



DET KONGELIGE  
HELSEDEPARTEMENT

# St.meld. nr. 16

(2002–2003)

---

## Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	5	4.3.3	Redusere antall dagligrøykere .....	41
1.1	Den store helsepolitikken: forebygge mer for å reparere mindre	5	4.3.4	Internasjonale avtaler og strategier .....	43
1.2	Mål og hensikt: et sunnere Norge .....	5	4.4	Kamp mot rusmisbruk .....	44
1.3	Personlig ansvar og samfunnsansvar ...	6	4.4.1	Utfordringer .....	44
1.4	Noen avgrensninger .....	7	4.4.2	Varierte virkemidler .....	45
1.5	Sammendrag – meldingen hovedbudskap .....	7	<b>5</b>	<b>Redusere sosiale ulikheter i helse</b> .....	47
1.5.1	Diagnosen – utgangspunktet .....	8	<b>6</b>	<b>Psykisk helse</b> .....	53
1.5.2	Reseptene – strategiene .....	8	6.1	Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) .....	53
<b>2</b>	<b>Diagnosen</b> .....	11	6.2	Barn og unge – strategi for psykisk helse .....	54
2.1	Helsetilstand og utviklingstrekk .....	12	6.2.1	Skolemiljø og tiltak mot mobbing og problematferd .....	54
2.1.1	Befolkningens helse .....	12	6.2.2	Informasjonsstrategien for barn og unge .....	56
2.1.2	Faktorer som påvirker helsen .....	13	6.3	Voksne – informasjon og selvhjelp .....	57
2.1.3	Barn og unge .....	14	6.3.1	Nasjonal plan for selvhjelp .....	57
2.1.4	Sentrale utviklingstrekk .....	14	6.3.2	Informasjonsstrategien «Det nytter i arbeidslivet» .....	58
2.2	Status i folkehelsearbeidet .....	15	<b>7</b>	<b>Miljøet rundt oss</b> .....	59
2.2.1	Tidligere handlingsplaner .....	15	7.1	Agenda 21 .....	59
2.2.2	Annet forebyggende arbeid i perioden .....	16	7.2	Øvrige nasjonale satsinger for miljø og helse .....	59
2.3	Trender og samfunnstrekk .....	18	7.3	Smitte .....	62
2.3.1	Medikalisering og risikofokusering ...	18	7.4	Trygg mat .....	65
2.3.2	Ungdomskulturen – «in å være voksen» .....	19	7.5	Arbeidsarenaen .....	67
2.3.3	Et flerkulturelt Norge .....	20	<b>Del II</b>	<b>Bygge allianser for folkehelse</b> .....	71
2.3.4	Helse og globalisering .....	20	<b>8</b>	<b>Sammen om folkehelsen</b> .....	73
2.4	Utfordringer .....	22	8.1	Partnerskapsmodellen i lokalforvaltningen .....	74
2.4.1	Livsstil som risikofaktor .....	22	8.2	Et kommune- og oppgaveperspektiv .....	77
2.4.2	Psykisk helse .....	22	8.3	Folkehelse i samfunnsplanleggingen .....	77
2.4.3	Fokus på forebygging .....	22	8.3.1	Plan- og bygningsloven .....	77
<b>3</b>	<b>Recepter for et sunnere Norge</b> .....	24	8.3.2	Helseprofiler (kommunehelsetjenestelovens §1-4) .....	78
<b>Del I</b>	<b>Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse</b> ..	25	8.4	Helse på vektskålen – en strategi for konsekvensutredninger og helse .....	79
<b>4</b>	<b>Sunne livsstilsvalg</b> .....	27	8.4.1	Typer av konsekvensutredninger og erfaringer .....	79
4.1	Folk i bevegelse .....	28	8.4.2	Konsekvensutredninger på den globale dagsorden .....	81
4.1.1	Idrett og friluftsliv – viktige alliansepartnere .....	29	8.4.3	En norsk strategi .....	81
4.1.2	Mer fysisk aktivitet i skolen .....	31	8.5	Miljørettet helsevern .....	82
4.1.3	Aktiv transport .....	32	8.5.1	Utfordringer .....	82
4.1.4	Fysisk aktivitet på arbeidsplassen .....	33	8.5.2	Forslag om interkommunale enheter .....	83
4.1.5	Aktivitetstilbud med lav terskel .....	34			
4.2	Sunn mat – god ernæring .....	35			
4.2.1	Kostholdet blant barn og ungdom .....	36			
4.2.2	Økt forbruk av frukt og grønnsaker ...	39			
4.3	Røykfritt miljø .....	39			
4.3.1	Hindre passiv røyking .....	39			
4.3.2	Redusere rekruttering av nye røykere .....	40			

