar og tilbod med fallførebyggjande standardtiltak. Relevante forhold å kartlegge i samband med fall og fallregistrering er blant anna korleis fallet skjedde, kvar det skjedde, helsetilstand før fallet, legemiddelbruk, ernæringsstilstand, funksjonsnivå og aktivitetsnivå og dessutan konsekvens av fallet.

Ein heilskapleg innsats føreset innsats både knytt til folkehelsearbeidet og til helse- og omsorgstenesta. Det generelle fallførebyggjande arbeidet utanfor helse- og omsorgstenestene inneber blant anna utvikling av data, vidareføring av samarbeidet med Skadeforebyggjande forum, indikatorutvikling i folkehelseprofilane, samarbeid med frivilligheit og treningssenter om styrke og balansetrening for seniorar, tilrettelegging av bustad og dessutan befolkningsretta informasjon om betydninga av blant anna medikament, alkohol, kosthald og fysisk aktivitet. Arbeidet vil blant anna bli sett opp mot innsatsen for eit aldersvennleg Noreg og gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø.

Trass i mykje kunnskap om effektane av fallførebygging har implementeringa av kunnskapsbaserte fallførebyggjande intervensjonar gått sakte.

Førebygging av fallulykker og hoftebrot i helse- og omsorgstenesta vil bli vurdert i «bu trygt heime»-reforma. Tiltak som vedkjem spesialisthelsetenesta vil bli vurderte i andre løp.

6.8.5 Skadeforebyggjande forum og Trygge lokalsamfunn

Skadeforebyggjande forum består av frivillige organisasjonar, institusjonar, kommunar og private verksemdar. Forumet har ca. 80 medlemmar og i tillegg eit stort nettverk av samarbeidspartnarar. Helse- og omsorgsdepartementet har inngått ein femårig samarbeidsavtale med Finans Norge om drift av Skadeforebyggjande forum (2019–2023) og om å vidareføre og forsterke samarbeidet med frivillige og privat sektor i arbeidet med ulykkesførebygging.

Organisasjonen arbeider med spesifikke innsatsområde som fallulykker, drukning og brannførebygging og dessutan lokalt skadeforebyggjande arbeid gjennom Trygge lokalsamfunn, der mange kommunar og enkelte fylke er med. Trygge lokalsamfunn er ein metode og eit nettverk som hjelper kommunane og fylka med å arbeide systematisk for tryggleik for innbyggjarane sine i alle fasar av livet. Kommunar som tar i bruk metoden og oppfyller kriteria som blir stilte, kan bli sertifiserte som Trygt lokalsamfunn. Det

inneber at dei innfrir krava i folkehelseloven, i tillegg til andre lover og reguleringar.

6.9 Stråling

Regjeringa vil

- legge fram ein ny radonstrategi i 2023
- vurdere tiltak for å førebygge hudkreft ved bruk av solarium
- vurdere tiltak for å få betre oversikt over medisinsk strålebruk og tiltak for å redusere unødvendige stråledosear til pasientane

6.9.1 Redusere radoneksponeringa for å førebygge lungekreft

Radon er ein radioaktiv gass som kan komme inn i bygg frå bakken. I Noreg medverkar radon til rundt 400 lungekrefttilfelle årleg, og samfunnskostnadene er betydelege. Den nasjonale radonstrategien for 2009–2020 har bidratt til å redusere radoneksponeringa til befolkninga. Direktoratet for strålevern og atomtryggleik leiar den tverrsektorielle koordineringsgruppa for oppfølging av strategien. Evalueringa av strategien i 2020 viser at viktige resultat er oppnådde. Likevel står det framleis att viktig arbeid.

Regjeringa vil legge fram ein ny nasjonal radonstrategi. Denne vil følge opp funn frå evalueringa av den nasjonale radonstrategien for 2009–2020. Høge radonnivå rammar tilfeldig, og det er med på å auke sosiale forskjellar, sidan bustadeigaren sjølv må koste tiltak mot radon. Ny innsats bør derfor målrettast for å stimulere til at fleire måler og reduserer høge radonnivå i eigen bustad.

6.9.2 UV-eksponering og førebygging av hudkreft

Noreg er blant landa i verda med høgast førekomst og dødelegheit av føflekkreft/melanom. Dei årleg totale samfunnskostnadene knytte til hudkreft er anslått til rundt 6,5 milliardar kroner, behandlingsskostnadene aleine til rundt 450 millionar kroner (112). Bruk av solarium er klassifisert som kreftframkallande. Risikoen for hudkreft er høgast for dei som begynte å bruke solarium i ung alder, og for dei som bruker det ofte og mykje.

Hudkreft kan førebyggast, og det er langt meir kostnadseffektivt å førebygge enn å behandle. For å møte utfordringane har Direktoratet for strålevern og atomtryggleik på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet leia arbeidet med å følge

opp konkrete tiltak i den nasjonale UV- og hudkreftstrategien (2019–2023). Dei viktigaste tiltaka omfattar blant anna å sørge for at barn har tilgang på både sol og skugge utandørs, og å drive målretta kommunikasjon. I tillegg bør førebygging av hudkreft inkluderast i det systematiske folkehelsearbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt direktoratet i oppdrag å greie ut tiltak som kan bidra til å avgrense innanlands bruk av solarium, i form av marknadsføringsforbod, avgifter og innstrammingar i reglane om informasjon og førebygging.

6.9.3 Medisinsk strålebruk

Medisinsk strålebruk gir det største bidraget til befolkningsdosen frå menneskeskapte strålekjelder. Når det gjeld dei medisinske biletdiagnostiske undersøkingane, er det røntgen, CT og PET som bidrar til stråledose til pasientane. Vi forventar at bruken av slike undersøkingar kjem til å auke. Biletundersøkingar er eit viktig og nødvendig verkøy for å kunne stille riktig diagnose og sikre etterfølgande behandling. Desse undersøkingane gir samtidig stråledosar til pasientane som kan gi noko auka risiko for utvikling av kreft. Det er derfor viktig at ei biletdiagnostisk undersøking berre blir gjennomført når det er vurdert at den kliniske nytteverdien overstig risikoen ved strålebruken. Direktoratet for strålevern og atomtryggleik arbeider med å etablere eit nasjonalt system for overvaking av medisinsk strålebruk basert på automatisk innrapportering av data frå verksemdene. Det gir høve til å overvake stråledosane pasientane blir utsette for. For å motverke unødvendige undersøkingar ser regjeringa det som viktig å få etablert gode tilvisingskriterium for biletdiagnostiske undersøkingar og avgjerdestøttesystem knytte til desse.

6.9.4 Radioaktiv forureining

Ioniserande stråling frå radioaktiv forureining kan føre til høgare kreftrisiko. For å forhindre eksponering av menneske og sikre folkehelsa er det viktig å redusere radioaktiv forureining og å ha ei forvaltning som sikrar forsvarleg handtering av radioaktivt avfall. Forskingsreaktorane i Noreg er stengde og skal etter planen dekommisjonast. Det vil medføre radioaktivt avfall som må handterast forsvarleg.

Å redusere forureining og arbeide kontinuerleg for god atomtryggleik er viktig. Førebygging av helseproblem knytte til forureining og avfall er viktig. Skal radioaktivt avfall kunne handterast for-

svarleg, trengst tilstrekkeleg deponikapasitet for avfallet.

Også atomberedskap spelar ei viktig rolle i arbeidet med å verne folk mot stråling, men det vil bli omtalt i helseberedskapsmeldinga.

6.10 Kjemikal og miljøgifter

Regjeringa vil

- initiere og utarbeide grunnlag for fleire forbod og reguleringar av miljøgifter i europeiske kjemikalregelverk og FN-avtalar
- delta i eit europeisk partnerskap for vurdering av risiko frå kjemikal
- arbeide for at eit nytt globalt vitskapspanel for kjemikal, avfall og førebygging av forureining skal bidra med godt grunnlag for styresmaktene sitt arbeid med helse- og miljøfarlege kjemiske stoff

Det er eit nasjonalt mål å stanse bruk og utslepp av miljøgifter og stoff som gir tilsvarande grunn til bekymring. I tillegg er det eit mål at forureining ikkje skal skade helse og miljø. Miljøgifter er ein alvorleg trussel mot naturmangfaldet og folkehelsa. Innsatsen må i første rekke rettast mot internasjonale reguleringar og avtalar, blant anna fordi miljøgifter blir frakta over landegrensene med produkt og hav- og luftstraumar. Samarbeid om å utarbeide grunnlaget for reguleringar som vil gjelde i fleire land, er også effektiv bruk av ressursar.

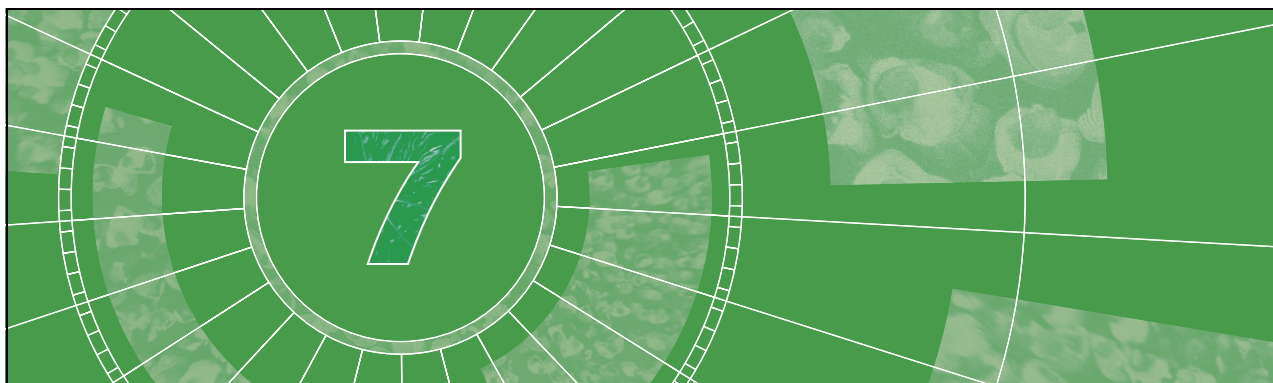
Noreg har i mange år vore eit av dei leiande landa i arbeidet med å forby og avgrense bruk av miljøgifter. Særskilde satsingsområde framover er raskare å få på plass fleire forbod mot miljøgifter og andre farlege stoff i Europa og globalt, å fase ut perfluorerte stoff (pfas-ar) og å identifisere og regulere farlege stoff i plast. Dette er nærare omtalt i handlingsplanen for ein giftfri kvardag 2021–2024. Dei norske tiltaka er sentrale også i lys av EUs kjemikalstrategi for berekraft og andre initiativ, som samfunnsoppdraget om kreft. Styrking av kunnskapsgrunnlaget, gjennom forskning og overvaking, er ein føresetnad for satsinga framover. Eit nytt globalt vitskapspanel for kjemikal, avfall og førebygging av forureining skal etablere, tilsvarande som klimapanelet og naturpanelet. Arbeidet til panelet vil blant anna omfatte helseverknader av miljøgifter.

Noreg deltar i eit europeisk partnerskap for vurdering av risiko frå kjemikal (PARC). Målet er å utvide kunnskapen om kjemiske stoff for betre å verne helsa og miljøet til menneske. PARC vil tru-

leg vere ein viktig byggestein i arbeidet med å nå EU-ambisjonen om eit miljø fritt for forureiningar. Sentrale mål for PARC er å fremje europeisk samarbeid, fremje forskning, auke kunnskapen om kjemisk risikovurdering og gi opplæring i relevante metodiske emne. Resultata vil bidra til at det kan lanserast europeiske og nasjonale strategiar for å redusere risikoen som farlege kjemikal utgjer for helse og miljø. PARC vil også bidra til å redusere bruken av dyreforsøk og til at det blir implementert strategiar for risikovurderinga til neste generasjon. Partnerskapet har ei samla finansiering på 400 millionar euro for dei neste sju åra.

Å fase ut miljøgifter i forbrukarprodukt og auke vernet av sårbare grupper som foster, barn og gravide er høgt prioritert. Forboda som er innførte så langt, vernar millionar av menneske mot alvorlege sjukdommar som kreft, nedsett fruktbarheit og fosterskadar, eller mot påverknad på hormonsystem, stoffskifte, hjerneutvikling, læring og åtferd. Det sparer samfunnet for kostnader ved dødsfall og behandling av sjukdom som er langt høgare enn kostnadene ved å innføre forbod.

7 Digitalisering og kommunikasjon



Figur 7.1

Å nå ut med god informasjon til innbyggerane, ha god dialog med dei og involvere dei er avgjerande for at det skal vere mogleg å nå måla innanfor folkehelse. Digital kompetanse blant innbyggerane er ein nøkkel til å oppnå dette. Dialogen med enkelte grupper må styrkast.

7.1 Mål

- Regjeringa har som mål å auke den digitale helsekompetansen i heile befolkninga og å styrke dialogen med innvandrarbefolkninga.

7.2 Digital helsekompetanse

Regjeringa vil

- vidareføre satsinga på helsenorge.no
- vidareføre Lev-kampanjen

Strategien for å auke helsekompetansen i befolkninga (2019–2023) definerer helsekompetanse som den evna personar har til å forstå, vurdere og nytte helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte avgjerder relaterte til si eiga helse. Det gjeld avgjerder knytte til både livsstilsval, sjukdomsførebyggjande tiltak, eigenmeistring av sjukdom og bruk av helse- og omsorgstenesta.

Auka fokus på helsekompetanse kan blant anna bidra til å betre evna til den enkelte til å ta

gode helsefremjande og sjukdomsførebyggjande val. Det er viktig at helseinformasjonen blir presentert på ein forståeleg måte, og tar omsyn til føresetnadene til dei enkelte brukarane.

Rapporten frå Helsedirektoratet om helsekompetansen i fem utvalde innvandrarpopulasjonar viser at det i nokre grupper er lågare helsekompetanse, og at personar med innvandrarbakgrunn spesielt ser ut til å oppleve utfordringar knytte til det å finne informasjon om behandling av sjukdommar (113).

Openheit og pasientmedverknad i helse-tenesta gjer bruk av klarspråk i møte med pasientar og pårørande langt viktigare enn tidlegare. Tilrettelegging av helseinformasjon og helsekommunikasjon er såleis svært viktig. Det gjeld til dømes i samband med besøk hos fastlege og tannlege, i gruppemøte, ved pasientopplæring og på lærings- og meistringskurs.

Digitale ressursar er viktige for å ta vare på eiga helse i dagens samfunn. Lett tilgjengelege kunnskapar og hjelpemiddel gjer det lettare for den enkelte å ta helsevennlege val og å fortolke symptom og helseplager, slik at ein oppsøker helsehjelp tidleg nok. Lett tilgjengeleg kunnskap kan også hjelpe pårørande til å finne gode måtar å hjelpe familiemedlemmar og andre med helseutfordringane deira på.

Befolkninga blir stadig meir eksponert for helseinformasjon av varierende kvalitet gjennom media, reklame og sosiale medium. Mange bruker

internett til å søke etter informasjon om sjukdom, helse og behandling, og ofte kan det vere utfordrande å vite kva som er kvalitetssikra informasjon.

Appar og nettsider gjer det enklare for dei som meistarar nye digitale hjelpemiddel, men forskjellar i digital kompetanse kan også bidra til auka helseforskjellar. Det er viktig å styrke helsekompetansen i heile befolkninga og å gjere kvalitetssikra informasjon på nettet tilgjengeleg og forståeleg.

7.2.1 Helsenorge.no

Helsestyresmaktene har ei viktig rolle i å gjere tilgjengeleg informasjon som kan motivere og stimulere befolkninga til å ta helsefremjande og sjukdomsførebyggjande val. Helsenorge.no er den offentlege helse- og omsorgstenesta sin hovudkanal for å formidle informasjon til innbyggjarane. Gjennom helsenorge.no har innbyggjarane tilgang til digitale helse- og omsorgstenester og helseinformasjon på ulike språk.

I 2022 hadde helsenorge.no 5,1 millionar brukarar som hadde gitt samtykke til aktiv bruk av tenester. Bruken av tenester på nettstaden er i sterk utvikling og auka sterkt under pandemien. Under pandemien spelte helsenorge.no ei viktig rolle i å utvikle nye informasjonssider og -tenester og bidrog med det til at innbyggjarar i større grad kunne komme i kontakt med helse- og omsorgstenesta digitalt. Gjennom helsenorge.no får innbyggjarane også tilgang til eigne helsedata, noko som gir dei eit betre grunnlag for å ta avgjerder om si eiga helse.

Helsenorge.no skal bidra til at pasientar, innbyggjarar og pårørande får eit betre og enklare møte med helse- og omsorgstenesta, og samtidig bidra til å auke eigenmeistringa, styrke pasient- og pårøranderolla og betre helsa. Helsenorge.no gjer det enklare å finne fram til og velje behandlarar, å få tilgang til eigne helseopplysningar, å få tilbod om sjølvbetening og høve til sjølvhjelp og å få informasjon og råd om god helse og livsstil, symptom, sjukdom, behandling og rettar. Det blir stadig utvikla nye område og tenester på helsenorge.no. Prøvesvar-tenesta skal møte behovet for å samle og gjere tilgjengeleg prøvesvar til pasientar på tvers av helsesektoren. Dette skal bidra til at innbyggjarane får enklare tilgang til prøvesvara sine, slik at det også blir enklare å følge opp og meistre si eiga helse.

7.2.2 Lev-kampanjen

Helsedirektoratet har ansvar for kommunikasjonsiltak på folkehelseområdet retta mot befolk-

ninga. Slike tiltak skal støtte opp om andre tiltak for å fremje gode levevanar og god psykisk helse, som til dømes reguleringar og avgifter på alkohol- og tobakksområdet, samarbeid med matvarebransjen om sunnare kosthald og arbeid for å fremje fysisk aktivitet i kvardag og fritid.

Helsedirektoratet etablerte våren 2022 kommunikasjonskonseptet Lev. Målet med Lev er å motivere til og tilby støtte til åtferdsending når det gjeld bruk av tobakk, fysisk aktivitet, kosthald, psykisk helse og bruk av alkohol. Endringsmåla er i tråd med det overordna målet til Verdhelseorganisasjonen om å redusere talet på for tidlege dødsfall på grunn av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD) med ein tredjedel innan 2030.

Piloten med folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse er omtalt i kapittel 5.3.1.

7.3 Den digitale kvardagen til barn og unge

Regjeringa vil

- utarbeide ei stortingsmelding om trygg digital oppvekst
- gå gjennom forbrukarvernet til barn i digitale medium
- vidareutvikle DigiUng og ung.no

Ein stadig større del av kvardagen til barn og unge er digital. Både norske og internasjonale undersøkingar viser at bruken av internett og sosiale medium blant barn og unge har auka dei siste åra.

Sosial omgang, læring, underhaldning og kreative aktivitetar går føre seg i ulike digitale kanalar. Dei aller fleste barna har det bra på nett og forbind mykje positivt med det digitale. Tilgangen på ny teknologi gjer det mogleg for fleire å uttrykke og engasjere seg på ulike måtar, blant anna gjennom å skape og formidle eige innhald, eller ytre seg og delta aktivt i den offentlege debatten. Kommunikasjon med venner og familie er ei anna viktig årsak til nettbruk blant barn og unge. Det digitale kan også fjerne hindra som barn og unge med fysiske eller psykiske utfordringar eller funksjonsnedsettingar opplever offline.

Det er likevel mange barn og unge som risikerer å bli utsette for negative opplevingar. Ein del barn og unge blir eksponerte for innhald på nett som kan vere direkte skadeleg, til dømes videoar med valdshandlingar, sjølv-mord eller sjølvskading. Spesielt barn og unge i sårbare situasjonar kan vere meir utsette for skadeleg, brukargenerert innhald på internett. Kropps- og utsjå-

nadspresset barn og unge blir utsette for, kan påverke den psykiske helsa deira og bli forsterka av sosiale medium. Eksponering for pornografi på nett, seksuelle meldingar og deling av nakenbilete er risikoområde i den digitale kvardagen til barn og unge.

Det barn og ungdom opplever på nett, påverkar livskvaliteten deira, samtidig som oppvekstvilkåra deira påverkar det digitale livet deira. Utanforskap blir meir synleg i sosiale medium. Barn og unge som veks opp i familiar med dårleg råd, opplever til dømes at andre bruker sosiale medium til å vise fram klede eller ferieturar.

Dataspel er ein vesentleg og veksande del av barne- og ungdomskulturen, og regjeringa har som mål å legge til rette for at barn og unge skal ha moglegheit til å delta på kulturarenaer som er relevante for dei. Hets, sjikane og trakassering er tilsynelatande utbreidd i onlinespel, og dei som blir ramma hardest, er truleg barn og unge. Regjeringa har sett i gang eit arbeid med ein ny dataspelstrategi som skal leggst fram i første halvdel av 2023. Dataspelstrategien skal bidra til å styrke arbeidet med å gjere tilgjengeleg dataspel, sikre ein trygg dataspelkultur og legge til rette for mangfald og representativitet i dataspel.

7.3.1 Stortingsmelding om trygg digital oppvekst

Regjeringa vil legge fram ei stortingsmelding om trygg digital oppvekst. Meldinga skal omfatte både dei positive og dei negative sidene ved nettbruken til barn.

Stortingsmeldinga følger opp strategien Rett på nett og skal gå djupare inn i problemstillingane og måla i denne strategien. Eitt av måla i strategien handlar til dømes om å verne barn og unge mot internettrelaterte overgrep, skadeleg innhald og skadeleg bruk. Meldinga vil også ta føre seg positive sider ved nettbruken til barn og unge, som til dømes tilgang på informasjon, kreativ utfolding, sosiale nettverk osv.

Strategien blei lagd fram hausten 2021. Målet med strategien er å gi barn ein trygg digital oppvekst, noko som krev godt samarbeid mellom alle involverte, meir kunnskap om korleis barn og unge blir påverka av sosiale medium, og utgreiing av kva tiltak som kan sikre barn sine rettar på nett.

7.3.2 Forbrukarvernet til barn i digitale medium

Den digitale utviklinga har ført med seg store endringar i korleis barn blir eksponerte for mar-

knadsføring og kommersielle budskap. Barn trer automatisk inn i ei forbrukarrolle når dei bruker digitale medium. Samtidig har digitaliseringa introdusert nye og effektive marknadsføringsmetodar på barns egne arenaer og møteplassar. Barn er spesielt utsette for marknadsføringspress og skal ha eit særskilt og effektivt vern. Regjeringa har derfor starta ein gjennomgang av forbrukarvernet til barn i digitale medium. Gjennomgangen skal blant anna bidra til effektivt vern mot marknadsføring som kan ha negativ innverknad på folkehelsa.

7.3.3 DigiUng og ung.no – informasjon, råd og hjelp til barn og unge

Barn og unge treng og etterspør kvalitetssikra informasjon, råd, rettleiing og hjelp via digitale flater. Ung.no er statens primære tverrsektorielle kanal for digital informasjon, dialog og digitale tenester til barn og unge på tvers av tenestenivå, gjennom realisering av DigiUng-programmet. Ung.no skal vere ein brukarvennleg inngangsport til kvalitetssikra informasjon og hjelpetenester drivne av det offentlege på tvers av sektorar, og skal tilby informasjon, hjelp og rettleiing som utviklar handlingskompetanse og gjer det mogleg å ta gode val og meiste eige liv.

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet vil utvikle DigiUng og ung.no vidare i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Justisdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i budsjettet for 2023 auka løyvinga til drift og utvikling av digitale tenester til barn og unge med 5 millionar kroner, og løyvinga er no på totalt 40 millionar kroner. Midlane skal blant anna gå til Digi-helsestasjon. Målet er at alle enkelt og sikkert skal kunne ta kontakt med helsestasjons- og skulehelsetenesta i kommunen.

Relevante direktorat vil få i oppdrag å greie ut behovet for å utvide tilbodet på ung.no til å omfatte også barn under 13 år.

7.4 Digitalt utanforskap

Regjeringa vil

- gi tilskot til IKT-opplæring som kan heve den digitale kompetansen blant eldre, for å motverke einsemd og redusere digitalt utanforskap

Til liks med at samfunnet blir digitalisert, blir også helse- og omsorgstenesta meir og meir digital. Dermed blir den digitale kompetansen til folk viktig. Digital kompetanse omfattar alt frå det å kunne søke opp, finne, forstå, vurdere og nytte helseinformasjon frå elektroniske kjelder til å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av eigen sjukdom. Digitale ferdigheiter som gjer befolkninga og individet i stand til å bruke digitale løysingar og digitalt innhald, vil medføre at ein oppnår meir helsekompetanse.

