

Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding

Først publisert: 11.03.2022

Sist faglig oppdatert: 11.03.2022



Innhold

1. Rammene for folkehelsearbeidet	3
2. Folkehelse gjennom livsløpet - barn og unge	21
3. Folkehelse gjennom livsløpet - voksenbefolkningen ...	43
4. Folkehelse gjennom livsløpet - eldre	64

Rammene for folkehelsearbeidet

Innledning

«Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse, slik at ikke kostnader knyttet til sykdom binder opp stadig større deler av økonomien, og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen.» - [Forarbeidene til folkehelseloven, L.prp. 90, kap. 7.2, s. 48.](#)

Den siste [perspektivmeldingen](#) er tydelig: Offentlige utgifter vil snart øke raskere enn offentlige inntekter. Velferdsbehovene blir større enn samfunnet klarer å levere. En befolkning med høy sysselsetting og god helse er et premiss for en bærekraftig samfunnsutvikling og for at helse- og velferdstjenester skal kunne opprettholdes på tilsvarende nivå som i dag.

Trender som hver for seg er bekymringsfulle kan oppsummeres som:

- økende helseutgifter og synkende sysselsettingsrate
- demografiske endringer
- økende sosiale helseforskjeller
- endret sykdomsbyrde som resultat av økende alder i befolkningen

Samlet sett utgjør trendene en utfordring for bærekraften i samfunnet og mot fremtidig velferd. De bør utgjøre en sterk drivkraft til å styrke folkehelsearbeidet. En felles snuoperasjon forutsetter at den samlede innsatsen dreies mer i retning av helsefremmende og forebyggende arbeid.

To år med pandemi og pandemiltak har dramatisk endret hverdagen til befolkningen. Vi vet ennå ikke hva konsekvensene av dette vil bli, men det er grunn til å tro at særlig grupper som var utsatt fra før, har kommet enda dårligere ut nå. Dette er utfordringer som folkehelsearbeidet må adressere.

Folkehelsearbeidet skjer der folk bor og er. Det betyr at perspektiver knyttet til samfunnsutvikling som fremmer helse og livskvalitet må innpasses i alle samfunnssektors arbeid. Ett eksempel på et område der behovet for tverrsektorielt samarbeid er åpenbart, er barns oppvekstvilkår. Dette er en oppgave helsesektoren ikke kan håndtere på egenhånd, men er avhengig av et velfungerende, tverrsektorielt samarbeid for å lykkes.

Denne rapporten utgjør Helsedirektoratets vurderinger av og innspill til folkehelsearbeidet for de kommende årene. Dokumentet er bygget opp i to deler. Del 1 gir rammer og forutsetninger for arbeidet: demografiske utfordringer, sykdomsbyrde, systematikken i folkehelsearbeidet. Del 2 omtaler folkehelsen i et livsløpsperspektiv – delt inn i kapitler om barn og unge, voksenbefolkningen og eldre.

Vi tar ikke mål av oss å dekke alle temaer og utfordringsområder på folkehelseområdet. Dette reflekterer ikke nødvendigvis at slike temaer ikke er viktige. Utvalget av temaer, problemstillinger og anbefalinger er gjort på bakgrunn av en samlet vurdering av utfordringsbildet og eksisterende strategier og virkemidler.

Kunnskapen om livskvaliteten i den norske befolkningen fra nasjonale og regionale undersøkelser de siste årene viser at livskvaliteten er skjevt fordelt etter inntekt og utdanning. Helse- og omsorgsdepartementet har startet et arbeid med å [utvikle en strategi for livskvalitet i Norge](#). Strategien skal peke ut retningen for livskvalitetsarbeidet, og skal blant annet bidra til et mer helsefremmende og rettferdig samfunn. Dette innspillet vil derfor ikke gi anbefalinger på dette området.

Koronapandemien har vært en påminnelse om at smittevern fortsatt er en betydelig del av folkehelsearbeidet. Regjeringen har varslet en egen stortingsmelding om framtidig pandemiberedskap, og smittevern vil derfor ikke drøftes nærmere her. Dette innspillet omhandler primært de ikke-smittsomme sykdommene, og tiltak og strategier rettet mot disse.

Om kapitlet

Norge har en unik folkehelselov som pålegger myndigheter lokalt, regionalt og sentralt å jobbe systematisk og langsiktig med folkehelse. Dette kapitlet beskriver systemet og peker på noen muligheter for forbedring. I tillegg beskrives noen av de viktigste demografiske og folkehelsemessige trendene og utfordringene.

Helsedirektoratet anbefaler

- at de tre folkehelsemålene operasjonaliseres gjennom tverrsektorielle delmål.
- at det utvikles indikatorer til delmålene i de ulike sektorer, og at indikatorene erstatter det nåværende rapporteringssystemet (sektorrapport for folkehelse).
- at indikatorutviklingen rapporteres til Stortinget i egnet form hvert fjerde år, i forbindelse med folkehelsemeldingene.
- et mer systematisk arbeid med kunnskapsutvikling om effekt av tiltak på folkehelseområdet og samfunnsøkonomiske beregninger, herunder arbeidet med helsekonsekvensvurderinger.

1.1

Systematikken i folkehelsearbeidet

1.1.1 Folkehelsemålene

Norge har tre nasjonale folkehelsemål som det er bred tverrpolitisk enighet om*:

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

Å oppnå folkehelsemålene krever innsats rettet mot befolkningen, miljøfaktorer og ulike samfunnsforhold, på tvers av samfunnssektorer. For å styrke Helsedirektoratets følge med-rolle, herunder bedre å kunne vurdere måloppnåelse, mener Helsedirektoratet det er behov for å operasjonalisere målene ved hjelp av delmål, og å utvikle indikatorer til delmålene. Dette vil bidra til å styrke langsiktigheten i det nasjonale systematiske folkehelsearbeidet. Intensjonen bak Helsedirektoratets Sektorrapport om folkehelsearbeidet (se nedenfor), er å følge utviklingen i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Det har imidlertid vært en utfordring at indikatorene i stor grad har vært endret med hver folkehelsemelding, og at det derfor har vært vanskeligere å følge utviklingen over de lange tidslinjene som folkehelsearbeidet krever.

1.1.2 Systematisk folkehelsearbeid

Systematisk folkehelsearbeid bidrar til å sette folkehelse på agendaen nasjonalt, regionalt og lokalt på en systematisk måte, og med et langsiktig perspektiv. De overordnede målene for systematisk folkehelsearbeid er de nasjonale folkehelsemålene, samt folkehelselovens formål.

Nasjonalt

Det nasjonale, systematiske folkehelsearbeidet handler om å legge et kunnskapsbasert grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementet arbeid med å videreutvikle folkehelsepolitikken, som fremmes som en folkehelsemelding til Stortinget hvert fjerde år.

I denne systematikken bidrar både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet med grunnlagsdokumenter og anbefalinger. Helsedirektoratet utarbeider i forkant av stortingsmeldingene en sektorrapport om status i det nasjonale folkehelsearbeidet, [Sektorrapport om folkehelse](#) (tidligere [Folkehelsepolitisk rapport](#)). Rapporten utarbeides i samarbeid med en rekke sektorer, og beskriver utviklingen på områder utenfor helsesektoren som er relevant for folkehelsen. Folkehelseinstituttet (FHI) utarbeider blant annet Folkehelse rapporten med kunnskap og statistikk om helsetilstanden i Norge, samt enkelte påvirkningsfaktorer.¹ Disse to rapportssystemene utgjør det viktigste grunnlaget for direktoratets innspill til ny folkehelsemelding, og hovedkonklusjonene fra årets rapporter er derfor gjengitt nedenfor.

Systemet fungerer i hovedsak godt, men direktoratet anbefaler likevel at det nasjonale folkehelsearbeidet gjennomgås med tanke på tidsløp, roller og ansvar, samt vurderes i lys av de nasjonale folkehelsemålene og folkehelselovens formål. Gjennomgangen kan også omfatte bidrag fra andre aktører enn Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Kommunalt og regionalt

Fundamentet i kommuner og fylkeskommuners systematiske folkehelsearbeid er et oversiktsdokument, om helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse og sosiale helseforskjeller, som utarbeides i forkant av kommune- og fylkestingsvalg. Gjennom oversiktsarbeidet får kommuner og fylkeskommuner løftet fram relevante folkehelseutfordringer om blant annet levevaner, oppvekstvilkår og demografiske utfordringer som grunnlag for iverksetting av tiltak.

Helsedirektoratet, har i samarbeid med Folkehelseinstituttet, utarbeidet indikatorer på det lokale systematiske folkehelsearbeidet. Indikatorene bidrar til å styrke Helsedirektoratets følge med-rolle i det lokale systematiske folkehelsearbeidet, men det er behov for å videreutvikle arbeidet.

Hovedinntrykket er at det systematiske folkehelsearbeidet på lokalt og regionalt nivå fungerer godt i et stort flertall av kommunene og regionene, og at det ikke er behov for vesentlige endringer. Dette inntrykket bekreftes av drøftinger med kommunene selv om hovedutfordringene for lokalt og regionalt folkehelsearbeid.

Helsekonsekvensvurderinger

Helsedirektoratet erfarer at det er behov for å styrke kunnskapen om helsekonsekvenser nasjonalt, regionalt og lokalt, herunder om samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det er etterspørsel fra samarbeidspartnere nasjonalt, og i oppfølgingen av folkehelsearbeidet i kommunene.

Utredning av helsekonsekvenser handler om å synliggjøre hvorvidt tiltak kan påvirke folkehelsen positivt eller negativt. Å unnlate å vurdere helsemessige konsekvenser kan bidra til store samfunnsmessige kostnader. På nasjonalt nivå er arbeidet med konsekvenser forankret i Utredningsinstruksen, i lokal og regional forvaltning er konsekvenser for miljø og samfunn hjemlet i plan- og bygningsloven og forskrift om konsekvensutredninger.

Helsedirektoratet er nå i slutfasen av utarbeidelse av en veileder til utredningsinstruksen om konsekvenser for befolkningens helse og livskvalitet.

Forskning på effekter av folkehelsearbeid

Effekter av folkehelsearbeid på helsetilstanden i befolkningen er vanskelig å måle. Noe av utfordringen er at gevinster ikke nødvendigvis blir synlige i samme sektor som innsatsene settes inn. Videre er det gjerne en hel samling med tiltak og innsatser som gir effekt på den totale helsen i befolkningen, og det er derfor krevende å isolere effekten av ett enkelt tiltak. Det er viktig å videreutvikle arbeidet med effektstudier på folkehelse slik at vi kan bygge kunnskap om effekter av forebyggende folkehelsearbeid med et bredt samfunnsperspektiv. Her er det et stort potensial.

Samfunnskostnaden relatert til usunt kosthold i Norge er tidligere anslått til 154 milliarder 2013-kroner,[2] et tilsvarende estimat om fysisk inaktivitet er anslått til ca. 400 milliarder kroner per år når et kvalitetsjustert leveår er verdsatt til 1,1 millioner kroner.[3] Kostnadsanslagene er to eksempler på totale samfunnsøkonomiske gevinster som kan oppnås dersom befolkningen følger kostrådene og/eller rådene om fysisk aktivitet.

En systematisk oversikt som har sett på økonomiske analyser av over 50 folkehelseintervensjoner konkluderer med at for hver krone investert, får man i gjennomsnitt 14 kroner tilbake. Nasjonale innsatser gir som regel høyere gevinst enn lokale strategier, og lovgivning gir høyere avkastning enn andre tiltak. Det viser seg å være store variasjoner mellom ulike tiltak, og det er behov for mer kunnskap på området.[4]

I årene som kommer er det behov for mer kunnskap om effekt av tiltak på folkehelseområdet og samfunnsøkonomiske analyser for å vurdere gevinstpotensialet. Det bør jobbes systematisk med kunnskapsutvikling på området.[5]

Relasjonell velferd som mulig videreutvikling av velferdsstaten

Begrepet relasjonell velferd fremhever en mulig videre utvikling av velferdsstaten; velferd er noe mennesker skaper sammen for å fremme og ivareta livskvalitet for alle. Relasjonell velferd knytter sammen to sentrale premisser:

- Borgerne vet hva de trenger for å få det bedre i livene sine.
- Den enkelte kan medvirke og bidra i løsningene.

Gjennom å bruke kunnskapen hos borgerne og samtidig forløse den kapasiteten den enkelte har til å bidra, kan vi skape bedre lokalsamfunn og tjenester. De som deltar, opplever samtidig ofte mening og tilhørighet fordi de er en del av løsningen. En slik tilnærming legger til rette for at borgere både blir verdsatt og kan tilføre verdi i eget liv, andres liv, arbeidsliv, samfunnsliv og i demokratiske prosesser; noe som er vesentlig for utvikling av livskvalitet.[6]

Det å finne løsninger som er tilpasset dem det gjelder, og som samtidig bruker de ressursene som finnes hos den enkelte, i grupper og i lokalsamfunn, hviler på en godt dokumentert forståelse av hvilke faktorer som bidrar til helse og livskvalitet.[7] Velferdsstatens bærekraft kan styrkes ved at velferd anses som en felles oppgave, selv om erfaringer fra Storbritannia[8] viser at det offentlige fortsatt må ha en vesentlig rolle som garantist og tilrettelegger for samskaping av velferd. Offentlig sektor og folkevalgte organer må sikre befolkningens velferd og livskvalitet, men kan samtidig mobilisere relevante aktører på tvers til samarbeid og felles innsats, der livskvalitet for nåværende og framtidige generasjoner settes på agendaen [som et felles, overordnet samfunns mål i tråd med menneskerettigheter og FN's bærekraftsmål](#).

1.1.3 Folkehelserapporten – temautgave om folkehelsen etter covid-19

[Folkehelseinstituttets temautgave av Folkehelserapporten for 2021](#) handlet om Folkehelsen etter covid-19 og konsekvenser av pandemien for ulike grupper i Norge.

Barn og unge

Rapporten trekker frem at pandemien har rammet skjevt på flere måter. Det har bl.a. vært forskjeller i smittetrykk og smitteverntiltak både når det gjelder ulike aldersgrupper og i geografi. [Ungdata 2021](#) bekrefter at pandemien og smitteverntiltak har vært spesielt krevende for mange ungdommer, og unge har opplevd store endringer i hverdagen, med mer digital undervisning og hjemmeskole. Flere av tjenestene som yter bistand til barn og unge hatt sterkt redusert kapasitet under pandemien. Dette kan få konsekvenser for denne gruppen - både på kort og lang sikt.

Gjennomgang av konsekvenser av smitteverntiltakene har konkludert med at alle elever i større eller mindre grad har opplevd negative følger. Det er rapportert om mer ensomhet og dårligere psykisk helse. Det har vært en nedgang i elevenes motivasjon og mestring, og det er flere elever med bekymringsfullt fravær.

I tillegg er det enkelte elever og elevgrupper som har vært ekstra hardt rammet gjennom et redusert omfang og kvalitet på spesialundervisningen, og færre timer til særskilt språkopplæring. Skolestarten og begynneropplæringen har vært mer krevende, inkludert overganger mellom skoletrinn.

Det er flere elever som står i fare for å ha manglende grunnlag for videre opplæring i videregående skole. Det er flere i gruppen som har hatt det ekstra krevende, og som har tapt praksisopplæring i yrkesfaglige utdanningsløp. Norsk Pasient Register viser at det er økning i antall og alvorlighetsgrad på henvendelsene til psykisk helsevern for barn og unge. Flere ser ut til å streve med angst, depresjon og alvorlige spiseforstyrrelser.

Innvandrergupper

Enkelte innvandrergupper har gjennom hele pandemien vært mer utsatt for smitte og covid-19-relaterte sykehusinnleggelser enn resten av befolkningen. Årsakene er sammensatte. Både sosioøkonomiske forhold, bostedskommune, reising og forsinkelser i arbeidet med tiltakskjeden for testing, isolasjon, smittesporing og karantene spiller inn. FHI angir også i temarapporten at utenlandsfødte sto for omtrent 40 prosent av alle sykehusinnleggelser fra mars 2020 til februar 2021 ([Folkehelserapportens temautgave 2021](#)). Pandemien har videre vist at det er sterke sammenhenger mellom innvandrerhelse og sosial ulikhet i helse. Det er en generell utfordring at vi ikke har god nok oversikt over innvandreres helse og helseutfordringer, og tilrettelegging av informasjon og tjenester. Det er videre krevende at datagrunnlaget er fragmentert.

Betydningen av tillit

Høy grad av tillit har vært en avgjørende faktor for den høye dekningsgraden av koronavaksinen og etterlevelse av smitteverntiltak. Både tillit til vaksinasjon og TISK-systemet, men også tillit til myndighetene har vært viktig.

Tillit til helsemyndighetene under pandemi er uløselig knyttet til evnen til å imøtekomme befolkningens etterspørsel etter informasjon på tilfredsstillende måte. Pandemien har tydeliggjort viktigheten av å nå ut til hele befolkningen, uavhengig av språk-, digital- og helsekompetanse, for å sikre at befolkningen til

enhver tid skal finne, forstå og ha den kunnskapen som trengs for å håndtere en hverdag med smitte. Budskap, språk, formidlingsmåte og kanalbruk har vært avgjørende. Det er viktig å gå i dybden på målgruppetenking. Hver situasjon, hvert budskap og hver målgruppe trenger tilpasning av grunnbudskapene.

Pandemien medførte en rekordrask digital utvikling som på mange måter har vist at digitaliseringen kan spille en viktig rolle i å skape en robust helsetjeneste. Digitalisering gir store muligheter, men kan også være en barriere for sårbare brukere.

Psykisk helse og livskvalitet

Temarapporten, samt flere enkeltundersøkelser, peker også på utfordringer knyttet til psykisk helse og livskvalitet særlig for enkelte grupper:

- Unge og aleneboende har hatt utfordringer knyttet til ensomhet og psykiske plager.
- Det er en betydelig økning i rapporterte psykiske plager hos studentene gjennom studentenes helse- og trivselsundersøkelse.
- Det er ikke påvist alvorlig forverring av psykisk uhelse i befolkningen generelt, men enkelte grupper kan ha blitt rammet.
- Grupper som ikke var i arbeid under pandemien, har opplevd økt ensomhet.
- Eldre (75+) rapporterte en liten økning i ensomhet, og mindre fornøydhets med livet under pandemien sammenlignet med livet før covid-19 utbruddet

Covid-19-pandemien, og alle tiltakene som ble iverksatt, fikk i tillegg til helse - umiddelbar virkning på samfunnsområder som arbeidsliv og utdanning. Det blir viktig fremover å følge med på- og fortløpende vurdere tiltak som retter seg mot de langsiktige effektene av pandemien og pandemiltakene på barn og ungdoms utvikling spesielt, og befolkningens levekår og levevaner generelt.

Selv om konsekvensene av tiltakene har rammet skjevt og truffet mange hardt, har Norge kommet langt bedre ut av pandemien enn mange andre land. Vi har i stor grad klart å holde tjenestene til barn og unge åpne, herunder skoler og barnehager, som har vært stengt over langt lengre perioder i andre land. Det har vært godt samarbeid mellom myndigheter på tvers av fagfelt, og det har vært bred enighet om å skjerme barn og unge for de strengeste tiltakene.

1.1.4 Sektorrapport om folkehelse: utviklingen i andre sektorer

For å følge med på påvirkningsfaktorer for folkehelsen i andre sektorer, utgir Helsedirektoratet hvert fjerde år en [Sektorrapport om folkehelse](#) (tidligere kalt Folkehelsepolitisk rapport). Dette sektorrapporteringsystemet ble opprinnelig utviklet i forbindelse med [Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller](#), og selv om mange indikatorer har vært byttet ut eller endret over tid, inneholder rapporteringen fortsatt viktige fordelingsdimensjoner. Et kort sammendrag av kapitlene i rapporten er gjengitt i det følgende.

Økonomiske levekår

Inntektsulikhetene i Norge har vært forholdsvis stabile de siste årene, og i internasjonal sammenheng er de relativt små. Innenlands er det imidlertid store regionale forskjeller mellom fylkene; tidligere Sogn og Fjordane og Nordland har minst inntektsforskjeller, mens Akershus og særlig Oslo har klart størst. Nederst

på inntektsskalaen har andelen med vedvarende lavinntekt økt de siste årene, og lavinntektspopulasjonen har over tid blitt vesentlig yngre. En vesentlig og stadig økende andel i gruppen barn med vedvarende lavinntekt er enten innvandrere eller barn av innvandrere.

Husholdningenes samlede formue er svært skjevt fordelt i Norge: den mest formuende tiendedelen av husholdningene disponerer over halvparten av den samlede formuen i landet, mens den minst formuende halvparten av husholdningene disponerer så å si ingenting. Andelen av husholdninger med mye gjeld (mer enn tre ganger inntekten) har økt betraktelig det siste tiåret.

Sosial støtte, deltakelse og medvirkning

De aller fleste voksne og unge har gode venner, men 11 prosent av voksne og 26 prosent av unge er mye plaget av ensomhet. Andelen unge som rapporterer at de er plaget av ensomhet har økt de siste årene. Det har også andelen unge som ikke deltar i fritidsaktiviteter. Helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne er den barrieren flest voksne oppgir som hinder for sosial deltakelse. 36 prosent av voksne oppgir at de opplever å ha liten innflytelse på det myndighetene gjør. Nesten én av fire voksne har opplevd å bli utsatt for diskriminering, mens i overkant av 30 prosent av unge har opplevd å bli utsatt for seksuell trakassering.

Det er en sosial gradient på tvers av omtrent samtlige indikatorer i dette kapitlet, blant både voksne og unge. Voksne med høyere utdanning og unge fra høyere sosioøkonomiske grupper rapporterer jevnt over færre negative utfall enn de med lavere utdanningsnivå (særlig grunnskoleutdanning) eller lavere sosioøkonomiske gruppe.

Trygge og helsefremmende miljøer

Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er naturskapt eller menneskeskapt, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet, og for menneskelig utfoldelse, vekst og utvikling. Folkehelseloven uttrykker klart at innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god helse eller hindrer at sykdom og skade oppstår. Som kvaliteter i trygge og helsefremmende miljøer kan nevnes tilgjengelighet, deltagelse og universell utforming, infrastruktur for aktiv transport, sunne, aktivitetsfremmende og grønne nærmiljøer, gode boliger og bomiljøer og trygge omgivelser.

Det fysiske miljøet handler også om å opprettholde et klima i balanse. FNs sjette klimarapport¹ (IPCC - FNs klimapanel 2021) har på ny slått fast at den globale gjennomsnittstemperaturen har økt, og at oppvarmingen skyldes menneskeskapt klimagassutslipp. Ekstremvær som hetebølger og styrtregn blir vanligere. Det er behov for raske og omfattende utslippskutt for å kunne begrense oppvarmingen til 1,5 grader. Det er samtidig viktig å tilpasse samfunnet til klimaendringene som allerede er der og fortsatt vil pågå. Norges befolkning har generelt god helse, men virkninger av klimaendringer vil samtidig få betydning for folkehelsen.

Oppvekst

Barnehagedekningen i Norge er høy. For aldersgruppa 1-5 år var dekningsgraden i 2020 på 92,8 prosent. Økningen har vært størst blant 1-2 åringene. Her har andelen barn i barnehage økt fra 78,8 prosent i 2010 til 85,4 prosent i 2020. Andelen minoritetsspråklige barn i barnehage er lavere enn for øvrige barn. Forskjellene er blitt mindre de siste årene, men det er fremdeles relativt store forskjeller i den yngste aldersgruppen. Andelen ansatte med barnehagelærerutdanning har økt fra 39 prosent i 2016 til 43,1 prosent i 2020. Økningen i ansatte med relevant utdanning har kommet samtidig med en generell økning i antall ansatte i barnehagene.

Elevundersøkelsene viser at trivselen blant norske elever har holdt seg ganske stabil over tid. Trivselen er høy gjennom hele grunnskolen og videregående skole, viser tall fra Ungdata 2021. Men ikke alle barn og unge finner venner og opplever tilhørighet på skolen. Andelen som oppgir å ha blitt mobbet avtar etter som elevene blir eldre, men det er en liten økning igjen på 9. trinn.

Skoleprestasjoner henger sammen med foreldrenes utdanningsnivå, og dette mønsteret er rimelig stabilt. Svake prestasjoner i grunnskolen er en viktig enkeltforklaring for frafall i videregående opplæring. 79,6 prosent av elevene som begynte i videregående opplæring i 2014, fullførte innen 5/6 år. Fullføringsprosenten er lavere for elevene som begynte på yrkesfaglige utdanningsprogrammer enn de på studieforberedende utdanningsprogrammer.

Over tid har stadig flere barn og unge fått tiltak fra barnevernet, men de siste årene har antallet holdt seg relativt stabilt, og er noe redusert. De fleste som får hjelp fra barnevernet mottar hjelpetiltak i hjemmet. Hjelpetiltakene skal være med på å øke foreldrekompetansen, kompensere for mangler i omsorgen eller avlaste foreldrene.

Den registrerte kriminaliteten blant barn og unge har gått ned, men det er stadig en liten gruppe barn og unge som står for en stor andel av kriminaliteten, og begår svært mange kriminelle forhold.

I perioden 2019 til 2020 har det vært en nedgang i konsultasjoner ved helsestasjonen samt en nedgang i antall hjemmebesøk gjennomført av jordmor etter fødsel.

Arbeidsliv

Norsk arbeidsliv har gjennom flere tiår vært kjennetegnet av høy sysselsettingsgrad. I de siste årene har imidlertid sysselsettingen gått noe ned. En del av nedgangen kan forklares med aldring av befolkningen. Et særtrekk ved utviklingen i Norge de siste 10-15 årene er en relativ svakere utvikling for menn i yrkesaktiv alder, sammenlignet med flere andre europeiske land. Flere seniorer står lenger i arbeid. Dette er en generell trend, selv om avgangsalderen blir noe påvirket av konjunkturedringer. I 2020 var gjennomsnittlig avgangsalder fra arbeidslivet 65,6 år.

Arbeidstakere med kort utdanning er i større grad eksponert for fysisk og kjemiske belastninger, mens belastningen blant arbeidstakere med lengre utdanning i større grad er knyttet til psykososiale forhold. Om lag én av tre sysselsatte som rapporterer at de har hatt sykefravær lengre enn 14 dager siste året, oppgir at fraværet helt eller delvis skyldes forhold på jobben.

Arbeidslivet ble hardt rammet av pandemien. Den har rammet bredt, men ulikt. Mange ble arbeidsledige, spesielt lavtlønnede som ofte jobber i service-, reiseliv- og transportsektoren. Andre, som helsepersonell og lærere, fikk en langt mer krevende arbeidssituasjon. Hjemmekontor ble en løsning for de som hadde mulighet til å jobbe hjemmefra. Selv om arbeidsledigheten har vært synkende det siste halvåret, kan det nå se ut som den er i ferd med å stabilisere seg på et noe høyere nivå enn tidligere.

Fotnoter

* Målene ble lansert i Meld. St. 34 (2012-2013) God helse – felles ansvar og har vært de samme siden 2012.