8.5.3	En gjennomgang av miljørettet helsevern .....	84	10.1	Helseovervåkning og forskning.....	108
8.6	Allianser med frivillig sektor .....	85	10.1.1	Overvåkning av folkesykdommer .....	108
<b>Del III</b>	<b>Helsetjenesten: forebygge mer for å reparere mindre .....</b>	<b>89</b>	10.1.2	Årsaks- og risikoforskning .....	110
<b>9</b>	<b>Helsetjenestens bidrag i folkehelsearbeidet .....</b>	<b>91</b>	10.1.3	Effekter av tiltak – forskning og kunnskapsoppsummering.....	111
9.1	Fra piller til grønn resept .....	92	10.2	Utdanning og kompetanseoppbygging .....	112
9.2	Bedre forebyggende helsetjenester til barn og unge.....	94	10.2.1	Grunnutdanning .....	112
9.2.1	Styrking av tjenestene.....	94	10.2.2	Etter- og videreutdanning .....	113
9.2.2	Viktige samarbeidspartnere .....	95	10.2.3	Masterstudier .....	113
9.3	Samfunnsmedisinen og legerollen .....	97	10.3	Spesielle satsingsområder .....	114
9.3.1	Spesialiteten samfunnsmedisin.....	97	10.3.1	Livsstil – kosthold og fysisk aktivitet	114
9.3.2	Rekruttering til kommunelegestillinger .....	98	10.3.2	Ulikhet og helse .....	115
9.4	Styrket rolle for helseforetakene i forebygging .....	99	10.3.3	Psykisk helse .....	115
9.4.1	Ressursbruk på forebygging .....	99	<b>Del V</b>	<b>En kvinnehelsestrategi .....</b>	<b>117</b>
9.4.2	Sykehusenes ansvar for forebygging .....	100	<b>11</b>	<b>Kvinneperspektiv på helsepolitikken .....</b>	<b>119</b>
9.5	En gjennomgang av kommunehelsetjenesteloven.....	103	11.1	Innledning .....	120
<b>Del IV</b>	<b>Utvikle ny kunnskap .....</b>	<b>105</b>	11.2	Beslutningsprosesser .....	120
<b>10</b>	<b>En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk .....</b>	<b>107</b>	11.3	Kunnskapsutvikling og formidling....	120
			11.4	Helsepraksis .....	121
			11.5	Vold og overgrep.....	125
			<b>12</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser .....</b>	<b>127</b>
			<b>Vedlegg</b>		
			1	Folkehelse rapporten 2002.....	129



DET KONGELIGE  
HELSEDEPARTEMENT

# St.meld. nr. 16

(2002–2003)

## Resept for et sunnere Norge

### Folkehelsepolitikken

*Tilråding fra Helsedepartementet av 10. januar 2003,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Bondevik II)*

## 1 Innledning

### 1.1 Den store helsepolitikken: forebygge mer for å reparere mindre

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge. Den omhandler forhold som bidrar til å skape helseproblemer, eller som bidrar til å motvirke sykdom. Folkehelsearbeid innebærer å forholde seg til faktorer som påvirker helsen. En av flere slike faktorer er helsetjenstenes reparerende, rehabiliterende og pleiende virksomhet. Denne viktige innsatsen, som naturlig nok får mye oppmerksomhet, er likevel ikke det mest avgjørende for helse- og sykdomsutviklingen. Våre egne valg og hvordan vi sammen innretter samfunnet innenfor en rekke ulike områder spiller en langt viktigere rolle. Det er denne «store helsepolitikken» som er tema for meldingen.