Tre utgreiingar frå Kompetansebehovsutvalet i perioden 2018–2022 viser at utdanningsnivå i tillegg til sosioøkonomiske og demografiske variablar påverkar kompetanse, kompetansebehov, evne og motivasjon for læring og ferdigheitsnivået i befolkninga. Dette gjeld for arbeidsstyrken, for elevar og studentar, for eldre og for menneske som står utanfor arbeidslivet og andre sosiale samanhengar.

Nasjonal strategi for auka digital deltaking og kompetanse i befolkninga har som mål å motverke digitalt utanforskap og sikre at alle innbyggjarar som ønsker det, kan få det digitale påfyllet dei treng for å kunne bruke digitale verktøy og tenester. Sentralt i kunnskapsgrunnlaget er at nokre grupper i befolkninga har større risiko for digitalt utanforskap på grunn av manglande digitale verktøy og digital kompetanse (inkludert digitale ferdigheiter). Det gjeld

- eldre over 65 år
- førstegenerasjons innvandrarar frå ikkje-vestlege land, særleg kvinner
- personar i arbeidsfør alder som verken er i utdanning eller arbeid
- personar med ulike funksjonsnedsettingar
- personar med mellombelse eller varige helseutfordringar

Kommunal- og distriktsdepartementet følger opp strategien med ein handlingsplan med konkrete tiltak for å førebygge digitalt utanforskap blant innbyggjarar som har lave eller mangelfulle digitale ferdigheiter.

Lågare digital kompetanse, einsemd og mangelfull universell utforming som medfører lite brukarvennlege digitale (sjølvhjelps-)løysingar, er viktige barrierar for digital deltaking. Mange eldre opplever pålogging som vanskeleg.

Nokre vil ha behov for hjelp «analogt». Slik hjelp skal ystast via folkebiblioteka, kommunale informasjonstorg, skranketenester i bank og offentlege kontor, og via fullmakter, i regi av hel-senorge.no (pårørande og nære). Eit godt døme på analog fleksibilitet er frå Sverige, der apoteka

hjelpte innbyggjarar med å skrive ut vaksinasjonskort og koronapass under koronapandemien.

Tilskotsordninga IKT-opplæring for å mobilisere mot einsemd blant eldre er ein del av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (2022–2024). Formålet med tilskotet er å gi IKT-opplæring som kan heve den digitale kompetansen blant eldre, for å motverke einsemd og redusere digitalt utanforskap. Målgruppa for tilskotet er landsdekkande frivillige, ideelle organisasjonar og stiftelsar.

Som eit ledd i implementeringa av integreringsloven har Integrerings- og mangfaldsdirektoratet og Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse utarbeidd faglege tilrådingar til kommunane om innhaldet i introduksjonsprogrammet. Ei av tilrådingane er at kommunane gir opplæring i digital kompetanse. Digital kompetanse har også blitt innlemma som eit kompetansemål i læreplanane for norsk og samfunnskunnskap for vaksne innvandrarar.

Ikkje alle brukargrupper har eller kan skaffe seg ein elektronisk ID (e-ID) gjennom marknadsaktørane. Dagens e-ID-løysingar er heller ikkje tilrettelagde for å dekke behova i alle brukargrupper. Fleire brukargrupper har dermed utfordringar med å nytte offentlege digitale tenester som krev innlogging ved bruk av e-ID på høgt tryggningsnivå. Dette kan leie til digitalt utanforskap for fleire brukargrupper som risikerer å ikkje ha tilgang til digitale offentlege tenester som dei anten har krav på eller plikt til å bruke. Behovsanalysar har avdekt at særleg eldre, hjelpe-trengande og ikkje-digitale brukarar, barn og unge mellom 12 og 15 år, utanlandske borgarar og asylsøkarar har utfordringar med å få skrive ut og/eller bruke ein e-ID.

Barn og unge mellom 12 og 15 år har avgrensa tilgang til e-ID på høgt tryggningsnivå, og det gjer det utfordrande å tilby enkelte digitale tenester til denne gruppa. Særleg gjeld dette tenester der det blir ytt ei form for helsehjelp og/eller blir behandla sensitive opplysningar/helseopplysningar. Helsedirektoratet peiker her på at enkelte rettar som aldersgruppa kan krevje i den analoge verda, per i dag ikkje kan bli tilbydde digitalt. Det skaper ein forskjell mellom kva rettar målgruppa kan få i det analoge og digitale, som kan medføre at det for nokre blir svært vanskeleg å få tilbod om tenester dei kan ha rett på. Som døme vil ein ungdom mellom 12 og 16 år i den analoge verda i nokre tilfelle kunne oppsøke og få hjelp frå fastlegen sin eller ein helsesjukepleiar på eiga hand, utan å måtte involvere forelda sine. Ei tilsvarande moglegheit finst ikkje digitalt.

7.5 Læringspunkt om kommunikasjon frå pandemien

Regjeringa vil

- bruke erfaringa frå pandemien til å auke kunnskapen om korleis styresmaktene kan få betre dialog med, og å nå ut med informasjon til, innvandrarbefolkninga
- auke bruken av kvalifiserte tolkar i offentleg sektor, jf. også tolkeloven

Frivillige organisasjonar spelte ei viktig rolle under pandemien og bidrog til å redusere dei negative konsekvensane av smitteverntiltak. Eigne utlysingar til frivillige helseorganisasjonar i regi av Stiftelsen Dam bidrog til tiltak med mål om å fremje levekår, fysisk og psykisk helse, meistring, livskvalitet eller sosial deltaking.

Koronapandemien viste at det er viktig å nå raskt ut med målretta informasjon til alle delar av befolkninga i krisesituasjonar, inkludert innvandrarakar som ikkje beherskar norsk. Overrepresentasjon i smitte og sjukehusinnleggingar blant ein del innvandrargrupper under pandemien kom blant anna av lite tilpassa eller målretta informasjon. Der er derfor viktig at kommunane har oversikt over eigne innbyggjarar og aktuelle organisasjonar og nettverk dei kan nytte som ein del av beredskapen sin for å nå ut med informasjon.

Koronakommisjonen peiker på at det er spesielt viktig at styresmaktene aukar kunnskapen om og betrar kontakten med innvandrarbefolkninga. Pandemien har vist at oppsøkande verksemd, kommunikasjon på morsmål, styrking av digital kompetanse, god språkforståing, bruk av lokale ressurspersonar og auka tilgjenge er nødvendig for å bygge tillit. Blant anna desse læringspunkta blir trekte fram:

- Sektorstyresmaktene bør styrke minoritetskompetansen og arbeidet med å fremje integrering og motarbeide utanforskap.

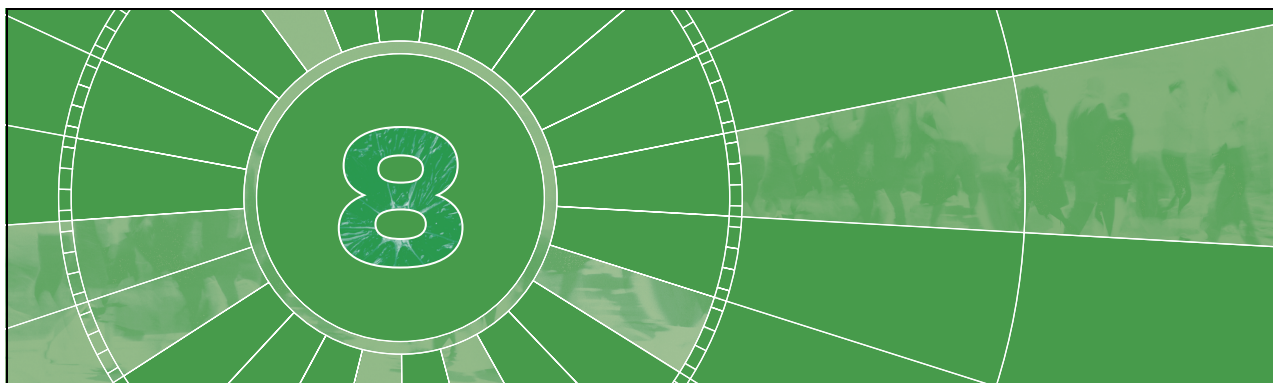
- Styresmaktene bør sette i system og lære av erfaringane med korleis digitale skrankar, manglande tolketenester og svak formidling skapte informasjonsbarrierar for innvandrarakar og også barrierar mot å forandre åtferd i tråd med tilrådingane frå styresmaktene.
- Styresmaktaktørar på alle nivå bør utvikle planar for krisehandtering i eit fleirkulturelt og mangfaldig samfunn.

Integrerings- og mangfaldsdirektoratet og Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap har utarbeidd ein rapport med forslag til styrkt beredskap for personar med innvandrarakgrunn i kriser. I rapporten blir det blant anna trekt fram at krisekommunikasjon må vere brukartilpassa, og at informasjon må vere tilgjengeleg i fleire kanalar. Integrerings- og mangfaldsdirektoratet har også laga ein nettbasert rettleiar om korleis offentlege styresmakter kan nå ut med informasjon til personar med innvandrarakgrunn (114).

I 2020, 2021 og 2022 blei det løyvd til saman 86,6 millionar kroner til informasjonstiltak retta mot innvandrarbefolkninga i regi av frivillige organisasjonar. Organisasjonane har drive informasjonsarbeid om ei rekke tema, frå smittevernråd via varetaking av psykisk helse under pandemien til oppfølging av barn og unge og arbeidslivsspørsmål. Det er vidare lagt ned eit betydeleg arbeid for å auke bruken av kvalifiserte tolkar i offentleg sektor. Lov om offentlege organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven), tredde i kraft 1. januar 2022.

Erfaringar frå måten Helsedirektoratet jobba med kommunikasjon på under pandemien, har bidratt til å betre kommunikasjonsarbeidet når det gjeld levevanar. Nye metodar for strategiutvikling og bruk av nye kanalar gjer at kommunikasjonen kan tilpassast og målrettast betre for å treffe målgruppa på riktig måte. Særleg vil ein ta lærdom av informasjonsarbeidet retta mot innvandrarbefolkninga under pandemien.

8 Førebyggande arbeid i helse- og omsorgstenesta



Figur 8.1

God folkehelse krev gode levekår og eit helsefremjande samfunn, men også godt utbygde helse- og omsorgstenester. Innsatsen til helse- og omsorgstenesta for å førebygge sjukdom og vidare sjukdomsutvikling gjennom tidleg innsats, opplæring og oppfølging er avgjerande for helsetilstanden i befolkninga og for å dempe etterspurnaden etter helse- og omsorgstenester. Nasjonal helse- og samhandlingsplan, opptrappingsplanen for psykisk helse, førebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet og «bu trygt heime»-reforma vil omhandle førebygging i helse- og omsorgstenesta og bidra til å dreie innsatsen i helse- og omsorgstenesta mot førebygging og tidleg innsats.

Regjeringa vil

- dreie merksemda mot førebygging og tidleg innsats og det å leve med og meistre sjukdom og liding, og vektlegge dette i Nasjonal helse- og samhandlingsplan
- vidareutvikle tilbod som styrkar meistringa og helsekompetansen til pasientane, i samarbeid med pasient- og brukarorganisasjonar
- vurdere tiltak som kan ha effekt for å redusere sosial forskjell i deltaking i screeningprogramma

8.1 Mål

Eit viktig mål for regjeringa er god helse og meistring i befolkninga, uavhengig av sosial bakgrunn.

Dei viktigaste tiltaka for helsetilstanden i befolkninga og for å jamne ut sosiale helseforskjellar ligg i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, men innsatsen til helse- og omsorgstenesta for å førebygge sjukdom og vidare sjukdomsutvikling har også stor betydning for helsetilstanden i befolkninga.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan, opptrappingsplanen for psykisk helse, førebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet og «bu trygt heime»-reforma vil omhandle førebygging i helse- og omsorgstenesta. Dei vil også beskrive korleis innsatsen i helse- og omsorgstenesta skal utviklast for i større grad å førebygge helseproblem og gi hjelp til å leve med og meistre sjukdom, funksjonsnedsetting/funksjonssvikt og liding.

Det er viktig for regjeringa å skape eit helsefremjande samfunn, førebygge sjukdom og sikre ei desentralisert helseteneste som yter gode og likeverdige helse- og omsorgstenester i heile landet. Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil vere regjeringa sin strategi for å vidareutvikle den felles helse- og omsorgstenesta. Meldinga skal bidra til å skape ei berekraftig helse- og omsorgsteneste. Meldinga skal blant anna bidra til betre samhandling mellom helse- og omsorgstenesta i

Boks 8.1 Tid for handling

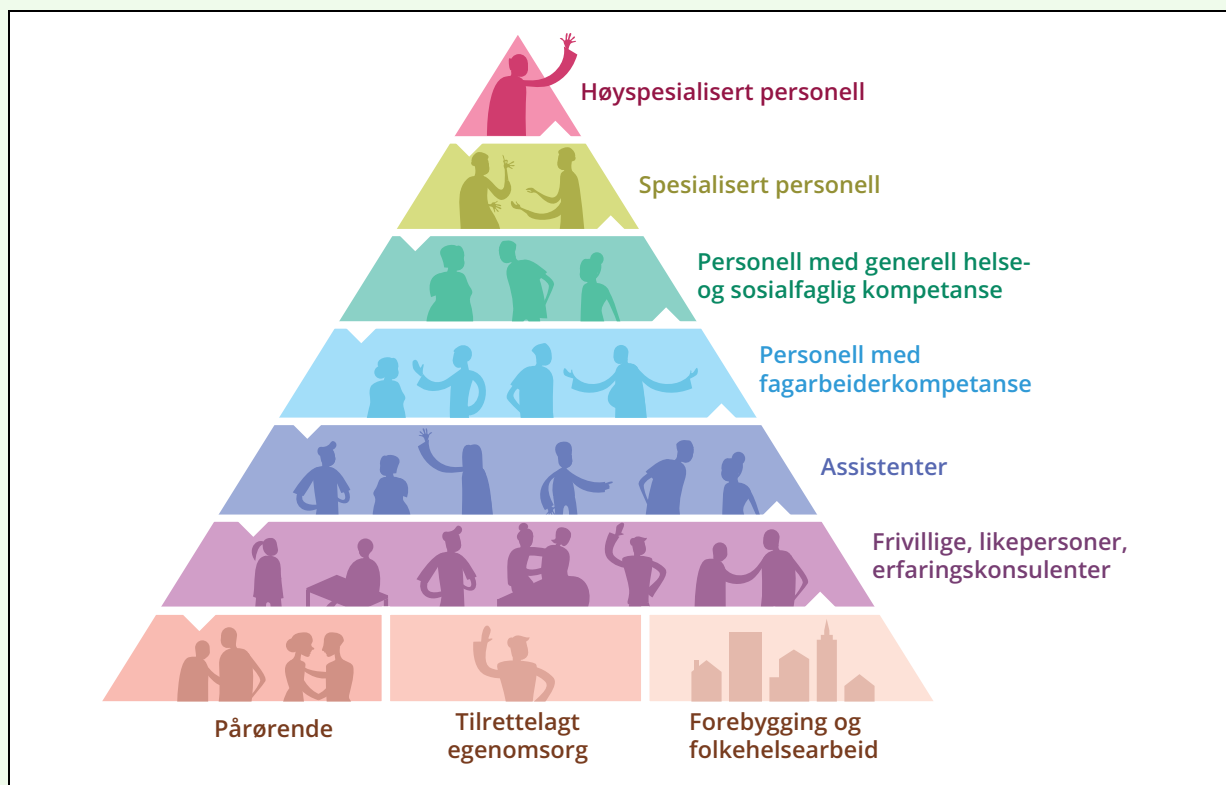
Helsepersonellkommisjonen overleverte rapporten Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (NOU 2023: 4) til helse- og omsorgsministeren og forskings- og høgere utdanningsministeren den 2. februar 2023.

I rapporten frå helsepersonellkommisjonen kjem det fram at Noreg ligg på toppen i Europa i ressursbruk til helse- og omsorgstenesta. Personellveksten i helse- og omsorgstenesta har så langt vore vesentleg større enn befolkningsveksten. Bemanningsutviklinga er ikkje berekraftig, og helsepersonellkommisjonen vurderer det slik at andelen som helse- og omsorgstenesta utgjør av den totale arbeidsstyrken i landet, ikkje kan auke vesentleg. Vi må planlegge for at vi blir færre tilsette per pasient framover. Helsepersonellkommisjonen meiner at hovudprioriteten for helsepolitikarar i åra framover bør vere å utvikle tiltak og investeringar i løysingar som gir lågast mogleg personellvekst i helse- og omsorgstenesta, samtidig som befolkninga over heile landet skal få gode helse- og omsorgstenester av høg kvalitet.

For å utvikle ei berekraftig helse- og omsorgsteneste foreslår helsepersonellkommisjonen tiltak innan områda organisering og samhandling, arbeidsforhold og arbeidstid, utdanning og kompetanseutvikling, prioritering og reduksjon av overbehandling, digitalisering og teknologisk utvikling og oppgåvedeling.

Oppgåvedeling handlar om å bygge nedanfrå og startar med folkehelsearbeid, førebygging, tidleg innsats, helsefremjande arbeid og styrking av helsekompetansen til befolkninga. Helsepersonellkommisjonen vurderer det slik at det samla vil kunne vere store helsemessige, økonomiske og personellmessige gevinstar i eit godt folkehelsearbeid, blant anna gjennom tiltak som fremjar helsekompetansen til befolkninga, førebygging og anna helsefremjande arbeid. Helsepersonellkommisjonen meiner at ei styrkt satsing på folkehelse og førebyggingsarbeid vil kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstenester, og dermed også bidra til å redusere behovet for innsats frå helsepersonell.

Rapporten frå helsepersonellkommisjonen er på høyring til 2. mai 2023.



Figur 8.2 Skjematisk fremstilling av oppgåvedeling, bygd nedanfra

Kjelde: NOU 2023: 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

kommunane og spesialisthelsetenesta, betre helse og meistring i befolkninga, reduserte sosiale helseforskjellar, betre brukaroppleving og effektiv ressursbruk. Sentrale stikkord er gode pasientforløp, meir vekt på førebygging og rask tilgang til tenester.

Dreie merksemda mot førebyggjande innsats

Forsterka førebyggjande innsats er viktig for å redusere for tidleg død av dei ikkje-smittsame sjukdommane – hjarte- og karsjukdommar, kreft, kols og diabetes – og psykiske lidningar (NCD), i tråd med Verdhelseorganisasjonens globale handlingsplan for førebygging og kontroll av ikkje-smittsame sjukdommar og berekraftsmål 3.4.

For å stanse auken i fedme og diabetes type 2 krevst det særleg innsats ikkje berre på folkehelsefeltet, men også i helse- og omsorgstenesta. Helse- og omsorgstenesta må bidra aktivt til å førebygge helseproblem og halde oppe god fysisk funksjon for alle. Barn, unge og vaksne med overvekt eller fysiske eller psykiske helseproblem er ei viktig målgruppe. Å identifisere personar med særleg risiko og fange dei opp tidleg og sikre tett oppfølging blir sentralt i dette arbeidet. Moglege tiltak for å redusere overdødelegheit for somatisk sjukdom blant pasientar med alvorleg psykisk lidning er regelmessig somatisk kartlegging i psykisk helsevern, takst for somatisk kartlegging hos fastlege, formålstenleg undersøkingsrom og utstyr for somatisk undersøking ved alle behandlingseiningar i psykisk helsevern. Kosthald, fysisk aktivitet, tobakk og alkohol er felles påverknadsfaktorar for dei ikkje-smittsame sjukdommane, som det er viktig å ta omsyn til i både førebygging og behandling.

Regjeringa vil samle innsatsen retta mot ikkje-smittsame sjukdommar i ein heilskapleg NCD-strategi for perioden 2024/2025–2030. Sjå også kapittel 4 og 5.

Forsterka pasientopplæring og meistringstilbod

Eit av dei helsepolitiske hovudmåla til regjeringa er at befolkninga skal ha god helse og klare å meistre eigen sjukdom. Det er mange som treng hjelp og rettleiing for å endre levevanar, førebygge vidare utvikling av sjukdom og lære å leve med sjukdom og kroniske plager.

Opplæring av pasientar og pårørande er ei lov-pålagd oppgåve for helseføretaka gjennom spesialisthelsetjenesteloven. Spesialisthelsetenesta har gjennom dei siste 20 åra etablert lærings- og meistringssenter som ressursar for å støtte opp

under, koordinere og setje i gang læringstiltak for pasientar og pårørande. Alle sjukehus har etablert lærings- og meistringsverksemd, men denne verksemda er noko ulikt organisert. Ansvar for pasient- og pårørandelæring i sjukehusa ligg til dei kliniske avdelingane. Fleire lærings- og meistrings-senter involverer pasient- og brukarorganisasjonar i kursverksemd. Det er variasjonar i kva pasientgrupper som mottar strukturerte tilbod om læring og meistring i lærings- og meistringssentra i spesialisthelsetenesta. Det er viktig å sikre tilgang til lærings- og meistringstilbod uavhengig av diagnose, alder, geografi, språk og kulturbakgrunn.

Kommunale frisklivstilbod har som innsatsområde å hjelpe med endring av levevanar gjennom eit strukturert oppfølgingstilbod. Målgruppa er personar med sjukdom eller auka risiko for sjukdom, og som treng støtte til å forandre levevanar og meistre helseutfordringar. Tilbodet kan vere aktuelt både som førebygging, for å avgrense utvikling av sjukdom og som del av eit behandlingss- og/eller rehabiliteringsforløp.

Om lag to tredjedelar av kommunane har etablert frisklivssentral, anten åleine eller i eit interkommunalt samarbeid, som eit tilbod til personar som treng hjelp til å endre livsstil og meistre helseutfordringar. Frisklivssentralane samarbeider med andre offentlege, private og frivillige aktørar. Om lag 86 prosent av befolkninga er busette i kommunar med frisklivssentral. Personar kan oppsøke tilbodet sjølv eller visast dit av blant anna fastlegen. Det er etablert ei tilskotsordning til å etablere og utvikle frisklivs-, lærings- og meistringstilbod i kommunane.

Mange har også behov for hjelp til å leve med og meistre eigen sjukdom. Desse leve-med-tilboda i kommunen er ikkje eit alternativ til, men bør komme i tillegg til dei diagnosespesifikke opplæringstilboda i spesialisthelsetenesta. Slike tilbod er viktige blant anna for å auke helsekompetansen til befolkninga.

Helsedirektoratet og dei regionale helseføretaka utarbeida i 2021 ein forprosjektrapport om læring og meistring. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp rapporten og blant anna tydeleggjere kva som skal forståast med lærings- og meistringstilbod, formål og målgruppe og dessutan utgreie og foreslå korleis fagutvikling og samhandling innan læring og meistring best kan tas hand om.

Helse- og omsorgsdepartementet vil jobbe med å vidareutvikle tilbod innan læring og meistring gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

8.2 Ei felles, offentlig helse- og omsorgsteneste som motverkar sosiale og økonomiske helseforskjellar

Statistisk sentralbyrå utarbeidde i 2021 ein rapport om sosial forskjell i bruk av helsetenester (115). Det er ein klar sosial gradient etter inntekt i bruk av tannlegetenester, uavhengig av helsetilstand. Det same gjeld for bruk av legespesialist. Andelen som har vore innlagd på sjukehus ser derimot ut til å vere mindre jo høgare inntekt ein har. Dei aller fleste får den helsehjelpa dei treng, men det er til dels store sosiale forskjellar. Grupper med lang utdanning nyttar i større grad planlagde tilbod, medan grupper med kort utdanning i større grad nyttar helse- og omsorgstenester når akutte behov oppstår (116). Trass i ein auka risiko for psykiske helseplager og lidningar hos nokre innvandrargrupper, er det lågare bruk av psykiske helsetenester blant innvandrarar enn elles i befolkninga.

Sosial bakgrunn kan også ha betydning for å få best mogleg behandling. Data frå Kreftregisteret viser at ressursane til foreldra målt ved utdanning, inntekt, ekteskapeleg status og andre kjenneteikn påverkar dødelegheita til kreftsjuke barn (117).