[1] [Folkehelse rapporten](#) er nettbasert og kapitlene oppdateres fortløpende. I tillegg utgir Folkehelseinstituttet egne temarapporter om folkehelsen, den siste handlet om [Folkehelsen etter covid-19](#)

- [2] Helsedirektoratet. (2016). Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd, Nettdokument: [Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd.pdf](#)
- [3] Helsedirektoratet. (2014). [Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen](#)
- [4] Masters R, Anwar E, Collins B et al. (2017). [Return on investment of public health interventions: a systematic review](#). J Epidemiol Community Health 2017;71:827–834. doi:10.1136/jech-2016-208141
- [5] Helsedirektoratet. (2015). Samfunnsøkonomiske beregninger av tiltak innen kosthold og fysisk aktivitet. Oversikt og forslag til beregninger. Nettdokument: [Samfunnsøkonomiske beregninger av tiltak innen kosthold og fysisk aktivitet.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [6] Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics. American Journal of Community Psychology, 65(1-2), 16-34. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>
- [7] Heimburg, D. v., & Ness, O. (2021). Relational Welfare: A socially just response to co-creating health and well-being for all. Scandinavian Journal of Public Health, 49(6), 639-652. <https://doi.org/10.1177/1403494820970815>
- [8] Civil Exchange. (2015). Whose society? The final big society audit. London: Civil Exchange, også omtalt i Ansell, C., & Torfing, J. (2021a). Public governance as co-creation: A strategy for revitalizing the public sector and rejuvenating democracy. Cambridge University Press.

1.2

Forebygging og velferdsmodellens bærekraft

Den nordiske velferdsmodellen har vært vellykket med hensyn til å sikre velferd og utjevne ulikheter, men utfordres nå av økende kompleksitet i problemstillingene den skal løse (for eksempel utenforskap), voksende forventninger fra innbyggerne og spørsmål om hvorvidt modellen i sin nåværende form er bærekraftig på sikt.

Det er nær sammenheng mellom økonomisk og sosial utvikling og helse. I forarbeidene til folkehelseloven beskrives dette slik: «Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse, slik at ikke kostnader knyttet til sykdom binder opp stadig større deler av økonomien og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen.» ([Helsedirektoratet \(2018\) Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling](#)).

I det følgende presenteres utfordringer som hver for seg utfordrer bærekraften i Norges velferdsmodell: økende helseutgifter og synkende sysselsettingsrate; demografiske endringer; økende sosiale helseforskjeller; og endret sykdomsbyrde som resultat av økning i andelen eldre.

1.2.1 Økende helseutgifter og synkende sysselsettingsrate

[Perspektivmeldingen](#) (2021) gir et tydelig overordnet budskap:

- De økonomiske framskrivningene sannsynliggjør at offentlige utgifter vil øke raskere enn offentlige inntekter om få år.
- Med dagens nivå på brutto nasjonalprodukt (BNP) for fastlands-Norge, vil inndekningsbehovet være på om lag 5 milliarder kroner per år fram mot 2060.

I Norge er samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker beregnet til å utgjøre rundt 1 860 milliarder kroner i 2013.[9] Samfunnskostnadene fordeles på helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap.

Perspektivmeldingen fra 2021 angir at Helseutgifter i Norge, utenom investeringer, utgjorde 372 milliarder kroner i 2019. Det tilsvarer 10,5 prosent av BNP, en økning på vel 1 ½ prosentenheter siden 2013. Utgiftene til helsetjenester i OECD-landene var i gjennomsnitt på knapt 9 prosent av bruttonasjonalprodukt. Norge ligger høyere enn gjennomsnittet i OECD, men er omtrent på linje med de nordiske landene. Utgifter til praktisk bistand til eldre som ikke defineres som helseutgifter, kommer i tillegg. De kan anslås til 23 milliarder kroner.

Det årlige utgiftsbehovet i helseforetakene og kommunene, som følge av aldringen av befolkningen frem til 2030, er anslått til 4-5 milliarder kroner, og er høyest i slutten av perioden.

Den høye graden av sysselsetting utfordres av at vi lever lenger, at mange står utenfor arbeidsstyrken og at mange generelt slutter å jobbe etter fylte 62. Pensjonstidspunkt henger sammen med blant annet utdanningsnivå, helse, samt muligheter til å fortsette i jobb.[10]

For å kunne opprettholde offentlige velferdsordninger viser beregninger at det er nødvendig med lavere sykefravær, mer heltid, at flere står i jobb til de er 67, en reduksjon i antall uføretrygdte, samt å få utsatte grupper i arbeid.[11] Å være i jobb er en viktig kilde til inntekt, fellesskap og læring for den enkelte. Forutsetningen er at befolkningen har god helse. En svekket sysselsettingsrate på grunn av redusert helse få konsekvenser for velferdsstatens bærekraft.

1.2.2 Demografiske endringer: En aldrende befolkning

I gjennomsnitt lever befolkningen i Norge nå mer enn 25 år lenger enn forrige århundre. Bedre levekår, godt folkehelsearbeid, bedre tjenester og medisinsk utvikling har gitt viktige bidrag. Det er et gode at vi lever lenger. Samtidig innebærer det at det blir færre i arbeidsdyktig alder til å ta hånd om pleietrengende og eldre, og til å skape verdiene som skal betale for økende utgifter til folketrygden og helse- og omsorgstjenester. Finansieringen av velferdssamfunnet vil kreve mer av dem som er i arbeidsfør alder (Perspektivmeldingen 2021).

Det er mye å hente i en friskere alderdom og muligheten til å stå lengre i jobb. En [fersk rapport fra Ny Analyse](#) på oppdrag fra Senteret for et aldersvennlig Norge beregnet verdien av frivillig arbeid gjort av pensjonister i "normalåret" 2019 til rundt 29 milliarder kroner.

[En studie fra FHI](#) publisert i 2021 gir tydelige indikasjoner på at vi kan "komprimere" årene med behov for helsehjelp. Studien er basert på data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT-undersøkelsen) og finner at økende levealder de siste to tiårene følges av flere funksjonsfriske år, og at antall år med funksjonsbegrensninger blir redusert. Om innsatsen dreies mer i retning av helsefremming og forebygging reduseres økningen i kostnadene til [kommunale pleie- og omsorgstjenester](#).

Det er kapasitetsutfordringer for tjenestetilbudet i dag, noe som vil øke på grunn av den demografiske utviklingen. Når andelen eldre øker, øker også andelen personer som har kronisk sykdom og sammensatte diagnoser. Disse personene trenger ofte oppfølging fra ulike deler av helsetjenesten. Behovsveksten ved

at vi blir flere eldre vil kunne gjøre det mer krevende å prioritere ressurser til andre tjenesteområder. Tjenester og tiltak til for eksempel barn og unge må også videreutvikles, og det vil være behov for effektiv og målrettet ressursbruk også her.[12]

1.2.3 Forebygging og helsefremmende arbeid må styrkes

Folkehelsen i Norge er god. Forventet levealder har økt fra 76.9 år i 1990 til 82.9 år i 2019, og Norge er med dette et av landene i verden med høyest forventet levealder (FHI 2022, upublisert rapport). Nær 80 prosent av befolkningen over 16 år oppgir å ha god eller svært god helse ([SSB, 2022](#)). Viktige risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer som tobakksbruk (røyking) og totalkonsumet av alkohol har gått ned i perioden 2009-2019.[13]

I 2018 leverte FHI, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en oversikt over de ti største risikofaktorene for sykdom og død: "[Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?](#)". Her angis de største sykdomsgruppene med høy dødelighet og tap av friske leveår. Rapporten bygget i hovedsak på tall fra 2016, men oppdaterte tall fra kildeprosjektet [The Global Burden of Diseases](#) for 2019 bekrefter bildet. Figuren nedenfor viser hvordan sykdomsbyrden varierer gjennom livsløpet.

De største sykdomsgruppene med høy dødelighet og tap av friske leveår er kreft, hjerte- og karsykdommer, kroniske respiratoriske lungesykdommer og diabetes. Det er fire felles risikofaktorer som kan knyttes til disse sykdomsgruppene; usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakksbruk og alkohol. I tillegg er muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap i de fleste aldersgrupper. I årene fremover vil sterk vekst i antallet eldre, kombinert med flere innbyggere, gi en økning i sykdomsbyrden. En økning i muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser har også stor betydning for velferdsordningenes bærekraft. Dette er sykdommer folk lever lenge med, og som gir økt behov for helse- og omsorgstjenester fremover.

Helsefremming og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer skjer i stor grad i andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren, som oppvekst, utdanning, arbeidsliv, samferdsel og miljø. Det er imidlertid helsesektoren som i størst grad merker resultatet av manglende innsats på helsefremmings- og forebyggingsarenaene.

Sunne valg

[Sykdomsbyrdeanalysene fra FHI](#) viser at de viktigste årsakene til sykdomsbyrden er knyttet til helseatferd, først og fremst røyking, kosthold, alkohol og fysisk aktivitet.

I Norge har vi gjennom mange år sett en positiv utvikling der stadig færre unge røyker, og gjennomsnittsalderen blant dagligrøykere stiger. Det er imidlertid fortsatt stor forskjell mellom ulike sosiale grupper.

Noen flere voksne, men fortsatt for få, følger anbefalt minimumsnivå for fysisk aktivitet.

Kostholdet har endret seg over tid. De siste ti årene har blant annet forbruket av sukker gått ned og forbruket av grønnsaker økt. Likevel har mange fremdeles et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme og diabetes type 2. Det er få som følger kostrådene. De største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker i alle grupper av befolkningen. I

tillegg til virkemidler som pris, tilgjengelighet og informasjon, skal samarbeid med næringslivet bidra til å gjøre det enklere å ta sunne valg i hverdagen.

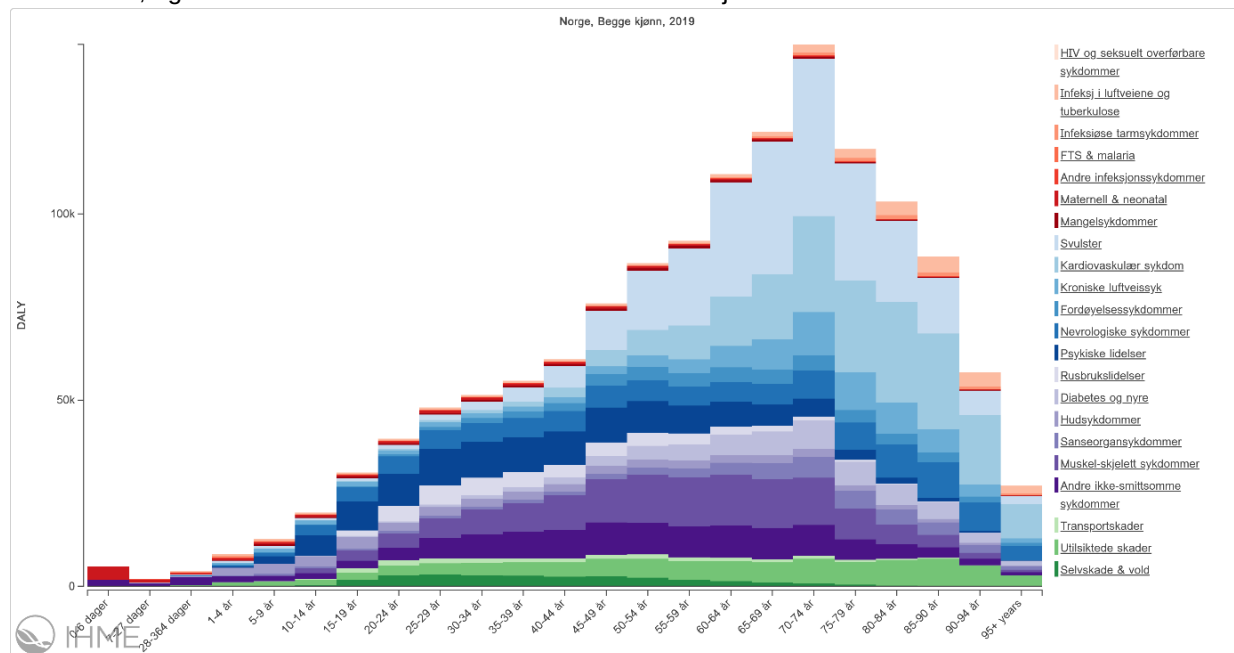
Vi har sett en trend der alkoholbruken har gått noe ned de siste årene, både i befolkningen generelt og særlig blant ungdom, men nedgangen ser nå ut til å ha flatet ut. Det har vært en markant økning i omsetning av alkohol det siste året. Dette antas å henge sammen koronasituasjonen i 2020/21.

Koronahåndteringen ser ut til å ha gitt utslag på indikatorer for seksuell helse. Det var en tydelig nedgang i antall utførte aborter i perioden mai til november 2020 sammenlignet med samme periode i 2019. Trenden med økende antall tilfeller av genital klamydia og gonoré de siste årene stoppet også opp i 2020, og trenden med nedadgående påviste hiv-tilfeller forsterket seg i 2020.

Konsekvenser av levevaner

Dårlig kosthold, røyking, rusmidler og fysisk inaktivitet er levevaner som har betydning for forekomsten av flere ikke-smittsomme sykdommer. Innsatsen for å påvirke befolkningens helserelaterte atferd er bred og involverer flere samfunnssektorer. World Cancer Research Fund anslår at over halvparten av alle krefttilfeller kan forebygges med endring av levevaner. Levevaner er sosialt betinget. Personer med kortere utdanning og lavere inntekt har oftere dårlig kosthold, er mindre fysisk aktive, og har høyere bruk av tobakk. De er også oftere utsatt for helsebelastninger på arbeidsplassen og bærer dermed en større andel av sykdomsbyrden. I [WHO's globale handlingsplan for forebygging av ikke-smittsomme sykdommer \(NCD\)](#) understreker WHO derfor nødvendigheten av å styrke rammebetingelsene for sunn helseatferd. Forskjeller i levevaner og ulik forekomst av de vanligste risikofaktorene er begrunnelse for de sosiale forskjellene i dødelighet av hjertesykdom i Norge og andre land.[14] Norske beregninger viser at hjerte- og karsykdommer, lungekreft og kronisk lungesykdom står for nær 60 prosent av forskjellen i dødelighet før 67 års alder mellom de med kort og lang utdanning.[15]

Norge har forpliktet seg til Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt mål om å redusere for tidlig død (30-70 år) av de ikke-smittsomme sykdommene kreft, hjerte- og karsykdom, kols og diabetes med 25 prosent innen 2025, og i FNs bærekraftsmål er målet utvidet til en tredjedel innen 2030.



Figur 1 Den samlede sykdomsbyrden, målt i helsetapsjusterte leveår (DALY), varierer over livsløpet. Mens psykiske lidelser veier tungt i de yngre aldersgruppene, får muskel-skjelettsykdommer

gradvis større betydning utover i den yrkesaktive delen av livsløpet, mens kreft og hjertekar-sykdommer dominerer mot slutten av livsløpet. Kilde: Global burden of diseases, norske tall lastet ned 25.2.2022

Forebygging av risikofaktorer fremfor tiltak mot den enkelte sykdom

Risikofaktorene for helsetap viser seg å være stabile. Det er fremdeles tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet og kosthold som utgjør de største risikofaktorene for helsetap.[16]

Tiltak rettet mot en enkelt sykdom må nødvendigvis være spesifikk, og blir ikke nødvendigvis riktig mot andre plager eller sykdommer. Tiltak rettet mot de fire store risikofaktorene gir en bredere tilnærming og vil ha effekt på flere lidelser. Tobakk, alkohol, kosthold og manglende fysisk aktivitet har betydning både for utvikling og behandling av kreft, hjerte- og karsykdom, kols og diabetes, men også for flere andre sykdomsgrupper som blant annet demens og andre nevrologiske sykdommer, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Somatisk sykdom kan påvirke og forsterke risikofaktorer, som for eksempel manglende mulighet for fysisk aktivitet eller bruk av rusmidler.[17]

Risikofaktorer kan være samvirkende eller påvirke og/eller forsterke hverandre, og bør derfor sees i sammenheng og ikke isolert. For eksempel er høyt blodtrykk, høy kroppsmasseindeks, høyt blodsukker og høyt kolesterol noe som kan påvirkes av både kosthold og fysisk inaktivitet. Tilsvarende kan en tenke seg for mobbing dersom det medfører depresjon og angst. Dette vil igjen kunne påvirke for eksempel bruk av rusmidler og kroppsmasseindeks.[18] Overordnede faktorer, som sosial ulikhet, har også betydning for risikofaktorene.

Å leve med kronisk sykdom

Årsak til helsetap og kostnadsdrivere i helsetjenesten endrer seg. I dag er det sykdommer vi lever med som forårsaker det største helsetapet.[19] I aldersgruppen 30-49 år lever halvparten med varig sykdom. 84 prosent av personer over 80 år lever med sykdom([SSB, Levekårsundersøkelsen 2011](#)). Fra 65 års alder har 2/3 flere kroniske sykdommer, men det er også slik at de fleste med multisykdom er under 65 år.[20] Det er et økende antall personer med sykdom som i tillegg har psykososiale belastninger.[21] For eksempel har 50-67 prosent av kreftpasienter minst en av disse plagene: angstplager, depressive plager, vedvarende utmattelse, langvarige smerter og søvnproblemer

Sykdomsbyrden er størst i gruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel- og skjelettsykdommer.[22] Størst ressursbruk i form av helsetjenestekostnader er knyttet til diagnosegruppene psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet, muskel- og skjelettsykdommer og kreft. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer utgjør til sammen 28 prosent av sykdomsbyrden og 17 prosent av helsetjenestekostnadene, men hele 55 prosent av produksjonstapet. Dette skyldes at psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer både rammer mange, samt at de i større grad rammer den arbeidsføre befolkningen. Kronisk sykdom er sammenvevd med faktorer knyttet til miljø og livsstil. Eksempler er fysisk aktivitet, kosthold, rusmiddelbruk, livsbelastninger, helsekompetanse, stresshåndtering, trivsel i arbeid og sosial støtte.

Ulike sykdommer kan ha flere overlappende risikofaktorer, og en sykdom kan utgjøre en risikofaktor for andre sykdommer. Ensidig søkelys på enkelt diagnoser vil øke risikoen for å ikke ivareta andre deler ved en pasients helse. Den psykologiske sårbarheten ved somatisk sykdom er betydelig, og kvaliteten på livet og overlevelse på sikt vil i høy grad avhenge av personenes mestring og livssituasjon. Depresjon kan ha dyptgripende innvirkning på forløp og utfall av akutt og kronisk sykdom, og er forbundet med økt somatisk sykkelighet og svikt i etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Helsekostnader for pasienter med hjertesykdom og depresjon er 33 prosent større enn hos ikke-deprimerte pasienter.

Rutinemessig kartlegging for å identifisere depresjon hos pasienter med somatisk sykdom og funksjonsnedsettelse, anbefales i Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i spesialisthelsetjenesten. Depresjon hos denne pasientgruppen er underdiagnostisert og underbehandlet.

Fotnoter

[9] Helsedirektoratet. (2016). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 – Sykdomsbyrde. helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper. Rapport IS-2436.

[10] Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>

[11] Breidlid m.fl. (2021). [Scenarier for økt sysselsetting i Perspektivmeldingen 2021 \(Finansdepartementet, arbeidsnotat 2021/2\)](#)

[12] Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>

[13] Global Burden of Disease, IHME (2019).

[14] Strand og Tverdal (2004). Can cardiovascular risk factors and lifestyle explain the educational inequalities in mortality from ischaemic heart disease and from other heart diseases? 26 year follow up of 50,000 Norwegian men and women. J Epidemiol Community Health 58(8):705-9

[15] Beaglehole og Magnus (2002). The search for new risk factors for coronary heart disease: occupational therapy for epidemiologists?, Int J Epidemiol. 2002 Dec;31(6):1117-22

[16] Global Burden of Disease (2019). <https://www.healthdata.org/gbd/2019> Lastet ned 28.02.22

[17] Helsedirektoratet. (2018). Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-redusere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen>

[19] Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. (2017). Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015) Folkehelseinstituttet.

[20] Barnett, K, Mercer SW., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B., (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross sectional study. Lancet 2012 Jul 7; 380(9836):37-43.

[21] Fann, J. R., Ell, K., & Sharpe, M. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. J Clin Oncol, 30(11)

[22] Helsedirektoratet. (2019). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Rapport IS-2839

1.3

Sosial ulikhet i helse

Regjeringen varslet i [Hurdalsplattformen](#) at den vil "lage en strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller og bekjempelse av ensomhet". I Helse- og omsorgsdepartementets Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022 står det at "Å utjevne sosiale helseforskjeller og redusere ensomhet vil være viktige temaer i folkehelsemeldingen". Dette styringssignalet kom sent i direktoratets arbeid med innspill til ny folkehelsemelding, og en strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller ville vært tjent med et mer målrettet forarbeid og kunnskapsgrunnlag enn det dette innspillet utgjør på området. Et enda mer systematisert og langsiktig mål- og indikatorsystem, i tråd med anbefalingene i dette kapitlet, vil imidlertid kunne styrke fordelingsdimensjonen i folkehelsearbeidet vesentlig.

1.3.1 Sosiale helseforskjeller er fortsatt store

Målet om å redusere sosial ulikhet i helse står sentralt i folkehelsearbeidet. Ulikhetsperspektivet er fremtredende både i definisjonen av folkehelse, og gjennom folkehelseloven.

Definisjonen av folkehelse er "befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning" (Folkehelseloven 2012). Andre del av definisjonen tydeliggjør ulikhetsperspektivet; altså hvordan god eller dårlig helse fordeler seg i en befolkning.

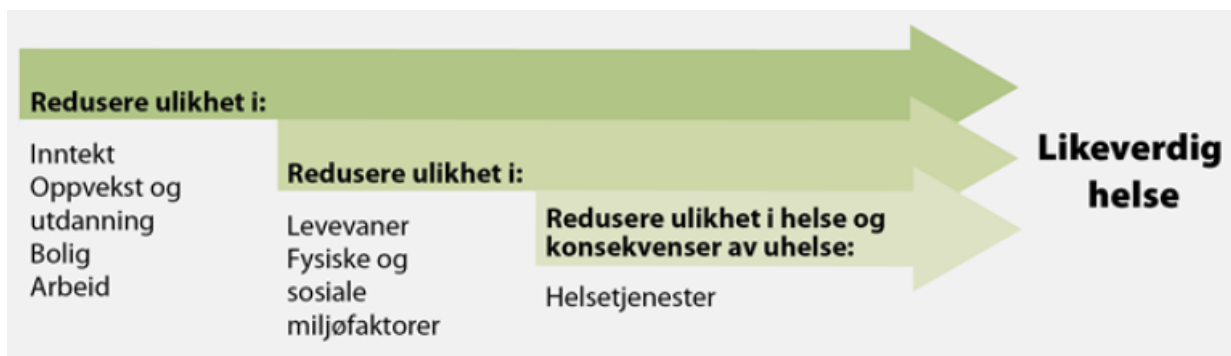
I formålsparagrafen til folkehelseloven fremheves viktigheten av en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og i dette ligger utjevning av sosiale helseforskjeller (folkehelseloven 2012).

Det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og helse: helsestatusen blir bedre jo høyere i det sosioøkonomiske hierarkiet mennesker befinner seg. Denne sammenhengen gjelder for så å si alle helsemål på den ene siden, og for så å si alle mål på sosioøkonomisk status på den andre siden (utdanning, inntekt og yrke). Årsakene til de sosiale forskjellene i helse er sammensatte. De sosioøkonomiske variablene er uttrykk for en tilgang til en rekke ressurser – materielle som psykososiale – som igjen gir bedre helse. Samtidig er dette helseforskjeller som er sosialt skapt og mulige å gjøre noe med, og der de viktigste innsatsfaktorene ligger i bakenforliggende årsaker, som gode oppvekstforhold og levekår, og i strukturelle forhold i samfunnet.

I Folkehelseinstituttets "Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge" fra 2018 ([Folkehelseinstituttet 2018](#)) vises det til en økende sosial ulikhet. Helsedirektoratets "Folkehelsepolitisk rapport 2017" ([Helsedirektoratet 2018](#)) dokumenterte en økende økonomisk ulikhet i Norge. Siden 2017 har inntektsulikheten stabilisert seg, samtidig som det vises til økende regionale forskjeller. Oslo har størst lønnsulikhet, deretter kommer tidligere Akershus fylke og Rogaland ([Helsedirektoratet, 2020](#)).

Grunnen til sosial ulikhet i en befolkning er komplisert. Det er ikke gitt at helseforskjellene blir borte selv om alle har like lang utdanning. Det er snarere slik at de sosioøkonomiske variablene er et uttrykk for tilgang til en rekke ressurser – både materielle og psykososiale – som gir bedre helse.

Forskning har avdekket en lang rekke slike ressurser som har direkte eller indirekte helsemessig betydning.[23] Noen faktorer, som økonomi og arbeid, har omfattende og komplekse påvirkningsveier til helse. Andre faktorer, som tobakk og fysisk miljø, er enklere og mer direkte i sin helsepåvirkning. Det er hovedsakelig påvirkningsfaktorene som kommer først. Helsen kommer som en konsekvens av påvirkningen.



Figur 2 Årsakskjeden og områder der innsats kan redusere sosiale helseforskjeller, lengst til venstre de bakenforliggende årsaker. Fra Folkehelserapporten 2018 (FHI Sosiale helseforskjeller i Norge)

Det er tverrpolitisk enighet om å redusere sosial ulikhet i helse. Det vises blant annet ved at de nasjonale folkehelsemålene har vært de samme fra første folkehelsemelding som kom i 2012 og til foreløpig siste som ble lansert i 2019. Folkehelsemålsettingen om flere leveår, bedre leveår og jevnere kår setter søkelyset på sosial ulikhet i helse.

I arbeidet for å redusere helseforskjellene som følge av sosial ulikhet er det nødvendig å adressere dette som en tverrsektoriell utfordring og hvor årsak og tiltak er i hele årsakskjeden. Folkehelseinstituttet illustrerer nødvendigheten av å iverksette tiltak gjennom hele årsakskjeden for å redusere sosial ulikhet i helse.

1.3.2 Sosiale helseforskjeller og utenforskap

De nordiske landene er blant landene i verden med minst økonomisk ulikhet, men også her har ulikheten økt over de siste 30 årene. Finland og Sverige har hatt en relativt stor økning i ulikheten, mens i Norge har den såkalte Gini-koeffisienten – et mål på inntektsulikhet der verdien 0 er absolutt likhet, mens 1 er absolutt ulikhet (én person har all inntekt) – økt fra om lag 0,21 midt på 1980-tallet til om lag 0,25 i 2015. [24] De siste årene har inntektsulikhetene i sum flatet ut, men det har vært en økning i andelen av befolkningen med vedvarende lavinntekt. Andelen barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt, er nå på ti prosent, det vil si omtrent 100 000 barn. [25] En [rapport skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2015](#) viste at disse barna har økt risiko for psykiske helseplager.

Samfunn med små inntektsforskjeller gjør det bedre enn land med stor ulikhet på så godt som alle områder som er viktige for menneskenes livskvalitet. [26] I land med stor ulikhet har ikke bare de fattige dårligere helse, det gjelder også dem med høy inntekt. Derfor er det i noen grad en fordel for alle, uansett inntekt, å leve i et land der forskjellene er relativt små, og det vil derfor være gunstig å ha en politikk som bidrar til å redusere slike ulikheter. Sammenliknet med de fleste andre land er forskjellene i Norge relativt små og den økonomiske veksten har i større grad enn i enkelte andre land kommet hele befolkningen til gode.