I meldingen trekkes det opp strategier for et sunnere Norge. Ved å forebygge mer kan vi reparere mindre. Den politiske oppmerksomheten fanges ofte av det akutte og av de umiddelbare behovene for hjelp. Prioritering av forebygging kan også være vanskelig fordi det ikke på samme måte handler om enkeltindividers lidelser her og

nå, men om statistisk risiko og framtidige lidelser – om det som kan skje, og ofte svært langt fram i tid. Folkehelsearbeid er i denne forstand mer «usynlig». Som samfunn bør vi føre en politikk som også tar ansvar for å påvirke framtidige behov og utfordringer, og som forsøker å redusere framtidige lidelser.

Når hovedfokuset i meldingen vil være på de faktorer vi vet påvirker helsen, så har dette flere grunner:

- Hver påvirkningsfaktor bidrar ofte til flere ulike helseproblemer.
- Sammenhengen mellom helseforhold og andre sektorer og politikkområders ansvar tydeliggjøres. Flere samfunnssektorer «eier» årsakene enn sykdommene.
- Når tiltak rettes mot kjente påvirkningsfaktorer, kan vi måle resultatene av tiltakene i form av redusert helserisiko lenge før de slår ut på reell sykdom og død i befolkningen.

### 1.2 Mål og hensikt: et sunnere Norge

Det er flere grunner til at regjeringen nå – 10 år etter at Stortinget behandlet St.meld. nr. 37 (1992-

**Boks 1.1 Folkehelsearbeid – økt  
overskudd til å mestre hverdagens krav**

- Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene virker helsenedbrytende, enten det er ting vi spiser og drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. Positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet rundt oss, om vårt forhold til våre nærmeste og de nettverk vi inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og å være forutsigbart og håndterbart. Dette kan kalles beskyttelses- eller mestringsfaktorer og gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke.
- Når Verdens helseorganisasjon definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte», kan dette antyde et likhetstegn mellom god helse og et godt liv. I denne meldingen legges isteden til grunn at vi ønsker god helse for å kunne leve et godt liv, på linje med trygge lokalsamfunn og meningsfullt arbeid. Helse er en investeringsfaktor for det gode liv.
- Folkehelsearbeid handler om å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Men det handler også om å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet.

93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* – ønsker å legge fram en ny melding med strategier for den kommende tiårsperioden. Nye utviklingstrekk i samfunnet gir nye helseutfordringer. Eksempler er økt globalisering, et flerkulturelt samfunn, et krevende arbeidsliv og rusproblematikk. Verdens helseorganisasjon har vist at en tredel av den samlede sykdomsbyrden i industrialiserte land skyldes de fem risikofaktorene tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt. Samtidig er kunnskapsgrunnlaget for å utvikle både politikk og praksis blitt bedre på flere områder.

På denne bakgrunn ønsker regjeringen å gi folkehelsearbeidet et løft. Målet er et sunnere

Norge gjennom en politikk som bidrar til:

- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet.
- Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

I Sem-erklæringen ble det varslet at det forebyggende arbeidet skal styrkes. Denne meldingen sikter mot en mer systematisk og helhetlig politikk enn det vi har hatt til nå. Regjeringen vil legge vekt på sammenhengen mellom samfunnets og den enkeltes ansvar og muligheter for å påvirke helsesituasjonen, og å vise hva enkeltmennesket og samfunnet har å vinne på et godt forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeidet må forsterkes i alle samfunnssektorer gjennom et aktivt partnerskap som plasserer ansvar, forplikter og stimulerer til handling. Samtidig er det viktig at det arbeides for at det forebyggende arbeidet videreutvikles og forsterkes som sentralt virkemiddel også innenfor helsetjenestene. I tillegg vil det bli fokusert på å sikre at de tiltak som iverksettes er basert på erfaring og økt kunnskap, blant annet gjennom forskning og utprøving. Bedre forståelse av komplekse årsaksforhold vil gi mer effektive tiltak.