Regjeringa meiner at ei sterk offentlig helse- og omsorgsteneste, finansiert over skattesetelen, er det viktigaste grepet for å sikre innbyggjarane tilgang på helse- og omsorgstenester uavhengig av sosial bakgrunn. Bidraget til helse- og omsorgstenesta for å redusere sosiale helseforskjellar er eit viktig omsyn i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan, opptappingsplanen for psykisk helse, «bu trygt heime»-reforma og førebyggings- og behandlingsreforma på rusfeltet.

8.3 Førebygging i helse- og omsorgstenesta

8.3.1 Helsestasjons- og skulehelsetenesta

Helsestasjons- og skulehelsetenesta er, saman med fastlegeordninga, den viktigaste førebyggjande og helsefremjande tenesta retta mot barn, unge og familieane deira, gravide og barselfamiliar.

Hovudutfordringa for helsestasjons- og skulehelsetenesta er tilgjenge og kapasitet. Regjeringa vil derfor utarbeide ein opptappingsplan for helsestasjons- og skulehelsetenesta i tråd med Hurdalsplattforma. For å sjå heilskapen i tenestetilbodet til barn og unge, deira føresette, gravide og barselfamiliar skal dette arbeidet inngå i opp-

trappingsplanen for psykisk helse, folkehelsemeldinga og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal gi ei samla framstilling av utviklinga i svangerskaps-, føde og barseltilbodet og skal vise retninga på politikken til regjeringa på området, medan folkehelsemeldinga tydeleggjer kor viktig tenesta er i det førebyggjande og helsefremjande arbeidet. I opptappingsplanen for psykisk helse vil problemstillingar knytte til psykisk helse som blant anna svangerskaps- og barseldepresjon, foreldrestøtte og rolla til tenesta som ein del av det kommunale lågterskeltilbodet inngå. Digitalt tilgjenge blir omtalt både i opptappingsplan for psykisk helse og i kapittel 7 i denne meldinga.

Regjeringa vil styrke tenesta både fagleg og økonomisk. Det øyremerkte tilskotet til helsestasjons- og skulehelsetenesta er i 2023 styrkt med 45 millionar kroner, til totalt 434,6 millionar kroner. 60 millionar kroner av tilskotet er øyremerkt til jordmorårsverk i kommunane.

Det er også behov for å styrke kompetansen, fagutviklinga og forskinga innan helsestasjons- og skulehelsetenesta Etter framlegg frå regjeringa er det derfor løyvd 15 millionar kroner til etablering av eit nasjonalt tverrfagleg kompetansemiljø for helsestasjons- og skulehelsetenesta. Miljøet er forankra ved Folkehelseinstituttet og lokalisert i Levanger.

8.3.2 Tannhelsetenesta

Generelt er den orale helsa i befolkninga i Noreg god, noko som kjem av systematisk førebygging, inkludert innføring av fluor. God munnhygiene, gode kosthaldsvanar og faste besøk hos tannhelsetenesta er dei mest sentrale førebyggjande grepa, og er viktige heile livet.

Verdshelseorganisasjonen har vedtatt ein global strategi for oral helse som skal omsettast til ein handlingsplan mot 2030. Strategien blir knytt opp mot berekraftsmål 3 og ikkje-smittsame sjukdommar (NCD) då risikofaktorane dels er dei same. Innan 2024 skal Verdshelseorganisasjonen anbefale kostnadseffektive, evidensbaserte orale helseintervensjonar som eit vedlegg til «NCD Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs» og «WHO UHC Compendium» (118).

Regjeringa har sett ned eit utval som skal gjenomgå tannhelsetenesta, og fremje ulike modellar for ei tannhelseteneste som kan bidra til betre tilgjengelegheit i heile landet. Utvalet er bedd særleg om å vurdere forslag som held oppe, styrker og vidareutviklar tannhelsetenesta sine helsefremjande, førebyggjande og oppsøkjande tilbod.

Utvalet skal også utarbeide forslag som kan sikre at tannhelsetenesta blir likestilte med andre helse-tenester.

Gjennom budsjettforlika med SV for 2022- og 2023-budsjetta har regjeringa sørgt for billegare tannhelsetenester til personar frå 21 til 26 år. For 19- og 20-åringane er det 25 prosent eigenbetaling, medan det for 21–26-åringane frå 2023 vil vere 50 prosent eigenbetaling. Med dette er punktet i Hurdalsplattforma om halv pris for tannbehandling for personar i alderen 21–25 år oppfylt.

8.3.3 Allmennlegetenesta

Fastlegeordninga som blei innført i 2001 er grunnmuren i helse- og omsorgstenesta og sentral også for folkehelsa. Det har likevel vore ein nedgang i førebyggjande arbeid ved fastlegekontora. Ifølgje OECD har i overkant av ein av tre pasientar med hypertensjon, gjennomgått hjarteinfarkt, hjerne- slag eller diabetes ikkje sjekka blodtrykk, blodsukker eller kolesterol dei siste 12 månadene.

Tidspress og forventningar frå pasienten kan føre til at legen rekvirerer legemiddel i staden for å iverksette livsstilsintervensjonar eller andre ikkje-medikamentelle tiltak. Dette kan bidra til at legemiddelbehandlinga tar ein større del av fastlegekapasiteten og krev ressursar i helsetenesta som alternativt kunne vore brukte på helsefremjing og anna førebyggjande arbeid. I tillegg er samtidig bruk av mange medisinar ei aukande utfordring, spesielt hos eldre, der det er mindre dokumentasjon for effekt, med auka risiko for biverknadar og interaksjonar som igjen kan krevje ytterlegare oppfølging i helse- og omsorgstenesta. Aukande arbeidsmengde, finansieringsordningar, kompetanse og interesse hos fastlegen eller manglande kjennskap til eller førekomst av tilbod i kommunen som legen kan samarbeide med, bidrar til at førebyggjande aktivitetar ikkje blir prioriterte i tilstrekkeleg grad. Utover den nyleg innførte taksten for livsstilsintervensjonar for pasientar med eller med risiko for hjarte- og karsjukdom, diabetes 2 eller overvekt, sjå boks 8.2, yter Folketrygda berre stønad dersom lege har blitt oppsøkt for sjukdom eller mistanke om sjukdom og ikkje for primærførebygging.

8.3.4 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Personar med psykisk helse- og rusmiddelproblem og ruslidingar lever betydeleg kortare enn resten av befolkninga. Ingen andre diagnoser

Boks 8.2 Takst for livsstilsintervensjon

For å styrke innsatsen til fastlegane for helsefremjande og førebyggjande arbeid er det gjort ei viktig takstendring frå juli 2022, der takst 101 (grøn resept) er slått saman med takst 102 (røyketakst) og har fått endra namn til Livsstilsintervensjon. Den nye taksten har fått følgjande tekst: «Individuell, strukturert rettleiing ved tidleg intervensjon relatert til kosthald, røykeavvenning og/eller fysisk aktivitet for pasientar med, eller med risiko for hjarte- og karsjukdom, diabetes 2 eller fedme». Taksten bygger på undersøking av helsetilstanden til pasienten og omfattar kartlegging av risikobilete. Det er ein føresetnad at legen følger Helsedirektoratets gjeldande råd og tilrådingar, og at det blir utarbeidd ein behandlingsplan som eit alternativ, eller i tillegg til medikamentell behandling, med eit individuelt tilpassa opplegg for kosthald, røykeavvenning og/eller fysisk aktivitet og ein plan for oppfølginga til pasienten. Taksten kan nyttast uavhengig av om pasienten står på medikamentell behandling for den aktuelle diagnosen. Dette er i tråd med tilrådingane i dei nasjonale faglege retningslinjene for dei respektive diagnosane. Taksten kan nyttast inntil tre gongar per pasient per kalenderår. Taksten kan ikkje nyttast på legevakt.

innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling er assosierte med like mange tapte leveår som rusrelaterte lidingar. Ei av årsakene er blant anna mangelfull oppfølging av somatiske lidingar, som igjen kan springe ut av haldningar og stigma knytte til rusmiddelproblemet og særleg til brukarar av illegale rusmiddel. Det er potensielt ein stor gevinst ved å førebygge ikkje berre prevalens, men også skadar av rusmiddelbruk i befolkninga. Psykisk helse- og rusproblematikk og tilgang til likeverdige helse- og velferdstenester er ein sentral del av problematikken knytt til sosial forskjell i helse, og har både eit diskriminerings- og eit menneskerettsperspektiv.

Regjeringa tar sikte på å legge fram ei stortingsmelding om ei førebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet i 2024.

8.3.5 Omsorgstenesta

Omsorgstenesta har ei viktig rolle i førebygging og helsefremjande arbeid, og skal støtte den enkelte pasienten og brukaren i eigenmeistering. Tiltak innan fysisk aktivitet, ernæring og aktivitetstilbod i tillegg til helsehjelp er sentralt for å førebygge funksjonsfall. Måletta førebyggjande tenester til heimebuande kan vere med på å utsette eller hindre behovet for bistand eller helsehjelp. Førebyggjande innsats kan også bidra til at personar som får tenester i sjukeheim eller andre heildøgns institusjonar, kan halde oppe eigenfunksjon og best mogleg helse lengst mogleg.

Når ein blir eldre, er god ernæringsstatus og fysisk aktivitet viktig for å halde oppe muskelmasse og redusere vektta. Oppfølging for å sikre dagleg fysisk aktivitet og god ernæring er derfor spesielt viktig.

Det er framleis for få som får vurdert ernæringsstatusen sin i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Eldre som blir lagde inn på sjukehus, har ofte dårleg ernæring ved innlegginga og går ytterlegare ned i vekt i løpet av opphaldet. Med ein aukande del eldre vil det bli fleire med ernæringsutfordringar framover.

Styrke- og balansetrening er nødvendig for å halde oppe muskelstyrke, fysisk funksjon og balanse og dermed forhindre fall og brot blant godt vaksne og eldre. Det er dokumentert at trening reduserer risikoen for fall. Nye råd om fysisk aktivitet skal gjerast betre kjent og takast systematisk i bruk i helse- og omsorgstenesta og i eit samspel mellom helsetenesta og frivillige organisasjonar i lokalsamfunnet.

Regjeringa har starta arbeidet med ei stortingsmelding om ei «bu trygt heime»-reform. Målet er at eldre skal få bu i eigen bustad lengst mogleg, dersom dei kan og vil. Dette handlar om

Boks 8.3 Matgledekorps

For mange eldre er måltida dagens høgdepunkt. Matgledekorpsset skal inspirere matfagarbeidarar, dei som har pleieoppgåver i institusjonar og i heimetenesta, og kommuneadministrasjonen til å sjå samanhengane mellom innkjøp av mat, kosthald og matglede. Matgledekorpsset består av matentusiastar som deler erfaringar.

Boks 8.4 Sterk og stødig

Mange kommunar har lågterskel trenings-tilbod for godt vaksne og eldre, og over 100 kommunar har tilbod etter Sterk og stødig-modellen. Sterk og stødig er ein modell for kunnskapsbasert balanse- og styrketrening med frivillige treningsinstruktørar, og tilbodet rettar seg mot heimebuande eldre. Modellen blei først utvikla av NTNU, i samarbeid med Trondheim kommune og det er også her det er flest Sterk og stødig-grupper. Kommunar som arbeider med modellen, har utdanna eigne kursleiarar som held kurs for frivillige instruktørar og nye fysioterapeutar etter behov. Dei set av ein stillingsbrøk til dette førebyggjande arbeidet, og dei årlege kostnadene varierer med omsyn til kommunestorleiken og omfanget av tilbod. Nasjonalt senter for aldring og helse driftar Sterk og Stødig frå 2022.

langt meir enn helse- og omsorgstenester og krev derfor ein tverrsektoriell innsats, og ein innsats av oss sjølv og våre næraste, av lokalsamfunnet og av frivillige. Eit mål i meldinga er å legge betre til rette for ei heimeteneste som arbeider førebyggjande og held folk friskare og hjelper eldre i aktivitet.

Tiltak innan mat og ernæring vil også vere ein del av meldinga, i tillegg til ein innsats for å skape meir aldersvennlege og levande lokalsamfunn som kan fremje aktivitet og førebygge einsemd og sosial isolasjon.

8.3.6 Den førebyggjande innsatsen til spesialisthelsetenesta

Dei regionale helseføretaka skal sørge for at helseføretaka og avtaleinstitusjonane bidrar til å fremje folkehelsa og førebygge sjukdom og skade, jamfør spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

Spesialisthelsetenesta si rolle i førebygging er i hovudsak å førebygge at etablert sjukdom eller liding blir forverra, å forhindre alvorlege følgetilstandar av etablert sjukdom eller liding og å bidra til at pasientar kan meistre livet med sjukdom og skade. Dette er ein integrert del av behandlingstilboda i sjukehusa og eit klart mål ved utvikling av pasientforløp og tenestemodellar på tvers av den kommunale helse- og omsorgstenesta og

Boks 8.5 Helsefellesskapet Troms og Ofoten

Helsefellesskapet Troms og Ofoten har førebygging som eitt av tre hovudpunkt i «Ishavs-erklæringen 2021–2023»:

«Satse på forebygging og egenmestring som en viktig del av innbyggerens helsetjeneste

- *Styrke forebyggings- og folkehelseperspektivet i utøvende tjeneste*
- *Sørge for gode tilbud om læring og mestring*
- *Dele kunnskap om og konkrete erfaringer med forebyggende tiltak med god effekt på egenmestring og folkehelse»*

spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta har også ansvar for overvaking av sjukdom og risikoforhold og kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse og helsefremjing og førebyggings-tiltak. Samhandling med kommunane og andre relevante aktørar er sentralt i dette arbeidet.

Screening

Screening (masseundersøking) er systematisk undersøking av friske menneske – for å oppdage sjukdom eller forstadium før symptom viser seg. Det er tre nasjonale kreftscreeningprogram i Noreg: Mammografiprogrammet, Livmorhalsprogrammet og Tarmscreeningprogrammet (som i løpet av 2023 vil bli gradvis innført over heile landet).

Den viktigaste fordelene ved screening er redusert dødelegheit av sjukdommen. Blir kreft tidleg oppdaga, betyr det ofte at behandlinga blir mindre

omfattande, slik at livskvaliteten for den det gjeld, blir betre. Før det tas ei avgjerd om innføring av eit nasjonalt screeningprogram må det blant anna gjerast ein helseøkonomisk analyse og ei vurdering av etiske, praktiske, budsjettmessige og personellmessige konsekvensar. Vidare må helsegevinstane vere større enn dei negative effektane av screening.

Screening kan samtidig føre til overdiagnostisering og overbehandling som kan vere skadeleg, ved at ein oppdagar og behandlar kreft eller forstadium til kreft som ikkje ville utvikla seg vidare. Nokre deltakarar i screening kan oppleve uro og kjenne seg engstelege medan dei ventar på prøve-resultatet og ved eventuelle etterundersøkingar. Studiar har likevel vist at denne uroa for dei aller fleste er forbigåande.

Regjeringa vil vurdere tiltak som kan bidra til høg oppslutning om screeningprogramma og motverke sosiale forskjellar i deltakinga. Ein finn at dei med høg inntekt i større grad deltar i screeningprogramma for brystkreft, livmorhalskreft og tarmkreft enn dei med låg inntekt, uavhengig av helsetilstand. Det skal gjennomførast ein analyse av kva som kan bidra til å redusere sosiale forskjellar i programma og fremje høg deltaking i alle målgruppene. Det skal også vurderast om kostnadene til reiser til screening er eit hinder for å delta i screeningprogram. Dette er utgifter som ikkje er omfatta av pasientreiseregelverket i dag. Departementet vil vurdere dette nærare.

Nyføddscreeninga er eit døme på eit førebyggjande og persontilpassa tiltak innanfor persontilpassa medisin i helsetenesta. Regjeringa har nyleg lagt fram ein nasjonal strategi for persontilpassa medisin. Strategien har som visjon at persontilpassa medisin skal vere ein integrert del av førebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging i helsetenesta for betre helse og meistring gjennom livet. Regjeringa vil følge opp strategien, også på området persontilpassa førebygging.

Boks 8.6 Screeningprogrammet i Noreg

Det er tre nasjonale kreftscreeningprogram i Noreg: Mammografiprogrammet, Livmorhalsprogrammet og Tarmscreeningprogrammet (som i løpet av 2023 vil bli gradvis innført over heile landet).

Livmorhalscreening

Kvinner i alderen 25–69 år får tilbod om å delta i livmorhalsprogrammet. Internasjonale studiar viser at kvinner som tar livmorhalsprøve regelmessig reduserer risikoen for å få livmorhalskreft med meir enn 80 prosent. Dei som får kreft sjølv om dei tar regelmessige celleprøvar, har ei lågare dødeligheit av sjukdommen fordi sjukdommen blir oppdaga tidlegare. Deltakinga i det norske Livmorhalsprogrammet ligg i dag på 71 prosent. Det er ønskeleg å auke deltakinga til minst 80 prosent. Bruk av heimetest skal implementerast frå 2023 til 2027.

HPV-vaksine har vore eit tilbod til jenter i 7. klassetrinn sidan hausten 2009 og for gutar sidan 2018. Innføring av HPV-vaksine, saman med Livmorhalsprogrammet, kan bidra til å eliminera livmorhalskreft på sikt.

Brystkreftscreening

Mammografiprogrammet er eit screeningtilbod til alle norske kvinner mellom 50 og 69 år. Mammografiscreening er undersøking av brysta hos kvinner som i utgangspunktet ikkje har symptom på brystkreft. Årleg deltar meir enn 200 000 kvinner. Rundt 1000 kvinner som deltar i programmet får påvist brystkreft eller forstadium til brystkreft. Målet med Mammografiprogrammet er å redusere dødeligheit av brystkreft blant kvinnene som vert invitert, og oppdage sjukdom i eit tidleg stadium, der sjansane for meir skånsam behandling er større.

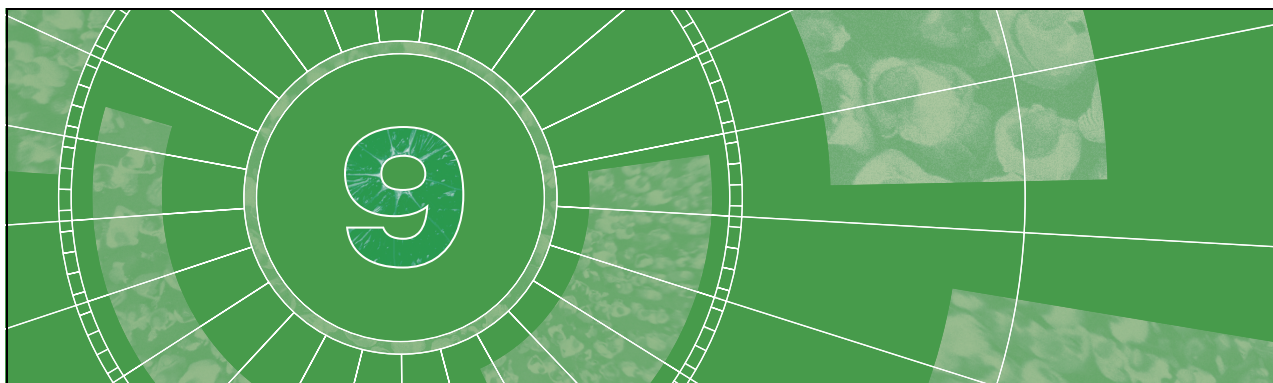
Tarmscreening

Det nasjonale programmet for tarmkreft, tarmscreeningprogrammet, vil bli gradvis innført i løpet av 2023. Alle 55-åringar vil få ein invitasjon til å delta. Noreg er eit av landa med høgast førekomst av tarmkreft. Omtrent 4500 nordmenn får denne sjukdommen årleg. Symptoma blir ofte seint oppdaga, noko som kan gi dårlegare effekt av behandlinga. Målet med tarmscreeningen er at færre skal dø av tarmkreft. Det er rekna ut at vi med nasjonal screening kan minske dødeligheita med opp mot 300 personar i året. Programmet kan og bidra til at fleire som får diagnosen, blir friske med mindre omfattande behandling.

Ein studie gjennomført i Noreg, Sverige og Polen publisert i det medisinske tidsskriftet *New England Journal of Medicine* i oktober, syner ein lågare enn forventet effekt av koloskopiscreening. Studien konkluderte med at det var ingen signifikant forskjell i talet på døde av tarmkreft mellom dei som hadde fått tilbod om koloskopiscreening, og dei som ikkje fekk tilbod om screening. Det er vidare venta at det i løpet av 2023 vil kome større internasjonale studiar som vil samanlikne nytten av screening med påvising av blod i avføring (iFOBT) versus screening med primær koloskopi som metode. Studiar som har sett på nytten av metodane isolert indikerer at forskjellane i nytte ved å gjenta iFOBT-testing versus bruk av koloskopi ikkje er så store som først antatt då screeningprogrammet vart greid ut og planlagt. Helsedirektoratet og den nasjonale styringsgruppa for kreftscreeningprogramma vurderar om og når det er grunnlag for eventuelt å greie ut endringar i metodebruken i programmet.

Del II
Kunnskap og systematikk i folkehelsearbeidet

9 Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken



Figur 9.1

Gjennom metodikken som er skissert i folkehelse-loven, er målet ein open og kunnskapsbasert avgjerdsprosess om korleis ein kan og bør ta omsyn til helse i samfunnsutviklinga. Kapittelet beskriv korleis Helse- og omsorgsdepartementet vil forsterke denne systematikken og legge til rette for å prioritere folkehelse framover.

9.1 Det systematiske folkehelsearbeidet

Regjeringa vil

- styrke samarbeid og bygge partnerskap med frivillig sektor og andre involverte
- få utarbeidd ein folkehelsepolitisk rapport som fortolkar berekraftsindikatorar og gir råd om ny politikk
- etablere eit folkehelsepolitisk råd

Målet om å jamne ut sosiale helseforskjellar inngår i ei rekke generelle verkemiddel på folkehelseområdet, men korleis verkemidla påverkar helseforskjellane, må vurderast og konkretiserast på alle samfunnsområde.

Regjeringa varslar i denne folkehelsemeldinga ein prosess med revisjon av folkehelse-loven. For-delingsperspektivet er framheva i formålet med lova og ei rekke andre stader i lovteksten. Når ein skal revidere folkehelse-loven, er det likevel ønskeleg å vurdere om prinsippet er tilstrekkeleg vare-

tatt, og om det kan vere behov for å konkretisere korleis prinsippet skal nyttast i praksis, anten i folkehelse-loven eller i rettleiinga til lova, men også i anna regelverk som påverkar sosiale forskjellar.

Skal Noreg lykkast med folkehelsearbeidet, er det nødvendig med eit langsiktig perspektiv og vedvarande politisk og administrativ merksemd. Folkehelsepolitikken må vere i kontinuerleg utvikling. Det krev robuste og føreseielege styringsprosessar og jamleg politisk drøfting av utfordringar, mål og verkemiddel. Det vil krevje ei styrking av arbeidet med utgreiing av konsekvensar for helse og livskvalitet, i tråd med utgreiingsinstruksen.

I Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar la Stoltenberg II-regjeringa rammer for ei systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert oppfølging av folkehelsearbeidet for å bidra til større politisk merksemd og betre nasjonal samordning. Med utgangspunkt i metodikken i folkehelse-loven blei det bygd opp eit nasjonalt system for styringsdata om folkehelse for å sikre ein systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsepolitikk. Dette inneber – slik det blei uttrykt i den nemnde folkehelsemeldinga – blant anna:

- Staten skal ha nødvendig oversikt over folkehelseutfordringane og ta stilling til kva dei inneber, blant anna samfunnsmessige, økonomiske og menneskelege konsekvensar, og behovet for tiltak.

- Staten skal fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet for å møte nasjonale folkehelseutfordringar.
- Staten skal bruke verkemiddel i alle sektorar for å nå måla og bidra til at kommunar og fylkeskommunar når måla.
- Staten skal sørge for ein regelmessig gjennomgang av statusen for dei fastsette måla.
- Staten skal involvere og samarbeide med aktuelle aktørar i sivilsamfunnet.