Sosiale helseforskjeller som rammer barn og unge kan oppfattes som særlig urettferdige. Barn og ungdom fra familier med lavere sosioøkonomisk status blir oftere skadet og oftere lagt inn på sykehus, også kroniske plager som astma, allergi og eksem er sosialt skjevfordelt. [27] På levevaneområdet er de mer utsatt for overvekt og rusavhengighet. [28] I organisasjonslivet er barn fra familier med dårlig råd i mindre grad deltagende i ferdighetsintensive fritidsaktiviteter som idretts- og kulturaktiviteter. De har også oftere sosiale og psykiske problemer. Særlig er jenter fra lavere sosiale lag oftere enn andre plaget av angst og depressive symptomer. Andelen som ikke har det særlig godt på skolen, er omtrent dobbelt så stor i de laveste sosioøkonomiske sjiktene sammenliknet med i de høyeste. I en norsk panelstudie om barns levekår hadde lavinntektsutvalget nesten dobbelt så stort skolefravær pga. sykdom som kontrollutvalget. [29]

I et bærekraftperspektiv er det en utfordring at disse barna har en økt risiko for psykisk uhelse og dårlige relasjoner til venner, familie og skole ([Utenfor-regnskapet](#)). Psykiske plager og lidelser i barne- og ungdomsårene øker risikoen for frafall i skolen, løsere tilknytning til arbeidsmarkedet, økonomiske vansker og vansker i nære relasjoner (Perspektivmeldingen (2021)). Det kan medføre en opphopning av negative faktorer eller prosesser som til sammen gjør barn og ungdom ekstra utsatt for å bli marginalisert eller havne utenfor utdanning og arbeidsliv, og som igjen får en negativ betydning for deres helse og livskvalitet. For å møte disse utfordringene kreves det innsats fra flere sektorer, samt deres forståelse for den betydningen deres sektor har når det gjelder konsekvenser for befolkningens helse og fordeling.

Kommunene har viktige oppgaver i arbeidet med forebygging. KS har sammen med sine medlemmer utviklet [Utenfor-regnskapet](#). Målgruppen i denne modellen er utsatte barn og unge. Formålet er å vise konsekvensene av at disse faller ut av utdanning og senere arbeid. Modellen beregner hvordan kostnader og inntekter fordeler seg på ulike offentlige budsjetter på tvers av forvaltningsnivåer. Modellen kan være et godt verktøy for å vise potensialet i tidlig innsats ([Perspektivmeldingen 2021](#)).

1.3.3 Sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester

Helsetjenestebruk faller i hovedsak utenfor formålet med denne rapporten, men i forbindelse med sosial ulikhet i helse kan det være verdt å nevne at Helsedirektoratet i 2021 innhentet en [rapport om sosial ulikhet i helsetjenestebruk](#) fra Statistisk sentralbyrå. Rapporten, som var en oppdatering av [tilsvarende analyser fra 2017](#), bygger på selvrapporterte data om udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd fra levekårsundersøkelsene. Fjorårets rapport viste blant annet at

- Det er en sosial gradient i helsetilstand og i bruk av enkelte helsetjenester, og en klar gradient etter inntekt i bruk av tannlegetjenester og legespesialist, uavhengig av helsetilstand.
- Andelen som har vært innlagt på sykehus ser ut til å være mindre jo høyere inntekt man har (omvendt sosial gradient).
- De aller fleste får den helsehjelpen de trenger, men det er til dels store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Det er flere yngre enn eldre som oppgir et udekket behov for helsehjelp. Behovet er størst i sårbare grupper, som personer med lav inntekt, svekket helse, psykiske plager (1 av 5 har udekket behov for psykisk helsehjelp), uføre og arbeidsledige.

Fotnoter

[23] Dahl, Bergsli og van der Wel (2014). [Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt](#). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

[24] Helsedirektoratet. (2021). Sektorrapport om folkehelse 2021, kap. 1.2. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>

[25] Statistisk sentralbyrå. (2015). Flere økonomisk utsatte barn. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk>

[26] Wilkinson og Pickett (2009). The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. The Institute of Social studies, The Hague. Volume40, Issue4, July 2009, Pages 793-794. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.2009.01572.x>

[27] Dahl, Bergsli og van der Wel (2014). [Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt](#). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

[28] Lie Andersen, Patrick & Dæhlen, Marianne (2017). Sosiale relasjoner i ungdomstida. Identifisering og beskrivelse av ungdom med svake relasjoner til foreldre, skole og venner. NOVA Rapport 8/2017. Oslo: NOVA, OsloMet.

[29] McCarty, C. A et al. (2008). "Adolescent School Failure Predicts Later Depression Among Girls." *Journal of Adolescent Health* 43(2): 180-187; Odgers, C. L. et al. (2008). "Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes." *Development and Psychopathology* 20(02): 673-716, Goodman, A., R. Joyce and J. P. Smith (2011). "The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108 (15). (Sitert av FHI i Folkehelse rapporten 2015, kap. Psykisk helse hos barn og unge)

Folkehelse gjennom livsløpet - barn og unge

Et barns oppvekst vil ha betydning for hvordan hverdagens små og større utfordringer mestres senere i livet. Det er avgjørende å legge til rette for at dette er en samfunnsoppgave for flere sektorer, som det må samarbeides om. Dette kapitlet drøfter folkehelseutfordringer blant barn og unge.

Helsedirektoratet anbefaler

Helsesystemer

- å styrke tverrfaglig kompetanse og ressurser til oppfølging av barn med overvekt og fedme i primærhelsetjenesten.
- å øke antall studieplasser for både helsesykepleiere og jordmødre så raskt som mulig.
- at det prioriteres å videreutvikle Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Samarbeid på tvers

- at det etableres et bedre system for å følge med på miljø og helseforhold i skoler og barnehager, som gir mulighet for oppfølging.
- at samarbeidet om Oppvekstprofiler videreføres etter endt prosjektperiode.
- at barn og unge med sammensatte behov får sammenhengende og helhetlig oppfølging med utgangspunkt i deres behov.
- å utvikle kvalitetssikret digital informasjon og veiledning til barn under 13 år.

Psykisk helse og rus

- at rapporterte utfordringer om studentenes psykiske helse følges tett, og at utdannings- og helsemyndighetene samarbeider tettere for å følge opp denne gruppen.
- at systematisk tilnærming for å nå unge tidlig i rusforløp prioriteres.
- å få mer kunnskap om sammenheng mellom skolepress og elevenes psykiske helse. Videre oppfølging må skje i et samarbeid mellom utdannings- og helsemyndighetene.
- tidlig innsats og tverrsektoriell samhandling for å forebygge utvikling av psykiske vansker, vold og utenforskap. Det psykiske helsetjenestetilbudet til barn og unge bør være helhetlig og bygges opp som en trappetrinnsmodell med ulike tiltaksnivå, fra helsefremming og forebygging til oppfølging og behandling.

Fysisk aktivitet

- å styrke fritidssektoren og det oppsøkende ungdomsarbeidet, som en del av kommunens folkehelsearbeid.
- å styrke idretten som en inkluderende arena, og redusere frafallet slik at det kan være en folkehelsearena for flere barn og unge lengre.
- at det sikres tilstrekkelig daglig fysisk aktivitet i skoler og barnehager.

Tobakk

- å utarbeide et tydelig regelverk som hindrer bransjen i å rekruttere unge til tobakks- og nikotinbruk.

- å jobbe for en tobakks- og nikotinfri ungdomsgenerasjon.

Kosthold

- at enhver ordning for mat og måltider i skolen følger gjeldende retningslinje, herunder sikrer sunne, bærekraftige og trivelige måltid. Ordninger bør være gratis for å bidra til å redusere sosiale ulikheter i kosthold.
- å styrke ernæringskompetansen i kommunen for å sikre mer systematisk arbeid for å fremme sunne spisevaner hos barn og unge, med særlig fokus på barnehage, skole og skolefritidsordningen.
- at Norge har et regelverk som motvirker markedsføring av morsmelkerstatninger i tråd med WHO-koden.

2.1

Betydningen av gode oppvekstvilkår

Sosial ulikhet påvirker barns oppvekst og helse helt fra starten av, allerede fra det er i mors mage. Kosthold, foreldrenes helsekompetanse, oppdragerstil, fysisk aktivitet, sosiale nettverk, psykisk helse, og livskvalitet er alle faktorer som blir påvirket av sosiale ulikheter. For å utjevne disse sosiale ulikhetene, og nå de som trenger det aller mest, er det nødvendig med både universelle og målrettede tiltak. Kommunen har virkemidler for å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge. Gode og trygge boforhold, barnehager, skoler og nærmiljø er en del av dette. Kommunale virkemidler kan bidra til økonomisk trygghet, god integrering og legge grunnlaget for god psykisk og fysisk helse.

Det er en tydelig sammenheng mellom belastninger i barndommen og negative utfall senere i livet. Jo flere belastninger i barndommen, desto flere negative utfall for helse og livskvalitet senere i livet.[30] En rekke faktorer spiller inn på hvor god barndom hver enkelt får og hvor godt fundamentet blir som skal bære dem gjennom resten av livet. Jo tidligere man blir oppmerksomme på disse faktorene, jo sunnere og mer robuste barn og unge kan vokse opp, og desto færre mennesker vil få behov for helsetjenester og sosialstønad i fremtiden.

Det å fremme en god oppvekst er en oppgave som flere sektorer har ansvar for og må samarbeide om. En god oppvekst kan beskrives som en tilværelse preget av trygg og stabil tilknytning til omsorgspersoner, gode voksenmodeller og velfungerende barnehage, skole og nærmiljø og boforhold. For at barn og unge skal oppleve mestring og bygge ressurser er det viktig å utvikle deres selvfølelse og egenverdi og særlig følelsen av å kunne mestre utfordringer i hverdagen ([Sektorrapport om folkehelse 2021](#)). Mange barn har problemer som krever oppfølging på ulike områder som rus, psykisk helse, vold etc. Ofte vil flere problemer opptre i sammenheng, og jo flere problemer som opptre samtidig, desto større er oppfølgingsbehovet. En rekke tjenester og ordninger skal både avdekke og avhjelpe problemene, og mange barn og unge er i kontakt med en eller flere tjenester. Det tverrsektorielle tilbudet til utsatte barn og unge har en del utfordringer.[31] Kvaliteten er ikke like høy i alle ledd og på alle steder i landet, og det mangler en systematisk og helhetlig satsing på kunnskapsutvikling ([Barn og Unge 21-strategien](#)). Det er i dag en rekke parallelle, overlappende og/eller ukoordinerte tiltak fra offentlige myndigheter ut mot sektor. Tiltakene er forankret i en rekke ulike strategier og handlingsplaner, som gjør det utfordrende å koordinere og samordne, og det kan gi dårlig effekt av innsatsene ute i kommunene. Det er viktig at fremtidige planer og strategier vurderes ut fra behov og et helhetlig barne- og ungdomsperspektiv.

Fotnoter

[30] Helsedirektoratet. (2021). Helsedirektoratets svar på oppdrag om tverrfaglig helsekartlegging.

[31] Skog-Hansen, Inger Lise et. al. (2020). Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge. FAFO-rapport 2020:2.

2.2

De største utfordringene nå og i tiden fremover

2.2.1 Psykisk helse og livskvalitet

De fleste barn og unge i Norge trives og har god psykisk helse. Ungdata-undersøkelsene viser at det store flertallet av barn og unge mellom 10 og 19 år er fornøyde med livene sine, og rapporterer om høy grad av livskvalitet - selv under pandemien.

En rekke faktorer kan påvirke livskvaliteten, slik som mestringsressurser, sosial støtte, positive og negative livshendelser, gener og personlighet, tilknytningsforhold, venner og familieband, kultur og objektive faktorer som samfunnsforhold og økonomi. Seksuell orientering viser seg å være en viktig faktor for unges psykiske helse. Blant skeive i aldersgruppen 18-24 år er over halvparten lite tilfreds med sin psykiske helse (54 prosent). Tilsvarende for den samme aldersgruppen i befolkningen er 34 prosent ([SSB](#)). Forskning viser også at det er en sammenheng mellom fattigdom og ulike helseutfall. Bøe (2018)[32] viser at ungdommers psykiske helse påvirkes negativt av å tilhøre en lavinntektsfamilie, og særlig det å oppleve at familien er fattig.

Viktige faktorer som fremmer psykisk helse på befolkningsnivå er sosial tilhørighet, deltakelse, sosial støtte, sosial kapital og like muligheter for alle. Kaasbøll m.fl. (2018)[33] viser til flere studier som har pekt på hvordan sosial støtte og deltakelse i lokalsamfunnet eller nabolaget virker positivt på ungdoms helsetilstand gjennom å skape tilhørighet, sosiale nettverk og en god balanse mellom opplevelse av autonomi og sosial kontroll.

Flere norske studier har påvist negative konsekvenser for barn og unges psykologiske utvikling ved å vokse opp med dårlige levekår eller i en familie med lav sosioøkonomisk status.[34] Søvnvansker, mobbing og ensomhet blant unge er viktige risikofaktorer for psykiske helseutfordringer og redusert livskvalitet.[35] En rekke undersøkelser viser en økning av selv-rapporterte psykiske helseplager blant ungdom, og helseregistre viser at det har vært en økning i psykiske lidelser blant ungdom mellom 2008 og 2016, og at økningen er større for jenter enn for gutter.[36] Kommunene rapporterer om en økning på 28 prosent i 2021 i antall henvendelser og henvisninger for psykiske helseproblemer fra barn og unge. Vi vet ikke om dette skyldes en reell økning i forekomst, og vi kjenner heller ikke eventuelle årsaker. Foreløpig upubliserte funn fra FHI viser at det ikke er en økning i psykiske lidelser generelt i spesialisthelsetjenesten under pandemien.

Vold og seksuelle overgrep

Barn og unge som har vært vitne til vold eller selv blitt utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt er særlig utsatt. De har nedsatt livskvalitet, flere fysiske, psykiske og seksuelle helseplager på kort og lang sikt sammenlignet med barn uten slike erfaringer. Barn som vokser opp i lavinntektsfamilier, i familier med rus, psykisk sykdom eller kriminalitet har oftere overgrepserfaringer i oppveksten sammenlignet med andre barn. Ungdom med en funksjonsnedsettelse eller som ikke ønsker å kategorisere seg selv som hverken gutt eller jente har flere overgrepserfaringer enn annen ungdom.[37],[38] Tidligere forskning har vist at

lesbiske, bifile og homofile ungdommer rapporterer å være fem ganger mer utsatt for trusler og vold enn ungdom generelt.[39]

Vold, overgrep og omsorgssvikt i oppveksten er en vanlig årsak til at barnevernet åpner for omsorgsovertagelse.[40] Barn i barnevernet har en høyere forekomst av helseutfordringer knyttet alle dimensjonene av helse, uavhengig av bakgrunnen for omsorgsovertagelsen (Helsedirektoratet, 2021). Det er viktig å sikre at barn i barnevernets omsorg følges opp med sikte på å avdekke behov, forebygge skjevutvikling og behandle sykdom tidlig.

30-50 prosent av seksuelle krenkelser og overgrep mot barn og unge begås av barn og unge under 18 år. Barn og unge med kognitive funksjonsnedsettelse står for en stor andel av disse krenkelsene. Tiltak for å forebygge debut av problematisk og skadelig seksuell atferd må rettes mot barn under 8 år og skolebarn 9-12 år. På grunn av alder, utviklingsnivå, fungering og varierende digital kompetanse i disse aldersspennene, vil vektlegging av universelle primærforebyggende tiltak og tiltak rettet mot foreldrene og andre omsorgspersoner gi størst forebyggende effekt. Helsedirektoratet har kommet med en rekke anbefalinger i sin konseptutredning.[41]

Selvskading hos barn og unge

Selvskading defineres som skade en person har påført seg med vilje, uten intensjon om å dø. Det kan være kutting, kloring, å slå seg selv, brenning, overdosering og annet. Undersøkelser viser at det for enkelte kan være en sammenheng mellom selvskading og andre typer selvdestruktivitet som spiseforstyrrelser, skadelig rusmiddelbruk eller annen risikoatferd.

Selvskading starter oftest i alderen 12 til 15 år, men kan også oppstå tidligere eller senere. Problematikken kan være forbigående eller langvarig. Undersøkelser av forekomsten blant ungdom viser at mellom 13 og 23 prosent av barn mellom 12 og 18 år har hatt en eller flere episoder med selvskading.[42] Siste oppdaterte nasjonale tall fra 2018 viser en forekomst på 16,2 prosent.[43] De fleste studier finner at forekomsten er høyest hos jenter i tenårene, men også gutter og menn skader seg, ofte med litt andre metoder. Kjønnforskjellene blir ofte mindre når undersøkelsene spør detaljert og inkluderer et videre spekter av handlinger enn kutting.

Det er registrert stor økning i selvskading i mange land, også i Norge i perioden mellom 2002 (4,1 prosent) og 2018 (16,2 prosent). Det er usikkert om dette skyldtes enn reell økning, økt oppmerksomhet om fenomenet, eller mer forskning og bedre registrering. Arbeid for forebygging av selvskading er i dag ivarettatt gjennom tiltak i Handlingsplan for forebygging av selvmord og i Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse og må følges in utarbeidelse av ny opptappingsplan innen psykisk helse.

Spiseforstyrrelser hos barn og unge

I mars 2021 meldte Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten om [en tydelig økning av psykiske plager blant barn og unge](#). Særlig alvorlig depresjon og alvorlig spiseforstyrrelser utmerket seg på målingene. Helsetjenesten melder om stor økning i spiseforstyrrelser under pandemien, og at det er utfordrende å behandle alle ordentlig. Pasientene er både yngre og sykere. Økningen har fått følger for flere helseinstanser, og lavterskeltilbudene forteller om [eksplosiv vekst i antall henvendelser](#). Nye tall fra FHI viser til indikasjoner på at spiseforstyrrelser spesifikt har økt både i primær- og spesialisthelsetjenesten (upubliserte funn, FHI). Det er behov for å følge nøye med på den trenden som ser ut å ha utviklet seg under pandemien, og en ny opptappingsplan for barn og unges psykiske helse bør videreføre en vektlegging av spiseforstyrrelser og negativt kroppspress fra gjeldende opptappingsplan.

Bruk av tobakk og rusmidler hos ungdom

Norge har gjennom mange år hatt en positiv utvikling der stadig færre unge røyker. Parallelt med nedgangen i røyking har det over tid vært en kraftig økning i snusbruk blant unge. Et overordnet mål er at tobakksrøyking skal fases helt ut. I tillegg bør det være et mål at kommende ungdoms-generasjoner skal være helt tobakks- og nikotinfrie, med blant annet tiltak som hindrer bransjen i å rekruttere unge til tobakks- og nikotinbruk.

Bruk av rusmidler blant ungdom har vært relativt stabil over flere år. Ungdata har over flere år vist at ungdom drikker mindre enn før. Forskningen har ikke konkludert med bakgrunnen for nedgangen, men knytter det til fenomener som at ungdom er mer hjemme enn tidligere, økt søkelys på kropp og helse og en økning av andelen minoritetsungdom som er en gruppe som drikker i mindre grad. Samtidig er det primært mindreårig ungdom som drikker mindre som gjør at debutalderen har blitt utsatt, mens unge voksne drikker omtrent like mye som før.

Blant de illegale rusmidlene er det cannabis som er mest utbredt, og etter noe økning over noen år ser det ut til å ha stabiliserte seg de siste to årene. I ungdomsskolealder ser utbredelse ut til å være ganske marginal i de første årene, men øker jevnt utover ungdomsårene. Det siste året på videregående rapporterer 25 prosent av guttene og 15 prosent av jentene at de har brukt cannabis det siste året.[44] Det har gjennomgående vært en høyere andel gutter enn jenter som oppga å ha brukt cannabis både noen gang, i løpet av siste 12 måneder og i løpet av siste 30 dager. I 2019 rapporterte 9,6 prosent av guttene og 4,5 prosent av jentene at de hadde brukt cannabis i løpet av de siste 12 månedene.[45] Dette samsvarer godt med resultater fra Ungdata 2020, der 8 prosent av guttene og 5 prosent av jentene i 10. trinn oppga å ha brukt cannabis siste år.[46] Selv om det er en relativ høy andel som har benyttet cannabis, rapporterer mange om at de har prøvd det en eller få ganger – tallene viser at det er langt flere som har blitt tilbudt cannabis enn som har benyttet det – som betyr at det er mange som sier nei. Forskning finner høyere rusbruk blant personer med homofil identitet og homoseksuell erfaring enn blant dem som har en heterofil identitet og erfaring. Både bakenforliggende psykiske problemer og et høyt forbruk av alkohol er risikofaktorer for skjevutvikling.[47]

For mange av ungdommene fører ikke bruk av rusmidler til videre problemutvikling, mens andre ungdom utvikler rusproblemer, ofte i kombinasjon med psykiske vansker. Depresjon, atferdsproblemer og traumelidelser henger i større grad sammen med problematisk rusbruk. I evaluering av opptrappingsplan for rusfeltet rapporterer kommuner at de ikke har et godt nok tilbud til barn og unge som enten har et rusproblem, eller som står i fare for å utvikle dette. Sårbare overganger uten klare ansvarsforhold og manglende ruskompetanse i ordinære tjenester som møter barn og unge rapporteres som en utfordring. Dette gjelder også NAV. Det [rapporteres](#) om stor variasjon mellom kommuner om oppmerksomhet og ambisjoner på rusfeltet, og det trekkes fram at økt oppmerksomhet om metoder for å nå unge tidlig i rusforløp bør prioriteres.

Studenters psykiske helse

Studenters psykiske helse har under pandemien fått særlig oppmerksomhet, da de er blitt særlig rammet av smittevernstiltakene. Mange studenter flytter hjemmefra for første gang for å studere i en fremmed by. Å miste muligheten til å fysisk møte dine medstudenter og bli mer eller mindre isolert inne på en hybel i lengre tid har for mange vært tungt. Hvert fjerde år gjennomføres Studentenes helse -og trivselsundersøkelse (SHoT). Nivået av livskvalitet har vist seg å være rimelig stabilt over tid (2010-2018); gjennomsnittskåren på livskvalitetsskalaen er uendret på tvers av undersøkelsesår for begge kjønn (22), og likt med de foregående årene oppgir omtrent 4 av 10 studenter i årets undersøkelse god livskvalitet. Samtidig kan det antydes en svak økning i andel studenter med dårlig livskvalitet fra 2010 til 2018.

Det ble i 2021 gjennomført en ekstra undersøkelse for å kartlegge pandemien sin påvirkning av studenthelse- og trivsel. Tallene viser en økning i psykiske plager blant studenter fra 2018. Omfanget av selvrapporterte psykiske plager blant studenter har imidlertid vært økende også før pandemien. Fra 2018 til 2021 økte andelen med et høyt nivå av plager ($\geq 2,25$) ytterligere fra 21 til 32 prosent blant menn, og fra

37 til 52 prosent blant kvinner. Stigningen er noe brattere fra 2018 til 2021, enn mellom 2010 og 2014, og mellom 2014 og 2018. Dette kan tyde på at situasjonen i pandemiperioden spiller inn og har bidratt til en ytterligere eskalering av psykiske helseplager.[48]

2.2.2 Skolepress og mobbing

Manglende mestring i skolen er blant de mest alvorlige risikofaktorene for ungdoms psykiske helse.[49] Det å oppleve skolemiljøet som belastende eller stressende henger sammen med tegn på psykiske helseproblemer og selvopplevde helseplager.[50] Følelsen av støtte fra foreldre, lærere og medelever er derimot forbundet med høyere grad av tilfredshet med livet.[51]

Økt omfang av vurdering i skolen bidrar trolig til mer negativt skolestress, men det mangler fortsatt empirisk forskning som bekrefter hypotesen.[52] Negativt skolestress skyldes først og fremst et vedvarende prestasjonspress med mange arbeidsoppgaver og høyt arbeidstempo i hverdagen, og bekymringer for fremtiden og muligheter for videre utdanning og karriereutsikter. Vi ser en særlig økning av stress i tilknytning til skolen mot slutten av ungdomsskolen og slutten av videregående. Skolestress fungerer som en risikofaktor for flere forhold som eksempelvis psykiske plager, og det er store kjønnsforskjeller hvor jenter ser ut til å ha størst utfordringer med å takle stress og press i tilknytning til skolen. Den siste Ungdata-undersøkelsen gjennomført i 2021 viser at stadig færre elever trives på skolen, det er flere som kjeder seg og det er en økning av andelen som opplever stress på skolen. Dette følger en trend i Ungdata-undersøkelsen de siste årene, men det er vanskelig å si om 2021-undersøkelsen er et resultat av tiltakene under pandemien eller om det er en styrking av den negative trenden de siste årene.

En forskningsrapport fra NOVAibid. viser at det er en sterk sammenheng mellom skolepress og psykisk helse. I en større kunnskapsoppsummering[53] vises det til tre ting som gjør skoleelever stresset. Det første er stress som skapes av lekser eller tidspress om å bli ferdig med skolearbeid. Det andre handler om elevenes egne ambisjoner; å ha en identitet som «flink på skolen» eller ønsket om å komme inn på spesielle studier, skaper ofte stress. Til sist handler det om sosiale relasjoner; dårlig forhold til medelever eller at lærere stresser mange elever. Ifølge den samme studien er det særlig fire faktorer skolene kan gjøre noe med:

- ha stor oppmerksomhet om sin kjerneaktivitet, undervisningen. Engasjerende undervisning hvor elevene føler seg utfordret, aktive, glade og kompetente, motvirker negativt stress.
- skape et godt læringsmiljø hvor de kan være trygge og utforskende. Støttende relasjoner har stor betydning for barn og unge, og kan virke som en buffer mot stress.
- forsøke å unngå stor arbeidsbelastning over lang tid i alle fag og emner. Skolen må hjelpe elevene til å lære hvordan de skal planlegge, sortere og prioritere.
- bidra til å unngå at det utvikles en stresskultur blant elevene, blant annet ved å være svært bevisst hvordan prestasjonsforventninger kommuniseres.

Barnehager og skolen har aktivitetsplikt for å sikre at elever har et trygt og godt psykososialt skolemiljø. Dette innebærer bla. nulltoleranse mot krenking som mobbing, vold, diskriminering og trakassering.[54], [55] Det innebærer også at barnehager og skoler skal fremme barnas trivsel og gode psykososiale forhold. Mistrivsel og dårlige psykososiale forhold i barnehagen og skole kan gi mange utslag hos barn. Barnet kan bli psykisk trett, få konsentrasjonsvansker, utvikle spisevegring, angst og nedsatt motstandskraft mot sykdom. God psykososial helse forbindes med opplevelser av trygghet, mestring, nærhet og livsglede. En nøkkel til å fremme disse verdiene i barnehagen er å vektlegge utvikling av barnas sosiale kompetanse. [56] En del av dette arbeidet er å støtte barnas identitetsutvikling, motvirke diskriminering og fremme likeverd og likestilling uavhengig av kjønn, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.[57]

Å bli utsatt for mobbing har sammenheng med et bredt spekter av helseproblemer og sosiale vansker. Det er solid kunnskapsgrunnlag når det gjelder emosjonelle problemer, psykosomatiske problemer, lav selvtillit og selvmordstanker. Det å bli utsatt for mobbing har sammenheng med økt fravær fra skolen og dårligere skoleprestasjoner.[58] Forskning viser også en sammenheng mellom frafall i videregående opplæring og mobbing i barnehagen.[59]

Tallene om mobbing i barnehagen fra nasjonal og internasjonal forskning varierer, men hovedtyngden av resultater viser at mellom 6 og 12 prosent av barn i barnehagen blir mobbet.[60] I skolen blir i gjennomsnitt 6 prosent elever utsatt for mobbing. Andelen som oppgir å ha blitt mobbet, avtar ettersom elevene blir eldre, men det er en liten økning igjen på 9. trinn.[61] Skeive ungdommer rapporterer om betydelig mer mobbing enn heterofile ungdommer. En undersøkelse viser at 36 prosent av homofile gutter har vært utsatt for mobbing, sammenlignet med 6 prosent blant heterofile gutter.[62]

Partnerskapet mot mobbing er opptatt av at alle barn og unge skal ha et trygt og godt barnehage, - fritids- og skolemiljø uten mobbing, og det er de voksnes ansvar å sørge for det. Videre er partnerskapet inspirert av forskning fra både Danmark[63], [64] og Norge,[65], [66] som de senere årene har utfordret en tradisjonell individ-psykologisk forståelse av mobbing som uttrykk for enkeltindividers aggressive atferd eller manglende regulering. Denne forskningen forstår mobbing som en sosial prosess hvor tiltak for å motvirke mobbing settes inn, ikke bare for å korrigere enkeltindivider, men for å påvirke den sosiale dynamikken i grupper. I skoler bør kjernevirksomheten, lek og undervisning, i henhold til denne forskningen være aktiviteter knyttet til læring i sosialt fellesskap med andre, også kalt fellesskapende didaktikk.[67]

2.2.3 Lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske plager

Psykiske helseproblemer er en viktig forklaring på hvorfor så mange ungdommer ikke fullfører videregående skole – og det ser ut til at det er like viktig uavhengig hvilken sosial bakgrunn du har.[68] I [Meld. st. 21 \(2020-2021\) Fullføringsreformen – med åpne dører til verden og fremtiden](#) slås det fast at det er mye som tyder på at skolene ikke har god nok tilgang til kompetanse om hvordan skolen kan drive forebyggende psykisk helsearbeid.