Fordi kvinner og menn er forskjellige, vil ulike tiltak kunne ha ulik effekt. I slike tilfeller må det tas i bruk forskjellige virkemidler overfor kvinner og menn. Meldingen inneholder derfor også en egen Kvinnehelsestrategi som tar utgangspunkt i tiltakene i NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*.

### 1.3 Personlig ansvar og samfunnsansvar

Den enkelte har et ansvar for egen helse og vil på mange områder ha valgmuligheter og stå ansvarlig for sine valg. Men samfunnet kan og bør påvirke valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger. Kunnskapsformidling og holdningspåvirkning må suppleres med andre tiltak. Det kan innebære å gjøre de sunne valgene lettere og mer attraktive. Men det kan også bety å gjøre de helsenedbrytende valgene vanskeligere, uten samtidig å fremme negative holdninger overfor de som allikevel velger annerledes.

Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre mennesker, både enkeltpersoner og grupper. Et slikt arbeid må ta utgangspunkt i respekt for ulike verdivalg og ha en grunnleggende samfunnsmessig aksept. Derfor må

folkehelsearbeidet alltid ha sin basis i de demokratiske institusjonene i samfunnet, og bygge på kunnskap og diskusjoner som omfatter så store deler av befolkningen som mulig. Etiske vurderinger foretatt av sentrale kompetanseorganer er viktige, men de må suppleres av en løpende debatt i befolkningen. I motsatt fall er det fare for at tiltak framstår som formynderi overfor dem som ikke ønsker eller vet.

Individ og lokalsamfunn har ansvar i folkehelsearbeidet, men befolkningens helse er ikke minst et resultat av utviklingstrekk og politiske valg utenfor enkeltindividenes rekkevidde. Sykdomsbildet speiler en generell samfunnsutvikling og de kårene vi lever under. Ansvar må derfor synliggjøres i alle sektorer når nasjonal politikk formes. Fra et folkehelseståsted må vi for eksempel bry oss om hvordan samfunnet tilrettelegger for sykling og for sunne matvaner, hvordan skolen håndterer mobbeproblerne, og hvordan arbeidslivet kan være helsefremmende og ikke helsenedbrytende.

Utfordringen er å få kreftene til å trekke i samme retning. Regjeringen legger med denne meldingen vekt på å styrke forankringen av folkehelsearbeid i alle samfunnssektorer, bl.a. ved å lansere verktøy slik at helse blir lagt på vektskålen når avgjørelser skal tas på en rekke samfunnsområder.

## 1.4 Noen avgrensninger

Selv om denne meldingen skal overskue helheten i folkehelsepolitikken, vil enkelte områder og utfordringer framheves som spesielt viktige. Flere forhold må trekkes inn når en skal velge ut det som skal gis spesiell prioritet – bl.a. om det

- berører ett eller flere store helseproblemer
- berører helseproblemer som koster samfunnet mye
- finnes kunnskap om årsaksforhold
- lar seg påvirke med effektive og aksepterte forebyggende virkemidler

Som det framgår ovenfor forholder meldingen seg hovedsakelig til helsens risiko- og beskyttelsesfaktorer, og ikke til behandling, pleie og omsorg. Unntaket er kapittel 11 om kvinnehelse, der også de kurative tjenestene er omtalt. Bakgrunnen er et ønske om en helhetlig oppfølging av NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*.

Et bredere folkehelseperspektiv kan også inkludere virkemidler som søker å påvirke alvorlighetsgrad og forløp når sykdom er et faktum, og

tiltak som skal dempe konsekvenser av helseproblemer på for eksempel aktivitet, deltakelse og levekår. Virkemidlene kan handle om bl.a. former for sosialt arbeid, rehabilitering, attføring, og tiltak for å sikre bedre tilgjengelighet. I denne meldingen vil imidlertid denne typen tiltak, som enten ligger i gråsonen mot behandling og rehabilitering, eller som sikter mot å bistå individer med helse- og funksjonsproblemer med å tilrettelegge tilværelsen, ikke stå i sentrum.

Betraktes folkehelsearbeid og forebygging som forsøk på å redusere risiko i den friske delen av befolkningen, er det også andre temaer og tiltak som kunne omfattes av en melding om folkehelsearbeidet – men som ikke berøres i denne omgang.