Metodikken har bidratt til større merksemd, kontinuitet og dynamikk i folkehelsepolitikken og til eit godt samspel mellom folkehelsearbeidet nasjonalt og i kommunar og fylkeskommunar. Regjeringa ønsker å vidareutvikle dette arbeidet, som illustrert i figuren nedanfor, som viser systematikken og tiltak for å fremje ein fast dynamikk.

9.1.1 Sette politisk retning

Eit sentralt retningsval i Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar frå Stoltenberg II-regjeringa var planen om ei folkehelsepolitisk melding til Stortinget kvart fjerde år, i forkant av kommune- og fylkestingsval. Formålet var blant anna å samle styringssignala for folkehelsepolitikken på nasjonalt nivå og å for-

midle nasjonal folkehelsepolitikk til nye folkevalde politikarar regionalt og lokalt.

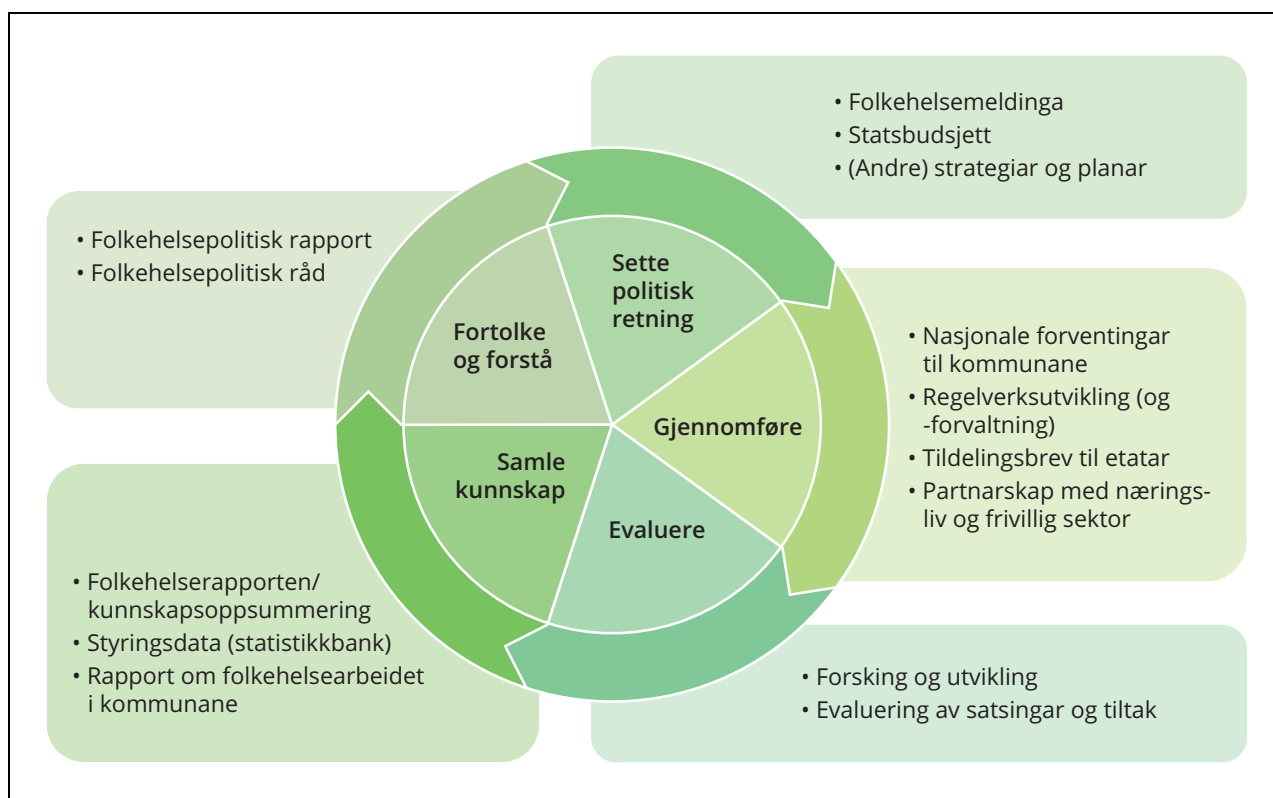
Denne stortingsmeldinga set den overordna politiske retninga for folkehelsepolitikken til regjeringa. Vidare er fleire andre stortingsmeldingar, strategiar og handlingsplanar under arbeid. Regjeringa vil vidareføre intensjonen om folkehelsemeldingar kvart fjerde år, før kommune- og fylkestingsval. Den overordna retninga blir konkretisert gjennom dei årlege statsbudsjetta.

9.1.2 Gjennomføre nasjonal politikk

På statleg nivå har styresmaktene ei rekke verkemiddel for å sette i verk nasjonal politikk. Gjennom regelverksutvikling og pedagogiske og økonomiske verkemiddel blir det sett i verk tiltak som vernar og fremjar god helse.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har sentrale oppgåver i gjennomføringa av nasjonal politikk. I tillegg har ei rekke offentlege styresmakter utover helseforvaltninga eit eksplisitt ansvar for å verne og fremje helse og livskvalitet i befolkninga, blant anna Miljødirektoratet, Direktoratet for arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap og Politidirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet har starta ein gjennomgang av organisering, roller og ansvar



Figur 9.2 Det systematiske folkehelsearbeidet

Kjelde: Helse- og omsorgsdepartementet

i den sentrale statlege helseforvaltninga. Gjennomgangen tar sikte på å klargjere ansvar og roller og å gjere det mogleg å unngå dobbeltarbeid.

Staten, fylkeskommunane, kommunane og frivillige organisasjonar har ulike fortrinn i innsatsen for å fremje god helse og redusere helseforskjellar. Statsforvaltarane har viktige oppgåver i å sikre nasjonale interesser. I dag har aktørane eigne folkehelsestrategiar. Pandemien viste krafta som kan utløysast gjennom partnerskap og betre koordinering. Denne regjeringa har ein ambisjon om å fremje innovasjon, styrke samarbeid og bygge partnerskap med frivillig sektor og andre impliserte.

9.1.3 Evaluere

Det finst eit betydeleg kunnskapsgrunnlag om effekten av folkehelseiltak, men omfanget og kvaliteten varierer mellom innsatsområda på folkehelseområdet. Ambisjonen er å ha som hovudregel at ein skal legge til rette for evalueringar for å få kunnskap om effekten av tiltak når nasjonale folkehelseiltak skal settast i verk.

Mange tiltak blir gjennomførte lokalt, i regi av anten kommunen, frivillige, ideelle eller private aktørar. Regjeringa vil stimulere til samarbeid med forskingsmiljø, kommunar, fylkeskommunar og frivillige organisasjonar om å bygge kompetanse på evalueringsdesign og erfaringsdeling. Vi viser til nærare omtale i kapittel 11.1.

9.1.4 Samle kunnskap

Mykje forskning og annan kunnskap med relevans for folkehelsearbeidet i Noreg kjem ikkje til nytte fordi han ikkje når fram til avgjerdstakrarar. Regjeringa vil styrke arbeidet med oppsummering av kunnskap og gjere kunnskapen meir tilgjengeleg, jf. omtale i kapittel 11.

Folkehelseinstituttet har frå 2021 gitt ut ein årleg temarapport til Folkehelse rapporten, i tillegg til tematiske kapittel som blir jamleg oppdaterte. Folkehelse rapporten er oppsummert kunnskap i klarspråk om helsetilstanden i Noreg og faktorar som påverkar denne, og hadde i 2021 nærare 500 000 unike lesarar på nett.

Regjeringa vil gjere statistikk frå helseregister og helseundersøkingar meir tilgjengeleg. Vi viser til nærare omtale i kapittel 11.

Skal staten og fylkeskommunane kunne støtte opp under folkehelsearbeidet i kommunane, må dei ha god kunnskap om kva kommunane treng. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har i

2021 og 2022 samarbeidd om ei enkel kartlegging av folkehelsearbeidet til kommunane. Kartlegginga skal framover supplerast med dialog med kommunar og fylkeskommunar om korleis svara deira skal tolkast.

9.1.5 Fortolke og forstå

Å samle kunnskap er ikkje nok. Det er nødvendig å fortolke kunnskapen og sette han i ein større samanheng.

I arbeidet med FNs berekraftsmål og oppfølginga av Meld. St. 40 (2020–2021) Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030 og Innst. 218 S (2021–2022) er ein i gang med å utvikle berekraftsindikatorar tilpassa norske forhold. Arbeidet blir leia frå Kommunal- og distriktsdepartementet, og Statistisk sentralbyrå har ei koordinerande rolle og hjelper fleire departement. Statistikk som blir utvikla i den samanhengen, kan også nyttast i folkehelsesamanheng. Folkehelsemåla og resultatmåla i denne folkehelsemeldinga skal operasjonaliserast gjennom eit nærare definert sett av berekraftsindikatorar.

Helsedirektoratet har sidan 2008 hatt i oppdrag å lage folkehelsepolitiske rapportar, seinare kalla sektorrapportar om folkehelse. Rapportane har presentert ei oversikt over utviklingstrekk i samfunnet som påverkar helsa til befolkninga, og korleis helse er fordelt mellom grupper i samfunnet. Ei rekke departement og direktorat rapporterer på status på sine respektive ansvarsområde.

Settet av berekraftsindikatorar er svært omfattande, og det store biletet med internasjonal samanlikning og endringar over tid er ikkje lett tilgjengeleg. Rapporten frå Helsedirektoratet vil framover vektlegge tolking av berekraftsindikatorane, som grunnlag for å gi råd til regjeringa og andre.

I den tidlegare folkehelsemeldinga (Meld. St. 34 (2012–2013)) var ambisjonen å styrke samarbeidet med kommunesektoren, universitets- og høgskulesektoren og næringslivet. I perioden som følgde, blei næringslivssamarbeid med matvarebransjen prioritert. Som ein del av det breiare samarbeidet med kommunar, fylkeskommunar, frivillige organisasjonar og næringsliv vil regjeringa ta initiativ til å opprette eit folkehelsepolitisk råd. Formålet med rådet er å skape ein arena der den politiske leiinga og representantar frå breie samfunnsinteresser som næringsliv, arbeidsmarknad, frivillig sektor og kommunal sektor kan møtast for å drøfte folkehelsepolitikk. Rådet skal

bidra til å synleggjere folkehelse som ei sentral samfunnsutfordring og bidra til nyskaping og til å utvikle eigarskap til mål og verkemiddel i folkehelsepolitikken. Arenaen vil bli viktig for samarbeid og partnerskap og for å få innspel til framtidig folkehelsepolitikk.

9.2 Prioritering av folkehelsetiltak

Regjeringa vil

- sette ned eit offentleg utval for å klargjere verdigrunnlaget, avgjerdsarenaer og kunnskapsgrunnlaget for vurderingar og avgjerder om folkehelsetiltak

Helseproblem og for tidleg død har store samfunnskostnader. Vurderingar i folkehelsepolitikken og avgjerdene om folkehelsetiltak må bli betre, slik at ressursane blir nytta så effektivt som mogleg.

I Noreg er det lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriteringss spørsmål i helsetenesta. Fleire offentlege utgreiingar har vurdert verdigrunnlag og prinsipp for prioritering av helsehjelp. Dei første utgreiingane har primært dreidd seg om prioriteringar i spesialisthelsetenesta og refusjonar av legemiddel over folketrygda, medan Blankholmutvalet (119) greidde ut og vurderte prioriteringsprinsipp for den kommunale helse- og omsorgstenesta og for tannhelsetenesta. Utgreiingane resulterte i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering og Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

I den sistnemnde meldinga og i stortingsbehandlinga av denne blei prioritering av førebyggjande tiltak diskutert. I meldinga er det eksplisitt skilje mellom førebyggjande tiltak som blir gjennomførte i den kommunale helse- og omsorgstenesta retta mot definerte pasientgrupper eller enkeltpersonar, og kommunane sitt førebyggjande og helsefremjande arbeid retta mot heile eller delar av befolkninga. I meldinga blir det konkludert med at prioriteringskriteria er anvendelige for tiltak i den første kategorien, men ikkje i den andre. Det er no behov for å greie ut og klargjere verdigrunnlaget for og den prinsipielle tilnærminga til utforming og avvegingar for det breie folkehelsearbeidet, slik at ein får eit meir effektivt folkehelsearbeid og ei heilskapleg tilnærming til tiltak på folkehelseområdet.

Formålet med å utvikle ei prinsipiell tenking omkring avvegingar om førebyggjande og helse-

fremjande tiltak retta mot heile (eller delar av) befolkninga er å oppnå meir systematiske og transparente avgjerdsprosessar ved vurdering av folkehelsetiltak. Dette skal skje med utgangspunkt i eit samfunnsperspektiv og innanfor ramma av utgreiingsinstruksen, gjennom at ein klargjer prinsipielle spørsmål ved tiltak, slik at desse blir greidde ut betre og meir einskapleg, og at verdivurderingar og avgjerdsprosessar er tilstrekkeleg opne og transparente. Følgande problemstillingar bør danne utgangspunkt for eit utgreiingsmandat:

Klargjere verdigrunnlaget for avvegingar i folkehelsearbeidet

Dei første prioriteringsutvala (Lønning I og II) hadde som eit viktig formål å klargjere dei verdime ssige vurderingane bak prioriteringar og avvegingar i fordelinga av helsetenester til pasientar som søker helsehjelp. Folkehelsetiltak rettar seg derimot mot presumptivt friske menneske. Medan prioritering i helsetenesta hovudsakleg er knytt til behov for helsehjelp, vil prioritering av folkehelsetiltak også gjelde tiltak som enkelmennesket ikkje har bedd om. Avgjerder om folkehelsetiltak kan derfor innebere andre verdivurderingar enn i helsetenesta.

Eit sentralt skilje ved vurdering av folkehelse tiltak som avgrensar åtferd, er om grunngevinga er at tiltaket førebygger helseskadar for andre, eller om det først og fremst førebygger helseskadar for den enkelte. Korleis skal effektar på populasjonsnivå vurderast opp mot fridom og autonomi for enkeltmenneske? Det har også samanheng med vurderingar av individet sitt ansvar for eiga helse opp mot samfunnet sitt ansvar. Kva har det å seie for vurderingar av autonomien for den enkelte at empiriske studiar av menneskeleg åtferd fortel oss at rasjonalitet berre er éi av mange sider ved åtferda vår? Vi overvurderer til dømes sannsynet for lite sannsynlege hendingar (slik som biverknader av vaksinar), og vi undervurderer sannsynet for sannsynlege hendingar (til dømes sannsynet for å døy for tidleg viss du røyker). Kva plass bør tiltak for å legge til rette for fornuftige val («dulting») ha i lys av slike spørsmål?

Verdivurderingar kjem også inn i fordelingsanalysar som kan vise at ulike delar av befolkninga responderer ulikt på folkehelsetiltak. Effektivitetsomsyn kan tilseie at ein bør prioritere tiltak til dei målgruppene som i størst grad kan nyttiggjere seg tiltaka. Dette vil likevel kunne utfordre moglege oppfatningar av rettferd, fordi føreset-

nadene for å endre til dømes levevanar blir påverka av sosiale rammevilkår i samfunnet.

I ei utgreiing som drøfter desse og andre verdivurderingar og klargjer prinsipielle spørsmål ved tiltak, vil ein klargjere implisitte forståingar, auke transparensen i vurderingar og grunngivingar og klargjere politiske skiljelinjer i folkehelsepolitikken.

Greie ut avgjerdsarenaer for prioritering av folkehelseiltak

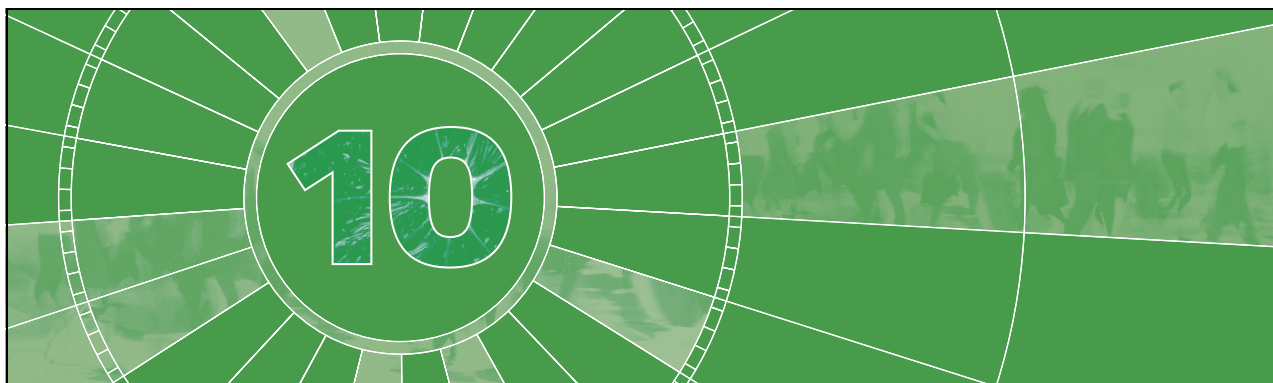
Avgjerder om folkehelseiltak og tiltak som vil påverke folkehelsa, blir tatt i ulike sektorar og på ulike arenaer og forvaltningsnivå. Det er fordi faktorar som verkar inn på helse, ikkje er avgrensa til helsesektoren sine ansvarsområde, men femnar tverrsektorielt. Dette har fleire konsekvensar. For det første kan utforminga og prioriteringa av tiltak skje i ein annan sektor, som blir styrt av andre samfunns mål enn helsesektoren. For det andre kan verkemidla finnast på ulike forvaltningsnivå, og aktuelle tiltak kan finnast i ulike sektorar. Dette tilseier at verknader på folkehelse bør vurderast mest mogleg likt uavhengig av kva offentleg aktør som er ansvarleg for eit tiltak. Det bør derfor greiast ut korleis verknader på folkehelse kan behandlast mest mogleg einskapleg.

Klargjere forventningar til kunnskapsgrunnlaget for avgjerder

Å gjere greie for konkrete effektar av eit folkehelseiltak er ofte utfordrande, ettersom effektane kan vere uvisse og gjerne først kan hentast ut langt fram i tid. Vi kan stå overfor valet mellom å prioritere tiltak med eit kjent utfordringsbilete (til dømes ikkje-smittsame sjukdommar) og tiltak med eit potensielt utfordringsbilete (til dømes atomulykker, smitte).

Vidare manglar det gjerne systematisk forskning og kunnskap om alternative tiltak og samfunnsmessig nytte utover effektar på helse. Kunnskapsgrunnlaget for avgjerder må sjåast i samheng med tilgjengeleg forskning og forskingsinfrastrukturar både nasjonalt og internasjonalt. Pandemien har løfta fram nye prioriteringsutfordringar og gitt nyttige lærdommar. Under pandemien blei det tatt store avgjerder på tvers av sektorar for å hindre smitte – med omfattande konsekvensar for både liv og helse, men også for andre samfunnsområde. Ved å klargjere forventningar til kunnskapsgrunnlaget for avgjerder vil ein i større grad kunne få samanlikningsgrunnlag som kvantifiserer effektar og hjelper fram avgjerder.

10 Folkehelsearbeidet i kommunane



Figur 10.1

Kommunane spelar ei grunnleggjande rolle for å fremje helse til befolkninga, jamne ut sosiale helseforskjellar og verne mot skade og sjukdom. Det kommunale folkehelsearbeidet har hatt ei positiv utvikling sidan folkehelseloven tok til å gjelde. Gjennom betre regulering og ved å styrke kommuneoverlegefunksjonen og legge til rette for at program for folkehelsearbeid i kommunane blir inkludert som ei ordinær oppgåve, vil regjeringa sikre at det kommunale arbeidet med å fremje helse og jamne ut sosiale helseforskjellar held fram den gode utviklinga.

Regjeringa ønsker å legge til rette for eit langsiktig og systematisk folkehelsearbeid i kommunar og fylkeskommunar. Folkehelse blir bygd i nærmiljø og lokalsamfunn, gjennom gode kommunale tenester som barnehage, skule, eldreomsorg og barnevern og gjennom god samfunns- og arealplanlegging og sosiale og kulturelle aktivitetar. Med alle dei verkemidla kommunane har – som styresmakt, tenesteutøvar, planleggar, samfunnsutviklar og eigar av eigedom, vegar og verksemdar – har dei eit ansvar for å fremje helse i befolkninga og jamne ut sosiale helseforskjellar. Staten skal støtte opp under det kommunale folkehelsearbeidet.

Det er eit mål at alle kommunar utviklar ein effektiv folkehelsestrategi som omfattar ei organisering, rutinar og kompetanse som sikrar systematisk oversikt over helsetilstanden i befolkninga og over sosiale forskjellar i helse. Oversikta skal

nyttast som grunnlag til planarbeidet i kommunen og til iverksetting av effektive tiltak for å fremje helse og jamne ut sosiale helseforskjellar. Helseomsyn skal bli varetatt i nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling, på tvers av sektorar, i enkeltsektorar og i tenestene, og også i kommunen som organisasjon.

10.1 Ti år med folkehelseloven

Folkehelseloven tok til å gjelde 1. januar 2012 som del av samhandlingsreforma under den førre raudgrøne regjeringa. Lova regulerer staten, fylkeskommunane og kommunane sine oppgåver for å førebygge sjukdom, for å fremje helse og trivsel og for å jamne ut sosiale helseforskjellar.

Lova sikrar lokalpolitisk forankring av folkehelsearbeidet. Lova er bygd opp slik at fylkeskommunen og staten bidrar til å understøtte det kommunale arbeidet, blant anna gjennom å bidra med helseanalysar og oversikt over aktuelle kunnskapsbaserte tiltak. Lova regulerer kva rolle statsforvaltaren, fylkeskommunen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal ha i folkehelsearbeidet. Lova stiller vidare krav om at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse.

Utgangspunktet for val og iverksetting av folkehelseiltak er kommunen si eiga oversikt over helsetilstanden og påverknadsfaktorar, og

forankringa av mål og strategiar for folkehelsearbeidet i planar etter plan- og bygningsloven. Koplinga mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven skal bidra til at kommunane tar helseomsyn i samfunnsplanlegginga si, og at folkehelsearbeidet blir sektorovergripande.

Det blir forventa at kommunane varetar nasjonale omsyn i planlegginga. Regjeringa gir blant anna ut nasjonale forventningar til regional og lokal planlegging kvart fjerde år i forkant av kommune- og fylkestingsvala. Nasjonale forventningar er blant anna at kommunane

- sikrar aktivt gode vilkår for god psykisk og fysisk helse i planlegginga
- tar hand om interessene til barn og unge gjennom ei samfunns- og arealplanlegging som skaper trygge, attraktive og aktivitetsfremjande by- og bumiljø
- sikrar trygge og helsefremjande bu- og oppvekstmiljø, frie for skadeleg støy og luftforureining

Lova regulerer også helsemessige forhold i ei rekke verksemder og gir kommunen som tilsynsstyresmakt verkemiddel som retting og stansing overfor verksemder som bryt regelverket. Nesten alle kommunar har oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som påverkar denne. Vidare blir denne oversikta brukt generelt i arbeidet med kommunal planstrategi og til iverksetting av folkehelseiltak. Evalueringane peiker også på forbetningsområde som kan utvikle folkehelsearbeidet vidare.

Kommunane treng verktøy for å løyse folkehelseutfordringane sine. Sidan 2012 har Folkehelseinstituttet gitt ut såkalla folkehelseprofilar, som gjer det mogleg for kommunar og fylke å følge med på indikatorar som er viktige for både psykisk og fysisk helse. Instituttet gir også ut ein tilsvarande «oppvekstprofil» for barn og unge 0–17 år med indikatorar for psykisk helse, trivsel og mobbing. Folkehelseprogrammet er også eit viktig verktøy for å styrke det psykiske folkehelsearbeidet og utvikle tiltak i tråd med behov i befolkninga.

I Riksrevisjonens gjennomgang av det offentlege folkehelsearbeidet frå 2014–2015 rapporterte over 50 prosent av kommunane at utfordringar med psykisk helse var blant dei største folkehelseutfordringane deira. Helsedirektoratets sektorrapport for 2021 viser at over 60 prosent av kommunane rapporterer om psykisk helse som den viktigaste folkehelseutfordringa si, sjølv om over halvparten av kommunane hadde sett i verk tiltak. Det manglar kunnskap om kva utfordringane kon-

kret består i, og om iverksette tiltak møter utfordringane. Regjeringa vil gjennomgå situasjonen med eit utval kommunar for å få meir kunnskap om utfordringane, slik at det blir mogleg å lage planar og sette i verk tiltak som faktisk bidrar til å løyse utfordringane lokalt.