Fullføring av videregående skole er svært viktig for senere yrkesdeltakelse, helse/uførhet, og muligheter til å stifte familie. Flere faktorer påvirker sannsynligheten for frafall fra videregående skole; ungdom med lave karakterer fra grunnskolen, ungdom fra lavinntektsfamilier og gutter fullfører i mindre grad. Å redusere utenforskap i barnehagen, skolen og videregående opplæring er blant de viktigste langsiktige folkehelseiltakene for å redusere sosial ulikhet knyttet til helseforskjeller.[69]

Formålet med kommunale lavterskeltilbud er å gi lett tilgjengelig og tidlig hjelp til personer med psykiske plager og dermed hindre at disse plagene vedvarer eller utvikles til psykiske lidelser. [Riksrevisjonens \(Dokument 3:13 \(2020-2021\) rapport](#) viser at omtrent 75 prosent av kommunene har en egen lavterskeltjeneste for psykisk helse som behandler barn og unge. Den viser også at omtrent halvparten av kommunene som har en lavterskeltjeneste, oppgir at det ikke er noen ventetid for å få hjelp av lavterskeltjenesten. 40 prosent av kommunene oppgir at det er enten én eller to ukers ventetid, mens nesten ti prosent oppgir at barn og unge må vente i tre uker eller lenger.

Oppsøkende tjenester skal gjøre det mulig å komme i kontakt med personer med psykiske plager og lidelser som selv ikke møter opp til behandling. Undersøkelsen viser at mer enn halvparten av kommunene ikke tilbyr oppsøkende tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

I Sintef-rapporten [Kommunalt psykisk helse og rusarbeid](#) fremkommer det at 11 prosent av kommunene oppgir at de ikke har et lavterskeltilbud for barn og unge utover fastlegene, og 20 prosent oppgir at de har et tilbud som i noen grad er tilpasset målgruppen. Små kommuner svarer i mindre grad at de har et lavterskeltilbud for barn og unge, enn større kommuner. Det sees ikke systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker. Rapporten viser en tydelig nedgang i andel som svarer at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende på en god måte.

Helsedirektoratet har i forbindelse med utarbeidelse av veileder for barn og unges psykiske helse utarbeidet en [innsiktrapport](#) som viser at helsefremming og forebygging er et ansvar for hele kommunen, men særlig på universelle arenaer som barnehage, skole, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Innsikten viser et behov for bedre system og rutiner for tverrsektorielt samarbeid på de universelle arenaene.

Det er store variasjoner og manglende avklaringer av hva kommunen har ansvar for å tilby av hjelp utover tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette gjelder både behandling til barn og unge med psykiske helseplager og oppfølging av barn med behov for mer langvarig oppfølging.

Innsiktrapporten viser at det ikke eksisterer en entydig tolkning blant kommunene om hva som defineres som lavterskeltilbud innenfor psykisk helse for barn og unge. Det er også et gjennomgående funn at det mangler koordinering av tilbudet slik at barn og unge får et sammenhengende løp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. I fraværet av slik koordinering må ungdom eller foreldre selv ta ansvaret for å sikre helheten i tilbudet og informasjonsflyt mellom tjenestene.

2.2.4 Digitale tjenester for barn og unge

Ungdommer er tydelige på hvilke utfordringer de har i møte med det offentlige hjelpeapparatet.[70] Tilgjengelighet er en av de største, og terskelen for å ta kontakt er høy. Svært få tjenester legger til rette for digital kontakt, selv om det oftest er det mest naturlige for unge. Synlighet er også en utfordring. Mange gode tjenester er lite kjent og viktig informasjon forsvinner i mengden av tilbud.

Ungdommer trenger hjelpetjenester som er både tilgjengelige og trygge. Det viktigste for å sikre tilgjengelighet for ungdom er å samle alt på et sted uavhengig av sektor. Ungdommer er tydelig på at ung.no er det mest naturlige stedet for en slik samordning da nettsiden er svært godt kjent og fremmer en tverrsektoriell profil. Ungdommer ønsker et sted som er åpent for alle, ikke bare de som "sliter" eller har et "problem". De ønsker at alt skal være tilrettelagt for mobilbruk og at de tjenestene som tilbys skal være åpne utenom skoletid. Enkelt språk og universell utforming er også viktige forutsetninger. Når det gjelder å skape trygghet for ungdom, er det viktigste faktisk å sørge for anonymitet slik at ungdommer kan bli kjent med tjenesten på egne premisser og bygge opp tillit. Et oppdatert og brukervennlig design er også helt sentral for å gi inntrykk av at innholdet er aktuelt og kvalitetssikret.

[DIGI-UNG programmet](#) jobber aktivt for å ta ungdom i alderen 13 til 20 på alvor og sørge for at det offentlige vil være til stede, til støtte og til hjelp digitalt via [ung.no](#), uavhengig av sektor. Arbeidet er godt i gang, og programmet har oppdaget to behovsområder som faller utenom omfanget til DIGI-UNG, og som burde adresseres i nærmeste fremtid for å sikre en trygg digital oppvekst for alle barn og unge.

Tilbud til barn under 13 år på nett

Digitale medier har blitt en integrert del av barn og unges hverdag. Halvparten av alle barn og unge i alderen 3-11 år er på internett daglig, og en firedel av barn i alderen 6-11 år benytter seg daglig av sosiale medier/chatjtjenester. Blant 10- og 11-åringene har 96 prosent egen smarttelefon.[71] Halvparten av norske

9-åringer bruker sosiale medier, og andelen øker til 65 prosent for 10-åringene. De fleste barn får først lov av foreldrene til å bruke og dele bilder/videoer på Snapchat, TikTok og Instagram fra 11–12-årsalderen. Nesten alle 9–12-åringer får bruke YouTube.[72]

Det er få nettsteder som er beregnet på barn, og de aller fleste er drevet av kommersielle interesser. Barn blir i stor grad eksponert for reklame, og i noen tilfeller upassende/skadelig innhold og ubehagelige interaksjoner.

Det offentlige tilbyr i dag ikke kvalitetssikret og forebyggende informasjon og veiledning til barn under 13 år, til tross for at barn i denne alderen har et stort informasjonsbehov. Tidlig innsats og lavterskeltilbud er viktige tiltak for å hindre at små utfordringer utvikles til alvorlige problemer for den enkelte og samfunnet. Det er et stort potensiale i utforming av godt koordinert digital formidling, som supplement til informasjon/opplæring som gis i skolen for barn og unge under 13 år.[73] For å sikre alle barn og unge en trygg digital oppvekst, må tilnærmingen være bred og omfatte alle fagfelt, etater og aktører som legger rammer for barns oppvekstsvilkår.[74] I DIGI-UNG programmet estimeres det at tjenesten mottok om lag 4 000 spørsmål fra barn under 13 år i 2021, til tross for at tjenesten bevisst ikke markedsføres mot målgruppen. Å tilby kvalitetssikret informasjon og veiledning digitalt til barn under 13 år burde være høyt prioritert og vil dekke et betydelig behov.

Ny tilnærming til sosiale medier og psykisk helse

Forskning på sammenhengen mellom sosiale medier og ungdommers psykiske helse peker på noen utfordringer. Kombinasjonen av eksponering for nettmobbing, forskyvning av søvn eller fysisk aktivitet og fasilitering av sosial sammenligning kan bidra til psykiske helseplager[75]. Denne effekten er sannsynligvis avhengig av total tidsbruk.[76] Eksempler på negative konsekvenser som trekkes frem i ulike studier er lavere selvtillit, negativt kroppsbilde, angst, depresjon, ensomhet, tanker om selvskading og selvmord og redusert livstilfredshet.

Det er imidlertid ikke slik at all forskning peker mot utelukkende negative effekter av sosiale medier på ungdommers psykiske helse. Systematiske gjennomganger konkluderer med at mens noen studier viser til negative effekter, oftest med kun svak årsakssammenheng og usikker praktisk betydning,[77] er det andre som ikke finner negative effekter,[78] eller i noen tilfeller kunne vise positiv effekt for enkelte målgrupper. [79] Et flertall av studier som ser på sammenhengen mellom sosiale medier og psykisk helse har en negativ tilnærming og utforsker utelukkende negative effekter.[80] Det er sjeldnere fokus på å identifisere positive effekter ved bruk av sosiale medier og hvordan disse kan utnyttes, og få studier vektlegger individuelle endringer over tid. Nyere forskning fra OsloMet viser at det er en ensidig problematisk belysning på barn og unges mediebruk i norske medier som preger samfunnsdebatten. Et slikt ensidighet er med på å skape en generasjonskonflikt.[81]

De studiene som har sett på positive effekter av sosiale medier er tydelige på at sosiale medier når bredere ut, har en lavere terskel og er mer populære enn konvensjonelle informasjonskilder for personer som trenger psykiske helsehjelp.[82] Ungdommer bruker sosiale medier for å dele sine egne erfaringer med psykiske lidelser, og få informasjon om andres erfaringer og mestringsteknikker.[83] Sosiale medier kan slik spille en viktig rolle i formidling av informasjon rundt psykisk helse og relaterte hjelpetilbud, og være en arena for tilhørighet og sosial støtte.[84] Utfordringen i et folkehelseperspektiv er å finne riktig balanse mellom å utnytte sosiale medier som verktøy for å nå ut til ungdom, samtidig som man prøver å minimere de negative effektene av kommersielle sosiale medier.

Tilgang til kvalitetssikret, offentlig informasjon tilpasset barn og unges behov vil være et viktig grep. For aldersgruppen 13 til 20 år ivaretas dette gjennom ung.no og DIGI-UNG-programmet. Intervensjoner for å fremme psykisk helse bør inkludere innsats for å forebygge eller øke motstandskraften mot nettmobbing og sikre tilstrekkelig søvn og fysisk aktivitet hos ungdom, samt kampanjer og tiltak som promoterer positive hjemme- og skolemiljøer og skaper motstandsdyktighet hos ungdommer.

2.2.5 Fysisk aktivitet og en aktiv fritid

Et viktig arbeid for å øke aktivitet og forebygge ensomhet blant barn og unge er å skape aktive lokalmiljø og fremme deltakelse i meningsfylte fritidsaktiviteter. Det er tydelige sosiale forskjeller i ungdoms deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, særlig idretts- og kulturaktiviteter. Pandemien ser ut til å ha påvirket barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter – og at det har slått ulikt ut for ulike aktiviteter.

Fysisk aktivitet blant barn og unge

De siste tiårene er det investert betydelige ressurser for å styrke arbeidet med å legge til rette for og stimulere til økt fysisk aktivitet for barn og unge. Det er herunder gjort milliardinvesteringer i idrettsanlegg og idrettsaktivitet, innsatser for å få flere til å gå og sykle til skolen, utforming av nærmiljøer, tilrettelegging på barnehager og skoler, og ukentlig kroppsøving for de fleste barn og unge. I tillegg er det blant annet gjort investeringer knyttet til friluftsliv og egenorganisert aktivitet.

Treningssentrene er en arena som verver stadig flere unge.[85] Nasjonal transportplan 2010-2019 hadde som mål at minst åtte av ti barn og unge skulle gå eller sykle til skolen.[86] I 2020 oppfylte 64 prosent dette målet.[87] Tett trafikk og høy hastighet ble rapportert som en utfordring av flere (73 prosent) barn og unge i 2020 sammenliknet med 2013-2014 (64 prosent). Syv av ti barn gikk til fots til lekekamerater i 2005, andelen var redusert til 55 prosent i 2020.[88] Samlet sett har aktivitetsnivået vært stabilt blant 9- og 15-åringer i perioden 2005-2018. Unntaket er 9-årige gutter der aktivitetsnivået har gått ned. Når vi ser til trender i tid brukt i ro mellom 2011 og 2018, har 9-årige gutter økt tiden med et kvarter per dag og 15-årige gutter med åtte minutter per dag.[89]

Innsatser de siste tiårene har kun stabilisert aktivitetsnivået på befolkningsnivå, men ikke klart å øke det. Mangel på effekt av statlige og kommunale innsatser er bekymringsfull. Det må til en bredere mobilisering og vi har kunnskap om hva som må til.[90] Digitalisering og ny teknologi krever nye måter å tilrettelegge samfunn og tjenester på for å fremme fysisk aktivitet og redusere tid i ro. For å nå alle, anbefales i første omgang et tiltak for å øke aktivitetsnivået og styrke fysisk form for dagens unge og fremtidens arbeidstakere.

Ekstra fysisk aktivitet og kroppsøving i skolen har vist å føre til bedre skoleprestasjoner i regning og lesing og bedre skolemiljø,[91] i tillegg flere helsemessige effekter, bl.a. mindre sykdom, positiv effekt på vekt og psykisk helse.[92] Mye stillesitting kan ha en sammenheng med lavere livskvalitet og dårligere velvære, videre vises det til en sammenheng mellom mye skjermtid på fritiden og depresjon.[93]

Sosial ulikhet i deltakelse i fritidsaktiviteter

Årsakene til sosial ulikhet i deltakelse blant barn og unge er sammensatte. Hva som er den viktigste årsaken til at barn og unge fra lavinntektsfamilier i mindre grad deltar i organiserte fritidsaktiviteter enn andre jevnaldrende, er vanskelig å peke på. Forskning på området viser at det er en sammenheng mellom oppvekst i familier med høy inntekt og deltakelse i idrett og organiserte fritidsaktiviteter, og at det også er høyere grad av deltakelse blant voksne som vokste opp i familier med høy inntekt. [94]

Familiens inntekt har mye å si for deltakelse i idretten og denne betydningen ser ut til å ha økt de siste årene. [95] Familiens kulturelle kapital virker å være viktigere enn økonomiske ressurser når det kommer til deltakelse i fritidsaktiviteter som kor, korps og musikkskole. Blant ungdom som deltar i fritidsklubber er det et omvendt sosialt mønster hvor andelen som deltar fra familier med lav sosioøkonomisk status er størst. Dette gjelder særlig for ungdom som benytter fritidsklubber og ungdomshus hyppig.[96]

Frafallet i idretten har en tydelig sosial gradient, er større blant jenter og er jevnt økende utover i ungdomstiden.[97] Det har vært en utfordring over mange år. Tilbakemeldinger fra idretten tyder på at det har vært et økt frafall under pandemien. Idretten bør være en inkluderende arena og redusere frafallet slik at det kan være en folkehelsearena for flere barn og unge lengre.

En fremgangsmåte for å redusere sosiale ulikheter i helse vil ifølge Fredriksson m.fl.[98] være å bedre ungdommenes levekår i form av tilrettelagte fritidsaktiviteter. Fritidstilbudene har gode forutsetninger for å være helsefremmende arenaer, forutsatt at bestemte faktorer inkluderes i virksomhetens strategier. Dette må gjenspeiles i virksomhetens planer så vel som i de praktiske arbeidsmåtene.

Ifølge NOVA[99] finnes det noen hovedutfordringer for fritids- og ungdomshusfeltet i Norge. Ungdomshusene og fritidsklubbenes betydning i det lokale folkehelsearbeidet fremstår som skjult eller preget av manglende annerkjennelse. Fritidssektoren gis omtale og fremheves i statlige styringsdokumenter samtidig som det i liten grad er utviklet noen aktiv og helhetlig politikk på feltet. Europarådet anbefalte i 2017 alle medlemslandene å etablere et helhetlig og fleksibelt kompetansebasert rammeverk for utdanning og opplæring av ungdomsarbeidere.[100] NOVA skisserer noen mulige veivalg i feltet som gjelder fritidsklubber og ungdomshus som kan oppfattes som mulige svar på denne utfordringen; økonomisk forutsigbarhet, utdannings- og opplæringstilbud og fritidsklubbenes- og ungdomshusenes plass i det lokale folkehelsearbeidet.

2.2.6 Kosthold, overvekt og fedme hos barn og unge

Overvekt og fedme hos barn og unge

Verdens helseorganisasjon utpeker overvekt og fedme til en av de mest alvorlige helsetrusler i vår tid. Barn og unge rammes i stor grad, noe som er spesielt urovekkende siden overvekt og fedme undergraver deres fysiske, sosiale og psykiske velvære.[101]

Barnevekststudien[102] og Ung-HUNT4[103] viser at omtrent 1 av 5 unge har enten overvekt eller fedme. Forekomsten øker mot slutten av tenårene. Nylig publiserte data fra Barnevekststudien viste at blant norske 13-åring er forekomsten av overvekt og fedme til sammen 15,8 prosent. Forekomsten av fedme er høyere i helseregion Nord og i distriktene.[104] Fedme er mindre vanlig hos voksne med lang utdanning enn blant dem med kort. Det er også sosiale forskjeller i overvekt og fedme hos barn.[105] En studie av Kinge og kolleger analyserte forskjeller mellom norske kommuner når det gjaldt overvekt blant 17-åring. Resultatene viser at om lag halvparten av variasjonen i overvekt mellom kommunene kunne tilskrives sosioøkonomiske forhold.[106]

Overvekt og fedme har negative konsekvenser både for det enkelte barn og deres familie, men også for samfunnet. [Verdens helseorganisasjon \(WHO\)](#) skriver at det å ha overvekt og fedme som barn er en kjent risikofaktor for å etablere overvekt og fedme som voksen. Fedme er en risikofaktor for å utvikle ikke-smittsomme sykdommer som hjerte/kar-sykdommer, diabetes type 2, muskel- og skjelettlidelser, og noen former for kreft. I tillegg til fremtidig sykdomsbyrde, kan barn med fedme oppleve pustebesvær, økt risiko for beinbrudd, høyt blodtrykk, tidlige tegn på hjerte/kar-sykdom og insulinresistens. I tillegg opplever personer med fedme ofte stigma og diskriminering knyttet til kropp og vekt. Det er godt kjent at å påføre noen skyld, bevisst eller ubevisst, for sin helsetilstand ikke endrer atferd. Tvert imot kan stigma, skyld og skam føre til at usunn atferd opprettholdes.[107]

Overvekt og fedme har komplekse årsaker og er krevende å behandle. Forebygging og tidlig innsats er mye mer effektivt enn behandling av etablert overvekt eller fedme senere i barne- og ungdomsårene.[108] Skodvin og kolleger[109] fant moderat effekt av ett års konvensjonell behandling av barn med alvorlig

fedme. Det var stor individuell variasjon i behandlingsresultatene. Barn under 12 år responderte best på behandling.

Begrepet fedmeepidemi brukes både globalt og i Norge for å gjenspeile omfanget og omkostningene av denne samfunnsutfordringen.[110] Overvekt og fedme har svært sammensatte årsaker. Ofte er det en kombinasjon av et miljø som undergraver sunne levevaner, omtalt som et fedmefremmende samfunn, og arvelige faktorer som ligger bak.[111]

Ingen enkelttiltak og ingen sektor alene vil kunne løse utfordringene knyttet til overvekt og fedme. En tverrsektoriell tilnærming er en forutsetning, hvor miljømessige, sosiale og kommersielle påvirkningsfaktorer må adresseres parallelt. Faktorer som trekkes frem av WHO inkluderer blant annet regulering av markedsføring av mat og drikke med høyt innhold av fett, sukker og salt og regulering av markedsføring av tilskuddsblandinger til små barn. Å begrense digital markedsføring er en særlig utfordring, som vil kreve internasjonalt samarbeid for å lykkes. Andre viktige tiltaksområder er å fremme amming og kyndig ammeveiledning, fremme sunne matmiljøer og fysisk aktivitet i barnehage, skole og på fritidsarenaer og bedre tilrettelegging av aktivitetsvennlige nærmiljøer.

I tillegg til bedre forebygging er det nødvendig med betydelig økte ressurser i primærhelsetjenesten for å tilby oppfølging til barn og unge som allerede har etablert overvekt eller fedme. WHO anbefaler familiebaserte tiltak bestående av flere komponenter (ernæring, fysisk aktivitet og psykososial støtte), utført av helsepersonell med tilgang på tverrfaglig kompetanse.Ibid.

Det er også essensielt for kvaliteten på tilbudet til barn med overvekt eller fedme at det er god samhandling på tvers av tjenester og tjenestenivå. I en upublisert rapport fra Samhandlingsprosjekt barnefedme[112] beskrives det at det er en utfordring at det i tilbudet til barn og unge verken samarbeides godt nok mellom ulike kommunale tjenester eller mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det fører til dobbeltarbeid og ineffektiv bruk av ressurser i både primær- og spesialisthelsetjenesten og manglende samkjøring av helsetilbudet. Konsekvensen er at allerede sårbare pasienter og pårørende sitter igjen med en stor del av ansvaret for å koordinere og samle informasjon fra behandlere. Sosioøkonomisk bakgrunn, grad av helsekompetanse og språkferdigheter påvirker dermed i stor grad hvor mye hver enkelt pasient og familie klarer å nyttiggjøre seg behandlingen. Derfor er det viktig å avsette ressurser til bedre samhandling.

Mat og måltider i barnehage, skole og skolefritidsordning (SFO)

Mattilbud og tilrettelegging for et sunt kosthold i barnehage og skole kan ha stor betydning for barnas totale kosthold og bidra til utjevning av sosiale forskjeller. [HEVAS-undersøkelsene](#) viser at under 40 prosent av 11-åringene følger anbefalingene for inntak av frukt og grønnsaker og at det var en nedgang i andelen barn som spiser frukt daglig mellom 2014 og 2018. Det har også vært en nedgang i andelen 15-åringer som spiser fisk minst en dag i uka.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer gir råd for hvordan [barnehager](#) og [skoler](#) kan tilrettelegge for sunne måltid og måltidsglede og sikre gode rammer for måltid, som tilstrekkelig spisetid, tilsyn og tilrettelegging for sosialt samvær, trivsel og inkludering. Gjennom godt foreldresamarbeid, understøttet av ernæringskompetanse i lokal helsetjeneste, kan også måltid basert på medbragt mat fremme et sunt kosthold og læring av sunne mat- og måltidsvaner. [Nasjonale kartlegginger](#), [undersøkelser](#) og forskning [113] viser imidlertid at kjennskap til retningslinjer og praksis for måltider varierer mye.

I [midtveisevalueringen](#) av den nasjonale handlingsplanen for bedre kosthold (2017-2021) beskrives flere viktige hindringer for arbeidet med mat og måltider i barnehager og skoler: manglende kompetanse om mat, måltid og ernæring i skoler og barnehager og i kommunehelsetjenesten; bruk av passive implementeringsstrategier, f.eks. tilgjengeliggjøring av materiell som i størst grad når de mest interesserte;

mangel på verktøy for å implementere tiltak, begrensede økonomiske bevilgninger og fravær av tydelige forventninger til kommuner og fylkeskommuner om å implementere tiltak. Evalueringen påpeker at det er utfordrende å drive med kostholdsarbeid i skolen når skoleleder tilsynelatende står fritt til å prioritere dette.

At skoleledere opplever retningslinjene fra Helsedirektoratet som frivillige, og at de ikke har noe tydelig mandat til å prioritere arbeid med måltider i skolen, var også et funn i en norsk kvalitativ studie om implementering av den nasjonale retningslinjen for mat og måltider i skolen.[114] Særlige utfordringer var knyttet til implementering av minst 20 minutter spisetid; tilrettelegging for sosialt samvær under måltid hvor elevene får en reell pause fra undervisningsaktiviteter og skjerm; samt foreldresamarbeid om den medbragte maten.

Tiltak for bedre kosthold i skolen har vist seg effektivt for å påvirke barns matinntak og helse, og flere eksempler viser at strukturelle tiltak har stort potensiale for å motvirke sosiale ulikheter.[115] For eksempel viste en evaluering av innføringen av gratis skolemat i Sverige på 50- og 60-tallet at elever som fikk skolemat gjennom 9-årig skolegang fikk 3 prosent bedre inntekt i voksen alder sammenlignet med elevene som ikke fikk skolemat. Blant elevene som kom fra familier i den laveste inntektskvartilen var effekten nesten 6 prosent. Videre viste studien at guttene som fikk gratis skolemat i ni år ble 0,8 cm høyere enn guttene som ikke fikk skolemat. Studiens forfattere peker på protein i måltidene som en viktig forklaring og mener at resultatene er relevante for andre vestlige land i dag siden effektene knyttes til foreldrenes dårlige kunnskap om sunt kosthold og ikke matmangel.[116]

En kartlegging blant foreldre og skolepersonell om innføring av et gratis skolemåltid i Norge, viser at flertallet er positive til dette og at de ønsker et brødbasert måltid fremfor et varmt måltid. Dersom elevene spiser i klasserommet, vil tiltaket medføre relativt små investeringskostnader. Tiltaket vil også praktisk sett være mindre krevende å innføre for skolene.[117]

En nordisk kunnskapsoversikt fra 2011 undersøkte blant annet kost i skolen. I oversikten kom det frem at måltidet kan ha en positiv effekt på vektkontroll samt kortsiktige effekter på kognisjon og læring. Dette forutsetter kombinerte intervensjoner, hvor det i tillegg til selve maten arbeides med ting som kunnskap, involvering av foreldre, lærernes rolle under måltidet og at måltidene brukes som en arena for læring, etc. Videre står det at enkle tiltak som det å gi tilgang til sunn mat og hindre tilgang til usunn mat kan bidra til endring av kostholdsmønsteret hos skolebarn. *ibid.*

En nylig publisert norsk studie undersøkte sammenhengen mellom frokostinntak og skoleprestasjoner blant norske 9. klassinger i 2015 og 2019. Studien viste at det å droppe frokosten forklarer en tredjedel av nedgangen i naturfag og så mye som halvparten av nedgangen i matematikk fra 2015 til 2019.[118]

Økt tilgjengelighet på frukt og grønnsaker for barn og unge i grunnskolen, i form av gratis tilgang i skoletiden, vil oppfylle Helsedirektoratets anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen om at elevene bør tilbys ordninger som sikrer tilgang til grønnsaker, frukt eller bær daglig. Ut ifra undersøkelser som ser på effekt av gratisordning med frukt og grønnsaker i skolen sammenlignet med abonnementsordning og ingen ordning, kan vi forvente at tiltaket fører til økt inntak av frukt og grønt i målgruppen, inkludert utjevning av sosiale forskjeller.[119], [120]

Amming

Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos både barn og mor. Det er en utfordring å fremme amming i alle deler av befolkningen. Dette gjelder særlig blant kvinner med lav sosioøkonomisk status, hvor det er vist at det er flere som slutter å amme tidlig. Amming er vist å kunne bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse.[121] Barn som ammes gis et godt grunnlag for god helse og utvikling, uavhengig av foreldrenes sosioøkonomiske status.