Dette gjelder bl.a. medisinske intervensjoner rettet mot friske mennesker som har en kjent eller antatt høyere risiko for å bli syke. For eksempel brukes blodtrykksmedisin og kolestrolsenkende midler for å påvirke sannsynligheten for at sykdom inntreffer. I denne meldingen er det imidlertid særlig forholdet mellom slike intervensjoner og alternative eller supplerende tiltak av typen fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt som er i fokus.

Det gjelder også masseundersøkelser, hvor en søker å identifisere personer med en sykdom eller forstadier til sykdom – og hvor en tidlig diagnose kan redusere risikoen for forverring og fatale følger. Masseundersøkelser omtales i flere internasjonale dokumenter om forebygging og folkehelse. I denne meldingen er det imidlertid valgt ikke å omtale dette mye debatterte temaet, fordi eventuell masseundersøkelser må ses som et ledd i behandlingsskjeden – dvs. som en del av den tidlige diagnostiske virksomheten. Det vises for øvrig til omtale av masseundersøkelser i St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helse-tenesta*.

## 1.5 Sammendrag – meldingens hovedbudskap

Stortingsmeldingen *Resept for et sunnere Norge* forholder seg til «den store helsepolitikken» – til de mange påvirkningsfaktorene som bidrar til å skape helseproblemer, og faktorer som bidrar til å beskytte mot sykdom. Det er et viktig formål å påpeke sammenhengen mellom den enkeltes og samfunnets ansvar og muligheter for å påvirke helsesituasjonen, og synliggjøre ansvar innenfor en rekke sektorer og politikkområder.

### 1.5.1 Diagnosen – utgangspunktet

Meldingens kapittel 2 stiller diagnosen og oppsummerer helseutviklingen og de siste ti årenes politikk på folkehelsefeltet. I tillegg pekes det på noen mer generelle utviklingstrekk i samfunnet som vil ha betydning for den framtidige utviklingen av folkehelsepolitikken.

Det gis en kort oversikt over helsetilstanden og viktige utviklingstrekk når det gjelder sykdommer og de vesentligste påvirkningsfaktorene. I vedlegget til meldingen, som er utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstitutt, gis en mer utfyllende beskrivelse av de samme forholdene.

Søkelyset settes bl.a. på foruroligende utviklingstrekk når det gjelder vår livsstil. Kosthold og fysisk inaktivitet kan forklare mye av forekomsten av bl.a. hjerte- og karsykdommer og kreft. Røyking er vår tids viktigste enkeltårsak til sykdom og tidlig død. Fysisk inaktivitet kan være i ferd med å bli framtidens store helseproblem. Det er på disse områdene spesielt viktig med en offensiv satsing overfor ungdomsbefolkningen. Den samme gruppen vil være i fokus også innen et annet utpekt satsingsområde, nemlig psykisk helse.

Vi registrerer samtidig en sterk sosial ulikhet både når det gjelder helseproblemer og faktorer som påvirker helsen. Risikofaktorene er ofte spesielt konsentrert i sårbare deler av befolkningen. Det er behov for et skarpere søkelys på innvandrerbefolkningens spesielle helseproblemer. Samlet er det behov for en bedre tilpasning av tiltak til grupper i befolkningen med særlige risiko- og helseproblemer.

Selv om det foregår mye positivt folkehelsearbeid lokalt, har det så langt vært for tilfeldig og preget av prosjekter og ildsjeler. Det er behov for bedre kontinuitet, forankring og integrering i den ordinære samfunnsplanleggingen, og utvikling av en politikk og en praksis som i større grad er kunnskapsfundert. Mulighetene helsesektoren har for å hente gevinst ut av forebyggende arbeid, er så langt ikke utnyttet i tilstrekkelig grad. På mange områder kan det forebygges mer for å reparere mindre.