10.2 Revisjon av folkehelseloven

Regjeringa vil

- vurdere å presisere krav til det nasjonale folkehelsearbeidet og arbeidet med utjamning av sosiale helseforskjellar
- vurdere betre samordning av folkehelseloven og sosialtjenesteloven for å fremje utjamning av sosiale forskjellar i levekår, helse og livskvalitet
- definere nærare kva rolle spesialisthelsetenesta og dei regionale helseføretaka skal ha i det helsefremjande arbeidet
- vurdere betre samordning mellom det systematiske folkehelsearbeidet og plan- og styringssystemet til kommunen
- vurdere å inkludere einsemd som ei folkehelseutfordring i folkehelseloven
- vurdere korleis folkehelseloven kan skape gode rammer for at kommunen i større grad legg til rette for samarbeid med det frivillige
- vurdere korleis kommunane kan nytte samfunnsmedisinsk og samfunnspsykologisk kunnskap for å fremje helse og trivsel gjennom lokale samfunnsbaserte tiltak og tiltak på systemnivå
- inkludere livskvalitet i folkehelselova når lova blir revidert

Folkehelseloven har no verka i over ti år og gjennom meir enn to planperiodar i kommunane. Evalueringar (blant anna av folkehelseprogrammet), tilsyn og Riksrevisjonens gjennomgang av folkehelsearbeidet viser at lova har danna ei god regulatorisk ramme rundt folkehelsearbeidet, og at ho bidrar til å styrke arbeidet med å fremje folkehelsa og jamne ut sosiale helseforskjellar. Evalueringane og erfaringane frå pandemien viser også forbetningsområde som kan utvikle folkehelsearbeidet vidare.

Erfaringa frå pandemien viser kor viktig det er å sjå på smittevern som ein del av det tverrsektorielle kommunale arbeidet med å verne og fremje helse, sjå nærare omtale av dette i kapittel 6. Det er behov for å få klargjort funksjonen til kommuneoverlegen og organiseringa i kommunen, jf. Koronakommisjonen. Vidare er det behov for å sjå

på betre samordning mellom folkehelseloven og anna regelverk, slik som sosialtjenesteloven, for å sikre betre og meir effektiv førebygging av sosiale problem og utanforskap. Det er også aktuelt å vurdere ytterlegare krav til det nasjonale folkehelsearbeidet og arbeidet med utjamning av sosiale helseforskjellar. Også at barn og unge sin rett til eit helsefremjande miljø blir sikra, og at kommunane har oversikt over einsame og tiltak mot einsemd og for betre livskvalitet. I revisjonen av lova bør det definerast nærare kva rolle spesialisthelsetenesta og dei regionale helseføretaka skal ha i det helsefremjande arbeidet. Dette må sjåast i samanheng med anna regelverk dei er underlagde, særleg spesialisthelsetjenesteloven. Tilsvarende skal det vurderast å regulere kommunen sitt ansvar for å medverke til og legge til rette for forskning slik det blant anna er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg bør det vurderast å samordne det systematiske folkehelsearbeidet og plan- og styringssystemet til kommunen betre.

10.3 Program for folkehelsearbeid i kommunane

Regjeringa vil

- formalisere fylkeskommunane sine oppgåver i programmet for folkehelsearbeid i kommunane som ei varig oppgåve etter programperioden

Då folkehelseloven blei sett i kraft, var det nødvendig å gi støtte til kommunane i arbeidet med å få oversikt over folkehelseutfordringane i kommunen, utarbeide oversikt over eksisterande folkehelse tiltak, få fram gode analysar som grunnlag for planarbeid og utforme tiltak for å møte folkehelseutfordringane i dei enkelte kommunane.

Sentralt i denne støtta til kommunane er program for folkehelsearbeid i kommunane. Programmet blei initiert av KS og utvikla på nasjonalt nivå i eit samarbeid mellom KS, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Programmet er ei tiårig satsing (2017–2026) der målet er å styrke det kommunale arbeidet med å fremje den psykiske helse og livskvaliteten i befolkninga. Programmet skal fremje lokalt rusførebyggjande arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som ein likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er ei prioritert målgruppe. For 2023 er det løyvd 77 millionar kroner som fylkeskommunane forvaltar, til utvikling av lokale prosjekt. I tillegg er det løyvd 3,5 millionar kroner til arbeid mot vald og overgrep innanfor ramma av programmet.

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS skal gi støtte på nasjonalt nivå, spesielt innan kompetanseutvikling. Fylkeskommunane har ei sentral rolle i programmet som formidlar mellom nasjonale aktørar, kommunane og forskings-, utviklings- og innovasjonsmiljø, og dei skal legge til rette for regionalt samarbeid gjennom blant anna regionale samarbeidsorgan eller andre arenaer. Nasjonale kompetansesenter skal støtte opp under programmet. Sentrale barne- og ungdomsorganisasjonar og representantar frå frivillig sektor er ein del av kompetansestøttarbeidet i programmet.

Ein viktig del av programmet handlar om innovativ og kunnskapsbasert tiltaksutvikling i kommunane. Tiltaka som blir utvikla, skal

- ta utgangspunkt i lokale utfordringar og behov
- legge til rette for utvikling av kunnskapsbaserte lokale tiltak, arbeidsmåtar og verktøy for å fremje livskvaliteten og den psykiske helse til barn og unge og rusførebyggjande arbeid i kommunane
- ha som mål å integrere den psykiske helse til barn og unge som ein likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet
- styrke samarbeidet mellom aktørar innan blant anna skulen og barnehagen, fritidssektoren, helsetenesta, politiet og den frivillige sektoren
- bidra til samarbeid med relevante forskings- og utviklingsmiljø og med kompetansesenter på kommunenivå

Fylkeskommunane blei som regional utviklingsaktør utfordra til å legge til rette for regionalt samarbeid mellom kommunane, fylkeskommunen og kunnskapsmiljø, gjennom regionale samarbeidsorgan.

I 2021 gjennomførte forskingsinstituttet NIBR ei midtvegsevaluering av programmet (120). Hovudkonklusjonen er at programmet er på god veg. Midtvegsevalueringa tilrår at den systematiske og heilskaplege tilnærminga til programmet blir vidareført. Særleg blir samarbeid mellom kommunar og FoU- og kompetansemiljø om evaluering framheva som nyttig. Midtvegsevalueringa tilrår at slike samarbeid blir vidareførte, men at forskingsfinansieringa bør styrkast. Vidare viser midtvegsevalueringa at fleire kommunar ønsker at midlar også kan knytast til implementering av utprøvde tiltak, og at fylkeskommunen si rolle som mediator har vore sentral for å lykkast med kunnskapsbasert arbeid. Tidlegare evalueringar har vist at samarbeidsorganet, som består av representantar frå regionale partar som statsforvaltaren, FoU-miljø og frivillige organisasjonar,

har vore veldig nyttig i arbeidet med å forvalte tilskotsordninga i dei ulike fylka. Ordninga med samarbeidsorgan blir tatt med vidare i programperioden.

Evaluering av tiltaka har vore ein viktig føresetnad, men den forskningsbaserte evalueringa av tiltaka er redusert på grunn av svak finansiering. Enkelte prosjekt har fått midlar til forskning gjennom Forskingsrådet og Dam-stiftelsen.

I samband med at Stortinget behandla Meld. St. 6 (2018–2019) Oppgaver til nye regioner, blei det gjort vedtak om at tilskotsmidlar i program for folkehelsearbeid som blir forvalta av Helsedirektoratet, skal innlemmast i rammetilskotet til fylkeskommunane etter programperioden. Ein forventar at fylkeskommunane etablerer varige strukturar for tiltaksutviklinga i kommunane. Regjeringa vil formalisere oppgåvene for fylkeskommunane i folkehelseprogrammet som ei varig oppgåve etter programperioden. Gjennom dette vil fylkeskommunen si rolle som regional utviklar og katalysator for kunnskapsutvikling med utgangspunkt i regionale og lokale behov bli forsterka.

På nasjonalt nivå blir det lagt vekt på å vidareføre tiltak knytte til styringsdata, spreiding av erfaringar og utvikling av kompetanse på evalueringsmetodikk.

Gjennom programmet for folkehelsearbeid er det blitt etablert gode samarbeidsstrukturar med andre relevante statlege aktørar, og erfaringar frå programmet har blitt brukt inn i andre nasjonale satsingar. Program for folkehelse som metode har vist seg å vere ein god måte å jobbe med lokale folkehelseutfordringar på. Folkehelseprogrammet skal sjåast i samanheng med andre satsingar retta mot det førebyggjande arbeidet i kommunane, blant anna program for førebyggjande sosialt arbeid og heilskapleg førebyggjande innsats lokalt, som Arbeids- og inkluderingsdepartementet har tatt initiativ til, og program for rusførebyggjande arbeid blant barn og unge (sjå omtale i kapittel 4.5.1).

Det overordna målet med program for førebyggjande sosialt arbeid og heilskapleg førebyggjande innsats lokalt er å førebygge at folk fell utanfor og får sosiale problem, slik at færre blir ståande permanent utanfor arbeids- og samfunnslivet. Hovudelementa i programmet er kompetansehevande tiltak, arenaer for utveksling av erfaringar, tilskotsmidlar til forsøks- og utviklingsarbeid, tilrettelegging av statistikk og styringsdata og dessutan nasjonale (samordna) forventningar om førebygging. Programmet skal tilby ei verkøytøykasse som Nav-kontor og lokale partnerskap kan ta i bruk i arbeidet med å styrke og utvikle

førebyggjande arbeid. Programmet skal bidra til ein heilskapleg førebyggjande innsats lokalt og sjåast i samanheng med førebyggjingsinitiativ i andre sektorar.

For å sikre god folkehelse for alle er det eit viktig prinsipp i folkehelseloven å jobbe for utjamning av sosiale helseforskjellar. Dette har vore ein del av programmet for folkehelse og vil halde fram å vere det i perioden framover. Samarbeid med frivillig sektor har bidratt til å nå fleire målgrupper på fleire arenaer og med andre typar tiltak. Dette arbeidet vil bli vidareført i programmet, der det er relevant.

10.4 Kommuneoverlegefunksjonen

Regjeringa vil

- vurdere korleis kommunane sitt samfunnsmedisinske ansvar kan varetakast ved interkommunale løysingar og tiltak for å styrke samfunnsmedisinsk kompetanse for kommuneoverlegar
- endre nemninga *kommunelege* til *kommuneoverlege* i regelverket
- utarbeide ein nasjonal rettleiar for dei samfunnsmedisinske oppgåvene til kommunane og for oppgåvene og funksjonen til kommuneoverlegene

Kommuneoverlegefunksjonen har sidan sunnheitslova av 1860 vore sentral i å fremje folkehelsa og å sikre befolkninga mot helsefare. Samfunnsretta tiltak er grunnleggjande for å jamne ut sosiale helseforskjellar. Koronakommisjonen har understreka den sentrale rolla kommuneoverlegane spelte i pandemihandteringa. Kommisjonen tilrår å stabilisere og styrke kommuneoverlegefunksjonen ved betre tilgjengelegheit gjennom avløysarordningar og interkommunalt samarbeid, tilstrekkeleg kapasitet gjennom auka stillingsgrad eller fleire stillingar, tydeleg definisjon av oppgåver, involvering på riktig nivå i organisasjonen, rett til kompensasjon for ekstraordinært arbeid og større faglege fellesskap.

Regjeringa legg til grunn at kommunane framleis skal ha ansvar for å verne innbyggjarane sine mot helsetruslar. Det føreset at kommunane kan vareta dette på ein forsvarleg måte blant anna ved tilstrekkeleg samfunnsmedisinsk og annan kompetanse innan smittevern, miljøretta helsevern og strålevern. For mindre kommunar vil det mest effektive kunne vere interkommunalt samarbeid for å sikre eit tilstrekkeleg fagmiljø og kontinuitet. Slikt samarbeid er vanleg for mindre og mellom-

store kommunar innanfor miljøretta helsevern, men ikkje innanfor smittevern eller andre samfunnsmedisinske oppgåver.

Etter folkehelseloven skal kommunen ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse til å vareta oppgåver etter lova. Det omfattar samfunnsmedisinsk rådgiving i det kommunale folkehelsearbeidet, inkludert epidemiologiske analyser, og hastekompetanse på vegner av kommunen i saker innanfor miljøretta helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Også etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen ha éin eller fleire kommunelegar. Folkehelseloven er samfunns-/befolkningsretta og tverrsektoriell, medan verkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven er teneste- og pasientretta. Kommunelegen har også oppgåver etter anna regelverk, som smittevernloven og lov om psykisk helsevern, men det er ein føresetnad at kravet om kommunelege står andre stader.

Regjeringa er einig med Koronakommisjonen i at kommuneoverlegane er ein kritisk faktor. Kommunen må ha tilstrekkeleg kapasitet både til å vareta løpande samfunnsmedisinske oppgåver og til å handtere større helsekriser (utbrot, miljøhendingar m.m.). I tråd med tilrådinga frå Koronakommisjonen skal kapasiteten og tilgjengelegheita i kommuneoverlegefunksjonen klargjerast. Kapasitet og tilgjengelegheit kan sikrast gjennom at det er mange nok kommuneoverlegestillingar, gjennom interkommunalt samarbeid og gjennom bruk av andre yrkesgrupper for å handtere samfunnsmedisinske oppgåver. Det må også finnast planar for kontinuerleg bemanning og for oppskalering av samfunnsmedisinsk kapasitet ved hendingar som krev fleire ressursar over tid. Interkommunalt samarbeid kan vere robust og gi betre kontinuitet og fagleg breidde, samtidig som det kan styrke det lokale samfunnsmedisinske miljøet.

Det er behov for å tydeleggjere kva som er meint med samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunane bør gi kommuneoverlegar som ikkje har denne kompetansen, høve til å gjennomføre ei spesialisering i samfunnsmedisin.

Koronakommisjonen tilrår at det blir utarbeidd ein nasjonal rettleiar for dei kommunale samfunnsmedisinske oppgåvene som også inkluderer oppgåvene og funksjonen til kommuneoverlegen. Helsedirektoratet skal i samarbeid med kommunesektoren og legeforeininga utarbeide ein slik rettleiar. Aktuelle tema for ein rettleiar er omtale av oppgåver innanfor samfunnsmedisin og for kommuneoverlegen si medisinskfaglege rådgiving for helsetenestetilbodet og dessutan omtale av bemanning, tilgjengelegheit og kontinuitets-

planar for kommuneoverlegefunksjonen. Rettleiaren kan omtale korleis interkommunalt samarbeid kan nyttast for å vareta dette.

Arbeidet med å tydeleggjere ansvar og oppgåver skal også følgast opp vidare ved planlagde revisjonar av smittevernloven, folkehelseloven og helseberedskapsloven.

Regjeringa vil endre nemninga *kommunelege* til *kommuneoverlege*, ved endring i folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunane nyttar allereie *kommuneoverlege* som stillingsnemning for legar i kommunelegefunksjonen. *Kommunelege* blir brukt som tittel i andre kliniske stillingar i kommunane. Dette skaper uklarleik både i den praktiske utøvinga av lovverket og i innbyggarkommunikasjon, og ei endring i regelverket vil gi betre samsvar og bidra til tydelegare omtale av rolla.

Statsforvaltaren skal vere bindeledd mellom det lokale og nasjonale nivået, og har ansvaret for samordninga av samfunnsstryggleik og beredskap i fylket. Statsforvaltaren skal ha tilstrekkeleg samfunnsmedisinsk kompetanse og kapasitet til å vareta styresmaktsoppgåver og til å gi kommunane råd, rettleiing og støtte. Regjeringa vil komme tilbake til samfunnsmedisinsk kompetanse og kapasitet hos statsforvaltaren i samband med helseberedskapsmeldinga og revisjon av regelverk knytt til helseberedskap og smittevern.

10.5 Medverknad

Regjeringa vil

- vurdere behovet for å tydeleggjere rolla til frivillige lag og organisasjonar i lokale folkehelseiltak og i samarbeidet med det offentlege gjennom rettleiing

Etter plan- og bygningsloven skal det leggst til rette for at allmenta kan delta i planprosessar. At alle skal høyrast og involverast i saker som vedkjem dei, er eit viktig demokratisk prinsipp. Hovudmålet for planlegginga er å utvikle eit samfunn som varetar viktige fellesverdiar og gode levekår for alle grupper. Medverknad frå innbyggjarane bidrar til at utviklingsarbeidet og avgjerdene til kommunen blir betre forankra blant dei det får følger for, og kan gjere løysingar meir treffsikre.

Det følger av folkehelseloven § 1 at kommunar, fylkeskommunar og statlege helsestyresmakter skal samordne verksemda si i folkehelsearbeidet på ein forsvarleg måte. I tråd med dette forsvarlegkravet og formålet med folkehelseloven

om å bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse, må det leggjast til rette for ein brei medverknad i folkehelsearbeidet. Dette gjeld både i planlegging og i gjennomføring av folkehelsearbeidet, og innbyggjarane skal ha høve til å komme med innspel. Kommunen har eit særleg ansvar for å sikre medverknad frå barn og unge og frå grupper og interesser som ikkje er i stand til å delta direkte.

Regjeringa vil styrke arbeidet med å spreie gode modellar og erfaringar for samarbeid mellom kommunar og frivillige lag og foreiningar om planlegging og gjennomføring av folkehelse-tiltak.

Medverknad frå barn og unge

Barn og unge har rett til å bli høyrde i saker som gjeld dei, og meininga deira skal vektleggast i samsvar med alder og modning. Dette står i Grunnlova § 104 og følger av barnekonvensjonen artikkel 12. Folkehelse gjeld barn og unge, og deira medverknad er viktig for å komme fram til gode tiltak for å fremje gode oppvekstvilkår og livskvalitet. Medverknad er også ei viktig kunnskapskjelde i det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet, i tillegg til forskning og praksiserfaring. Ungdom har rett til medverknad gjennom ungdomsrådet eller andre medverknadsorgan for ungdom i alle saker som gjeld dei. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har gitt ut ein eigen rettleiar for kommunale og fylkeskommunale ungdomsråd (121)) og har også gitt ut ein generell rettleiar om korleis barn og unge kan involverast i medverknadsprosessar (122)). Kommunar og fylkeskommunar bør involvere ungdomsråd i folkehelsearbeidet.

Medverknad kan i seg sjølv vere helsefremjande gjennom at barn blir aktive borgarar og opplever å høyre til i samfunnet. Det kan likevel vere utfordrande å få til god medverknad frå barn og unge i praksis. Både oppvekstsamarbeidet og metodeutviklinga som går føre seg i kommunen, er relevant for å styrke medverknaden i folkehelsearbeidet.

Oppvekstsamarbeidet er ei femårig satsing som skal styrke kommunane sitt arbeid med å

involvere ungdom og foreldre i utviklinga av tiltak for å fremje gode oppvekstvilkår. Gjennom ein samskapingsprosess skal det utviklast kunnskap, verkemiddel og modellar for korleis kommunane kan lykkast med å få ungdom til å medverke i planarbeid og i utvikling av førebyggjande tiltak. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, for-skarar, kommunar, ungdom, foreldre og lokale aktørar i kommunen deltar i oppvekstsamarbeidet.

Kommunale og fylkeskommunale eldreråd

Eldre innbyggjarar er underrepresenterte i politiske organ. Det er derfor lovpålagt med eldreråd i kommunar og fylkeskommunar. Eldreråda skal bidra til at behova til eldre innbyggjarar blir tatt omsyn til i politikk som gjeld dei. Kommunal- og distriktsdepartementet har utarbeidd ein rettleiar for eldreråda.

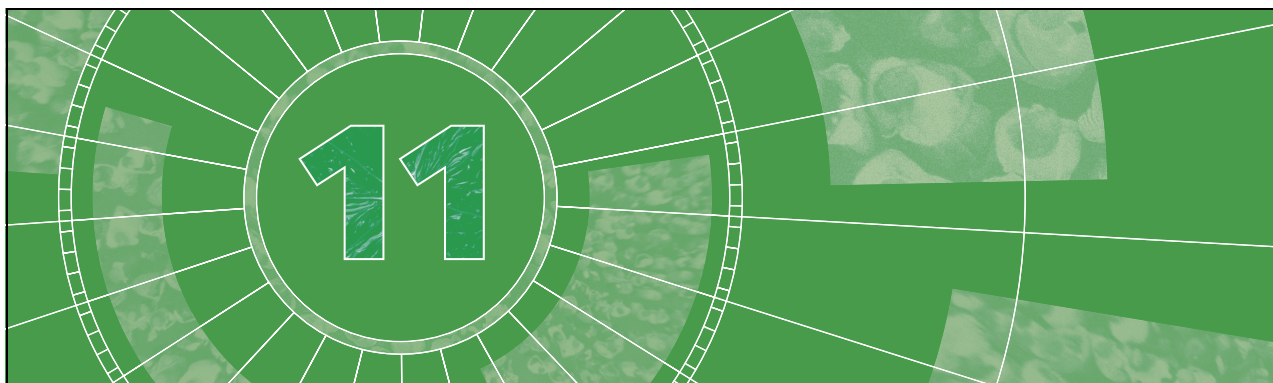
Mange eldreråd etterlyser betre opplæring, og melder om at få får tilbod om å delta i folkevald-opplæringa i regi av KS. I oppmodingsvedtak 1281 har Stortinget bedd om at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å utvikle opplæring av eldreråda som del av programmet Aldersvennleg Noreg og i samarbeid med Pensjonistforbundet og KS. Senteret for eit aldersvennleg Noreg har utarbeidd eit opplæringsopplegg, og eit pilotprosjekt blei gjennomført i 2022.

Regjeringa er opptatt av å ha dialog med og få innspel frå pensjonistorganisasjonane. På vegner av regjeringa har arbeids- og inkluderingsministeren etablert ei møterekke med fire årlege møte for å få innspel til budsjettarbeidet og andre saker. Fleire departement deltar i møta.

Kommunale og fylkeskommunale råd for menneske med nedsett funksjonsevne

Alle kommunar og fylkeskommunar skal etter kommuneloven § 5-12 opprette råd for personar med funksjonsnedsetting. Råd for personar med funksjonsnedsetting er rådgivande medverknadsorgan i kommunar og fylkeskommunar. Alle saker som gjeld personar med funksjonsnedsetting, skal leggjast fram for rådet.

11 Datagrunnlag, kunnskapsutvikling og bruken av forskning



Figur 11.1

Det er eit mål å utvikle eit heilskapleg kunnskaps-system for folkehelsa som legg til rette for eit tverrsektorielt og kunnskapsbasert samarbeid mellom forskning, forvaltning, brukar- og interesseorganisasjonar og næringsliv.

Eit framtidsretta kunnskapssystem må blant anna svare på utfordringar knytte til sosiale helseforskjellar, gi kunnskap om befolkningsretta verkemiddel for god helse og livskvalitet og ta høgde for den demografiske utviklinga. Kunnskapen må takast i bruk i samfunnet. Det er eit mål å samle kunnskap, legge til rette for bruk av forskinga og legge til grunn systematiske og transparente avgjerdsprosessar ved vurdering av folkehelseiltak. (Sjå også omtale i kapittel 9.2 om prioritering av folkehelseiltak.)

Pandemien har vist kor viktig det er å ha internasjonale forskingsnettverk og tilgang til pålitelege internasjonale epidemiologiske og kliniske data, risikovurderingar og kunnskapsoppsamlingar frå anerkjende kjelder.

Regjeringa vil

- fremje forskning som bidrar til å løyse store samfunnsutfordringar på folkehelseområdet
- arbeide for at det blir gjennomført jamlege, nasjonale folkehelseundersøkingar
- sørge for å ta kunnskapen i bruk, blant anna gjennom god kunnskapsstøtte til fylkeskommunar, kommunar og frivillige aktørar

- legge til rette for enklare og raskare tilgang til og bruk av registerdata

I det langsiktige arbeidet med forskning på folkehelse er det i Meld. St. 5 (2022–2023) Langtidsplan for forskning og høgere utdanning 2023–2032 gitt to hovudprioriteringar: betre datagrunnlag og betre kunnskap om effekten av tiltak.