Vi vet at morsmelk er den beste maten for spedbarn og at det er gunstig for utviklingen av barnets immunforsvar og hjerne. Morsmelk reduserer barnets risiko for infeksjoner på kort sikt, og risiko for overvekt og diabetes på litt lengre sikt. Amming minsker mors risiko for brystkreft og trolig også risikoen for eggstokk-kreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes. Jo mer morsmelk, desto større er helseeffektene.

I Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2023) er det et mål å øke andelen barn som fullammes de første seks månedene og som får morsmelk i hele første leveår. De nasjonale kostholdsundersøkelsene viser at det er langt igjen til målene for amming er nådd.

Målet for WHO-koden [International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes](#) er å sikre riktig ernæring for spedbarn, ved å fremme og beskytte amming og sikre riktig bruk av erstatninger for morsmelk (breast-milk substitutes) ved informasjon og regulering av markedsføring. Norsk regelverk omfatter i dag kun produkter beregnet på barn opp til ett års alder (morsmelkerstatning (0-6 md.) og tilskuddsblanding (6-12 md.)), mens WHO-koden også gjelder produkter for større barn (tilskuddsblanding 12-36 md.). Produkter for barn 12-36 md. faller i dag utenfor norsk regelverk og markedsføres aktivt i digitale kanaler. Dette er utfordrende, blant annet knyttet til "cross promotion", det vil si at det er en indirekte markedsføring av produkter for yngre barn (morsmelkerstatning 0-6 md. og tilskuddsblanding 6-12 md.), som det ikke er tillatt å markedsføre overfor foreldre, men som har svært lik emballasje. WHO-koden er for øvrig ikke fullstendig implementert i norsk regelverk, og det skjer brudd på kodens prinsipper i Norge.

2.2.7 Miljø og helse i barnehager og skoler

Ikke helsemessig tilfredsstillende fysisk miljø i mange skoler og barnehager

Barnehagers og skolars fysiske inne- og utemiljø er av stor betydning for helse, trivsel og læring blant barn og unge. Barn er også sårbare og mer følsomme med hensyn til eksponering for luftforurensninger, og luftforurensning både inne og ute kan forårsake luftveisplager og føre til utvikling eller forverring av luftveissykdommer. Fuktproblemer og muggvekst kan medføre fare for uønskede helseutfall som hodepine, utløsning eller forverring av astma, og luftveisinfeksjoner. Uheldige innklimaforhold knyttet til ventilasjon, temperatur og belysning i skoler og barnehager kan påvirke skoleprestasjoner og arbeidsevne. Videre har støy effekter på kognitiv yteevne hos barn og kan redusere mulighet for konsentrasjon og innlæring.[122]

Kartlegginger mellom 2007 -2015 viste at det i mange tilfeller ikke er tilfredsstillende fysisk miljø i barnehager og skoler, blant annet grunnet manglende vedlikehold, og at regelverket ikke etterleves i tilstrekkelig grad. Det er behov for et bedre system for å følge med på miljø- og helseforhold i skoler og barnehager, som gir mulighet for oppfølging.

Uteområdene i skoler og barnehager har de siste årene blitt redusert.[123] Press på arealer i byer og tettsteder kan bidra til svekket kvalitet på uteområdene, for eksempel lite areal, støy- og luftforurensning. Det er behov for mer kunnskap om betydningen av skoler og barnehagers uteområder, både som helsefremmende faktor for barn og elever, men også betydningen av uteområdene som faktor i nærmiljøet som kan fremme fysisk aktivitet og sosiale møteplasser.

Fysisk miljø i barnehager og skoler må også ses i sammenheng med omtalen under avsnitt om psykososiale forhold i skoler, avsnittet om fysisk aktivitet i skoler og avsnittet om mat og måltider i barnehager og skoler.

Barnas arbeidsmiljø sikres ikke gjennom kommunalt tilsyn

I 2019 gjennomførte Helsetilsynet og Statsforvalterne et landsomfattende tilsyn med kommunens tilsyn med miljø og helse i barnehager og skoler[124]. Helsetilsynet konkluderte med at tilsynsordningen ikke fungerte som forutsatt, og viste til at det ble konstatert lovbrudd i 8 av 10 kommuner. De påpekte lovbruddene gjaldt at kommunene ikke sikrer at det blir gjennomført tilsyn, at tilsyn ikke ble utført regelmessig, at tilsyn ikke var tilstrekkelig basert på kunnskap om risiko, og at kommunen ikke hadde styringsaktiviteter for å følge med på tilsynsarbeidet og om oppgavene ble ivarettatt i tråd med krav i lov og forskrift. Det bør utredes hva som skal til for å sikre barnas arbeidsmiljø.

2.2.8 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Universelle tiltak, tilgjengelighet og tidlig innsats i tjenesten er viktige prinsipper for å utjevne sosial ulikhet i helse. Det tas utgangspunkt i den enkeltes behov og forutsetninger, og målet er å øke målgruppens helsekompetanse. Samspill mellom foreldre og barn er vektlagt i helsestasjon. I skolehelsetjenesten vil en styrking av foreldreveiledning for ungdomsforeldre kunne bidra til å trygge foreldrerollen og fremme et bedre samspill.

For å forankre tverrfaglig samhandling på systemnivå mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnehager og skoler, samt andre tjenester må dette formaliseres i skolenes- og kommunenes ledelse. Forskning viser til at skolehelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner for skolene i arbeidet med å skape en helsefremmende skole.[125], [126] Tilbakemeldinger fra kommuner, samt forskning (NIFU) viser at det er tilfeldig og personavhengig hvordan samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten fungerer i praksis. Ansvar for det systemrettede samarbeidet bør derfor forankres og tydeliggjøres ytterligere i lov og forskrift.

Frie inntekter og tilskuddsordningen for styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ført til en økning av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilbakemeldinger fra statsforvaltere og rapporteringer fra kommunene viser imidlertid at mange kommuner har vansker med å rekruttere kvalifiserte helsesykepleiere.

På tross av stor søknad til helsesykepleierutdanningen er utdanningskapasiteten for lav. Det har ført til økt bruk av konstituerte sykepleiere uten videreutdanning. Det rapporteres om mange vakante stillinger av både jordmødre og helsesykepleiere som i tillegg medfører problemer med praksisplasser i kommunene. Det er derfor nødvendig å følge med på utviklingen samt å styrke utdanningskapasitet og praksisplasser i tråd med behov og etterspørsel.

[Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge](#) viser at flere av smitteverntiltakene under pandemien har rammet barn og unge særlig hardt, og det har for mange medført behov for hjelp til å takle livssituasjonen sin. Samtidig har allokering av personell og smitteverntiltak ført til at tjenestene har hatt redusert tilgjengelighet og endret tilbud. Kommunene rapporterer om etterslep av oppgaver og mange barn og unge har derfor ikke fått det anbefalte tilbudet og den nødvendige oppfølgingen.

I forbindelse med pandemien ble det er stort behov for gode tjenestedata fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det ble derfor prioritert å innlemme tjenesten i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra september 2022. Formålet til KPR er å gi grunnlag for planlegging, styring, med særlig vekt på nasjonalt og lokalt forbedringsarbeid og folkehelseindikatorer.

2.2.9 Oppvekstprofiler

I 2019 inngikk Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet et samarbeid med

Folkehelseinstituttet og KS om samordning av statistikk fra de fem direktoratene. Det overordnede målet er å styrke kommunenes mulighet for kunnskapsbasert arbeid gjennom samordnet, helhetlig og tilrettelagt styringsinformasjon fra staten omkring oppvekstvilkår. Dette innebærer konkret at det utvikles;

1. en statistikkbankløsning med (nøkkel)indikatorer og
2. en årlig tilrettelagt publikasjon med et tema for den enkelte kommune – oppvekstprofil - med en samling av nøkkelindikatorer knyttet til barn og unge og deres oppvekst

Det er også et mål å bedre styringsdata på oppvekstfeltet for fylkesmennene og fylkeskommunene. Avtalen utløper 30. juni 2023. Det er enighet mellom aktørene om at dette samarbeidet bør videreføres etter endt prosjektperiode. KS mener at oppvekstprofilene bidrar til god oppfølging av mange av bærekraftsområdene for kommunene, og er et nyttig verktøy for å kunne gi retning på oppvekstpolitikken.

2.2.10 Barn og unge med funksjonsnedsettelse og sammensatte behov

[Regjeringens digitaliseringsstrategi](#) har som formål at brukerne skal oppleve én digital offentlig sektor. Syv ulike livshendelser ble valgt som utgangspunkt for utvikling av sammenhengende tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for livshendelsen [Alvorlig sykt barn](#).

Det er anslått at det er mellom 40 000 til 120 000 barn og unge med en funksjonsnedsettelse under 18 år i Norge. I rapporten [Riksrevisjonen rapport om helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse](#) belyses en rekke problemstillinger knyttet mot denne målgruppen.

Ungdommer som har funksjonsnedsettelse og sammensatte behov er en utsatt gruppe i samfunnet. [En undersøkelse](#) gjort i forbindelse med Livshendelsen Alvorlig sykt barn viser at 8 av 10 ungdommer i denne målgruppen i liten grad er tilfreds med livet. Til sammenligning opplever 2 av 10 ungdommer i befolkningen generelt at de har lav livskvalitet.

Andre oppsøksvekkende funn i undersøkelsen er at foresatte i gjennomsnitt bruker 19 timer per uke på «administrative» oppgaver knyttet til oppfølging av sine barn med funksjonsnedsettelse. Dette tilsvarer omtrent en 60 prosent stilling omregnet til årlig tidsbruk. I perioden rett etter at barnet fikk diagnosen brukte foresatte i gjennomsnitt 22 timer på å lete etter informasjon og kartlegge rettigheter.

Dagens organisering av stat og kommune får konsekvenser for familier som må navigere i et komplekst og fragmentert system og selv koordinere tjenestene de har behov for. For å møte disse utfordringene er vi avhengige av å jobbe på tvers av nivåer og sektorer. For at både barn, unge og foreldre skal få god livskvalitet må vi jobbe på nye måter, hvor brukeren definerer sine egne behov sammen med tjenestene.

Fotnoter

[32] Bøe, T., Petrie, K. J., Sivertsen, B. & Hysing, M. (2019). Interplay of subjective and objective economic well-being on the mental health of Norwegian adolescents. SSM – Population Health, 9, 100471. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100471>

- [33] Kaasbøll, J., Melby, L. & Lassemo, E. (2018). Resiliente og helsefremmende lokalsamfunn. En kunnskapsoppsummering (SINTEF Rapport 00502). SINTEF Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning.
- [34] Bøe, T. (2015). [Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet](#). Oslo: Helsedirektoratet (IS-2412)
- [35] Folkehelseinstituttet. (2019). Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Notat Publisert 26.03.2019. [Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? - FHI](#)
- [36] Folkehelseinstituttet. (2018). Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge.
- [37] NKVTS. (2021). Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt. Avrop 11 2021 på rammeavtalen mellom NKVTS og Helsedirektoratet
- [38] Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2019). Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av norsk ungdom i alderen, 12.
- [39] Roland og Auestad (2009). Seksuell orientering og mobbing. Stavanger: Senter for atferdsforskning. Tilgjengelig fra https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/5/seksuell_orientering_og_mobbing_rappor
- [40] Statistisk sentralbyrå. (Online). Statistikkbank. 10674: Meldingar til barnevernet, etter konklusjon, innhald i meldinga, kven som melde saka, statistikkvariabel, år og alder.
- [41] Helsedirektoratet. (2021). Konseptutredning lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utvikle PSA/SSA mot andre barn og unge.
- [42] Muehlenkamp et al. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012 Mar 30;6:10. Tilgjengelig fra [PubMed \(nih.gov\)](#)
- [43] Tørmoen et al. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents - Eur J Public Health. 2020 Aug 1;30(4):688-692. Tilgjengelig fra [PubMed \(nih.gov\)](#)
- [44] Bakken, A. (2021). Ungdata 2021. Nasjonale resultater. NOVA Rapport 8/21 Oslo: NOVA, OsloMet.
- [45] Bye, E. K., & Bretteville-Jensen, A. L. (2020). Bruk av cannabis og andre ulovlige rusmidler blant 15-16-åringer: Resultater fra ESPAD 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet
- [46] Bakken, A. (2020). Ungdata: Nasjonale resultater 2020, NOVA Rapport 16/20. Oslo: NOVA, OsloMet.
- [47] Helsedirektoratet (2010). Fra bekymring til handling En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. IS-1742.
- [48] Sivertsen, B. (2021). Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Tilleggsundersøkelse 2021., Oslo: SiO / Sammen / SiT / FHI.
- [49] Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public health challenge. Lancet, 369(9569), 1302-1313.

- [50] Moksnes, U. K., Løhre, A., Lillefjell, M., Byrne, D. G., & Haugan, G. (2016). The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research*, 125(1), 339-357.
- [51] Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J., & Wold, B. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *Journal of Educational Research*, 102, 303-318.
- [52] Eriksen et al (2017). Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA Rapport 6/17
- [53] Lillejord, S., Børte, K., Ruud E. & Morgan, K. (2017). Stress i skolen – en systematisk kunnskapsoversikt. www.kunnskapssenter.no
- [54] Barnehaeloven (2005). Lov om barnehager (LOV-2005-06-17-64). Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- [55] Opplæringslova (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (LOV-1998-07-17-61). Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- [56] Helsedirektoratet (2014). Miljø og helse i barnehagen Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. IS-2072
- [57] Departementene (2021). Trygghet, mangfold og åpenhet - Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021–2024.
- [58] Breivik et. al (2016). Å bli utsatt for mobbing – en kunnskapsoppsummering. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Uni Reserch Helse og Læringsmiljøsenteret, Universitetet i Stavanger.
- [59] Lund, I. (2013). Dropping out of school as a meaningful action for adolescents with social, emotional and behavioural difficulties. *Journal of Research in Special Educational Needs*(1).
- [60] Lund, I & Helgeland, A. (2016). Mobbing i barnehagen. Anerkjennelse som forebygging. Oslo: Pedlex as
- [61] Utdanningsdirektoratet. (2020). Elevundersøkelsen 2020. [Elevundersøkelsen 2020 – nasjonale tall for mobbing og arbeidsro \(udir.no\)](https://www.udir.no/elevundersokelsen-2020)
- [62] Roland og Auestad (2009) Seksuell orientering og mobbing. Stavanger: Senter for atferdsforskning.
- [63] Søndergaard D.M. & Hansen, H.R (2018). Bullying, social exclusion, anxiety and longing for belonging. *Nordic Studies in Education*, 38 (4). 319-336.doi: 10.18261/issn.1891-2018-04-03.
- [64] Søndergaard, D.M. (2011). Mobning, mobbefryd, humor og fællesskab. I E.Jensen & S. Brinkmann (red), *Fællesskab i skolen. Udfordringer og Muligheder* (s. 45-78). København: Akademisk forlag.
- [65] Restad, F. (2020). Is there a Hole in the Whole-School Approach? A Critical Review of Curriculum Understanding in Bullying Research. I *Nordic Studies of Education*. Vol. 40, No.4, 2020. S.362-386.
- [66] Lyng, S.T. (2018). The social production of bullying: Expanding the repertoire of approaches to group dynamics. *Children & Society*, 32(6), 492-502:doi:10.1111/chso.12281.

- [67] Hansen, H.R. (2014) Fællesskabende didaktikker. I H.R. Hansen & D.M. Søndergaard (red), Nye perspektiver på mobning. Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift. Special issue, Vol 51, s. 63-72.
- [68] Brekke: [Health and educational success in adolescents: a longitudinal study](#). BMC Public Health, juli 2015, doi: 10.1186/s12889-015-1966-0.
- [69] Skog Hansen, I., Steen Jensen, R. & Fløtten T. (2020). Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge, Fafo-rapport 2020:02. <https://www.fafo.no/images/pub/2020/20737.pdf>
- [70] Helsedirektoratet (2018). [Ungdomshelse i en digital verden – del 1 Brukerinnsikt](#)
- [71] Medietilsynet (2018). Barn og medier 2018 - 9–18-åringers medievaner
- [72] Medietilsynet (2020). Barn og medier 2020 - Kartlegging av 9–18-åringers digitale medievaner
- [73] Bufdir (2018). Offentlige digitale informasjonstjenester til barn under 13 år
- [74] Bufdir (2021). Rett på nett - Nasjonal strategi for trygg digital oppvekst
- [75] Kleppang A.L., Steigen A.M., Ma L., Finbråten A.S., Hagquist C. (2021). Electronic media use and symptoms of depression among adolescents in Norway, PLOS
- [76] Alonzo R., Hussain J., Stranges S. & Anderson K.K. (2021). Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review, Sleep Medicine Reviews 56(1) 101414
- [77] Valkenburg P.M., Meier A. & Beyens I. (2021). Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence, Current Opinion in Psychology 44(1) 58 68
- [78] McCrory A., Best P. & Maddock A. (2020). The relationship between highly visual social media and young people's mental health: A scoping review, Children and Youth Services Review 115(1)
- [79] Kumar S.M., Nisha J. & Maya S. (2020). Influence of social media on mental health: a systematic review, Psychiatry, medicine and the behavioural sciences 33(5) 467 475
- [80] Schønning V., Hjetland G.J., Leif Edvard Aarø & Skogen J.C. (2020). Social Media Use and Mental Health and Well-Being Among Adolescents – A Scoping Review, Front. Psychol.
- [81] Seland, I. & Hyggen, C. (2021). [The digital generation. Representations of a generational digital divide. I Falch-Eriksen, A., Takle, M. & Slagsvold, B. \(red.\): Generational Tensions and Solidarity Within Advanced Welfare States. Routledge \(taylorfrancis.com\)](#)
- [82] Naslund J.A., Aschbrenner K.A., McHugo G.J., Unützer J., Marsch L.A. & Bartels S.J. (2019). Exploring opportunities to support mental health care using social media: A survey of social media users with mental illness, Early intervention in Psychiatry 13(3) 405 413
- [83] Eriksen I.M., Sletten M.A., Bakken A. & von Soest T. (2017). Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager, NOVA Rapport 6/17
- [84] Hjetland G.J., Schønning V., Hella R.T., Veseth M. & Skogen J.C (2021). How do Norwegian adolescents experience the role of social media in relation to mental health and well-being: a qualitative study, BMC Psychology 9(78)

- [85] Ungdata. (2020). [Ungdom og idrett i Norge] <https://www.ungdata.no/ungdom-og-idrett/> (lastet 31.01.2022)
- [86] Statens Vegvesen. (2012). Nasjonal gåstrategi: Strategi for å fremme gåing som transportform og hverdagsaktivitet
<https://www.vegvesen.no/globalassets/fag/fokusomrader/miljoennlig-transport/sykeltrafikk/sykelstrategi.r>
- [87] Opinion (2020). Barns aktiviteter og daglige reiser i 2020, nettdokument:
<https://www.vegvesen.no/globalassets/fag/fokusomrader/miljoennlig-transport/barns-aktiviteter-og-daglige->
(lastet 31.01.2022)
- [88] Opinion (2020). Barns aktiviteter og daglige reiser i 2020, nettdokument:
<https://www.vegvesen.no/globalassets/fag/fokusomrader/miljoennlig-transport/barns-aktiviteter-og-daglige->
(lastet 31.01.2022)
- [89] Steene-Johannessen J. og medarbeidere (2019). [Nasjonalt overvåkingssystem for fysisk aktivitet og fysisk form Kartlegging av fysisk aktivitet, sedat tid og fysisk form blant barn og unge 2018 \(ungKan3\)](#)
(lastet 31.01.2022)
- [90] Milton K, Cavill N, Chalkley A, (2021). Eight Investments That Work for Physical Activity J Phys Act Health. 2021 May 14;18(6):625-630. doi: [10.1123/jpah.2021-0112](#)
- [91] Kolle E og medarbeidere (2019). School in motion, nettdokument:
<https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/forsok-med-okt-fysisk-aktivitet-pa-ungdomstrin>
(lastet 31.01.2022)
- [92] Amerikanske helsemyndigheter (2018). [Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report](#). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018.
- [93] Verdens helseorganisasjon (2020) [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour](#). Geneva: World Health Organization.
- [94] Hyggen et. al. (2018). Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier En kunnskapsoppsummering. NOVA rapport 11/2018
- [95] Jacobsen SE, Andersen PL, Dyrnes Nordø Å og medarb. (2021) Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- [96] Seland, I. og Andersen P.L. 2010. Hva kjennetegner ungdom som går på norske fritidsklubber og ungdomshus? Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning. VOL 1 Utg. 1
- [97] Kulturdepartementet (2021) [Sterkere tilbake – En mer inkluderende idrett Regjeringens idrettsstrategi](#).
- [98] Fredriksson, I.; Geidne, S. og Eriksson, C. (2016). Fritiden som arena för hälsofrämjande arbete – exempel från två ungdomsvärksamheter. Socialmedisinsk tidskrift, 93(2), 138–153.
- [99] Seland, I, Andersen P.L. og Eriksen I.M. 2021 Fritidsklubber i det lokale folkehelsearbeidet. Sluttrapport (Fagarkivet.oslomet), 2021

[100] Recommendation of the Committee of Ministers to member States on youth work [16809e0a8f \(coe.int\)](#)

[101] World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary. Geneva: World Health Organization, 2017.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf>.

[102] Folkehelseinstituttet. (2008). Barnevekststudien . Oslo : Folkehelseinstituttet, 2008, 2010, 2012 og 2015.

[103] Rangul V, Kvaløy K. (2020). Selvpålevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19. Levanger : HUNT forskningssenter, 2020.

[104] Øvrebo B, Bergh IH, Stea TH, Bere E, Surén P, Magnus PM, et al. (2021). Overweight, obesity, and thinness among a nationally representative sample of Norwegian adolescents and changes from childhood: Associations with sex, region, and population density. PLoS ONE. 16, 2021, Vol. 8, e0255699.

[105] Folkehelseinstituttet. (2018). Sosiale helseforskjeller. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. fhi.no. [Online] Folkehelseinstituttet, Mai 14., 2018. [Lastet: Oktober 20, 2021.]
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>.

[106] Kinge JM, Steingrimsdóttir ÓA, Strand BH, Kravdal Ø. (2016). Can socioeconomic factors explain geographic variation in overweight in Norway? SSM - Population Health. 2016, Volume 2.

[107] Kirk SFL, Ramos Salas X, Alberga AS, Russell-Mayhew S. (2020). Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy. Obesity Canada. [Online] 2020. [Lastet: September 28, 2021.] <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias/>.

[108] Ellis JL, Rees K, Brown T et al. (2018). Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews. International Journal of Obesity. 42: 1823-1833, 2018.

[109] Skodvin VA, Lekhal S, Kommedal KG et al. (2020). Livsstilsbehandling av barn og ungdom med alvorlig fedme - resultater etter ett år. Tidsskr Nor Legeforen. 2020.

[110] Brandkvist M, Bjørngaard JH, Ødegård RA, Åsvold BO, Sund ER, Vie GÅ. (2019). Quantifying the impact of genes on body mass index during the obesity epidemic: longitudinal findings from the HUNT Study. BMJ. 2019 Jul 3;366: l4067

[111] World Health Organization. (2016). Report of the commission on ending childhood obesity.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241510066>

[112] Foreløpig sluttrapport Samhandlingsprosjekt om barnefedme mellom OUS, Bydel Bjerke og Bydel Grünerløkka (nov. 2021).

[113] Randby JS, Holbæk H, Lien N. (2021). Implementation of the Norwegian school meal guideline: Development and reliability of two questionnaires to measure adherence. Scand J Public Health. 2021 Jun; 49(4): 358–368. Published online 2020 Dec 10. doi: 10.1177/1403494820972590.

- [114] Randby JS, Meshkovska B, Holbæk H, Lien N. (2021). An Exploration of Implementation Enablers and Barriers for Norwegian School Meal Guidelines. *Global Implementation Research and Applications*. 2021;1(2):122-34.
- [115] Jaime PC, Lock K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? *Prev Med*. 2009;48(1):45-53.
- [116] Lundborg P, Rooth D-O, Alex-Petersen J. Long-Term Effects of Childhood Nutrition: Evidence from a School Lunch Reform. *The Review of Economic Studies*. 2021, 0:1-33.
- [117] Kunnskapsdepartementet (2006). Skolemåltidet i grunnskolen: kunnskapsgrunnlag, nytte- og kostnadsvirkninger og vurderinger av ulike skolemåltidsmodeller. s.l.: Kunnskapsdepartementet.
- [118] Vik FN, Nilsen T og Øverby NC. (2022). Aspects of nutritional deficits and cognitive outcomes – Triangulation across time and subject domains among students and teachers in TIMSS, *International Journal of Educational Development*, Volume 89, 2022, 102553, ISSN 0738-0593, <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2022.102553>
- [119] Arnstein Øvrum, Elling Bere. (2012). Evaluating free school fruit: results from a natural experiment in Norway with representative data. *Public Health Nutrition*, 2012.
- [120] Nina Cecilie Øverby, Knut-Inge Klepp, Elling Bere. (2012). Introduction of a school fruit program associated with reduced frequency of unhealthy snacks. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2012.
- [121] Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. [Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect](#). *Lancet* 2016; 387: 475–90. [[PubMed](#)][[CrossRef](#)]
- [122] Folkehelseinstituttet. (2016). Barn, miljø og helse. Risiko- og helsefremmende faktorer. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/barn-miljo-og-helse-pdf.pdf>
- [123] Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. (2019). Uteområder i skoler og barnehager – hvordan sikre kvalitet i utformingen?
- [124] Helsetilsynet. (2020). Barns helse er folkehelse. Barnas arbeidsmiljø sikres ikke gjennom kommunalt tilsyn, landsomfattende tilsyn i 2019 med folkehelse. (Rapport 1/2020) Helsetilsynet.
- [125] Borg et.al (2015). Hva lærerne ikke kan! Et kunnskapsgrunnlag for satsning på bruk av flerfaglighet i skolen. AFI-rapport 6/2015
- [126] Waldum-Grevbo, K. S. (2018). Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene? *Sykepleien*, 106. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-70773.pdf>

Folkehelse gjennom livsløpet - voksenbefolkningen

En befolkning med god helse er et premiss for en bærekraftig samfunnsutvikling og for at helse- og velferdstjenester skal kunne opprettholdes på tilsvarende nivå som i dag. Offentlige utgifter vil snart øke raskere enn offentlige inntekter. Velferdsbehovene blir større enn samfunnet klarer å levere. Det er et økende behov for at innsatsen dreies mer i retning av helsefremming og forebygging.

Helsedirektoratet anbefaler

Helsesystemer

- å revidere og implementere de nasjonale faglige retningslinjer på fedme og overvekt.
- å drive holdningsskapende arbeid som motiverer til endring og bygger kunnskap om sammenhengen mellom levevaner og ikke-smittsomme sykdommer.
- å bidra til å bedre den enkeltes muligheter til å ta gode helsefremmende og sykdomsforebyggende valg ved å øke helsekompetansen på individ- og systemnivå.
- å utvikle digitale tjenester som ivaretar befolkningens ulike digitale kompetanse og helsekompetanse.
- å øke kunnskap om innvandreres levekår, livssituasjon, helse og bruk av helse- og omsorgstjenester, og tiltak for likeverdig tilgang til tjenester.