### 1.5.2 Reseptene – strategiene

Kapittel 3 skisserer en politikk for å oppnå de overordnede målene: (1) Flere leveår med god helse i befolkningen, og (2) redusere i helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Med utgangspunkt i hovedutfordringene

pekes det, i tillegg til en egen kvinnehelsestrategi, ut fire veier til et friskere Norge:

#### 1. Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse

Her rettes søkelyset mot sammenhengene mellom livsstil og helse, vår psykiske helse og på å redusere sosialt betingede helseforskjeller. Tilrettelegging og tiltak må rette seg inn mot de samfunnsforhold og faktorer i miljøet rundt oss som påvirker levesett og helse. Vi er avhengig av en allianse mellom den enkelte og myndighetene – hvor begge parter tar ansvar og bidrar.

Kapittel 4 omhandler vårt levesett og våre livsstilsvalg. For å motvirke en tiltagende fysisk inaktivitet i befolkningen er det nødvendig med en strategi som favner en rekke samfunnssektorer. Det skal bl.a. vurderes tiltak knyttet til skolen/skolefritidsordningen, arbeidslivet og på transportområdet, og om dagens tiltak på idrettsområdet i tilstrekkelig grad tar hensyn til folkehelseperspektivet. For å fremme et sunnere kosthold varsles en gjennomgang av relevant lovverk, en rekke tiltak for å påvirke barn og unges kostvaner og for å stimulere forbruket av frukt og grønt. Det presenteres en politikk for å hindre passiv røyking, redusere rekruttering av nye røykere og redusere antall dagligrøykere. Tiltakene omfatter bl.a. begrensninger på tilgjengeligheten til tobakk og mulighetene for å røyke, holdningspåvirkning gjennom omfattende mediakampanjer og bedre bistand til røykeslutt. Regjeringen har i tillegg nylig lagt fram en egen handlingsplan rusmiddelproblemer, der det er lagt vekt på den forebyggende politikken.

Med utgangspunkt i store og antagelig økende sosiale forskjeller i helse her i landet lanseres i kapittel 5 en langsiktig satsing på flere fronter for å redusere ulikhetene. Hensynet til helseulikheter skal sterkere inn ved planlegging av tiltak, bl.a. de som retter seg mot endring av livsstil. Det skal utarbeides en egen handlingsplan for å redusere sosial ulikhet i helse.

I kapittel 6 pekes det på hvordan samfunnet kan bidra til å forebygge psykiske problemer gjennom å styrke den enkeltes opplevelse av egen mestring. Det varsles tiltak knyttet til skolearenaen, bl.a. mot mobbing, og egne strategier og planer for selvhjelp og for barn og unges psykiske helse.

Miljøet rundt oss påvirker helsen på en rekke måter. I kapittel 7 varsles at regjeringen vil revidere en overordnet handlingsplan for miljø og helse, og



utvikle nye strategier på spesielle områder som forebygging av ulykker og skader og forebygging av astma og allergi. I forhold til stråling skal det etableres et system for varsling av høye UV-nivåer. Smittefeltet anses som godt ivaretatt i Norge, men det vil bl.a. bli iverksatt tiltak for å opprettholde høy vaksinasjonsdekning og for å styrke sykehusenes smittevernarbeid. Det skal utarbeides en samlet plan for arbeidet med trygg mat.

### *2. Bygge allianser for folkehelse*

Skal vi løfte folkehelsearbeidet, må vi mobilisere og samordne en lang rekke aktører i samfunnet. Målet er å bygge opp et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid. Det legges i kapittel 8 opp til å styrke infrastrukturen, og å gi folkehelsearbeidet en sterkere lokal og demokratisk forankring, bl.a. gjennom å stimulere utvikling av lokale og regionale partnerskap for folkehelse. Meldingen legger opp til en klarere ansvarsforankring og en omfattende alliansebygging både mellom ulike offentlige instanser og mellom disse og det frivillige Norge. Helsehensyn skal også trekkes sterkere inn i alle deler av samfunnsplanleggingen, gjennom en tydeliggjøring av lovverket og utvikling av metoder og redskaper.