Den første hovudprioriteringa inneber at det skal skaffast betre data på folkehelseområdet, inkludert data om sjukdomsbyrde og korleis denne blir påverka av demografiske trendar. Det er blant anna behov for betre representativitet for ulike befolkningsgrupper og for å bruke koplingar mot registerdata på ein betre måte.

Den andre hovudprioriteringa handlar om å forske på tiltak og helsegevinsten av desse tiltaka, kostnadseffektiviteten ved dei og eventuelle utilsikta konsekvensar av dei. Målet er meir kunnskap om påverknadsfaktorar for eit godt liv og om effektive folkehelseiltak. Samarbeid mellom ulike sektorar er viktig.

11.1 Kunnskapssystemet for folkehelse

Langtidsplanen for forskning og høgere utdanning 2023–2032 skisserer det norske kunnskapssystemet, dei viktigaste utfordringane og nødvendige tiltak. Nedanfor blir hovudelementa i kunnskapssystemet for folkehelsa utdjupa.

11.1.1 Tilgang til data og statistikk

Det er nødvendig å legge til rette for betre bruk av helsedata i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbasert folkehelsearbeid og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Helsedata er ein samfunnsressurs og eit viktig grunnlag for kunnskap om folkehelsa og utvikling av helsetenesta. Noreg har nokre av verdas mest omfattande og historisk komplette helseregister, medisinske kvalitetsregister, biobankar, screeningprogram og befolkningsbaserte helseundersøkingar. I tillegg har Noreg ei befolkning med tillit til offentlege styresmakter. Helse i befolkninga kan følgast i nasjonale register av god kvalitet. Ved hjelp av personnummersystemet kan helsedata frå ulike kjelder koplast saman. Samla sett gir dette Noreg eit internasjonalt fortrinn innanfor registerforskning og helseanalysar, og dette er eit godt fundament for å utvikle tiltak som kan fremje folkehelsa.

Verdien av helsedata ligg i bruken. Data frå helseregisterkjeldene inngår kvart år i mange norske og internasjonale forskingsprosjekt, i tillegg til statistikkproduksjon, avgjerdsstøtte, styringsformål, kvalitetskontroll, økonomiforvaltning og anna kunnskapsutvikling.

Helse- og omsorgsdepartementet vil prioritere å vidareutvikle dei nasjonale helseregisterna og gjere statistikk meir tilgjengeleg for befolkninga. Dette vil også gi grunnlag for styringsinformasjon for styresmakter og vere utgangspunkt for innovasjon og næringsutvikling. Pandemien viste kor viktig det er å ha oppdatert statistikk om smitte og vaksinasjon. Han viste også at mange kan ha nytte av slike helsedata til ei lang rekke formål. Kommunar utvikla eigne dashbord til intern styring og som informasjon til lokalbefolkninga. Også i normalsituasjonar kan helsestatistikk nyttast betre.

Det manglar nasjonale data om ein del sentrale levevanar i befolkninga når det gjeld kosthald og fysisk aktivitet, og om risikofaktorar som overvekt og underernæring. Når det gjeld data om bruk av rusmiddel og tobakk, finst det nasjonale datainnsamlingar som det er viktig å oppretthalde som grunnlag for å ta i bruk effektive tiltak. Vidare er det behov for data som kan brytast ned på kommunenivå som grunnlag for det kommunale folkehelsearbeidet.

Heilskaplege og systematiske helseundersøkingar i befolkninga er nødvendige for å sikre gode helsedata. Undersøkingar som Tromsøundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Trøndelag (Hunt), levekårsundersøkinga, fylkeshelseundersøkingane og Ungdata gir viktige data om helse i

delar av befolkninga. For å få betre nasjonale folkehelsedata har Folkehelseinstituttet tatt initiativ til ei årleg nasjonal folkehelseundersøking. Den første blei gjennomført som ei pilotundersøking i oktober 2020, og planen er å gjennomføre den nasjonale folkehelseundersøkinga som ei årleg nettundersøking frå Folkehelseinstituttet.

Også andre data enn reine helsedata har mykje å seie for folkehelsearbeidet, til dømes data om arbeidsmiljøfaktorar. Av nasjonalt program for offisiell statistikk (2021–2023) går det fram at ein held på å utvikle statistikk. Blant anna skal det vurderast korleis datagrunnlaget for statistikk over dødsårsaker kan vidareutviklast for å kunne gi betre opplysningar om arbeidsrelaterte dødsfall knytte til ulykker eller sjukdom.

Eit godt dokumentasjonsgrunnlag på arbeidsmiljø- og arbeidshelsefeltet er nødvendig for å få påliteleg informasjon om kvaliteten i det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet. Det finst gode registerdata på sjukefråvær, men kunnskapen om arbeidsrelatert sjukdom og sjukefråvær bør utviklast vidare. Betre kunnskap om arbeidsfaktorar som påverkar førekomen av arbeidsrelatert sjukdom, arbeidsrelatert sjukefråvær og uførleik blant norske yrkesaktive, er nødvendig for å styrke grunnlaget for prioriteringar og avgjerder ved politikkutforming, for arbeidsmiljøstyremaktene og for planlegging og utforming av førebyggjande tiltak på arbeidsplassane. Det har dei siste 10–15 åra vore gjennomført fleire utviklingsarbeid for å styrke datagrunnlaget på arbeidsmiljø- og helseområdet. Digitalisering av meldesystemet til legar er eitt av utviklingsarbeida.

11.1.2 Forsking og kunnskapsutvikling

Over budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet blir det finansiert helseforskning, hovudsakleg gjennom tilskot til Noregs forskingsråd og dei regionale helseføretaka. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer blant anna forskning innanfor førebygging og folkehelse, behandling, diagnostikk og rehabilitering, helse- og omsorgstenester og global helse. Betre helse og livskvalitet er eit av budsjettformåla som blant anna medverkar til kunnskap om helsetilstanden i befolkninga og kva for helsefremjande og sjukdomsførebyggjande tiltak som har effekt.

Porteføljen innanfor folkehelseiltak er ifølgje Forskringsrådet relativt godt balansert mot utfordringane i kommunane og sjukdomsbyrda i samfunnet. Likevel er det eit potensial for å legge til rette for forskning og innovasjon i og mellom kommunar, og det bør satsast på systematisk bruk av

eksisterande forskning i avgjerdsprosessar i dei kommunale helse-, omsorgs- og velferdstenesene. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp dette.

Noreg deltar i samarbeidet om EUs ramme-program for forskning og innovasjon, Horisont Europa, som starta opp i 2021. Forskingsrådet har det operative ansvaret for den norske deltakinga i programmet. Horisont Europa er verdas største forskings- og innovasjonsprogram, med eit budsjett på 95,5 milliardar euro. Programmet er det niande i rekka av EUs forskings- og innovasjonsprogram og etterfølger Horisont 2020. Helse er framleis eit prioritert område. Eit verkemiddel for å løyse store samfunnsutfordringar er felles forskings- og innovasjonsoppdrag («missions»).

Boks 11.1 Senter for samisk helseforskning

Senter for samisk helseforskning, Sámi dearvvašvuodadutkama guovvdáš, er eit sjølvstendig senter ved Institutt for samfunnsmedisin på UiT Noregs arktiske universitet. Hovudoppgåva til senteret er å skaffe fram ny kunnskap om helsa og levakåra til den samiske befolkninga i Noreg.

Senter for samisk helseforskning vektlegg tverrfagleg forskning der befolkningsbaserte studiar og bruk av kvantitative metodar står sentralt. Helse- og levakårsundersøkinga Saminor er det viktigaste forskingsprosjektet ved senteret. Hittil har senteret gjennomført to undersøkingar: Saminor 1 frå 2003 til 2004 og Saminor 2 frå 2012 til 2014. Senteret er i gang med å planlegge ei tredje undersøking, Saminor 3, i 2023–2025, der både nord-, lule- og sørsamiske område skal inkluderast.

Senter for samisk helseforskning har fått i oppgåve av Helse- og omsorgsdepartementet å drive forskning på samisk helse og samiske levakår i Noreg, og Helse- og omsorgsdepartementet bidrar med grunnfinansiering til senteret.

For at senteret skal kunne gjennomføre Saminor 3, blei tilskotet deira auka med 20 millionar kroner som ei eingongsløyving i budsjettet for 2023. Saminor 3 vil spele ei viktig rolle i arbeidet med å kartlegge helse-tilstanden i den samiske befolkninga, noko som vil danne eit viktig grunnlag for eit betre helsetilbod til denne befolkninga.

Dette er store, tidsavgrensa og målretta oppdrag. Kreft er utpeikt som eitt av fem samfunnsoppdrag i programmet.

Noreg vil delta i åtte nye helsepartnarskap gjennom Horisont Europa og deltar i tillegg aktivt i samfunnsoppdraget om kreft. Partnarskap som Noreg deltar i på folkehelseområdet, handlar blant anna om global helseforskning, risikovurdering ved bruk av kjemikal (toksikologi), éi-helseperspektivet, antimikrobiell resistens og helseberedskap ved pandemiar.

Regjeringa vil legge fram ei stortingsmelding om forskningssystemet i løpet av inneverande stortingsperiode, basert blant anna på ein gjennomgang av Forskingsrådet. Meldinga skal sjå dei forskingsutførande sektorane i samanheng med kvarandre og med funksjonane til Forskingsrådet. Vi viser til Meld. St. 5 (2022–2023) Langtidsplan for forskning og høgere utdanning 2023–2032 for ei nærare skildring av forskningssystemet i Noreg.

Alle helseføretak skal ha forskning som ein del av verksemda. Som del av kunnskapssystemet for folkehelse er forskinga i helseføretaka relevant blant anna innanfor antibiotikaresistens, kreft og andre store folkesjukdommar.

11.1.3 Kunnskapsstøtte til kommunane

Det er eit mål å få meir forskning i, om og på dei kommunale og fylkeskommunale tenestene og på forhold som påverkar folkehelsa. Betre bruk av folkehelsedata og helse- og registerdata gjennom forskning kan bidra til betre lokal oversikt over risiko- og påverknadsfaktorar for folkehelsa og utvikling av nye og effektive lokale tiltak.

Noreg har ei rekke nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesenter, blant anna innan psykisk helse og på rusområdet. Sentera har ulike oppgåver, men er alle viktige leverandørar av kunnskap som rettar seg mot både kommunale og statlege aktørar. Dei regionale kompetansesentera på rusfeltet har viktige oppgåver i arbeidet med å styrke det systematiske arbeidet til kommunane med folkehelse og rusmiddelforebygging gjennom formidling og implementering av kunnskapsbaserte tiltak og verkemiddel. Det er også oppretta nettverk og samarbeidsarenaer der fylkeskommunar og kommunar kan delta for å skaffe seg kunnskap, dele idear, lære og bidra til kunnskapsutvikling innanfor folkehelse, som til dømes det norske nettverket til Verdsheleorganasjonen, Sunne kommuner.

Folkehelseinstituttet har oppretta Senter for evaluering av folkehelseiltak for å styrke tiltaksforskninga ved instituttet. Senteret gjennomfører

evalueringar av folkehelseiltak, både på eige initiativ og i samarbeid med eksterne aktørar. Senteret er ein nasjonal ressurs på evaluering av folkehelseiltak overfor kommunal, fylkeskommunal og nasjonal forvaltning.

11.1.4 Helsenæringa og frivillige organisasjonar

Helsenæringa kan bidra med kompetanse og ressursar av stor betydning for folkehelsearbeidet. Helsenæringa leverer produkt og løysingar som gir helsehjelp, førebygger sjukdom og gjer at folk kan leve med og meistre eigen sjukdom. Universitets- og høgskulesektoren og aktørane i folkehelsearbeidet har behov for kjennskap til korleis dei kan engasjere seg i næringsutvikling på folkehelseområdet. For å løyse dei framtidige folkehelseutfordringane vil regjeringa vurdere korleis det betre kan leggst til rette for næringsutvikling og tillitsfullt samarbeid mellom ulike sektorar innanfor folkehelsearbeidet.

Private stiftelsar fordeler betydelege penge-gåver til tiltak og tiltaksforskning, også på folkehelseområdet. Stiftelsane er viktige pådrivarar for å fremje kunnskapsbaserte tiltak og legge til rette for evalueringsforskning. Helse- og omsorgsdepartementet vil invitere til eit tettare samarbeid mellom styresmaktene, stiftelsar og fond om finansiering og evaluering av folkehelseforskning. Forskningsrådet vil vere eit knutepunkt for samarbeidet. Formålet er å legge til rette for dialog om system for kunnskapsbygging og implementering av effektive tiltak.

11.2 Kunnskapsbehov i det framtidige kunnskapssystemet

Sjukdomsbyrdeanalyse inneheld både informasjon om dødelegheit og dødsårsaker og informasjon om helsetap på grunn av sjukdommar eller skadar som ikkje nødvendigvis er relaterte til auka dødelegheit. Formålet med slik analyse er å kunne samanlikne byrda av ulike typar sjukdommar, over tid og mellom befolkningar. I 2021 blei det utarbeidd regionale/fylkesvise sjukdomsbyrdeanalyser. Modellar for sjukdomsbyrde skal utviklast slik at dei også kan nyttast til framskrivingar. Dette vil gi betre grunnlag for planlegging, og framskrivingar kan gi kunnskap om framtidig helseeffekt av tiltak – både reine folkehelseiltak og andre tiltak som har betydning for folkehelsa.

Langtidsplanen for forskning og høgare utdanning 2023–2032 har tematisk prioriterte område der regjeringa meiner det er særleg viktig at Noreg satsar strategisk på forskning og høgare utdanning dei neste ti åra. Samfunnstryggleik og beredskap og helse er aktualiserte som særleg viktige område i vår tid og har blitt eigne prioriteringar i langtidsplanen. Langtidsplanen teiknar også opp hovudutfordringar og kunnskapsbehov for folkehelsa. Planen peiker blant anna på behovet for kunnskap om utsette barn og unge, utviklingstrekk som kan gi uønskte kjønnsforskjellar i helse, samanhengar mellom helse, arbeidsliv og sysselsetting, berekraftige mat-system sett i eit éi-helse-perspektiv og dessutan endringar i klima og miljø og påverknaden av folkehelsa i Noreg.

I langtidsplanen blei det også lansert eit tverrsektorielt program for forskning og innovasjon om utsette barn og unge. Programmet skal gi kunnskap om bakanforliggende årsaker og effektive og kunnskapsbaserte tiltak for å redusere talet på utsette barn og unge.

Psykiske plager og lidingar og ikkje-smittsame sjukdommar er blant dei store folkehelseutfordringane våre. Det er behov for meir kunnskap om årsakene til at stadig fleire unge får psykiske plager og lidingar, om konsekvensane av denne utviklinga og om kva tiltak som kan settast i verk. Det same gjeld forskning på effektive tiltak for å førebygge og redusere andelen som har overvekt eller fedme i befolkninga.

Eit gjennomgåande budskap i Langtidsplan for forskning og høgare utdanning er at kunnskapen må takast i bruk i samfunnet. Det er eit mål å samle kunnskap og legge til rette for brukarane av forskinga. Folkehelse rapporten, forskning.no, forebygging.no og rettleiarane frå Helsedirektoratet er viktige kunnskapskjelder som skal legge til rette for å overføre kunnskap frå forskning til praksis.

Dei overordna måla og tematiske prioriteringane i langtidsplanen samsvarer godt med prioriteringane i det europeiske forskningssamarbeidet som EU legg til rette for. Koordinering av verke-midla i det norske og det europeiske forskings-systemet bidrar til best mogleg effekt av ressursane som blir investerte. Både forskning og høgare utdanning er i dag internasjonale aktivitetar, og moglegheitene for internasjonalt samarbeid bør utnyttast i sterkare grad, anten det er i europeiske og nordiske forum, gjennom bilateralt samarbeid eller i regi av internasjonale organisasjonar som FN eller OECD.

11.3 Læringspunkt for framtidige kriser – betydninga for kunnskapssystemet

Regjeringa vil styrke Noregs evne til å handtere framtidige kriser. Det er oppretta ei kjernegruppe for eit betre kunnskapssystem for handtering av kriser. På oppdrag frå kjernegruppa er det nedsett to ekspertgrupper. Den eine gruppa har blant anna vurdert juridiske og etiske problemstillingar knytte til innsamling av, tilgang til, deling og bruk av data. Den andre gruppa har vurdert effektiv og sikker infrastruktur for deling og bruk av relevant statistikk og relevante data i kriser.

Kjernegruppa fekk rapport frå begge ekspertgruppene i juni 2022. Forskingsrådet er bedd om å greie ut eit mogleg rammeverk for korleis analysekapasitet og -infrastruktur raskt kan oppskaleras i kriser. Utgreiinga vil innehalde vurderingar av moglegheiter for oppskalering ved behov for styrkt kapasitet i departementa og underliggende organ, utsetting av oppdrag og tilgang til forskings- og datainfrastruktur. Forskingsrådet vil legge fram resultatane av arbeidet i ein rapport innan 1. november 2023.

Koronapandemien gjorde tydeleg kor viktig det er med tilgang på analyseklare, kopla data frå relevante kjelder. Det er viktig å arbeide for at datakjeldene for handtering av epidemiar er oppdaterte og tilrettelagde for å gjere sanntidsdata tilgjengeleg. Erfaringar frå koronapandemien tilseier også at det ved neste store utbrot bør finnast planar for befolkningsundersøkingar for ulike typar epidemiar. Det inneber blant anna planar for å vareta personvern og forhindre trøytteleik blant deltakarar, mobiliserbare fagmiljø og infrastruktur for rekruttering, datainnsamling og prøvetaking, og dessutan oversikt over tilgjengeleg infrastruktur for befolkningsundersøkingar som kan nyttast til å måle og følge ikkje-infeksjonsmedisinske aspekter.

Pandemien har vist betydninga av godt samarbeid og arbeidsdeling mellom nasjonale og internasjonale fagmiljø. Det er også nødvendig å legge til rette for at dei som tar avgjerder, får presentert kunnskapsoversikter på ein måte som gjer at dei lett kan tolke funna inn i sin lokale kontekst.

Folkehelseinstituttet har peikt på åtte viktige eigenskapar ved kunnskapssystemet som bør vere på plass for handtering av kommande epidemiar. Desse eigenskapane vil også kunne vere viktige i andre typar kriser:

1. *Fleire nivå:* Det framtidige kunnskapssystemet må forhalde seg til, kople saman og støtte både

det lokale, det regionale, det nasjonale og det internasjonale nivået.

2. *Fleire sektorar:* Kunnskapssystemet må sikre effektivt tverrsektorielt samarbeid og tverrsektoriell innsats for både datainnsamling, forskning, analyse og bruk av kunnskap.
3. *Fleire fagfelt:* Det er ikkje berre innanfor medisin og helse at det trengst ekspertise; ekspertise trengst også frå andre fagfelt innanfor naturvitskapane, samfunnsvitskapane og dei humanistiske vitskapane.
4. *Fleire aktørar:* Ikkje berre forskarar, men også andre må involverast, blant anna for å avdekke kunnskapsbehov og for å sørge for finansiering, administrasjon, leing og formidling.
5. *Fleire grupper:* Kunnskapssystemet må skaffe fram kunnskap om korleis sjukdomsbyrda og tiltaksbyrda rammar ulikt – med særleg merksemd retta mot ulikskap og særskilde grupper.
6. *Alle kriser:* Kunnskapssystemet for epidemiar må vere del av det same systemet som sikrar kunnskap i handteringa av andre kriser, både akutte og meir langsamt framveksande kriser.
7. *Alle tider:* Kunnskapssystemet for epidemiar må vere ein integrert del av arbeidet som blir gjort mellom kriser, for å sikre kontinuerleg utvikling og robust ståande kapasitet.
8. *Fagleg sjølvstende:* Produksjonen og delinga av kunnskap må vere fagleg uavhengig av politisk, økonomisk eller annan påverknad, for å sikre kvalitet, pålitelegheit og tillit.

Boks 11.2 Perspektiv på covid-19 i samiske samfunn i Noreg

Senter for samisk helseforskning har sett i gang ein studie som skal utforske positive og negative samfunnskonsekvensar av folkehelseiltak som svar på koronapandemien i det arktiske samfunnet. Gjennom deltaking frå samiske brukarar skal senteret identifisere lokal kunnskap og utforske koronaerfaringar og meistringsstrategiar i den samiske befolkninga og i ulike samiske samfunn. Målet er å få meir kunnskap om korleis den samiske befolkninga i Noreg har opplevd og takla pandemien og smitteverntiltaka, og om samiske kommunar har innført andre reglar og strategiar for å handtere pandemien.

Folkehelseinstituttet vil, blant anna med utgangspunkt i læringspunkta ovanfor, greie ut korleis kunnskapssystemet kan vidareutviklast for å sikre ei best mogleg handtering av framtidige utbrot.

Regjeringa vil i stortingsmeldinga om helseberedskap komme tilbake til korleis kunnskapssystemet for folkehelsa kan bli best mogleg rusta til å handtere ein ny alvorleg epidemi eller andre

helsekriser. Dette inneber blant anna å vurdere system for å koordinere forskingsinnsatsen i ei krise. Det kan bidra til at kunnskap som er nødvendig for å handtere ein ny alvorleg epidemi og dei samfunnsmessige konsekvensane av ein slik epidemi, blir utvikla og gjort tilgjengeleg så tidleg som mogleg i forløpet.

12 Økonomiske og administrative konsekvensar



Figur 12.1

Regjeringa vil prioritere folkehelsearbeidet og innsatsen mot sosiale helseforskjellar. Denne stortingsmeldinga omtaler ei rekke tiltak og strategiar innanfor dei enkelte innsatsområda, som allereie er greidde ut og sette i gang. Nye tiltak som blir omtalte i meldinga, vil kunne gjennomførast innanfor gjeldande budsjетtrammer.

I tråd med Hurdalsplattforma løfter regjeringa fram utjamning av sosiale helseforskjellar som den viktigaste prioriteringa på tvers av innsatsområda i folkehelsearbeidet. Sosiale helseforskjellar skal jamnast ut gjennom at tiltak i meldinga blir retta inn for å verke best for dei som treng det mest. Dette vil få betydning for korleis tiltak blir retta inn innanfor fleire politikkksektorar, blant anna oppvekst og utdanning, arbeidsliv og

bustad. Tiltak i helse- og omsorgstenesta for å handtere forskjellane blir vurderte i samband med kommande stortingsmeldingar frå Helse- og omsorgsdepartementet.

Regjeringa vil komme tilbake til økonomiske konsekvensar av eventuelle nye tiltak i budsjetta for kvart enkelt år.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 31. mars 2023 om Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar blir send Stortinget.