Samarbeid på tvers

- å sikre sektorovergripende arbeid med arbeidsdeltakelse og forebyggende aktiviteter til alle på arbeidsplassen herunder fremme mestring og, samt unngå unødig utredning i spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helse og rus

- å videreføre store pågående satsninger på psykisk helse og rusområdet.
- normalisere psykiske reaksjoner på livshendelser og redusere stigma ved psykiske plager og lidelser.
- å øke prisen på alkohol gjennom økt alkoholskatt.

Fysisk aktivitet

- å legge til rette for gang- og sykkelveier og lett tilgjengelige og rimelige offentlige transportmidler for alle.

Kosthold

- å legge til rette for at alle skal kunne ta kostholdsvalg i tråd med kostrådene bl.a. gjennom videreføring av samarbeid med matvarebransje, serveringsbransje og organisasjoner.
- å innføre en gradert avgift på tilsatt sukker og samtidig prisreduksjon på frukt, bær og grønnsaker.

Tobakk

- å særlig vektlegge utfordringer med sosial ulikhet i tobakksbruk. Tobakksrøyking bør på sikt fases helt ut.

- å innføre landsdekkende veiledning i kombinasjon med offentlige finansiering av legemidler til røykeslutt (gitt positive resultater fra pilotprosjekt i Vestre Viken).

Seksuell helse

- å inkludere læringsmål knyttet til seksuelle helse i nasjonale forskrifter for relevante utdanningsløp.
- å innføre en befolkningsrepresentativ seksualvaneundersøkelse etter modell av Storbritannia.

3.1

Psykisk helse og livskvalitet

3.1.1 Viktig å se psykisk og fysisk helse i sammenheng

Fysisk og psykisk helse er tett vevd sammen. Dette gjelder for årsakssammenhenger, men også for mange forhold med betydning for prognose, inkludert mulighet for tilfriskning og for livskvalitet. For å sikre best mulig utnyttelse av ressursene i helsesystemet, og for å oppnå økt overlevelse, bedre helse og god livskvalitet, må fysiske og psykiske aspekter ved helse og sykdom integreres bedre enn i dag.

For store sykdomsgrupper som psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet og muskel- og skjelettlidelser, er risikofaktorene sammensatte. Sykdom kan påvirke og forsterke risikofaktorer. Det er langt større risiko for psykiske lidelser blant personer med en rekke somatiske sykdommer.

Personer med alvorlige psykiske lidelser lever 15-20 år kortere enn den generelle befolkningen. Den absolutt viktigste årsaken til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er somatisk sykdom – spesielt hjerte- og karsykdommer, men også luftveissykdommer og kreft. Landsomfattende tilsyn i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i 2017-2018 ([Helsetilsynet \(2019\)](#)) viste at både i kommuner og i distriktpsikiatriske sentre (DPS) er det mangelfull kartlegging og oppfølging av somatiske helseproblemer. Et eksempel er sammenhengen mellom diabetes og psykisk sykdom som opptrer både drevet av ulike fysiologiske faktorer og gjennom belastningen det er å ha en kronisk sykdom. I [Nasjonal faglig retningslinje for diabetes](#) fremkommer det bl.a. at strukturert tverrfaglig samarbeid gir mest effektiv behandling og er samtidig mest kostnadseffektivt.

Gjennom Helsefellesskapene, en samarbeidsarena mellom foretak og omliggende kommuner, skal det legges til rette for mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helseforetak og kommuner skal i helsefellesskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå. Fire pasientgrupper vektlegges særlig; barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Utvikling av integrerte og tverrsektorielle tjenester som ivaretar behovet for innretning mot både somatiske, psykologiske, og sosiale faktorer bør inngå i Helsefellesskapenes planlegging og utvikling. Det må legges vekt på å utvikle tjenester som og bidrar til å styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse.

3.1.2 Livskvalitet

I Norge har de med lengst utdanning og høyest inntekt bedre helse sammenliknet med de med kortere utdanning og lavere inntekt. Kunnskapen om livskvaliteten i den norske befolkningen fra nasjonale og regionale undersøkelser de siste par årene viser at også livskvaliteten er skjevt fordelt etter inntekt og utdanning.[127], [128], [129] Nasjonale livskvalitetsundersøkelser finner at personer i høyeste inntektskvartil er den eneste gruppen som skårer signifikant bedre enn befolkningen i alt, på alle indikatorer for subjektiv livskvalitet. I motsatt ende er gruppene som skårer signifikant lavere enn befolkningen på alle indikatorer for subjektiv livskvalitet: personer med lavinntekt, arbeidsledige, personer med nedsatt funksjonsevne, personer med psykiske helseplager og skeive. De unge voksne har lavere livskvalitet enn resten av befolkningen.[130] Blant gruppene med lav livskvalitet, er det trolig flere som opplever en opphopning av levekårsbelastninger, som gir særlig høy risiko for å oppleve dårlig livskvalitet ([Folkehelse rapporten 2021](#)) og for å bli utsatt for negative livshendelser, som for eksempel vold ([NOU \(2020\) Levekår i byer](#)).

I 2021 var det målt en generell nedgang i livstilfredshet, sammenliknet med året før,[131] og flere oppga lav livstilfredshet (28 prosent), enn høy (21 prosent). Dette sammenfaller med reduksjon i levekår som også er blitt målt fra 2020 til 2021. Nedgangen i livstilfredshet var større blant annet for skeive enn for den øvrige befolkningen.

Arbeidet med å utvikle en nasjonal strategi for livskvalitet som skal bidra til at livskvalitet blir et supplerende mål på samfunnsutviklingen i Norge ([Regjeringen.no \(2021\) Ny nasjonal strategi for livskvalitet, pressemelding 27.07.2021](#)) ble igangsatt i slutten av 2021. Strategien skal peke ut retningen for livskvalitetsarbeidet, og skal blant annet bidra til et mer helsefremmende og rettferdig samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet leder prosessen.

Selv mord er et samfunns- og folkehelseproblem. Med den tverrsektorielle [Handlingsplanen for forebygging av selvmord \(2020-2025\) Ingen å miste](#), innførte Norge en nullvisjon for selvmord. De siste 15 årene har selvmordsraten i Norge ligget nokså stabilt på ca. 12–14 per 100 000 innbyggere. Raten er 2–3 ganger høyere hos menn enn hos kvinner ([NSSF](#)). I 2020 var det 639 personer som tok sitt eget liv, 467 menn og 172 kvinner ([DÅR](#)). En del av den viktigste selvmordsforebyggingen skjer på arenaer utenfor helse- og omsorgssektoren, som inkluderende lokalsamfunn, trygge arbeidsplasser og skoler.

Meldinger og strategier på livskvalitetsfeltet har vært knyttet til ambisjonen om å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet. Dette har bidratt til å løfte viktigheten av faktorer som sosial støtte, mestring og deltakelse i folkehelsearbeidet.

Livskvaliteten i Norge er skjevt fordelt. Felles for gruppene som opplever lav livskvalitet er blant annet at de er marginaliserte og kan oppleve å stå utenfor viktige samfunnsarenaer som for eksempel arbeidsliv. Personer i disse gruppene kan også hyppigere oppleve å bli utsatt for diskriminering, som nesten én av fire oppgir at de har opplevd å bli utsatt for.[132] Noen av disse gruppene er også blant de som opplever å være mye plaget av ensomhet. En analyse av ensomhet i Norge[133] finner at andelen som er mye plaget av ensomhet er relativt stabil i den voksne befolkningen, foruten en økning den siste tiden som kan være en følge av kontaktbegrensende tiltak under koronapandemien. Det er derimot flere unge som rapporterer at de opplever å være mye mer plaget av ensomhet nå enn de har vært tidligere.

En norsk levekårsundersøkelse viser at personer med kjønnsinkongruens i større grad enn befolkningen for øvrig er utsatt for seksuelle overgrep.[134] Andre studier tyder på at også ungdom med nedsatt funksjonsevne eller psykiske helseplager er mer utsatt for seksuell vold og overgrep ([HOD 2016 Snakk om det Strategi for seksuell helse](#)). Samtidig viser undersøkelser at kvinner som er utsatt for partnervold har økt risiko for prevensjonssvikt, har økt sannsynlighet for å bli gjentatt gravid uten å planlegge for det og å avbryte svangerskapet.[135] Disse funnene tyder på at interseksjonalitet, det vil si prosesser hvor sosiale kategorier som kjønn, etnisitet og religion kan samvirke og påvirke personens livsvilkår,[136] er en mulig drivende faktor for sosial ulikhet i seksuell helse.

I tillegg til ønsket om at befolkningen skal leve lange liv, er det et mål for folkehelsepolitikken at innbyggerne skal leve gode liv, og at de sosiale helseforskjellene skal bli mindre. Arbeid for økt livskvalitet og en jevnere fordeling av denne er essensielt for å realisere dette målet. I tillegg til å jobbe for en jevnere fordeling av levekår, vil det også være viktig å jobbe for økt tilhørighet, fellesskap og deltakelse, slik at færre opplever ensomhet, utenforskap og diskriminering. Flere samfunnssektorer har et ansvar i dette arbeidet.

3.1.3 Tilgang til digitale ressurser for selvhjelp, mestring og behandling

Det er godt dokumentert at behandling levert digitalt er like effektivt som behandling ved oppmøte. Såkalt assistert selvhjelp benyttes i noen utstrekning i kommunalt psykisk helsevern og ved de Distriktpsikiatriske sentrene. Det er etablert et prøveprosjekt hvor kommuner tilbyr assistert selvhjelp for å støtte pasientens oppfølging av behandling. Digitale selvhjelpsverktøy kan gi råd, anbefalinger og læringsressurser en mer engasjerende form og innpakning. Apper og digitale ressurser kan være gode og engasjerende pedagogiske verktøy, og tilby øvelser basert på anerkjente prinsipper. Den store fordelen er at de er tilgjengelige når som helst og hvor som helst. Hvis flere kan lære, trene og øve sånn at de mestrer å endre levevaner, kronisk sykdom eller vanskelige tanker og følelser, så kan vi trolig forebygge at plager blir noe mer alvorlig. Kunnskapssenteret leverer en kunnskapsoppsummering som vurderer effekten av digital selvhjelp våren 2022.

Verktøykatalogen på [Helsenorge](#) er etablert som en plattform for sikkerhets- og kvalitetsvurderte digitale verktøy/apper. Katalogen rommer nå en rekke ulike verktøy utviklet for ulike utfordringer og målgrupper. Verktøyene kan forskrives med en digital henvisning fra behandler fra Verktøyformidleren i Helseaktørportalen.

Slike verktøy prøves nå ut både som forebygging og behandling for psykiske plager og lidelser. Verktøyene kan bidra til å løse flere utfordringer: Mange oppsøker ikke behandling i tide, og mange må vente for lenge på hjelp. Store geografiske avstander til tilbudene gjør terskelen høy for å møte til oppsatt behandling^[137]. Digitale verktøy vil kunne øke tilgjengeligheten til forebyggende råd og øvelser, og øke rekkevidden for hver enkelt behandler.

Digitalisering gir store muligheter. Samtidig kan det også være en barriere for sårbare brukere. Konsekvensene kan være at disse mister muligheten til å tilegne seg kunnskap om selvhjelp og til å søke nødvendig hjelp. Derfor må befolkningens digitale helsekompetanse tas hensyn til i all utvikling, slik at framtidens digitale ressurser og verktøy når hele befolkningen, uavhengig av forutsetning og helsekompetanse (inkludert digital kompetanse).

3.1.4 Arbeid og helse

Kunnskapen om at deltakelse i arbeidslivet gir bedre folkehelse utnyttes ikke godt nok. Å være i arbeid kan være kilde til livskvalitet og god helse, men arbeidet kan også være en kilde til helseskadelige påvirkninger. Gjennom arbeidsdeltagelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan gi mening, mestring og personlig utvikling. Samfunnet må i større grad bidra til at den enkelte kan ta kloke valg om eget liv, inklusive valg som berører deltakelse i arbeidslivet.

Samfunnet bør nå den enkelte gjennom både generell informasjon og formidling gjennom NAV, arbeidsgivere og helsetjenestene. Dette må underbygges av kunnskap og holdninger i møte med tjenestene.

Det er behov for å styrke båndene mellom involverte sektorer, og å utvikle en felles forståelse om arbeidets positive betydning for den enkelte og for folkehelsen. På samme måte som effekten på egen helse av røyking, kosthold, fysisk aktivitet m.v. er kjent i befolkningen, bør helsemessige effekter[138] av å være i arbeid bli allmennkunnskap. De kommunale helsetjenestene og NAV bør i større grad samarbeide bedre for å legge til rette for arbeidsdeltakelse. Det er blant annet behov for å styrke samarbeidet med fastlegene/allmennlegene. Gode rammevilkår, både juridiske og økonomiske, vil være viktig for effektivt sektorovergripende samvirke.

Selv om arbeidsmiljøet i Norge generelt kan karakteriseres som godt, finnes det fortsatt en rekke arbeidssituasjoner hvor sysselsatte kan bli utsatt for fysiske, kjemiske, mekaniske, psykososiale eller organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet som kan gi grobunn for akutte helseskader eller gradvis utvikling av plager eller sykdommer. Rundt 1 million arbeidstakere rapporterer at de har hatt plager i nakke/skulder-regionen eller ryggen siste måned. Nærmere 400 000 arbeidstakere opplever å være ganske eller svært plaget av arbeidsrelaterte smerter i løpet av en måned.[139] Helsedirektoratet har estimert et årlig helsetap av muskel- og skjelettlidelser på 185 milliarder 2013-kr og et årlig produksjonstap (sykefravær og uførhet) på 54 milliarder 2013-kr. I tillegg kommer helsetjenestekostnadene som utgjør 15 milliarder 2013-kr.[140] Over tid utgjør dette et vesentlige helsetjenestekostnader, helse- og produksjonstap.

I årene som kommer bør det systematiske helse, miljø og sikkerhets-arbeidet (HMS) styrkes, og legge til rette for at voksne og eldre har en helse som gjør at de kan stå lengre i arbeid. Det anbefales å styrke det forebyggende arbeidet og helsefremmende aktiviteter til alle på arbeidsplassen. Her bør førstelinjetjenestene i helsetjenesten og NAV styrke samarbeidet for å legge til rette for arbeidsdeltakelse.

Fotnoter

[127] Støren, Rønning og Gram (2020). Livskvalitet i Norge 2020. Statistisk sentralbyrå.

[128] Nes m.fl. (2020). Fra nord til sør: livskvalitet i Norge 2019

[129] Støren og Rønning (2021). Livskvalitet i Norge 2021. (Rapport 2021/27) Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>

[130] Folkehelseinstituttet. (2021). Livskvalitet i Folkehelse rapporten 2021.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

[131] Statistisk sentralbyrå. (2021). Livskvalitetsundersøkelsen 2021. Dokumentasjonsnotat. (Notater 2021/40) <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar>

[132] Støren og Rønning (2021). Livskvalitet i Norge 2021. (Rapport 2021/27) Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>

[133] Barstad, A. (2021). Blir vi stadig mer ensomme? SSB analyse 2021/08

[134] Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E., & Holmelid, Ø. (2021). Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020.

[135] Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet.
https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse/HOD-handlingsplan_2020-2024.pdf

[136] Thun, C. (2019, 20. desember). Interseksjonalitet. Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no/interseksjonalitet>

[137] Statistisk sentralbyrå. (2018). Nesten 1 av 6 oppsøker ikke hjelpen de trenger, [Nesten 1 av 6 oppsøker ikke helsehjelpen de trenger - SSB](#). Lastet 28.02.2022

[138] Waddell & Burton. (2006). «Is Work Good for Your Health and Well-being?»

[139] STAMI 2022 Nettartikkel [Muskelskjelettplager, smerter og arbeid] Lastet 16.02.2022.

[140] Helsedirektoratet. (2016). [Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 – sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper](#).

3.2

Levevaner

3.2.1 Kosthold

Status og utfordringer

Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets råd og anbefalinger legger grunnlag for god helse og redusert risiko for ikke-smittsomme sykdommer.

De største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover er å øke inntaket av jod, grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker i alle grupper av befolkningen. Målet i strategien for ikke-smittsomme sykdommer er å redusere saltinntaket i befolkningen med 30 prosent innen 2025.

I en rapport fra Helsedirektoratet 2016 ble det gjort anslag på samfunnsgevinster av å følge kostrådene. En endring av kostholdet i tråd med de norske kostrådene vil gi anslagsvis to gode leveår i løpet av et helt livsløp for en «kostholdsmessig gjennomsnittsnordmann». De mulige samfunnsgevinstene av at befolkningen følger kostrådene ble anslått til totalt 154 mrd. kr. per år.

Oppmerksomheten rundt sammenhengen mellom kosthold og bærekraft har økt, og det er også en utfordring å sikre bærekraftig matforbruk og produksjon, som beskrevet i FNs bærekraftsmål nummer 12. I 2019 startet arbeidet med å oppdatere de nordiske ernæringsanbefalingene som legger grunnlaget for Helsedirektoratets anbefalinger om kosthold, og ernæring. Oppmerksomhet på sammenhengene mellom kosthold og bærekraft vil bli tydeligere i de nye anbefalingene.

Kostholdet er viktig både for å forebygge sykdom og for å fremme god helse. Endring av kostholdet i tråd med Helsedirektoratets kostråd og anbefalinger kan redusere risikoen for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, som kreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2. Det gi samfunnsgevinster ved at vi lever lengre og har flere gode leveår med bedre helse. Det er også samsvar mellom et kosthold som fremmer helse og et kosthold som er mer bærekraftig. I

Det er flere positive utviklingstrekk de siste årene, men kostholdet i Norge har fortsatt klare ernæringsmessige svakheter. Forbruket av grønnsaker, frukt og fisk lavere enn anbefalt inntak, mens inntaket av mettet fett og salt er betydelig høyere enn anbefalt ([Utviklingen i norsk kosthold 2021](#)). Vurdert

opp mot Helsedirektoratets kostråd og anbefalinger spiser vi for lite grønnsaker, frukt, bær, grove kornvarer og fisk. Vi får i oss for mye mettet fett, sukker og salt og for lite kostfiber. Kostens innhold av fett, protein og karbohydrater er innenfor anbefalt nivå.

Hva kan gjøres?

Med utgangspunkt i matforsyningsstatistikken for 2020 bør kostens innhold av mettede fettsyrer og tilsatt sukker begge reduseres med henholdsvis minst 16 og 12 gram per person per dag i gjennomsnitt, mens kostens innhold av kostfiber bør øke med 8 gram per person per dag. Saltinnholdet i kosten bør nesten halveres.

Det er et mål å legge til rette for at folk skal kunne ta kostholdsvalg i tråd med kostrådene, uavhengig av alder, utdanning, språkkompetanse, digitalkompetanse, helsekompetanse, økonomi og andre forutsetninger i livet. Aktørene i matbransjen kan påvirke befolkningens tilgjengelighet av usunn mat og drikke ved å aktivt bruke virkemidler som produktutvikling, pris, plassering, porsjons- og pakningsstørrelse og markedsføring. Kantiner og andre serveringssteder har et ansvar ved å påvirke brukernes kosthold over tid, og bør gjøre sunne valg lett tilgjengelig. Vi ser at det er et potensiale i å tilrettelegge for flere sunne alternativer på idrett, kultur og andre fritidsarenaer ([veiviser lokale folkehelse tiltak](#)). Gjennom intensjonsavtalen for et sunnere kosthold er alle tilsluttede aktører forpliktet til å jobbe for å påvirke forbrukeratferd for å bidra til sunnere kosthold gjennom bevisste og ubevisste valg hos forbruker, blant annet ved å jobbe for å øke volum av nøkkelhullsprodukter. Offentlig sektor kan i større grad ha forskriftsfestet krav om å ivareta ernæringshensyn i tråd med kostrådene i anbudsutlysninger for mat, drikke og måltider, ved å følge ernæringskriteriene fra Helsedirektoratet ([ernæringshensyn i offentlige anskaffelser av mat og drikke](#)).

Prisvirkemidler benyttes i liten grad på nasjonalt nivå for å dreie kostholdet i sunnere retning. Sunn skatteveksling er definert av WHO som et kostnadseffektivt tiltak for å forebygge utvikling av de ikke-smittsomme sykdommene (Helsedirektoratet (2018)). Sunn skatteveksling innebærer skattlegging av usunn mat (sukker, salt og/eller mettet fett) i kombinasjon med å subsidiere sunn mat (frukt og grønnsaker). Det er dokumentasjon for at skattlegging av usunne matvarer i betydelig grad reduserer forbruket av disse varene og at subsidiering av sunne matvarer øker forbruket.[141]

Ifølge WHO kan avgifter på sukkerholdige drikkevarer bidra til å redusere utvikling av ikke-smittsomme sykdommer (WHO 2017). Det er funnet en større og mer positiv helseeffekt av slike avgifter for lavere sosiale klasser med lavere inntekt, sammenlignet med høyere sosiale klasser med høyere inntekt ([NOU 2019: 8 Særagifterne på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer](#)). Således vil målrettede og helsemessig begrunnede avgifter kunne bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse i tråd med folkehelsemålet. I Norge har det vært særagifter på sukkerholdige varer gjennom avgift på husholdningssukker, alkoholfrie drikkevarer og sjokolade- og sukkervarer i nesten 100 år. Avgift på sjokolade- og sukkervarer ble avviklet fra 1. januar 2021. Avgift på alkoholfrie drikkevarer ble fjernet helt fra 1. juli 2021. Til sammen medfører disse avgiftskuttene at prisnivået på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer potensielt reduseres. Dette øker tilgjengeligheten av disse varene og kan ha negativ effekt for folkehelsen. En kombinasjon av subsidier på sunn mat og avgift på usunn mat har vist best effekt (160).[142] Skattleggingen bør være betydelig for å gi effekt på folkehelsen, minimum 10-15 / 20 prosent (161) (162).[143],[144]

3.2.2 Overvekt og fedme

Status og utfordringer

Andelen av befolkningen med overvekt og fedme har økt de siste 40-50 årene. Vi har ikke landsrepresentative tall for vektutviklingen i den voksne befolkningen, men tall fra helseundersøkelsene i

Nord-Trøndelag og Tromsø tyder på at de fleste menn og kvinner nå har overvekt eller fedme. [Omtrent 1 av 4 menn og 1 av 5 kvinner har nå fedme](#) (kroppsmasseindeks over 30). Det er også uheldig at livvidden og andelen med bukfedme øker, da dette gir høyere risiko for metabolske komplikasjoner og andre følgesykdommer.

Blant gravide er 22 prosent overvektige ved starten av svangerskapet, og ytterligere 10 prosent har fedme. [Fedme og overvekt](#) hos gravide er assosiert med høy fødselsvekt og fødselskomplikasjoner som følge av dette, økt risiko for svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes og sjeldne utfall som dødfødsel, dødsfall i nyfødtp perioden og ulike typer medfødte misdannelser.

Forekomsten av [fedme og overvekt](#) varierer med utdanning og familieforhold og forsterker sosial ulikhet i helse. Andelen med fedme er lavere blant de som har lengre utdanning, og varierer også betydelig mellom ulike grupper innvandrere.

Fedme er en alvorlig og kompleks kronisk sykdom. Både overvekt og fedme øker risikoen for en rekke sykdommer og plager som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, flere former for kreft, søvnapne, muskel-skjelettplager og psykiske lidelser og mistriivsel. En rapport fra 2019 viser at overvekt og fedme er antatt å være primærårsak til over 3200 dødsfall årlig i Norge (2016)[145]. Antall sykdomsjusterte tapte leveår (DALY) som følge av overvekt (KMI $\geq$ 25) utgjorde nesten 79 000 i 2016. Det tilsvarer 6,5 prosent av alle sykdomsjusterte tapte leveår for hele befolkningen (alle aldre).

De totale samfunnskostnadene ved fedme beløper seg til ca. 70 milliarder kroner per år. Fedme forårsaker store helseproblemer for den enkelte, og bidrar til en sykdomsbyrde som tilsvarer ca. 40 milliarder kroner i samfunnskostnader per år. Kostnadene knyttet til tapt arbeidsinnsats som følge av sykefravær og uførhet er trolig på over 17 milliarder kroner per år. Helsetjenestekostnader utgjorde 12 milliarder kroner i 2018. Dette gjør samlet sett fedme til en av de mest kostbare «folkesykdommene» i Norge. *ibid*.

Hva kan gjøres?

Foreløpig er det ingen land som har klart å snu trenden med en stadig økende forekomst av overvekt og fedme, og det er ingen klare konklusjoner på hvilke tiltak som er mest effektive for å forebygge og redusere andel med overvekt/fedme i befolkningen. Det er imidlertid stor enighet om at det er behov for en bred tilnærming og en kombinasjon av ulike tiltak, både befolkningsrettede og tiltak rettet mot høyrisikogrupper. I Norge er det et gap mellom de grunnleggende tiltakene for å forebygge overvekt og fedme og spesialisthelsetjenestens tilbud om overvektskirurgi. Det er behov for et bedre og sammenhengende tilbud i primærhelsetjenesten.

3.2.3 Diabetes type 2

Status og utfordringer

Diabetes type 2 er blant de mest alvorlige nasjonale og globale folkehelseutfordringene. De vil medføre betydelige økninger i sykkelighet, dødelighet og økte kostnader for helsetjenester og trygdeytelser fremover. Det er et felt hvor utviklingen går i feil retning, og et felt med et stort potensial for bedre forebygging i Norge. Det er dokumentert at feltet henger tett sammen med sosial ulikhet i helse.[146]

Utvikling av diabetes type 2 kan forebygges, og sykdommen kan også utsettes eller reverseres ved endring av levevaner og vekttap. Potensialet for å utsette eller reversere sykdommen blir av mange grunner ikke tilstrekkelig utnyttet i dag. En viktig årsak er for lav kapasitet i primærhelsetjenesten til å tilby den veiledningen og tette oppfølgingen som er nødvendig for å lykkes. De best dokumenterte tiltakene for å oppnå dette, som anbefales i Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, er ikke et reelt tilbud for mange pasienter.

Hva kan gjøres?

I arbeid med pasienter med overvekt og diabetes type 2 er adekvat "biologisk" fagkompetanse ikke tilstrekkelig for å lykkes. God innsikt i de psykososiale utfordringene mange av pasientene har, og gode kliniske kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for å lykkes med endring av levevaner og vekttap. Ulik grad av helsekompetanse hos både pasienter og pårørende er også en viktig faktor i forebygging av diabetes 2 og i møte med pasientene. Vi vet at betydelig andel av befolkningen synes det er vanskelig å navigere i helsevesenet, og har utfordringer med å forstå og ta i bruk helseinformasjon.

Det er derfor viktig at fastleger og annet helsepersonell som skal ivareta denne pasientgruppen får både tilstrekkelig faglig kompetanse på feltet og trening i kliniske kommunikasjonsferdigheter. I tillegg må helsepersonell ha nok tid til å følge opp pasientene på den måten vi vet har effekt.

Opplevelse av stigmatisering både fra samfunnet og helsepersonell bidrar til å hindre god behandling av diabetes type 2 pasientene. Tiltak for å redusere stigmatisering vil kunne bedre både behandlingsresultater og livskvalitet.

Generelt bør psykisk og fysisk helse sees mer i sammenheng og behandles integrert hos pasientgruppene med overvekt/fedme og diabetes type 2. Psykiske forhold påvirker utviklingen av sykdommen samtidig som selve sykdommen kan gi psykiske utfordringer.