Litteraturliste

1. **Forbrukerrådet.** forbrukerradet.no. *Dyrtid, nå må det tas grep.* [Internett] 22 september 2022. <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/dyrtid-na-ma-det-tas-grep/>.
2. **NOU 2023: 5.** *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.*
3. **Folkehelseinstituttet.** Sosiale helseforskjeller i Norge. *Folkehelse rapporten.* [Internett] 16 09 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>.
4. **Helsedirektoratet.** Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd. *Helsedirektoratet.no.* [Internett] 31 08 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>.
5. **WHO.** *Closing the gap in a generation.* 2008.
6. **Miljødirektoratet.** *Funn fra FNs klimapanel AR6.* 2022.
7. **Ahdoot, Samantha og Pacheco, Susan.** Global Climate Change and Children's Health. *Pediatrics.* 2015.
8. **World Health Organization.** *COP26 Special Report – The Health argument for climate action.* 2021.
9. **Folkehelseinstituttet.** *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt.* Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.
10. **Parr, Grethe Hovde.** *Skolen etter koronapandemien.* 2021.
11. **Verdsbanken.** An Analysis of COVID-19 Student Learning Loss. *Policy Research Working Paper 10033.* Mai 2022.
12. **Rossow, Ingeborg, et al.** Changes in Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic–Small Change in Total Consumption, but Increase in Proportion of Heavy Drinkers. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 16 04 2021.
13. **Norges institusjon for menneskerettigheter.** *Holdninger til samer og nasjonale minoriteter i Norge.* 2022.
14. **Løvgren, M., Høgestøl, A. og Kotsadam, A.** *Nasjonal trygghetsundersøkelse 2020, Nova-rapport 2/2022.* Oslo: Nova/Oslomet, 2022.
15. **Anderssen, N, et al.** *Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020.* Bergen: Universitetet i Bergen, 2020.
16. **Dale, M.T.G., et al.** *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen.* Oslo: Nasjonal kunnskapsenter for vold og traumatisk stress, 2023.
17. **Oslomet.** *Barn av innvandrere tar høyere utdanning enn foreldrene sine.* [Internett] 6 august 2020. <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/innvandrere-hoyere-utdanning-enn-foreldre>.
18. **Universitetet i Oslo.** Effekt av «Folkehelse og livsmestring» i skolen. *Universitetet, det samfunnsvitenskaplige fakultet, psykologisk institutt.* [Internett] 30 08 2021. <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/effekt-av-folkehelse-og-livsmestring-i-skolen>.
19. **SSB.** Statistisk sentralbyrå. *Slik henger utdanning sammen med foreldrenes utdanningsnivå.* [Internett] 21 09 2022. <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/artikler/slik-henger-utdanning-sammen-med-foreldrenes-utdanningsniva>.
20. **Waddell, Godron og Burton, A Kim.** *Is work good for your health and well-being?* TSO, 2006.
21. **Oslo Economics.** *Samfunnsnytt av bedriftshelsetenesten.* 2018.
22. **Statens arbeidsmiljøinstitutt.** *Faktabok om arbeidsmiljø og helse, rapport, årgang 22, nr 4.* Oslo: 2021.
23. **Faragher, E.E., Cass, M. og Cooper, C.C.** The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 62(2). 2005, ss. 105-12.
24. **Jensseter, Heidi.** *Kjønnsperspektiv i norsk planlegging.* Ås: Norges miljø- og biovitenskaplige universitet, 2020.
25. **WHO.** WHO NCD accountability Framework for NCD Implementation Roadmap. *World Health Organization.* [Internett] 27 10 2021. <https://www./publications/m/item/who-ncd-accountability-framework-for-ncd-implementation-roadmaphttps://www./publications/m/>

- kerradet.no/vi-mener/fpa-mat-og-handel/stadig-flere-barn-og-unge-drikker-energidrikker/.
51. **OECD & WHO.** OECD Better policies for better lives. *www.oecd.org*. [Internett] 17 Februar 2023. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/500a9601-en.pdf?expires=1676983593&id=id&accname=oid029201&checksum=F2BE6022F37A78768D084B940D0289E9>.
 52. **Skjeggstad, T., Vistad, O.I. og Thorén, K.H.** Planlegging for nærtur og folkehelse. *Kart og Plan, Vol. 112. Utg 4.* 17 12 2019, ss. 241–257.
 53. **Thorén, K., Nordh, H og Holth, A.L.** *Studie av kommunal og fylkeskommunal planlegging for nærtur Om kommunal og regional planlegging for etablering av turveier og turstier i nærmiljøet.* Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), 2018.
 54. **Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.** *Kartlegging av indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer som grunnlag for videre arbeid og systematisering.* Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, 2022.
 55. **Helsedirektoratet.** Systematisk folkehelsearbeid. *Helsedirektoratet*. [Internett] 11 06 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/innsigelser-i-arealplanlegging-ved-interesser-av-nasjonal-eller-vesentlig-regional-betydning#saerlig-viktige-nasjonale-og-vesentlige-regionale-interesser-pa-folkehelseområdet-som-legg>.
 56. **Solberg, Runar Barstad.** Norges Idretts-høgskole. *Physical activity, physical fitness and academic performance among adolescents: Intervention effects from the School in Motion study: A cluster randomized controlled trial.* [Internett] 2022. <https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/handle/11250/2995947>.
 57. **Folkehelseinstituttet.** Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Norge. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 06 04 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel-folkehe/>.
 58. **WHO.** Factsheet – 5 facts about alcohol and cancer. *who.who*. [Internett] 19 05 2021. <https://www.europe/publications/m/item/factsheet-5-facts-about-alcohol-and-cancer>
<https://www.europe/publications/m/item/factsheet-5-facts-about-alcohol-and-cancer>
<https://www.europe/publications/m/item/factsheet-5-facts-about-alcohol-and-cancer>
 - <https://www.europe/publications/m/item/factsheet-5-facts-about-alcohol-and-cancer>
 59. **Nutt, David J, King, Leslie A og Phillips, Lawrence D.** Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis. *The Lancet Journal*. 01 11 2010.
 60. **Folkehelseinstituttet.** Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne. *Alkohol i Norge*. [Internett] 05 12 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/negative-konsekvenser-av-alkoholbruk-for-andre-enn-brukerne/>.
 61. –. Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol. *Alkohol i Norge*. [Internett] 20 12 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/>.
 62. **Helsedirektoratet.** *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet (IS-2474).* Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
 63. **Babor, Thomas F, et al.** *Alcohol: No Ordinary Commodity.* Oxford: Oxford University Press, 2023.
 64. **WHO.** European framework for action on alcohol, 2022–2025. Information sheet. *who.who*. [Internett] 06 09 2022. <https://www.europe/publications/m/item/european-framework-for-action-on-alcohol-2022-2025>
<https://www.europe/publications/m/item/european-framework-for-action-on-alcohol-2022-2025>
<https://www.europe/publications/m/item/european-framework-for-action-on-alcohol-2022-2025>
<https://www.europe/publications/m/item/european-framework-for-action-on-alcohol-2022-2025>
 65. **Folkehelseinstituttet.** Narkotikabruk i Norge. *Narkotika i Norge*. [Internett] 09 02 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?term=&h=1>.
 66. **Bakken, Anders.** *Ungdata 2022. Nasjonale resultater. Nova rapport 5/22.* Oslo: Nova, Oslomet, 2022.
 67. **Folkehelseinstituttet.** Hva er Cann2021-undersøkelsen? *Cann2021-undersøkelsen*. [Internett] 25 02 2021. <https://www.fhi.no/studier/cann2021/hva-er-cann2021-undersokelsen/>.
 68. –. Rusmiddellidelser i Norge. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 15 06 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>.

69. **Gjersing, Linn og Amundsen, Ellen.** Increasing trend in accidental pharmaceutical opioid overdose deaths and diverging overdose death correlates following the opioid prescription policy liberalization in Norway 2010–2018. *International Journal of Drug Policy*. 10 2022.
70. **Folkehelseinstituttet.** Doping – bruk, beslag og straffereaksjoner. *Narkotika i Norge*. [Internett] 07 04 2021. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/doping/>.
71. –. Overvekt og fedme i Norge. *Folkehelse-rapporten*. [Internett] 31 08 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>.
72. –. *Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.
73. **Træen, B., & Stigum, H.** Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian journal of public health*, 38(5). 2010, ss. 445–456.
74. **Sivertsen, B og Johansen, MS.** *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022*. Oslo: Styringsgruppen for Studentenes helse- og trivselsundersøkelse SiO, 2022.
75. **Sivertsen, Børge, et al.** The bidirectional association between depression and insomnia: the HUNT study. *Psychosomatic Medicine*. September 2021.
76. **Helsedirektoratet.** *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling*. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.
77. **Sivertsen, Børge, et al.** Midlife insomnia and subsequent mortality: the Hordaland health study. *BMC Public Health*. Juli 2014.
78. **Folkehelseinstituttet.** *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.
79. **Hysing, M, Pallesen, S, Stormark, KM, Jakobsen, R, Lundervold, AJ, Sivertsen, B.** Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open*. 2015.
80. **Vedaa, Øystein, et al.** Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial. *The Lancet Digital Health*. August 2020, ss. 397-406.
81. **Folkehelseinstituttet.** *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.
82. **Kinge, J. M., et al.** Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International Journal of Epidemiology* 50(5). 2021, ss. 1615–1627.
83. **Evensen, M., et al.** Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *MC Medicine*, 19(1), 152, 2021.
84. **Folkehelseinstituttet.** Folkehelse rapporten. *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. [Internett] 10 Februar 2023. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#legemiddelbehandling-av-psykiske-lidelser-hos-barn-og-unge>.
85. **Jonassen, Rune, et al.** Over-the-counter analgesics use is associated with pain and psychological distress among adolescents: a mixed effects approach in cross-sectional survey data from Norway. *BMC Public health*. 6 november 2021.
86. **Rådet for psykisk helse.** Råde for psykisk helse. *Psykisk helse og arbeidsliv*. [Internett] <https://psykiskhelse.no/politikk/psykisk-helse-og-arbeidsliv/>.
87. **Van der Noordt, M, et al.** Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*. 2014, ss. 730-736.
88. **Folkehelseinstituttet.** *Kosthold og psykisk helse*. FHI, 2023.
89. –. Livskvalitet i Norge. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 17 12 2021. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>.
90. –. Barn og unges helse: oppvekst og levekår. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 23 juni 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/barn-oppvekst/#skula>.
91. **Nifu.** *Spørsmål til Skole-Norge*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU), 2022.
92. –. *Systematisk arbeid med psykisk helse i skolen: Spredning, bruk og implementering av eksterne skoleprogram*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU), 2019.
93. **Jacobsen, S.S., et al.** *Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, 2021.
94. **Seland, Idunn og Andersen, Patrick Lie.** Hva kjennetegner ungdom som går på norske fritidsklubber og ungdomshus? *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*. 27 Februar 2020, ss. 6–26.
95. **Bufdir.** *Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. 2022.

96. **Helsedirektoratet.** helsedirektoratet.no. *Befolkningens helsekompetanse*. [Internett] 22 juni 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>.
97. **WHO.** *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneve: WHO, 2022.
98. **Senteret for et aldersvennlig Norge.** Veileder for flere engasjerte seniorer i lokal-miljøet. *aldersvennlig.no*. [Internett] 15 Februar 2022. <https://www.aldersvennlig.no/ressurser/veileder/>.
99. **Skrove, Guri K, Groven, Gøril og Bergem, Bjørn G.** *Inkludering av frivillig innsats i kommunalt folkehelsearbeid*. Møreforskning, 2021.
100. **Aartsen, Marja, Veenstra, Marijke og Hansen, Thomas.** Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM – Population Health*. Desember 2017, ss. 419-426.
101. **Folkehelseinstituttet.** Helse hos eldre i Norge. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 17 06 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#livskvalitet>.
102. **Hansen, Thomas og Blekesaune, Morten.** The age and well-being «paradox»: a longitudinal and multidimensional reconsideration. *European Journal of Ageing*. 23 05 2022, ss. 1277-1286.
103. **OECD.** The OECD Better Life Initiative. *The statistics newsletter*. 52, 07 2011.
104. **Folkehelseinstituttet.** Klimaendringer og helse. *fhi.no*. [Internett] 01 07 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/klima-og-helse/>.
105. **regjeringen.** regjeringen.no. *Bransjeavtale om reduksjon av matsvinn*. [Internett] 07 12 2021. <https://www.regjeringen.no/no/tema/klima-og-miljo/forurensning/matsvinn/bransjeavtale-om-matsvinn-reduksjon/id2891198/>.
106. **Romanello, Marina.** The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet* 2022. 25 oktober 2022, ss. 1619-54.
107. **Nibio.** *Klimaendringer utfordrer det norske matsystemet Sammenhangsrapport*. Ås: NIBIO, 2022.
108. **Folkehelseinstituttet.** *Sykdomsbyrden i Norge 2016*. Oslo: FHI, 2018.
110. **Hektoen, Liv Faksvåg.** *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014.
111. **Olsen, Rose Mari, Ness, Tove Mentsen og Devik, Siri Andreassen.** *Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene*. Omsorgsbiblioteket, 2017.
112. **Oslo Economics.** *Samfunnskostnader forbundet med hudkreft. Notat utarbeidet for Statens strålevern*. Oslo Economics, 2018.
113. **Helsedirektoratet; Høgskolen; Oslomet.** *Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam*. 2021.
114. **Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.** IMDi. *Veileder – Hvordan nå ut med informasjon til personer med innvandrerbakgrunn*. [Internett] 16 Februar 2023. <https://www.imdi.no/om-imdi/brosjyrer-handboker-og-veiledere/informasjon-til-personer-med-innvandrerbakgrunn/>.
115. **Statistisk sentralbyrå.** *Sosial forskjell i bruk av helsetjenester – 2*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2021.
116. **Finnvold, Jon Erik.** Access to specialized health care for asthmatic children in Norway: The significance of parents' educational background and social network. *Social Science & Medicine*. September 2006, ss. 1316-1327.
117. **Syse, Astrid, Lyngstad, Torkil Hovde og Kravdal, Øystein.** Is mortality after childhood cancer dependent on social or economic resources of parents? A population-based study. *Int J Cancer*. 15 April 2012.
118. **WHO.** Landmark global strategy on oral health adopted at World Health Assembly 75. *WHO*. [Internett] 28 05 2022. <https://www./news-room/feature-stories/detail/landmark-global-strategy-on-oral-health-adopted-at-world-health-assembly-75><https://www./news-room/feature-stories/detail/landmark-global-strategy-on-oral-health-adopted-at-world-health-assembly-75><https://www./news-room/feature-stories/detail/landmark-global-strategy-on-oral-health-adopted-at-world-health-assembly-75>
119. **NOU 2018: 16.** *Det viktigste først – Principper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*.
120. **Gotaas, Nora, Bergsli, Heidi og Danielson, Ole Andreas.** *Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Oslo: NIBR/Oslomet, 2022.

121. **Bufdir.** Ungdomsråd – ein rettleiar. *Rettleiarar, retningslinjer, faglege tilrådingar og rutinar*. [Internett] 5 05 2021. <https://ny.bufdir.no/fagstotte/produkter/ungdomsråd/>.
122. –. Prinsipper og råd: Barn og unges medvirkning på systemnivå. *Veiledere, retningslinjer, faglige tilrådingar og rutiner*. [Internett] 27 05 2021. https://ny.bufdir.no/fagstotte/produkter/barn_og_unges_medvirkning_veileder/.
123. **Thoresen, Siri og Hjemdal, Ole Kristian.** *Vold og voldtekt i Norge*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2014.
124. **Texmon, Inger og Borgan, Jens Kristian.** Levealder i ulike yrke. Høg utdanning og godt arbeidsmiljø bidrar til langt liv. *Samfunnspegelen*. 2 2016.
125. **Folkehelseinstituttet.** Sosiale helseforskjeller i Norge. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 16 09 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>.
126. **HUNT forskingssenter og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.** *Eldres helse HUNT4 70+*. Levanger/Tønsberg: HUNT forskingssenter, 2021.
127. **Helsedirektoratet.** *Kunnskapsoppsummering om sammenhengen mellom den orale og generelle helse*. Oslo: Helsedirektoratet, 2021.
128. –. *Folkehelse i et livsløpsperspektiv – Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*. Oslo: Helsedirektoratet, 2022.
129. **Statens arbeidsmiljøinstitutt.** Kva er arbeidsmiljø? *stami.no*. [Internett] 21 10 2022. <https://stami.no/hva-er-arbeidsmiljo/>.
130. **Statistisk sentralbyrå.** *Livskvalitet i Norge 2021*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2021.
131. **Sund, Erik R.** *Geographical and Social Inequalities in health and Health Behaviour in the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*. Doctoral thesis at NTNU. Trondheim: NTNU, 2010.
132. **Kravdal, Øystein, et al.** How much of the variation in mortality across Norwegian municipalities is explained by the socio-demographic characteristics of the population? *Health & Place*, 33. 2015, ss. 148-158.
133. **Kinge, Jonas Minet, et al.** Can socioeconomic factors explain geographic variation in overweight in Norway? *SSM-Population Health*, 2. 2016, ss. 333-340.
134. **Universitetet i Oslo mfl.** *Ungkost 3 Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4.- og 8. klasse i Norge, 2015*. Oslo: 2016.
135. **Solberg, Runar B.** Norges Idrettshøgskole. *Physical activity, physical fitness and academic performance among adolescents: Intervention effects from the School in Motion study: A cluster randomized controlled trial*. [Internett] 2022. <https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/handle/11250/2995947>.
136. **SSB.** Statistisk sentralbyrå. *Færre barn med vedvarende lavinntekt i 2021*. [Internett] 24 01 2023. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/faerre-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2021>.
137. **Folkehelseinstituttet.** *Resultater fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.
138. **Kvaavik, Elisabeth, Scheffels, Janne og Lund, Marianne.** Av-og-til-røyking i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen*. 28 01 2014, ss. 163-7.
139. **UCL Institute of Health Equity and NTNU WellFare.** *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. London: UCL institute of Health Equity, 2023.
-

Vedlegg 1**Overordnet beskrivelse av helsetilstanden i befolkningen****Livskvalitet**

God helse defineres her som høy livskvalitet, ikke bare fravær av sykdom eller lidelser. Trivsel, engasjement og livsglede er gunstig både for den enkeltes helse og levealder, men også familie-, arbeids- og samfunnsliv. Livskvaliteten er i gjennomsnitt høy i Norge, men den er skjevfordelt, og noen grupper opplever dårlig livskvalitet.

De som oppgir dårlig livskvalitet, er særlig personer med levekårsrelaterte problemer som dårlig økonomi, arbeidsledige, uføre, personer som har redusert psykisk eller fysisk helse, og de som lever med nedsatt funksjonsevne.

Sykdomsbyrden i Norge

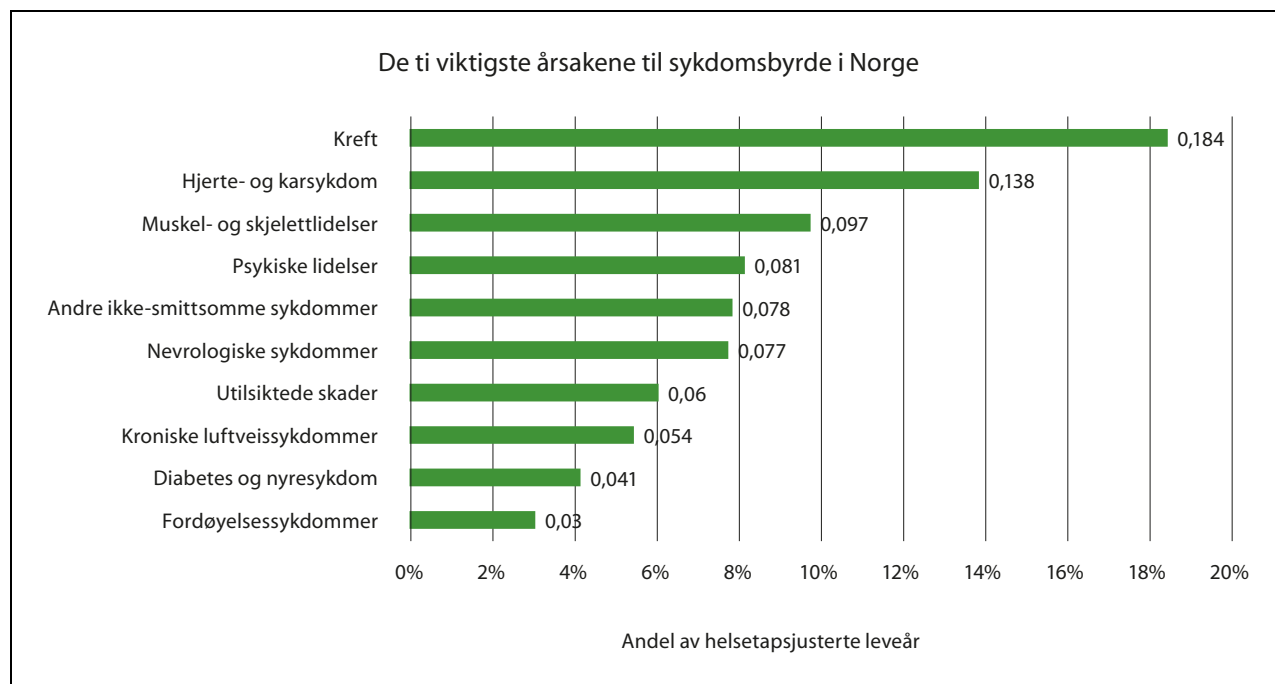
Sykdomsbyrdeberegninger viser hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av helsetap og dødelighet. Samlemålet for sykdomsbyrde er helsetaps-

justerte leveår (på engelsk; Disability-Adjusted Life-Years, forkortes til DALY). Helsetapsjusterte leveår er summen av tapt helse i løpet av et år i en befolkning, som skyldes død før forventet levealder og helsetap mens man er i live.

Sykdomsbildet i Norge ble dominert av ikke-smittsomme sykdommer, som forårsaket omtrent 87 prosent av den totale sykdomsbyrden i 2019. En stor andel av den norske befolkningen lever mange år med sykdom. Ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft, kols, rusmiddellidelser, psykiske lidelser og demens er viktige årsaker til tapte leveår hos begge kjønn i Norge.¹

Ikke-dødelig helsetap utgjorde 52 prosent av sykdomsbyrden målt i helsetapsjusterte leveår.

¹ Tabell 1: Rangering, andel av total dødelighet og sykdomsbyrde, samt endring i rater fra 2019 til 2050 for de ti største årsaksgruppene. Kilde: Global Burden of Disease-prosjektet



Figur 1.1 De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge, etter andel (%) av totale rater av helsetapsjusterte leveår (DALY) i befolkningen.¹

¹ Andre ikke-smittsomme sykdommer er en samlekategori som blant annet omfatter endokrine, metabolske, blod- og immun-sykdommer, gynekologiske sykdommer og munn- og tannsykdommer.

Kilde: Global Burden of Disease-prosjektet

Spesielt muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og rusmiddellidelser var særlig viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap. De siste ti årene har sykdomsbyrden gått ned for mange tilstander som medfører tapte leveår, hvis man tar hensyn til at befolkningen blir større og at alderssammen-setningen endrer seg. Sykdomsbyrden har imidlertid ikke gått ned for tilstander som gir ikke-dødelig helsetap.

Helse hos barn og unge

Norske barn og ungdommer har i hovedsak god fysisk helse, både i et historisk perspektiv og sammenlignet med barn og ungdom i andre deler av verden. Mange starter imidlertid voksenlivet med risikofaktorer for dårlig helse senere i livet. De viktigste årsakene til dette er ugunstig kosthold, mangel på fysisk aktivitet, og for høy forekomst av overvekt og fedme.

Psykiske plager er vanlig blant ungdom. For jenter i alderen 13–24 år har andelen som rapporterer psykiske plager som bekymring og stress økt de siste tiårene. Norske studier viser at rundt 7 prosent av barn og unge i alderen 4–14 år har en psykisk lidelse. Andelen barn og unge som blir diagnostisert med en psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten har økt de siste ti årene, spesielt for jenter og kvinner i alderen 12–24 år. Det har også vært en økning i totalbruken av legemidler for psykiske lidelser blant barn og unge de siste ti årene.

Rundt 30 norske barn og ungdommer mister livet i ulykker hvert år. I løpet av de siste 50 årene har det vært stor nedgang i barnedødelighet som følge av ulykker, på grunn av langt færre dødsfall i trafikk- og drukningsulykker.

Helse hos voksne og eldre

Sykdommer vi lever med gir redusert livskvalitet for den enkelte, omfattende kostnader for helse- og omsorgstjenesten og gjør at færre enn ønskelig i yrkesaktiv alder kan bidra i arbeidslivet.

I Norge er om lag sju av ti voksne inkludert i arbeidsstyrken. Sysselsettingen i Norge er relativt høy sammenlignet med andre OECD-land, men Norge har et relativt høyt sykefravær. Flest sykmeldinger og langvarige trygdestønader blir gitt for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser.

Den vanligste muskel- og skjelettlidelsen er smerter i ryggen. Omtrent 1 av 4 har til enhver tid langvarige plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet; det vil si om lag 30 prosent av kvinner

og 20 prosent av menn.² Forekomsten er høyest blant de eldre, og blant kvinner over 70 år hadde mer enn halvparten slike plager.

Omtrent hver tredje voksne nordmann oppgir å ha langvarig smerte. Langvarig smerte er en viktig årsak til redusert livskvalitet, langtidssykefravær og uførhet.

Mellom 1 av 6 og 1 av 4 vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon og rusmiddellidelser. Alvorlige psykiske lidelser er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder.

Alkoholbrukslidelser er de hyppigste rusmiddellidelsene i Norge. 12-månedersforekomst av skadelig bruk eller avhengighet av alkohol for voksne er 5–8 prosent, som utgjør om lag 175–350 000 personer. Pasienter med rusmiddellidelser har ofte også andre psykiske og fysiske sykdommer. Det antas at det er en stor underbehandling av rusmiddellidelser i Norge³.