3.2.4 Fysisk aktivitet og tid i ro

Status og utfordringer

Fysisk inaktivitet er en viktig risikofaktor for ikke-smittsomme sykdommer og for tidlig død. Fysisk inaktivitet øker risikoen for blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes og flere typer kreft. Befolkningens fysiske aktivitetsnivå er generelt lavt, unntatt for de minste barna. En stor del av dagen brukes i ro i alle aldre.[147] , [148] Blant voksne er de med lengre utdanning mest aktive.[149] Barn i familier med lav inntekt deltar i mindre grad i organiserte (fysiske) aktiviteter enn andre barn.[150], [151], [152] Et høyt kostnadsnivå i idretten får konsekvenser for deltakelsen fra grupper med lavere betalingsevne.[153]

Innsatsene for økt fysisk aktivitet de siste 10 år har ikke hatt ønsket effekt på befolkningens aktivitetsnivå. Dette til tross for at det det siste tiåret er utformet en rekke nasjonale strategier (bl.a. gå- og sykkelstrategi, satsninger i skole, idrett, friluftsliv og helsetjenesten) for å øke aktivitetsnivået. Her gjenstår arbeid.

Sektorisering og mangel på koordinering og samhandling på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå er en utfordring. Det vises her til Bærekraftsmeldingen (Mål med mening) og målet om en helhetlig politikk frem mot 2030. Det finnes mye kunnskap der vi må oversette og tilpasse teori til praksis. Vi trenger å synliggjøre samfunnsøkonomiske analyser av fysisk aktivitet og fysisk inaktivitet. Det trengs en samordnet tverrsektoriell tilnærming og mobilisering, et krafttak. Fysisk aktivitet må integreres som en del av de aller fleste kommunale planer. Her ligger det en stor utfordring og ikke minst potensiale for å mobilisere lite aktive målgrupper. Videre bør individrettede tiltak utvikles, f.eks. friskliv, støtte og veiledning, organisert og egenorganisert aktivitet og digitale produkter.

Hva kan gjøres?

Helsedirektoratet mener daglig fysisk aktivitet i barnehage og skole er et effektivt virkemiddel for utjevning av aktivitetsvaner hos alle barn og unge. Gåing er den vanligste fysiske aktiviteten i alle aldersgrupper, når alle samfunnslag og er viktig i et folkehelseperspektiv.[154] I 2021 har 93 prosent gått turer i parker eller andre naturomgivelser i nærområdene der de bor.[155] Hver uke bidrar fysisk aktivitet ved transport (gå

eller sykle til og fra kollektivreiser) til drøyt 1/3, ca. 35 millioner, av alle reiser. Dette er aktivitet som bidrar til mye helse i alle samfunnslag i løpet av en uke. Personer med lav inntekt går mer ved transport og bruker mer kollektivtransport enn personer med høy inntekt.[156]

Helsebegrensninger rapporteres som den vanligste hindringen for å trene i befolkningen, og 29 prosent av dem over 16 år sier at helsen begrenser mulighetene til å trene.[157] Friluftslivsaktiviteter har større grad av sosial likhet i deltagelse enn mange andre aktiviteter.[158]

Fysisk inaktivitet er en av faktorene som øker risikoen for blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes og flere typer kreft. Ved tilrettelegging for fysisk aktivitet styrkes målet om et helsefremmende og bærekraftig samfunn. Konservative estimat viser en årlig velferdsgevinst knyttet til økt fysisk aktivitet på drøyt +400 000 kvalitetsjusterte leveår dersom alle inaktive blir fysisk aktive. Dette innebærer at flere i befolkningen lever med mindre sykdom knyttet til fysisk inaktivitet og at levealderen vil økes med omtrent tre ekstra friske leveår sammenlignet med en person som er fysisk inaktiv. Ved økt aktivitet kan gevinsten dobles.[159]

Det vil være kostnadseffektivt å satse på utbygging av gang- og sykkelveier og at den samfunnsøkonomiske nytten av gang- og sykkelvegnettene trolig er minst 4-5 ganger større enn kostnadene knyttet til utbygging.[160] Beregninger fra København viser at etablering av «sykkelsuperveier» som gjør at reisetiden går ned, vil øke andelen syklist på bekostning av bilister og gi besparelser i klimagassutslipp og helseutgifter.[161]

Det er dokumentert at økt fysisk aktivitet i skolen har positiv effekt på regning, lesing og læringsmiljø.[162] Kostnaden for en utvidelse fra dagens to timer kroppsøving per uke til fem timer per uke kan anslås til 4,5 mrd. kr per år for grunnskolens ti trinn. Den potensielle velferdsgevinsten i livsløpsperspektivet er i størrelsesorden 27 ganger tiltakskostnadene. Det betyr at så lenge en av 27 elever endrer adferd i et livsløpsperspektiv, vil tiltaket være lønnsomt.[163] Økt fysisk aktivitetsnivå og fysisk form i befolkningen, kan med bakgrunn i dette gi et bidrag til økt måloppnåelse i alle de tre nasjonale folkehelsemålene. For å redusere de sosiale ulikhetene i helse, bør arbeide på blant annet følgende områder styrkes; økt fysisk aktivitet i barnehage, skole, i og utenfor arbeidsliv, få flere til å gå og sykle i hverdagen, bedre tilrettelegging av aktivitetsvennlige nærmiljøer og redusere kostnadsnivået for deltakelse i ulike aktivitetstilbud i alle aldersgrupper.

I tillegg er det flere gevinster i et større perspektiv. Investeringer i arbeid for økt fysisk aktivitet har en rekke gevinster knyttet til helse, økonomi og sosiale forhold. Verdens helseorganisasjon slår fast at dette vil direkte bidra til oppfyllelsen av mange av bærekraftsmålene i 2030, bl.a. mål om økonomisk vekst, ulikhet, helse, utdanning, klima, forbruk og produksjon, bærekraftige byer/samfunn og samarbeid på tvers.[164] I det videre arbeidet bør det strategiske arbeidet legges opp med tanke på å sikre at arbeid for at et aktivitetsfremmende samfunn forankres og at oppmerksomhet på tvers av ulike sektorer, og at sektorer med stor påvirkningskraft bør ansvarliggjøres i større grad. Det er behov for å styrke forståelsen om effekt på måloppnåelse i sektorene, det kan være knyttet til områder som læring, mobilitet, produktivitet, nærvær, klima og bedre helse.

Arbeid for fysisk aktivitet vil bidra til å redusere sosial ulikhet og kan samtidig bidra til måloppnåelse av de nasjonale folkehelsemålene og flere av bærekraftsmålene. Oppfølgingen av den nasjonale handlingsplanen for fysisk aktivitet, vil være nødvendig i årene som kommer. I kapittelet om barn og unge omtales fysisk aktivitet i barnehage og skole.

3.2.5 Tobakk

Status og utfordringer

Norge har gjennom mange år hatt en positiv utvikling der stadig færre unge røyker, og hvor gjennomsnittsalderen blant dagligrøykere øker. Det er imidlertid fortsatt stor forskjell mellom ulike sosiale grupper. Fremdeles er det 8 prosent eller ca. 360 000 personer som røyker daglig. Tobakksrøyk er en viktig enkeltårsak til for tidlig død og redusert livskvalitet, og øker risikoen for en rekke kreftformer, hjerte- og karsykdom og lungesykdommer. Parallelt med nedgangen i røyking har det over tid vært en kraftig økning i snusbruk i befolkningen under 45 år. Rundt 15 prosent av hele den voksne befolkningen, eller om lag 670 000 personer (2021) oppgir at de snuser daglig.[165] Reduksjon av tobakksbruk er viktig for at Norge skal kunne nå WHO's mål for arbeidet mot ikke-smittsomme sykdommer.

Hva kan gjøres?

Helsedirektoratet mener det må være et mål å redusere andelen røykere, med fortsatt vekt på røykeslutt, og samtidig opprettholde lav rekruttering av unge til tobakksbruk og nikotinavhengighet. Tobakkspolitikken bør utformes på en måte som får flest mulig av røykerne til å slutte, eller gå helt over til mindre skadelige produkter. Dilemmaet er at produkter som kan gjøre det lettere for de gjenværende røykerne å slutte, også kan være attraktive for unge. Selv om det tidligere forbudet mot nye nikotinprodukter har blitt erstattet av en godkjenningsordning mener Helsedirektoratet det fortsatt bør være en høy terskel for å slippe nye nikotinprodukter inn på markedet. Nikotinprodukter ment for røykeslutt er allerede tilgjengelige gjennom legemiddelavgivningen, og eventuelle nye produkter og varianter bør komme inn som legemidler for å sikre at hjelpemidlene i størst mulig grad blir tilgjengelige for de som trenger det og benyttes i kombinasjon med veiledning.

For å få ned andelen som røyker bør det satses videre på røykeslutt-tiltak. Røykeslutt er et svært viktig tiltak for å hindre utvikling og progresjon av kols, hjerte- og karsykdommer og kreft.

WHO har avgifter på topp på sin liste over effektive tiltak på tobakksområdet. I Norge har kostnaden for tobakksvarer sett mot inntekt, stått ganske stille siden 1970-tallet.[166] En økning i tobakkspriser på 10 prosent kan gi en nedgang i konsum på i overkant av 5 prosent.[167]

En kunnskapsoppsummering angir at det er sannsynlig at gratis full dekning av røykesluttintervensjoner, inkludert legemidler til røykeavvenning, øker antall slutforsøk og sannsynligheten for å være røykfri etter seks måneder.[168] Legemidler til røykeavvenning på refusjon prøves nå ut i kommuner i Vestre Viken etter en modell fra Danmark. Hvis pilotprosjektet (2020-23) viser positive resultater anbefales det at ordningen gjøres landsdekkende.

I tillegg bør det satses på tiltak for å hindre unge i å starte opp med tobakks- og nikotinprodukter. Som Helsedirektoratet tidligere har anbefalt bør det vurderes økt aldersgrense med langsiktig mål om totalforbud mot røyketobakk.[169] New Zealand har nylig kunngjort en ny lov som planlegges vedtatt i 2022. Loven innebærer økt aldersgrense for kjøp av sigaretter år for år. Målet er at røyking over tid skal fases helt ut.

Den gjeldende tobakksstrategien er en del av folkehelsemeldingen "Gode liv i et trygt samfunn" (2019). Strategiperioden nærmer seg slutten og Helsedirektoratet skal bidra inn i arbeidet med å lage en ny nasjonal tobakksstrategi i 2022. Som tidligere nevnt er det en betydelig sosial ulikhet i andelen som røyker, og i noen grad også i bruken av snus. En ny strategi bør særlig vektlegge utfordringer med sosial ulikhet i tobakksbruk og ha dette perspektivet med i alle tiltak som foreslås. Press fra bransjen om å få nye nikotin- og tobakksprodukter inn på markedet er, og vil være, en utfordring. Det kan være behov for et enda tydeligere regelverk på området. Det bør særlig vurderes regelverksendringer som hindrer bransjen i å rekruttere unge til tobakks- og nikotinbruk. Det bør være et mål at kommende ungdomsgenerasjoner skal være nikotinfrie. Strategien bør ha som overordnet mål at tobakksrøyking på sikt skal fases helt ut. Vi ser det videre som utfordrende at bransjen ønsker å lansere nye produkttyper som kan virke attraktive for unge og bidra til tidlig nikotinavhengighet for nye generasjoner.

3.2.6 Alkohol

Status og utfordringer

Alkoholbruk er en medvirkende årsak til en rekke utbredte og alvorlige sykdommer, deriblant flere ulike kreftformer, noen hjerte- og karsykdommer og sykdommer i lever og bukspyttkjertel. En betydelig andel av sykdomsbyrden i hele befolkningen skyldes alkoholbruk, og i aldersgruppene 15–49 år er alkoholbruk den viktigste risikofaktoren for dødsfall og tap av friske leveår. I 2020 var det 386 alkoholrelaterte dødsfall i Norge.[170]

Den nylig vedtatte alkoholstrategien ([Nasjonal alkoholstrategi \(2021–2025\). En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk](#)) peker direkte og indirekte på utfordringer på alkoholområdet. Helsedirektoratet stiller seg i hovedsak bak utfordringsbeskrivelsen som er gitt i strategien. I tillegg vil vi gi utfyllende innspill på hva vi oppfatter som folkehelseutfordringene i årene som kommer.

Helsedirektoratet ser det som en stor utfordring at det er for lite kunnskap i befolkningen om at alkohol kan gi negative konsekvenser også ved moderat og lavere inntak. Dette kommer blant annet frem i en befolkningsundersøkelse utført for Helsedirektoratet av Opinion i november 2021. Særlig virker sammenhengen mellom alkohol og kreft å være lite kjent. Det er også tilsynelatende en utbredt misoppfatning om at daglig inntak av mindre mengder alkohol er positivt for helsen.

Alkoholbruk gir mer enn noe annet rusmiddel betydelige konsekvenser for andre enn brukeren selv, såkalte tredjepartsskader. Alkoholbruk under svangerskap kan medføre skader på foster, et høyt alkoholkonsum hos foreldre kan skade barn og unges oppvekstkår, og alkoholbetinget vold, hæverk og bråk reduserer helse og trygghet for de mange som rammes av dette.[171] På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom alkoholbruk og vold. Omfanget av voldshandlinger øker når alkoholkonsumet i et samfunn går opp, og minker når alkoholbruken går ned. Sammenhengene mellom alkohol og vold kan ikke forklares av enkle mekanismer, det dreier seg snarere om ganske komplekse forhold, men studier illustrerer at alkoholpåvirkning er en bidragende årsak til aggresjon, og antakelig også voldsutøvelse.[172] Til tross for streng lovgivning, aktiv håndheving, et relativt høyt straffnivå, informasjonskampanjer og liten sosial aksept for promillekjøring avdekker politiet fremdeles et stort antall ruspåvirkede førere. Helsemessige og sosiale problemer forårsaket av alkoholbruk innebærer betydelige kostnader for arbeidslivet, helse- og sosialtjenester, politi og rettsvesen.

På tross av at Norge har et lavere totalkonsum enn de fleste andre europeiske land forårsaker også alkohol store samfunnsmessige og sosiale kostnader. Årlige samfunnsmessige kostnader som følge av alkoholkonsum ble nylig anslått til å være

- 68-77 mrd. kroner knyttet til tap av helse og livskvalitet
- 10-13 mrd. kroner knyttet til sykefravær og redusert produktivitet
- 1,4-7 mrd. kroner som kostnader i helse- og omsorgstjenesten
- 1,5-4 mrd. kroner knyttet til ressursbruk i andre sektorer[173]

Utviklingen i alkoholbruken blant dagens eldre er spesielt bekymringsfull. Eldre drikker mer enn generasjonene før dem, og også oftere enn yngre, men de har et mindre risikofylt drikkemønster. Imidlertid øker sårbarheten for alkohol med økende alder, og kan både forårsake og forverre sykdom. Omfanget av alkoholforbruket, ofte i kombinasjon med høyt forbruk av medikamenter, krever økt oppmerksomhet om eldre og alkohol i årene fremover.

Undersøkelser utført av FHI under pandemien har vist at de som drakk lite alkohol fra før, drakk enda mindre under pandemien, og de som drakk mye alkohol fra før drakk enda mer under pandemien. Altså ser det ut til at endringer var knyttet til tidligere konsum ved at etablerte drikkemønstre ble forsterket.

Undersøkelsene viser også at det har vært liten endring i totalkonsumet, men en økning i andelen med høyt konsum. Forekomsten av høykonsumdriking økte, men andelen som drikker mindre er større enn andelen som drikker mer.[174] Helsedirektoratet understreker at det blir viktig å følge med på om uheldige vaner blant storkonsumenter vil vedvare.

Hva kan gjøres?

Bedre kunnskap i befolkningen er nødvendig for at man skal kunne ta informerte helsevalg. Her konkurrerer faktainformasjon om alkoholens skadevirkninger med positiv (og lovlig) alkoholomtale i ulike medier. Helsedirektoratet mener det er nødvendig med tiltak ut over det som følger av alkoholstrategien for å øke kjennskapen til sammenhengen mellom alkohol og kreft i befolkningen. I tillegg viser vi til Helsedirektoratets [Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen](#), og anbefaler økt alkoholpris gjennom alkoholskatt for å redusere det skadelige alkoholforbruket og bidra til å redusere sykdomsbyrden i befolkningen. Økt pris på alkohol gjennom økt skatt og avgift er et av tiltakene som har høyest anbefaling fra WHO's «Best buys»[175].

Alkohol er ikke bare en folkehelseutfordring i Norge, men også i økende grad en global utfordring som Norge må bidra til å håndtere. Internasjonalt samarbeid er nødvendig for å begrense skadevirkninger ved alkoholbruk.

3.2.7 Seksuell helse

Status og utfordringer

Seksualitet omfatter blant annet vår kjønnsidentitet, seksuelle orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon, i tillegg til seksuell aktivitet.[176] Det er komplekse og gjensidige vekselvirkninger mellom seksuell helse, psykisk helse og fysisk helse, som kan påvirke hverandre i positiv eller negativ retning.[177]

Forekomsten av seksuelle problemer i den norske befolkningen blir anslått til å være 52 prosent blant kvinner og 49 prosent blant menn. De vanligste problemene er nedsatt eller manglende seksuell lyst, manglende seksuell respons og orgasmeproblemer.[178] Grupper med kort utdanning [179] og kronisk og langvarig sykdom[180] har økt risiko for seksuelle problemer. Selv om ca. halvparten som rapporterer om seksuelle problemer oppgir få eller ingen plager av disse, er det påvist at seksuelle problemer kan føre til redusert livskvalitet.[181] Å forebygge seksuelle problemer kan bidra til å realisere målsettingen om flere leveår med god helse og trivsel.

Seksuell vold er et folkehelseproblem med negative helsekonsekvenser på kort og lang sikt.[182] Slike erfaringer gir samtidig økt risiko for skadelig helseatferd, som rusbruk, tobakksbruk og seksuell risikoførd. [183] Livskvalitetsundersøkelsen fra 2021 anslår at 10 prosent av befolkningen har opplevd å bli tvunget/forsøkt tvunget til seksuell omgang i løpet av livet. En prosent rapporterte slike erfaringer ila. de siste 12 månedene.[184] Kvinner, elever/studenter og personer med innvandringsbakgrunn er overrepresentert ved alle typer seksuell vold.[185] Samiske kvinner,[186] kjønnsminoriteter og seksuelle minoriteter[187] er andre grupper som er mer utsatt for seksuell vold og overgrep.

Hva kan gjøres?

I motsetning til mange europeiske land, mangler Norge representative data seksuelle helse, atferd og velvære på befolkningsnivå. Mens land som Sverige, Danmark og Tyskland nylig har gjennomført sine første undersøkelser av denne dimensjonen av folkehelsen,[188] er Storbritannia i ferd med å gjennomføre fjerde runde.[189] Vi mangler bla. kunnskap om sosial ulikhet i seksuell helse og sammenhengen mellom

økende levealder, kronisk og langvarig sykdom, seksuell vold og seksuell problemer og hvordan seksuell helse er distribuert i ulike befolkningsgrupper. Sammenlignet med andre Europeiske land mangler Norge styringsdata av god kvalitet som grunnlag for effektive folkehelseiltak relatert til seksuell helse.

Mangel på kunnskap blant tjenesteytere er en viktig barriere for å tematisere seksualitet med pasienter. [190] Oslomet kartlegger i hvilke grad seksualitet og seksuell helse er dekket i studieløp som kvalifiserer for ansettelse innen helse-, sosial- og omsorgssektoren. Foreløpige funn tyder på at tema i liten grad er dekket.[191] Dette gjenspeiles i forskning som viser at sykepleierne synes det er vanskelig å snakke med pasientene om seksuell helse, bla. fordi de er usikre på eget kunnskapsnivå og er engstelige for å trå over pasientens private grenser.[192] Selv om sykepleiere anerkjenner at seksualitet er viktig i møte med kronisk syke, vegrer faggruppen seg mot å ta opp temaet med pasienter. Brukere og pasienter rapporterer at de ikke blir møtet med samme grad av kompetanse i spørsmål relatert til seksuell helse som andre helsespørsmål.[193], [194]

3.2.8 Gravides levevaner og psykiske helse

Status og utfordringer

De viktigste endringene de siste 20 årene er en økning i kompleksiteten i fødepopulasjon.[195] Det er en økning i gjennomsnittsalderen for førstegangs fødende fra 28,0 år i 2008 til 29,4 år i 2018. Data om kroppsmasseindeks (KMI) er noe ufullstendig. Andel gravide med KMI > 30 før svangerskapet er endret fra 11,7 prosent til 12,7 prosent, mens andel med KMI > 40 har vært stabilt på 1,1 prosent. Siden 2008 har andel fødsler av mødre som selv ikke er født i Norge økt med rundt 10 prosent, fra en andel på 19,9 prosent i 2008 til 30,2 prosent i 2018. Fødende fra enkelte land bidrar vesentlig til en økning i risikoprofilen for populasjonen.

I løpet av 10 år (2008- 2018) er gruppen gravide med sykdommer/sykdomskategorier økt fra 18,0 prosent til 22,4 prosent. Det har også vært en økning i svangerskapsdiabetes fra 2,2 prosent til 5,8 prosent, noe som må tolkes med varsomhet da en ikke kan utelukke at endret innmelding har bidratt til økningene.

Forekomsten av psykisk sykdom i svangerskap er omtrent den samme som i den generelle befolkningen av kvinner i tilsvarende alder, hvilket betyr mellom 6000-12000 av alle gravide hvert år. En del av diagnosene er overlappende, det vil si at det er noen som kan ha flere diagnoser samtidig.[196] Helsetjenesten rapportere om en økning av fødselsdepresjon under pandemien.[197]

Med utgangspunkt i familiens behov gis individuell og nødvendig informasjon, støtte og veiledning. Hjemmebesøk utført av jordmor innen 1-2 døgn etter barnets hjemkomst fra føde/barselavdelingen var på 42,9 prosent i 2020. Det var en nedgang på 5,9 prosent fra 2019.[198]

Hva kan gjøres?

En av anbefalingene fra det nordiske samarbeidet om de 1000 første dager, er at partner må inkluderes og inviteres sammen med den gravide til konsultasjoner. Dette gjøres ikke systematisk til alle konsultasjoner i dag.

Mor og barn sendes tidlig hjem etter fødsel, og det er derfor nødvendig at tidlig hjemmebesøk av jordmor prioriteres fra kommunen som en oppfølging av mor og barn

Fotnoter

- [141] Haakon E. Meyer, Kristin Holvik. (2017). Kunnskapsgrunnlag til ny handlingsplan for bedre kosthold: En oppsummering av hva som er dokumentert som mest effektive tiltak for å fremme et sunt kosthold. Oslo : Folkehelseinstituttet.
- [142] Mark L. Nebylski, Kimbree A. Redburn, Tara Duhaney, Norm R. Campbell. (2016). Healthy food subsidies and unhealthy food taxation: A systematic review of the evidence. Nutrition.
- [143] Oliver T. Mytton, Sushy Clarke, Mike Rayner. (2012). Taxing unhealthy food and drinks to improve health. BMJ.
- [144] Mark L. Niebylski, Kimbree A. Redburn, Tara Duhaney, Norm R. Campbell. (2015). Healthy food subsidies and unhealthy food taxation: A systematic review of the evidence. Nutrition.
- [145] Menon Economics. (2019). Overvekt og fedme i Norge; Omfang, utvikling og samfunnskostnader. Rapport nr.9/2019
- [146] Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). NCD-strategi 2013 – 2017, https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf
- [147] Steene-Johannessen J. og medarbeidere (2019). Nasjonal overvåkingssystem for fysisk aktivitet og fysisk form. Kartlegging av fysisk aktivitet, sedat tid og fysisk form blant barn og unge 2018. (ungKan3) Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf
- [148] Helsedirektoratet. (2015). Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge – Nasjonal kartlegging 2014-2015.
- [149] Folkehelseinstituttet. (2018). Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet. Oppdrag 2018. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/31.august2018_sendt-003.pdf
- [150] Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2016). Kunnskapsgrunnlag barnefattigdom. (Rapport 07/2016) https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Kunnskapsgrunnlag_barnefattigdom_Digital_2016.pdf
- [151] Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, M. A. (2016). Sosiale forskjeller I unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene? <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5103/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv-NOVA->
- [152] Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2021). Barn i lavinntektsfamilier. Nettsak: <https://www.buudir.no/fagstotte/produkter/veileder-fattigdom/> . Lastet 19.10.2021.
- [153] Oslo Economics. (2020). Økonomi som barriere for idrettsdeltakelse – kostnader og kostnadsdrivere i barne- og ungdomsidretten. (Rapport 2020-12) <https://www.regjeringen.no/contentassets/4c2ad9aaac4d4af6808663fca0bff79b/okonomi-som-barriere---kos>
- [154] Helsedirektoratet. (2015). Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge – Nasjonal kartlegging 2014-2015. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter>
- [155] Statistisk sentralbyrå. (2021). Flere har brukt nærområdet til friluftaktiviteter i pandemien. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/idrett-og-friluftsliv/statistikk/idrett-og-friluftsliv-levekarsundersokelsen/artik>
- [156] Epinion. (2019). Nasjonal reisevaneundersøkelse 2018. <https://www.vegvesen.no/globalassets/fag/fokusomrader/nasjonal-transportplan-ntp/reisevaner/nokkelrappc>

- [157] Statistisk sentralbyrå. (2021). En av ti trener aldri.
<https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/idrett-og-friluftsliv/statistikk/idrett-og-friluftsliv-levekarsundersokelsen/artik>
- [158] Breivik G og Rafoss K. (2017). Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter>
- [159] Helsedirektoratet. (2014). Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-for-fysisk-aktivitet-innspill-til-departementet>.
- [160] Sælensminde, Kjartan (2002). Gang- og sykkelvegnett i norske byer: Nytte- kostnadsanalyser inkludert helseeffekter og eksterne kostnader av motorisert vegtrafikk. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- [161] Bård Norheim, Katrine N. Kjørstad (2009). Klimakur: Tiltak for å øke kollektiv- og sykkelandelen. Oslo: Urbanet Analyse AS.
- [162] Kolle E. Steene-Johannessen J, Sävfenbom R. (2019). Hovedrapport: School in motion. Norges idrettshøgskole, Nettdokument:
<https://www.nih.no/forskning/prosjekter/forskningsprosjekter-ved-nih/school-in-motion-scim/>
- [163] Helsedirektoratet. (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle, Nettdokument:
<https://www.korus-stavanger.no/Dokumenter/PDF/Rusmiddelforebygging/utviklingstrekkrapport-2010-folkeh>
- [164] Verdens helseorganisasjon. (2018) [Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world](https://www.who.int/publications-detail/global-action-plan-on-physical-activity-2018-2030-more-active-people-for-a-healthier-world).
- [165] Helsedirektoratet. (2022). Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigarett>
- [166] Vedøy, Tord Finne (2018). NCD åpent møte - Tobakk og alkohol . Litteraturhuset, Oslo : Folkehelseinstituttet.
- [167] Mili, Jobaida Yeasmin (2017). The effect of tobacco prices on tobacco sales: How much will increased prices decrease sales? Oslo : Universitetet i Oslo.
- [168] Floor A. van den Brand, Gera E. Nagelhout, Ayalu A. Reda et.al. (2017). Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane. 9, 2017.
- [169] Helsedirektoratet. (2018) Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Rapport IS-2748.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling>
- [170] Strøm, Marianne Sørli og Raknes, Guttorm. (2021). Tall fra dødsårsaksregisteret for 2020. FHI.no.
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/>
- [171] Rossow, I. (2022). Oversikt over alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol. FHI.
<https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge>
- [172] Rossow, I. (2019). Alkohol og vold. FHI.no.
<https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/alkohol-og-vold/>

- [173] Oslo Economics. (2022). Samfunnskostnader ved alkoholbruk. Gjennomført på oppdrag fra Actis, Blå kors og Av-og-til.
- [174] Rossow et al. (2021). Changes in Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic-Small Change in Total Consumption, but Increase in Proportion of Heavy Drinkers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 16;18(8):4231.
- [175] World Health Organization. (2017). Tackling NCDs "Best buys" and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. s.l.: World Health Organization, 2017.
- [176] World Health Organization. (online). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). Defining sexual health. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research>.
- [177] Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- [178] Fischer, N. & Træen, B. (2021). Prevalence of sexual difficulties and related distress, and the association with sexual avoidance in Norway. *International Journal of Sexual Health*, 1-14.
- [179] Træen, B., & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian journal of public health*, 38(5), 445-456.
- [180] Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., ... & Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817-1829.
- [181] Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
- [182] Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. Geneva: World Health Organization
- [183] National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. (2021). Preventing Sexual Violence. Factsheet.
- [184] Støren, K. S. (2021). Livskvalitet i Norge 2021. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- [185] Løvgren, M., Høgestøl, A. & Kotsadam, A. (2022). Nasjonal trygghetsundersøkelse 2020. NOVA Rapport 2/22. Oslo: NOVA, OsloMet
- [186] Eriksen, A. M. A. (2020). Omfang av vold og seksuelle overgrep blant samer og ikke-samer. I A. Bredal, H. Eggebø & A. M. A. Eriksen (Red.), *Vold i nære relasjoner i et mangfoldig Norge* (Kap. 7, s. 127–144). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- [187] Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. og Holmelid, Ø. (2021). Seksuell orientering, kjønn og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Bergen: Universitetet i Bergen
- [188] Matthiesen, S., Pietras, L., Bode, H., Cholmakow-Bodechtel, C., Cerwenka, S., Pfister, M., ... & Dekker, A. (2021). Methodology of the German National Sex Survey–GeSiD (German Health and Sexuality Survey). *The Journal of Sex Research*, 1-11.