I gjennomsnitt er det rundt 250–300 narkotikautløste dødsfall årlig i Norge. Dette gjelder ofte yngre personer, og gir mange tapte leveår til tross for relativt få dødsfall.

Ulykker og selvmord er de viktigste dødsårsakene under 45 år. Om lag 2 000 dødsfall årlig skyldes ulykker. Ulykkesdødeligheten har gått betydelig ned de siste tiårene. Om lag 650 personer tar livet sitt i Norge hvert år. To av tre av disse er menn.

Eldre i dag klarer seg i større grad selv, og har bedre fysisk og kognitiv funksjonsevne enn tidligere. Men mange lever med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne, særlig blant eldre over 80 år. Beregninger viser at om lag 8 prosent av nordmenn over 60 år har demens, og andelen øker kraftig med alderen. Det forventes mer enn en dobling av antallet personer med demens innen år 2050 på grunn av flere eldre i befolkningen.⁴ Demens påvirker evnen til å klare seg selv i dagliglivet, og personer med demens lever betydelig kortere enn befolkningen ellers.

Legemiddelbruken i befolkningen øker med alderen. Tall fra Reseptregisteret viser at i 2020 fikk 91 prosent av alle over 65 år minst ett legemiddel på resept. Bruk av flere legemidler samtidig (polyfarmasi) øker risikoen for uheldige effekter og bivirkninger. Mer enn to tredjedeler av

² (Kinge, Jonas Minet, Knudsen, Ann Kristin, Skirbekk, Vegard & Vollset, Stein Emil; Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services, BMC Musculoskeletal Disord. 2015, Apr 2)

³ Rusmiddellidelser – FHI

legemiddelbrukerne over 65 år brukte 5 eller flere legemidler samtidig.

Om lag 37 000 nordmenn diagnostiseres med kreft hvert år. Antall krefttilfeller øker og vil fortsette å øke fram mot 2040. Hovedårsakene er økt levealder og større befolkning. Kreft er hyppigere blant menn enn blant kvinner. Med dagens kreftbilde vil om lag 40 prosent av den norske befolkningen få en kreftdiagnose innen de fyller 80 år. Omtrent 75 prosent av alle kreftpasientene overlever sin kreftsykdom i minst 5 år etter at de har fått diagnosen.

Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv blant kvinner og menn sammenlagt. Lungekreft er også den kreftformen som gir flest tapte leveår.

Både dødeligheten og det årlige antallet førsteangsttilfeller av hjerteinfarkt går ned. Men fortsatt er det en femtedel av den norske befolkningen som får forebyggende behandling mot eller lever med en hjerte- og karsykdom. Om lag 10 000 behandles årlig for hjerteinfarkt på sykehus eller poliklinikk. 11 000 behandles for hjerne- slag, 30 000 for atrieflimmer og 20 000 for hjertesvikt.

Totalt har omkring 270 000 personer, det vil si fem prosent av befolkningen, diagnostisert diabetes. Av disse er det beregnet at 23 000 har type 1-diabetes. Personer fra Sør-Asia og Afrika har høyere risiko for type 2-diabetes enn andre grupper i befolkningen. Diabetes er forbundet med alvorlige komplikasjoner inkludert hjerte- og karsykdommer, og diabetes bidrar vesentlig til sykdomsbyrden i Norge og resten av verden.

Om lag 6–7 prosent av befolkningen over 40 år har kols, viser data fra HUNT og Tromsø-undersøkelsen. Andelen har gått ned siden 2001, noe mer for menn enn for kvinner, noe som delvis kan forklares av nedgangen i røyking.

Hvis vi ser på for tidlig død av de ikke-smittsomme sykdommene kreft, hjerte- og karsykdom, kols og diabetes samlet, det vil si dødsfall i alderen 30 til 69 år, har andelen gått ned i perioden fra

2015 til 2021.⁵ Denne utviklingen tyder på at Norge er på vei til å nå FN's globale bærekraftsmål om å redusere for tidlig død av disse ikke-smittsomme sykdommene med 33 prosent fra 2015–2030.

Forventet levealder

Forventet levealder er en viktig pekepinn på hvordan det står til med folkehelsen i et land. I 2021 var forventet levealder 84,7 år for kvinner og 81,6 år for menn. I perioden etter 1960 har Norge gått fra å ha verdens høyeste levealder til å havne et stykke ned på verdensrankingen. Utviklingen virker noe mer gunstig de siste 10–15 årene.

Forventet levealder har økt mer eller mindre kontinuerlig de siste 170 årene, bare avbrutt av verdenskriger og spanskesyken i 1918, illustrert i figuren nedenfor. SSBs prognoser viser en forventet levealder i 2060 for menn på 88,9 år og 90,9 år for kvinner.⁶

Fruktbarhet

Siden 1950-årene har fruktbarheten sunket tydelig i de aller fleste av verdens land, men med betydelig variasjon i omfang og når nedgangen startet.

I Norge er fruktbarheten relativt høy sammenlignet med andre europeiske land. Likevel har den sunket tydelig siden 2009⁷. I 2020 var den norske fruktbarheten lavere enn noen gang tidligere, med et samlet fruktbarhetstall på 1,48 barn per kvinne. For 2021 gikk fruktbarhetstallet noe opp igjen, til 1,55. Nedgangen henger både sammen med at kvinner i 20-årene får første barn senere, og at kvinner i 30-årene i større grad stopper etter at de har fått barn nummer to.

Det er en økende andel menn i samfunnet som forblir barnløse gjennom livet.

Sosiale helseforskjeller

Det er store sosiale helseforskjeller i Norge. De med lengst utdanning lever i snitt 5–6 år lenger, og har bedre helse enn de som har kortest utdanning. De i høyeste inntektsfjerdedel lever 6–8 år lenger enn de i laveste fjerdedel. Utdanning og inntekt er kjennetegn som har stor betydning for

⁴ Gjora L., Kjelvik G., Strand B.H., Kvello-Alme M., Selbæk G. Forekomst av demens i Norge. Rapport Aldring og helse 2020. ISBN: 978-82-8061-579-4 (PDF).

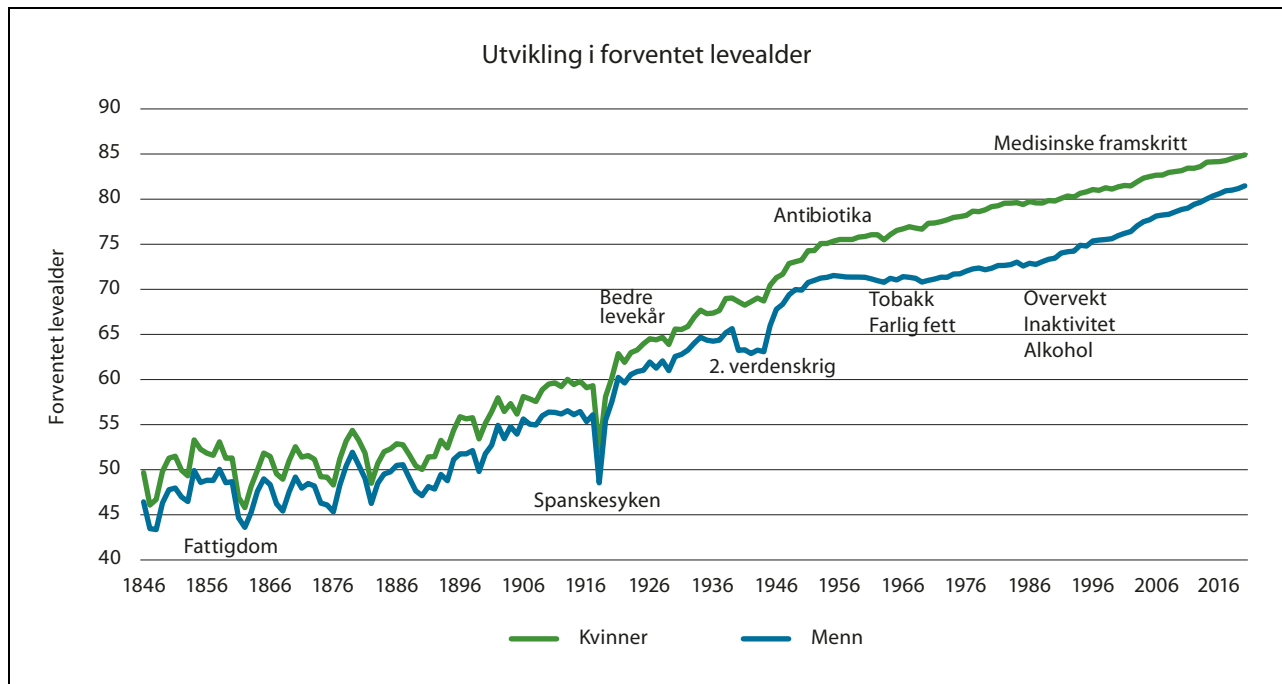
Gjora, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., ... Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213–1226. doi:10.3233/jad-201275

Kvello-Alme, M., Brathén, G., White, L. R., & Sando, S. B. (2019). The Prevalence and Subtypes of Young Onset Dementia in Central Norway: A Population-Based Study. *J Alzheimer's Dis*, 69(2), 479–487

⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/dodelighet-sykkelighet/for-tidlig-dod/?term=&h=1>

⁶ Nasjonale befolkningsframskrivninger (ssb.no), (mellomalternativet, eller hovedalternativet)

⁷ <https://www.fhi.no/publ/2020/fallende-fruktbarhet-i-norge/>

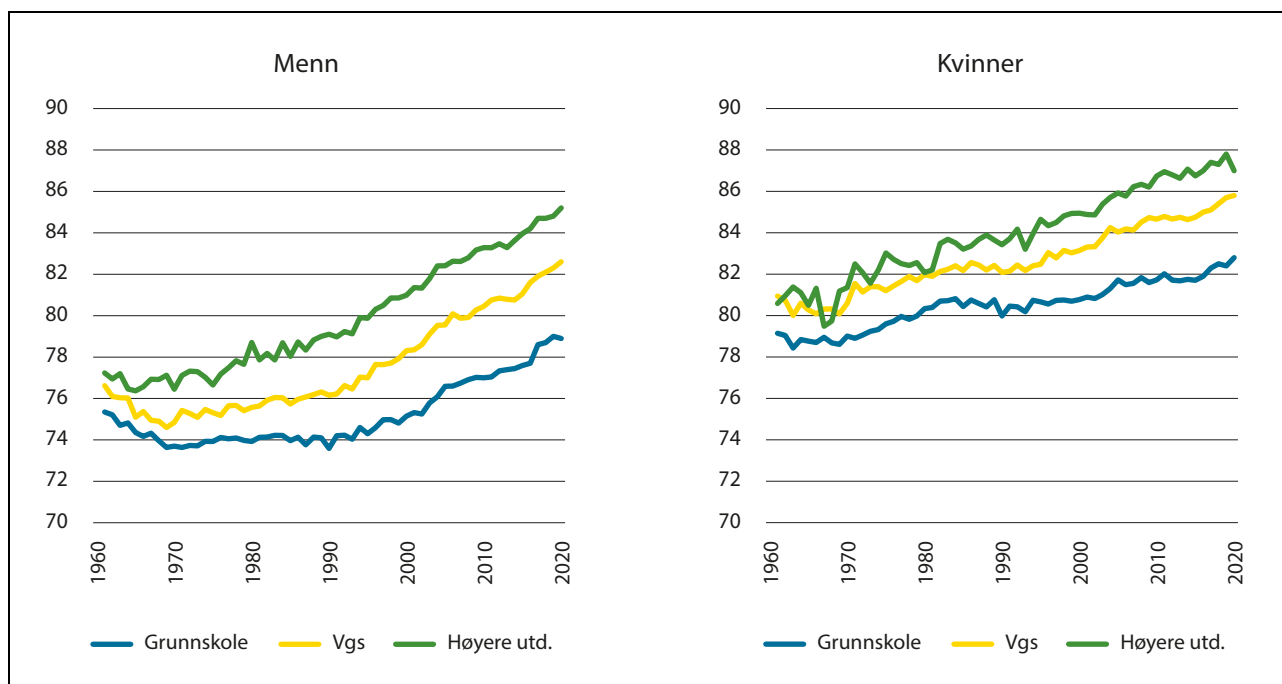


Figur 1.2 Forventet levealder i Norge 1846–2020.

Kilde: Human Mortality Database.

sosial ulikhet. Figuren under viser at forskjellene i levealder etter utdanning er store, og har økt over flere tiår.

Resultater for inntekt er tilsvarende som for utdanning. Menn og kvinner med høyest inntekt har den klart høyeste levealderen i perioden



Figur 1.3 Forventet levealder (ved 35 år) i Norge etter utdanningsnivå, 1961–2020.

¹ Steingrimsdottir, O. A., Naess, O., Moe, J. O., Groholt, E. K., Thelle, D. S., Strand, B. H., & Bævre, K. (2012). Trends in life expectancy by education in Norway 1961–2009. *European Journal of Epidemiology*, 27(3), 163–171. <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9663-0>.

Kilde: 1961–1989: Steingrimsdottir mfl. (2012)¹; 1990–2020: Norgeshelse statistikkbank

2005–2015, og forskjellene mellom inntektsgruppene har økt betydelig, spesielt for kvinner⁸.

De sosiale helseforskjellene finner vi også for selvrapportert helse, ulike sykdommer, levevaner og livskvalitet. Det er relativt flere med kort utdanning og/eller lav inntekt som rapporterer om dårlig helse, flere som rammes av hjerteinfarkt og også flere som rammes av kreft, særlig lungekreft og livmorhalskreft, enn i grupper med lengre utdanning og/eller lav inntekt. Tilsvarende gjelder også for mange andre sykdommer og tilstander, som kols, type 2-diabetes, og skader og ulykker. Noe av bakgrunnen for dette er forskjeller i levevaner: I grupper med kort utdanning og/eller dårlig økonomi er forbruket av tobakk, alkohol og usunn mat høyere enn i grupper med mer utdanning og bedre økonomi. De som har kort utdanning og lav inntekt, er også mindre fornøyde med livet og opplever mindre mening i dagliglivet.

I Norge har vi mindre inntektsulikhet og et høyere utdanningsnivå enn det man har i de fleste andre europeiske land. Trass i dette er de relative sosiale helseforskjellene større enn i mange andre land i Europa.

Geografiske helseforskjeller

Det er klare geografiske helseforskjeller i Norge. Forventet levealder varierer med 1–1,5 år mellom fylkene i landet. Levealderen for menn er høyest i Møre og Romsdal og lavest i Finnmark, mens den for kvinner er høyest i Møre og Romsdal og lavest i Innlandet. Internt i Oslo er det rundt 7 års forskjell i levealder for menn i ulike bydeler, mens forskjellen er på rundt 5 år for kvinner.

Forskning viser at det ikke er egenskaper ved selve stedet som gjør oss friskere eller sykere. Derimot kommer forskjellene ofte av at ulike steder blir befolket av mennesker med ulik alder, utdanning, yrkesstatus og inntekt (Sund, 2010). Hele 80 prosent av den geografiske forskjellen i dødelighet mellom norske menn kan forklares av ulike sosioøkonomiske faktorer (Kravdal, et al., 2015). Tilsvarende andel blant kvinner var 73 prosent.

Statistikk på kommunenivå viser at det også er stor geografisk ulikhet i helse og levevaner som røyking, fysisk aktivitet og alkoholbruk. For eksempel er det store variasjoner mellom fylker, kommuner og bydeler i selvrapportert helse, særlig blant ungdom: Innad i Oslos bydeler varierer

andelen som rapporterer om god helse med hele 17 prosentpoeng (61–78 prosent)⁹. Samtidig har kommunene ulike ressurser og forutsetninger som har betydning for innbyggernes helsetilstand og muligheten til å påvirke helsen med forebyggende tiltak. KOSTRA-data viser for eksempel at det er stor variasjon i tjenestetilbud med betydning for helsa¹⁰.

Pandemiens betydning

Størstedelen av befolkningen er anslått å ha vært smittet av covid-19. Pandemien vil ha en vedvarende innvirkning på folkehelsen i framtida på flere måter. Smitte, sykdom og i sjeldne tilfeller vaksinasjon kan hos noen få konsekvenser. Smitteverntiltakene kan ha hatt langvarig innvirkning på helse og levekår. Det samme gjelder forsinkelser i behandling av andre sykdommer.

Byrden av smitteverntiltakene som ble innført i 2020 og 2021, rammet skjevt i befolkningen. Økning i psykiske plager har vært knyttet til perioder med strenge smitteverntiltak. Det ser ut til at befolkningens psykiske helse har vært motstandsdyktig mot pandemien og tiltakene, men noen grupper har vært mer utsatt.

For barn og unge har strenge smitteverntiltak i skolene og begrenset fysisk undervisning påvirket både læring, trivsel og psykisk helse, og det har rammet skjevt. Pandemiltakene førte til at barn og unge som ikke var sårbare fra før, ble det. Det er allerede vist at det første pandemiåret har gitt et generelt læringstap¹¹. Dette kan få konsekvenser for frafall fra skoleløpet, og dermed også fremtidige levekår.

Under pandemien var det store ulikheter i hvordan smitten rammet befolkningen, etter blant annet alder, hvor man bor, og sosioøkonomiske forhold. Enkelte innvandrergupper har vært overrepresentert både blant smittede og alvorlig syke.

Studiene som har undersøkt forekomst av senfølger etter covid-19, viser sprikende funn, avhengig av hvordan senfølger er definert, hvordan man har målt, og hvor lang tid som har gått etter at man var smittet. Fordi så mange har vært smittet, kan selv en liten andel med senfølger utgjøre et folkehelseproblem.

⁹ Kommunehelsa statistikkbank

¹⁰ <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/statistikk/kostra-kommune-stat-rapportering>

¹¹ <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099720405042223104/pdf/IDU00f3f0ca808c-de0497e0b88c01fa07f15bef0.pdf>

⁸ Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005–2015 | Cardiology | JAMA | JAMA Network

Tabell 1.1 Rangering, andel av total dødelighet og sykdomsbyrde, samt endring i rater fra 2019 til 2050 for de ti største årsaksgruppene.

Dødelighet				
Andel ¹ (%)	2019	2050	Andel ¹ (%)	Endring i rater, (%)
30,7	Hjerte- og karsykdom	Kreft	30,9	33,0
30,6	Kreft	Hjerte- og karsykdom	22,2	-4,9
8,6	Nevrologiske sykdommer	Nevrologiske sykdommer	10,3	57,9
6,7	Kroniske luftveissykdommer	Kroniske luftveissykdommer	6,9	36,9
5,0	Luftveisinfeksjoner og tuberkulose	Luftveisinfeksjoner og tuberkulose	6,7	76,9
3,8	Utilsiktete skader	Diabetes og nyre	5,1	94,4
3,5	Diabetes og nyre	Utilsiktete skader	4,4	49,7
3,4	Fordøyelsessykdommer	Fordøyelsessykdommer	3,7	43,8
1,9	Andre ikke-smittsomme sykdommer	Andre ikke-smittsomme sykdommer	3,3	122,7
1,4	Selvskade og vold	Infeksiøse tarmsykdommer	2,0	213,6
0,9	Infeksiøse tarmsykdommer (12 ²)	Selvskade og vold (14 ²)	0,8	-26,7
Helsetapsjusterte leveår (DALY)				
Andel ¹ (%)	2019	2050	Andel ¹ (%)	Endring i rater, (%)
18,4	Kreft	Kreft	19,3	8,3
13,8	Hjerte- og karsykdom	Hjerte- og karsykdom	10,6	-21,2
9,7	Muskel- og skjelettlidelser	Muskel- og skjelettlidelser	10,2	6,5
8,1	Psykiske lidelser	Nevrologiske sykdommer	9,0	18,4
7,8	Andre ikke-smittsomme sykdommer	Andre ikke-smittsomme sykdommer	8,0	5,2
7,7	Nevrologiske sykdommer	Psykiske lidelser	7,7	-1,9
6,0	Utilsiktete skader	Utilsiktete skader	5,8	-1,2
5,4	Kroniske luftveissykdommer	Kroniske luftveissykdommer	5,1	-4,3
4,1	Diabetes og nyre	Diabetes og nyre	4,4	9,3
3,0	Fordøyelsessykdommer	Rusmiddellidelser	3,0	8,5
2,8	Rusmiddellidelser (14 ²)	Fordøyelsessykdommer (11 ²)	2,9	1,1

¹ Andel av totale dødsfallsrater og rater av helsetapsjusterte leveår (alle årsaker)² Rangering utenfor topp 10-listen

Kilde: Global Burden of Disease-prosjektet

Pandemien har påvirket dødeligheten i befolkningen. Etter en lang periode med fallende trend, økte dødeligheten fra og med høsten 2021. Beregninger gjort av FHI viser en overdødelighet i 2022, som i stor grad skyldes en økning i covid-19-asso-

sierte dødsfall¹². Det er fremdeles for tidlig å konkludere med hvordan covid-19 har endret dødelig-

¹² <https://www.fhi.no/publ/2022/Dodelighet-under-pandemien/>

heten i den norske befolkningen, og om vi vil få midlertidige eller varige endringer i dødeligheten som skyldes koronaviruset.

Mange av konsekvensene av koronapandemien er fortsatt ukjente, og må følges over tid. Det er samtidig grunn til å forvente at vi må leve med koronaviruset i framtida, kanskje på lik linje med influensa. Da kan det være nødvendig å fortsette med regelmessig vaksinasjon av eldre og risikogrupper.

Fremtidens helseutfordringer – mot 2050

De samme viktige helseutfordringene som vi har i dag, vil i stor grad også bestå i 2050. Den jevne nedgangen i dødelighet og sykkelighet som vi har sett i perioden mellom 1990 og 2019, altså en stadig friskere befolkning totalt, ser imidlertid ikke ut til å fortsette. Dette skyldes i all hovedsak at vi blir flere eldre. Hvis vi ser bort fra en aldrende befolkning, er både dødelighet og ikke-dødelig helsetap framskrevet å gå nedover, men ikke i like stor grad som i perioden fra 1990 til 2019.

Flere eldre peker seg ut som den største enkeltutfordringen for planleggingen av folkehelsearbeidet i framtiden. Forventet levealder er framskrevet å fortsette å øke fram mot 2050, og med flere eldre i befolkningen, vil det totalt sett medføre en framskrevet økning i både dødelighet og sykkelighet. Framskrivninger av helsetjenestebruk viser at de over 70 vil stå for så å si all forventet økning i bruk av offentlige helsetjenester fram til 2040. Antall mottakere omsorgstjenester

vil øke fra overkant av 350 000 mottakere i 2019 til om lag en halv million mottakere i 2040.

Andelen av befolkningen i aldersgruppene over 75 år er framskrevet å øke. Gruppen over 90 år vil både øke i størrelse, og ha høyere dødelighet og sykdomsbyrde enn i 2019. I høy alder vil kreft, demens, fallulykker, ernærings sykdommer og infeksjoner bli viktigere årsaker til dødelighet og sykkelighet. Det er behov for økt oppmerksomhet på samsykkelighet og «komplekse pasienter». Det bør være spesiell oppmerksomhet rettet mot aldersgruppen fra 90 år og oppover under planleggingen av framtidens helse- og omsorgstjenester.

Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser vil fortsette å være viktige årsaker til helsetapsjusterte leveår også i framtiden. Med en mindre andel av befolkningen i arbeidsfør alder i framtiden, blir det viktig å også fokusere på sykdommer som hindrer arbeidsdeltakelse.

Rusmiddelvaner som tas med inn i alderdommen, sammen med eldrebefolkningens bruk av potente og vandannede medikamenter, kan ha betydning for eldres livskvalitet og friske leveår.

Smittsomme sykdommer kan bli en større utfordring for folkehelsen i framtiden enn i dag. Det er sannsynlig at vi vil se nye pandemier i løpet av de neste tiårene, og risikoen kan være økende, blant annet på grunn av klima- og miljøendringer. Dersom forekomsten av antibiotikaresistens øker, kan det få store konsekvenser for helsen også i Norge.

Bestilling av publikasjonar

Tryggings- og serviceorganisasjonen til departementa
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonane er også tilgjengelege på
www.regjeringen.no

Omslag og illustrasjoner: Melkeveien Designkontor

Trykk: Tryggings- og serviceorganisasjonen til
departementa – 03/2023