- [189] National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. (online). (2021). Natsal-4. Tilgjengelig fra <https://www.natsal.ac.uk/natsal-survey/natsal-4>
- [190] Helland, Y., Garratt, A., Kjekshus, I., Kvien, T. K., & Dagfinrud, H. (2013). Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 42(1), 20-26.
- [191] Aureskog, KJ. (2022). Kommunikasjon mellom Aureskog og Helsedirektoratet om fremdrift i prosjektet Kartlegging av SRHR i høyere utdanning.
- [192] Dammen, S., & Grønning, K. (2020). Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse. *Sykepleien*, 108(82952), 82952.
- [193] Nåmdal C, Stensårs TA. (online). Hvorfor vil ingen snakke med oss om sex og utlagt tarm? Sykepleien.no: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/10/hvorfor-vil-ingen-snakke-med-oss-om-sex-og-utlagt-tarm>
- [194] Solli HJ. (online) Helsepersonell vegrer seg for sexprat: Jeanette møtte flau lege etter kreftoperasjon. *Nrk.no*. Lastet: 25.11.2017. Tilgjengelig fra https://www.nrk.no/norge/helsepersonell-vegrer-seg-for-sexprat_-jeanette-motte-flau-lege-etter-kreftoperasj
- [195] Helsedirektoratet. (2020). Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020. IS-2895 <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-fin>
- [196] Norsk gynekologisk forening. (2020). Veileder i fødselshjelp. ePub. ISBN 978-82-692382-0-4.
- [197] Sykepleien.no. (online) Flere fikk fødselsdepresjon under koronapandemien. Publisert 28. 08.2020. <https://sykepleien.no/2020/08/flere-fikk-fodselsdepresjon-under-koronapandemien>
- [198] Statistisk sentralbyrå. (2021). Kommunehelsetenesta. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta>

3.3

Helsekompetanse

De siste tiårene har helsesystemet i økende grad blitt lagt til rette for den enkelte bruker. Pasientrettigheter, behandlingsvalg, digitalisering og brukermedvirkning er eksempler på virkemidler som gir den enkelte borger og pasient økt innflytelse over eget helsetilbud. En ulempe ved denne utviklingen er at den også stiller store krav til den enkelte. En betydelig andel av befolkningen har nå problemer med å navigere i helsetjenestene, og mange har utfordringer med å finne, forstå, vurdere og bruke informasjon knyttet til helsen sin og rettigheter. Informasjon knyttet til håndtering av psykiske problemer er et område som peker seg ut.[199] Tilsvarende utfordringer finnes også i flere innvandrergupper.[200] Per 2021 var 1 av 3 på eller under laveste nivå for generell helsekompetanse i Norge. Dette innebærer begrenset mulighet til å forholde seg til helseinformasjon.[201]

Lav helsekompetanse henger sammen med mindre fysisk aktivitet, dårligere kosthold, svakere selvpålevd helse, og flere langvarige sykdommer og helseproblemer.[202] Å øke befolkningens helsekompetanse vil

kunne bidra til å nå målet om å redusere forekomst og for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer. Ifølge FN og Verdens helseorganisasjon er helsekompetanse viktig for å nå FNs bærekraftsmål, spesielt mål 3: god helse og livskvalitet og mål 10: mindre ulikhet.[203]

Det er et nasjonalt mål å skape pasientens helsetjeneste, som innebærer at pasientene skal få mulighet til å være aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det betyr å bli lyttet til og å kunne ta valg i samråd med behandler, sette egne mål og bruke egne ressurser for å mestre hverdagen. For å nå dette målet må pasienter og brukere ha kunnskap og muligheter til å ivareta helsen sin på best mulig måte, og tjenester og forvaltning må tilby informasjon, systemer og tjenester som ivaretar en befolkning med ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digitalkompetanse.

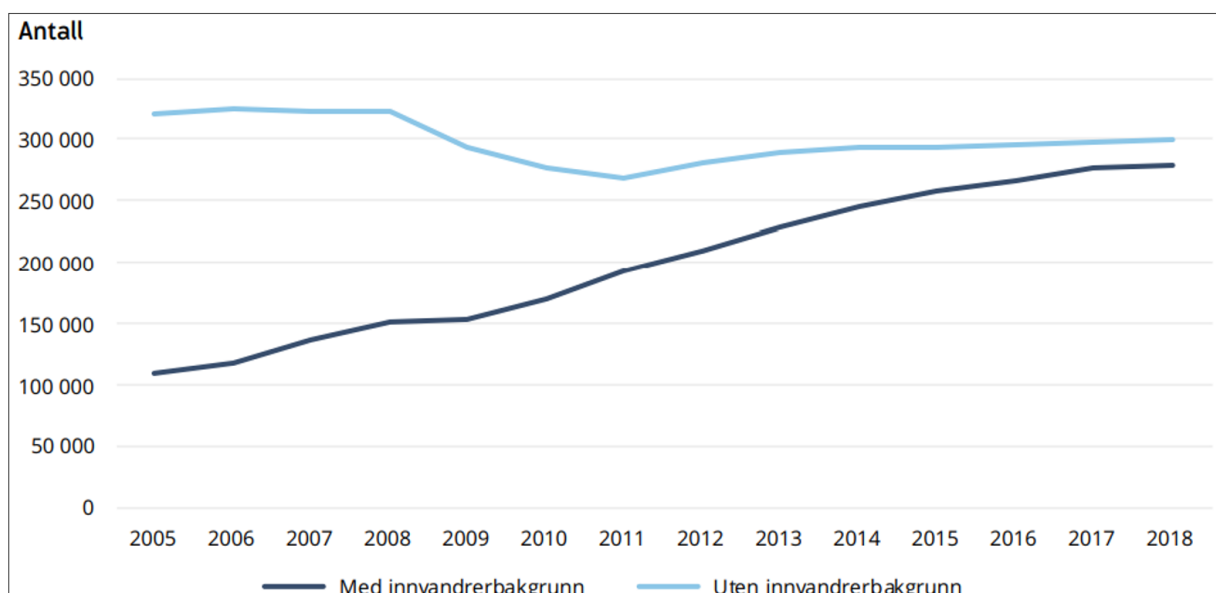
Økt trykk på helsekompetanse kan blant annet bidra til å bedre den enkeltes evne til å ta gode helsefremmende og sykdomsforebyggende valg, hindre sykehusinnleggelse, sikre riktig medisiner, rett bruk av helsetjenesten, adekvat behandling av egen og pårørendes lidelse eller sykdom, og forebygging av mulige tilbakefall eller følgesykdommer

Samfunnet stiller stadig høyere krav til digital helsekompetanse og evnen til å bruke digitale verktøy i kontakt med offentlige virksomheter og helsetjenester. Digitale løsninger har et stort potensial i hele spekteret av helsetjenester, fra forebygging til samhandling, rehabilitering og mestring av kronisk sykdom. Gode digitale løsninger kan gjøre tjenester mer tilgjengelige, og digitalt støttede forløp kan være både kostnadseffektive og gi bedre resultater. Gode og utprøvde digitale verktøy kan bli viktige i folkehelsearbeidet langs hele akse: de kan støtte flere i å holde seg friske lenger, og de kan bidra til at flere mestrer sykdom bedre, og får bedre livskvalitet. Samtidig ser de som bruker helsetjenestene mest ut til å være svakere forberedt på å ta i bruk digitale helsetjenester. Konsekvensene kan være redusert helsepotensiale, økt helsetap og utenforskap. Det må utvikles verktøy som når alle uavhengig av forutsetning og helsekompetanse (inkludert digital kompetanse). Budskap, språk og visuelt uttrykk må være enkelt, kultursensitivt og klarspråklig.

[Strategien for å øke befolkningens helsekompetanse \(2019-2023\)](#) tar sikte på å øke helsekompetansen i befolkningen generelt, og retter seg primært mot helse- og omsorgspersonell, beslutningstakere og ledere i helse- og omsorgstjenesten, samt pasient- og brukerorganisasjoner. Strategien har mål om at helsekompetanse er et innarbeidet aspekt og tenkning i planlegging, utvikling, implementering og evaluering av helse- og omsorgstjenestene, samt folkehelsearbeidet, på alle tjeneste- og forvaltningsnivå. Dette krever omfattende og systematisk endring i etablerte strukturer i tjenester og forvaltning kontinuerlig og over tid, slik at helsekompetanseaspektet innlemmes i varige strukturer. For å nå målet om økt helsekompetanse i befolkningen vil det derfor være viktig å videreføre arbeidet med en ny strategiperiode ved strategiens slutt. I tillegg er det behov for målrettede løsninger for å redusere ulikhet i helsekompetanse i ulike grupper.

3.3.1 Innvandreres helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester

Antallet innvandrere med lavinntekt har økt sterkt i de senere årene (se figur).[204]



Figur 3: Antallet med årlig lavinntekt (EU-60)* etter om det er personer med eller uten innvandrerbakgrunn. * Årlig lavinntekt målt som 60 prosent av befolkningens medianinntekt. Det er spesielt blant innvandrere med flyktningbakgrunn at vi finner en høy andel med lavinntekt, men også blant arbeidsinnvandrere.[205] Blant lavlønte har nemlig både antall og andel innvandrere økt, spesielt som resultat av økt arbeidsinnvandring.[206] Deler av innvandrerbefolkningen er også mer utsatt for sosiale helseforskjeller som følge av segregering og dårlige levekår. For eksempel vet vi at innvandrere i gjennomsnitt har svakere økonomi enn den øvrige befolkningen og ofte dårligere boforhold. [207],[208]

Det er en utfordring at innvandreres helse og helseutfordringer, og tilrettelegging av informasjon og tjenester, ikke utgjør en systematisk del av folkehelsearbeidet og oversikten over helsetilstanden i befolkningen. Mangel på oversikt og innblikk i ulikhetene er også resultat av at tilgjengelig datagrunnlag er fragmentert. Blant annet fordi innvandrerbakgrunn ikke registreres systematisk i sentrale helseregistre. Dermed vet vi for lite om innvandreres bruk av ulike helse- og omsorgstjenester og hvorvidt tjenestene er likeverdige.

3.3.2 Samisk helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester

Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige tjenester til den samiske befolkningen. Myndighetene har ansvar for at det samiske perspektivet ivaretas i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier. Den samiske befolkningen skal ha mulighet til å ta vare på og utvikle sin kultur og sitt samfunn på egne premisser.

Det er behov for mer kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen, og en nasjonal handlingsplan vil kunne rette søkelys på blant annet forskning, kompetansebygging, samhandling og tjenesteutvikling. Helsepersonell må inneha tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur i møte med den samiske pasienten. En handlingsplan som sikrer likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, bør blant annet innebære et likeverdig tjenestetilbud på tvers av geografiske områder som ivaretar språk og kulturelle aspekter.

Fotnoter

- [199] Le, C., Finbråten, H.F., Pettersen, K.S., Guttersrud, Ø. (2021a). Befolkningens helsekompetanse, del I: The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHIL. (Rapport IS-2959) Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>
- [200] Le, C., Finbråten, H.F., Pettersen, K.S., Guttersrud, Ø. (2021b). Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. (Rapport IS-2988) Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>
- [201] Le, C., Finbråten, H.F., Pettersen, K.S., Guttersrud, Ø. (2021a). Befolkningens helsekompetanse, del I: The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHIL. (Rapport IS-2959) Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>
- [202] The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute, Vienna.
https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report.pdf
- [203] UNDP. (2016). Policy brief 4: Health literacy
<https://www.dors.it/documentazione/testo/201609/policy-brief4-health-literacy.pdf>
- [204] NAV. (2020). Lavinntekt og levekår i Norge Tilstand og utviklingstrekk – 2020, NAV- rapport 2020: 4, Figur 3.6. Basert på data fra SSB.
- [205] NAV. (2020). Lavinntekt og levekår i Norge Tilstand og utviklingstrekk – 2020, NAV- rapport 2020: 4, side 28-29. Tilgjengelig på: <https://www.nav.no>
- [206] Jordfald, B., Svarstad, E. Nymoen, R. (2021). Hvem er de lavlønte?, FAFO rapport 21:29 side 5 og 38-41. Tilgjengelig på: <https://www.fafo.no/images/pub/2021/20796.pdf>
- [207] Andersen (2017). referert til i NOU 2020:16 (2020). Levekår i byer: Gode lokalsamfunn for alle. Oslo: Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- [208] Thorsen, L. R. (2019, 4. juni). Innvandrere med lav inntekt dårligere stilt enn andre med lav inntekt. SSB.
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-med-lav-inntekt-dar>

Folkehelse gjennom livsløpet - eldre

Med en økende andel eldre må det legges til rette for et aldersvennlig samfunn, og for flere friske leveår. Innsatsen må dreies mer i retning av forebygging, og tidlig innsats. Det ligger et stort potensial i flere friske eldre, som kan bidra i både arbeidsliv og i samfunnet ellers, samt bidra til å redusere utfordringene for tjenestetilbudet fremover.

Helsedirektoratet anbefaler

- videre forskning på hvordan økt levealder og bedre helse blant eldre vil påvirke helse- og omsorgsbehovet.
- at arbeidet med å tilrettelegge for et mer aldersvennlig samfunn bør vektlegge sosial ulikhet.
- at arbeidslivet må tilrettelegges og bli mer helsefremmende for at flere eldre skal kunne bidra lenger i arbeidslivet.
- at det sikres at eldrebefolkningen skal kunne være digitale hele livet ved å lage en handlingsplan for å øke den digitale kompetansen.

4.1

En aldrende befolkning

Folkehelseområdet må ha oppmerksomhet på økt antall eldre i årene som kommer. Satsinger og tiltak som bidrar til at eldre holder seg friske og selvhjulpne lenger blir viktige for å redusere presset på helse- og omsorgstjenestene. Det gjelder også forebygging gjennom hele livsløpet.

Befolkningsframskrivninger viser at andelen eldre i befolkningen vil øke i årene frem mot 2030/2040 både i antall og andel, særlig etter 2025. I 2030 vil det for første gang være flere eldre enn barn her i Norge. Aldersutviklingen vil påvirke ulike deler av landet forskjellig, og kan bli særlig krevende for små distriktskommuner.[209]

Det at det blir flere eldre som lever lenger er en villet utvikling og et viktig helsemål. Dagens og fremtidens eldre vil leve flere sunne og aktive år. Som gruppe er eldrebefolkningen svært mangfoldig med hensyn til aldersspenn, bolig og bosted, livssituasjon, helsesituasjon, utdanning, arbeid og økonomi. Gruppen spenner fra personer i 60 -70 årene som fremdeles er aktive og i jobb, til de eldste eldre der de fleste vil oppleve et økende behov for hjelp og omsorg. Folkehelseutfordringen er hvordan samfunnet og den enkelte kan legge til rette for at flest mulig skal oppleve flere funksjonsfriske leveår og på den måten sikre en bærekraftig velferdsutvikling i årene som kommer. Dette innebærer tidlig innsats og tilrettelegging med boligplanlegging, helsefremmende og aktivitetsvennlige nærmiljø med møteplasser som motvirker sosial isolasjon og ensomhet.

Forskjeller i levekår påvirker også livsløpet og hvor lenge en lever. Forskjellene henger bl.a. sammen med utdanningsbakgrunn, levevaner og økonomiske forhold. Her har tidligere arbeidsliv og arbeidsforhold stor betydning. Gjennom hele 2000-tallet har målet vært at flere eldre skal kunne bidra lenger i arbeidslivet. Da må arbeidslivet tilrettelegges og bli mer helsefremmende – ikke bare for eldre arbeidstakere, men i

prinsippet for alle – dvs. utsatte bransjer med stort sykefravær og helserisiko. Her skjer det mye godt arbeid i forbindelse med oppfølging av IA-avtalen, men dette arbeidet kan videreutvikles. Et annet eksempel på et helsefremmende tiltak er at Helsedirektoratet i samarbeid med partene i arbeidslivet har utarbeidet et tilpasset treningsopplegg for ulike yrkesgrupper.

Det blir færre som kan sikre velferdssamfunnets bærekraft. Antall 20-64-åringer per person over 65 år vil reduseres fra 3,1 til 2,1 i løpet av de neste 15 årene. Ifølge [Perspektivmeldingen](#) må unge jobbe mer for å få samme velferd som foreldregenerasjonen. En av tre må jobbe med helse fram mot 2060. Framskrivinger viser at flere eldre fører til økt behov for helse- og omsorgstjenester og dermed økt behov for personell i helse- og omsorgssektoren. Nasjonalt er veksten anslått til 35 prosent fram mot 2035. Det vil særlig være stor underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere. *ibid.*

Eldre i dag har jevnt over bedre helse enn tidligere generasjoner, fungerer godt i dagliglivet og er uavhengige ved stadig høyere alder. Såkalte funksjonsfriske leveår etter 70-årsalder har økt med flere år i løpet av de siste to tiårene både for kvinner og menn, viser resultater i [en studie fra Folkehelseinstituttet](#). Funksjonsfriske leveår har økt med 4,1 år for menn, og 4,6 år for kvinner mellom 1995 og 2017. I FHI-studien gis det tydelige indikasjoner på at vi kan "komprimere" årene med sykdomsbyrde og behov for pleie, omsorg og helsehjelp. Studien er basert på HUNT-data og finner at økende levealder de siste to tiårene følges av flere funksjonsfriske år, og at antall år med funksjonsbegrensninger blir redusert. Hvis økt levealder gir flere friske år, kan det ligge et potensial i at eldre med god helse også framover vil kunne leve lenger uten omfattende hjelp og bistand og utsette behovet for helse- og omsorgstjenester.

Dersom innsatsen dreies mer i retning av forebygging, og tidlig og mindre ressurskrevende innsats, kan det bidra til å redusere utfordringene for tjenestetilbudet framover. Når andelen eldre øker, øker også andelen personer som har kronisk sykdom og sammensatte diagnoser. Disse personene trenger gjerne oppfølging fra ulike deler av helsetjenesten. Behovsveksten ved at vi blir flere eldre vil kunne gjøre det mer krevende å prioritere ressurser til andre tjenesteområder. *ibid.*

Risiko for sosial isolasjon og ensomhet er størst i de eldste aldersgruppene. Resultatene fra Livskvalitetsundersøkelsen 2021 viser at i det store og hele, er eldre i Norge godt tilfreds med livet. [210] Annen forskning viser at eldre i tidlig pensjonsalder er ikke mer ensomme enn andre aldersgrupper. Ensomheten er stabilt lav langt inn i alderdommen og rundt 70 år er faktisk tilfredsheten med livet på sitt høyeste. Ensomhet er markant mer utbredt blant de aller eldste. [211]

Den økende digitaliseringen av samfunnet og offentlige tjenester kan være utfordrende for mange eldre. Ifølge en kartlegging gjort av Kompetanse Norge regnes 600 000 nordmenn som ikke digitale. Hovedtyngden av de ikke digitale er over 60 år. Det er en utfordring hvordan eldres samfunnsdeltakelse og tilgang til nødvendig informasjon skal sikres, herunder helseinformasjon, råd om levevaner og muligheter for hjelp og bistand på ulike områder. Mange eldre henger godt med og mestrer den digitale hverdagen enten det handler om helsehjelp, kunne benytte ulike transporttilbud og til å finne sosiale aktiviteter og møteplasser de ønsker å delta i. Utfordringen er at den raske digitale utviklingen gjør det vanskelig for mange eldre å henge med. Sosiale faktorer som dårlig helse, økonomi og lite sosialt nettverk forsterkes i eldre år, og gir økt risiko for sosialt og digitalt utenforskap. "Digital hele livet" er en nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen. Målet med strategien er å motvirke digitalt utenforskap og sikre at alle innbyggere som ønsker det kan få det digitale påfyllet som trengs for å kunne bruke digitale verktøy og tjenester. Arbeidet for å inkludere flere i det digitale samfunnet må styrkes.

Mange eldre bidrar med formell og uformell frivillig innsats. Samtidig er mange pårørende tyngt av omsorgsoppgaver, og det kan være vanskelig å kreve mer fra denne gruppen, som også har egen helse å ivareta. Helsefremmende og forebyggende innsats kan gjøre at eldre med god helse fortsatt kan bidra med innsats på andre arenaer i lokalsamfunnet. Pensjonisters bidrag til samfunnet gjennom frivillig innsats er årlig verdt 29 milliarder. Med riktig innsats kan verdien være doblet i 2035. Det viser tallene i en fersk

rapport NyAnalyse AS har utarbeidet på oppdrag fra Senteret for et aldersvennlig Norge. Pensjonistene leverte 15.500 årsverk knyttet til lag, organisasjoner og frivilligsentraler, mens de la ned 36.200 årsverk på uformelt frivillig engasjement – som å hjelpe naboer med gressklipping eller rydde strendene for plast. [212]

Frivilligheten gir innbyggerne muligheter til å utfolde seg kulturelt, sosialt og fysisk, til å bidra i sitt lokal- og nærmiljø og til å delta i politikk og samfunnsliv. I Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet står det at frivillig arbeid «må dyrkes og vedlikeholdes gjennom systematisk rekruttering, organisering, opplæring, motivasjon og veiledning». Kommunene spiller en viktig rolle i å legge til rette for at frivilligheten kan fylle ulike samfunnsroller og blir viktige for å mobilisere og koordinere ressursene i et lokalsamfunn. Kommunene må ta rollen som innovatør mer i retning av å bli en tilrettelegger for samskaping av det nye velferdssamfunnet. [213]

Arbeidet med utvikling av aldersvennlige lokalsamfunn må bli en integrert del av folkehelsearbeidet på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

Arbeidet for et aldersvennlig Norge er forankret i strategien for et aldersvennlig samfunn [Flere år – flere muligheter](#) og [Meld. St. 15 \(2017-2018\) Leve hele livet](#). Et av de fem innsatsområdene i reformen, handler om et aldersvennlig Norge. Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge er etablert under dette innsatsområdet.

Fotnoter

[209] Meld. St. 14 (2020-2021). Melding til Stortinget. Perspektivmeldingen 2021. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm20202021001>.

[210] Støren og Rønning (2021). Livskvalitet i Norge 2021. (Rapport 2021/27) Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/ artikler/livskvalitet-i-norge-2021>

[211] OsloMet. (2019). Fem myter om alderdommen. Forsking.no. <https://forskning.no/aldring-oslomet-partner/fem-myter-om-alderdommen/1564420>

[212] NyAnalyse. (2021). Verdien av aktive seniorer – frivillighetsbidraget fra pensjonister i Norge, <https://www.aldersvennlig.no/aktuelt/ny-rapport-pensjonistenes-innsats-er-verdt-milliarder/Verdien%20av%20>

[213] NOU 2020: 15. (2020). Det handler om Norge. Bærekraft i Norge. Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene. Kommunal- og moderniseringsdepartementet

4.2

Utfordringer i årene fremover

Selv om det nå er andre grupper enn eldre som utgjør den største andelen med vedvarende lavinntekt, utgjør aldersgruppen 67 og eldre, fortsatt ca. 20 prosent av de med vedvarende lavinntekt. Forhold som f.eks. migrasjon/innvandring, endringer i pensjonsregler og mer usikre arbeidsforhold for noen yrkesgrupper og ufaglærte kan på sikt medføre flere og en økende andel eldre med vedvarende lavinntekt. I arbeidet med å forebygge sosial ulikhet i helse er det også viktig at eldre inkluderes.[214]

Regjeringen har i Hurdalsplattformen varslet at den vil ta initiativ til et eldreboligprogram, og øke støtten hjemmeboende eldre kan få til å tilrettelegge for å bli boende i egen bolig. Forskere og aktører på boligområdet har lenge etterlyst en tettere kobling mellom eldrepolitikk og boligpolitikk. Det er viktig at boligpolitikken for eldre koples til kommunenes planlegging for et aldersvennlig samfunn. Boliger for eldre må ikke avgrenses til boligsosialt arbeid rettet inn mot husstander med svak økonomisk evne, men i større grad legge til rette for et variert boligtilbud som bidrar til at eldre får mulighetene til å bo i en bolig som er egnet for alderdommen.

I september 2021 ble strategien Digital hele livet lagt fram. Målet med strategien er å bidra til at ulike befolkningsgrupper har muligheter til å tilegne seg, og oppdatere, digital kompetanse gjennom ulike livsfaser. Videre er målet at alle innbyggere skal ha mulighet til digital deltakelse – i arbeidslivet, i samfunnslivet og sosialt. Det foregår mye opplæring og støtte for å øke eldres digitale kompetanse. Dette skjer både i regi av offentlige og private aktører, frivillige organisasjoner og næringsliv. Regjeringen har også i Hurdalsplattformen varslet at de vil vurdere et strategisk forskningsprogram for aldersvennlig digitalisering.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har sammen med KS utviklet Digihjelpen. 59 kommuner er med i ordningen. Seniornett Norge har tilbud om dataopplæring til sine medlemmer. Det finnes tiltak, men de er ikke godt nok kjent for de som trenger disse tjenestene mest. Mange eldre vegrer seg for å gå i gang og må motivers før de faller helt utenfor. Tjenestene må være brukervennlige og relevante. Her må brukerne i alle aldersgrupper tas med på råd når nye tjenester skal utvikles. Det offentlige Norge må gå foran som et godt eksempel med løsninger som er enkle og brukervennlige og som brukerne vil kunne tilegne seg.

Det er helt nødvendig at den digitale strategien følges opp både med forskning og kunnskap og med konkrete planer for å forhindre digitalt utenforskap som i stor grad vil ramme eldre. Fordi risikoen for sosial isolasjon og ensomhet er størst blant de eldste aldersgruppene og det er denne gruppen som også har utfordringer med å henge med digitalt, er det svært viktig at tiltak for å nå ut til denne gruppen eldre er målrettede og treffsikre på det de har behov for.

Fotnoter

[214] Helsedirektoratet. (2021). Sektorrapport om folkehelse 2021.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/okonomiske-levekar/lavinntekt-fattig>