### *3. Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre*

I kapittel 9 varsles en sterkere vektlegging av bl.a. påvirkning av levestil og livsstil både innen fastlegjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og en styrking av forebyggende helsetjenester for barn, unge og familier. Virkemidler er bl.a. nye insentiver for legene med aktive eller «grønne resepter», økt fokus på forebygging innenfor spesialisthelsetjenesten og en utvikling av det forebyggende helsetjenestetilbudet til ungdom. Skolehelsetjenesten styrkes for å være et sentralt lavterskeltilbud for barn og unge.

### *4. Utvikle ny kunnskap*

Selv om det på mange områder er mangel på handling som er problemet – og ikke mangel på kunnskap – så har folkehelsearbeidet på andre områder så langt vært preget av mye prøving og feiling, både sentralt og lokalt. Det er behov for en mer systematisk oppbygging av kunnskap og kompetanse for at vi skal gjøre de riktige tingene – på rett måte. For å styrke kunnskapsgrunnet og kompetansen blant de sentrale aktørene varsles det i kapittel 10 en styrking av helseovervåkingen og av arbeidet med oppsummering av tilgjengelig kunnskap. Innen forskningen varsles en prioritering av temaene kosthold, fysisk aktivitet, kvinners helse, psykisk helse og sosial ulikhet i helse – med et fokus på handlingsrettet forskning. Det foreslås også å bygge opp ressursmiljøer innen forvaltningen for å ivareta nasjonale satsinger på helsekonsekvensutredninger og i forhold til sosiale ulikheter i helse.

### *En kvinnehelsestrategi*

Meldingens femte del (kapittel 11) angir en kvinnehelsestrategi, og forholder seg i stor grad til forslagene i NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*. Til forskjell fra meldingens øvrige deler dekker denne strategien bl.a. også helsetjenestenes kurative virksomhet. Utredningen pekte på at kvinners helse i Norge først og fremst har et positivt fortegn, men at vi samtidig har store kunnskapsmangler om kvinners helse og sykdom. Den slo fast at det er manglende integrering av kjønnsperspektivet i helsepolitikken og i helsetjenesten. Det skal derfor satses på å styrke forskningen på en rekke områder, mer generell styrking av kunnskapsutvikling- og formidling og å bedre tilpasse forebygging og behandling til kvinners behov og situasjon.





## 2.1 Helsetilstand og utviklingstrekk

### 2.1.1 Befolkningens helse

#### *Positiv utvikling, men større helsemessig ulikhet*

Helsetilstanden i den norske befolkningen er gjennomgående god og viser en positiv utvikling. Samtidig går den positive utviklingen nå tregere enn i land det er naturlig å sammenligne seg med. I 1970 lå Norge på tredje plass blant OECD-land i forventet levealder for menn, og på første plass for kvinner. Flere land passerte Norge midt på 1980-tallet og har beholdt forspranget gjennom 1990-tallet. I 1999 lå Norge på åttende plass for menn og niende plass for kvinner.

Levealderen har økt jevnt de siste 20 årene, og i dag er forventet levealder for kvinner 81,4 år og 76 år for menn. Gjennomgående er det slik at grupper med høyere sosial posisjon har høyere forventet levealder enn grupper med lavere sosial posisjon. Velutdannede kvinner med god inntekt har høyest forventet levealder, og gifte og samboende har bedre utsikter til et langt liv enn enslige. Sosioøkonomisk helseulikhet har økt i Norge i løpet av de siste tretti årene. Det meste av økningen kan forklares med at enslige har hatt en mindre gunstig helseutvikling enn andre grupper i befolkningen.

#### *Hjerte- og karsykdommer viktigste dødsårsak*

Hjerte- og karsykdommer er den viktigste dødsårsaken både for menn og kvinner. Samtidig har det vært størst nedgang i dødelighet for denne sykdomsgruppen. Det er stor geografisk variasjon i hjerteinfarktdødeligheten. Finnmark har høyest dødelighet for menn, mens Akershus ligger lavest både for menn og kvinner. Dødeligheten for kvinner i Finnmark ligger under landsgjennomsnittet. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er 50 prosent høyere i Oslo indre øst enn i ytre vest.

#### *Sterk økning av Diabetes type 2*

I Norge regner vi med at det er omkring 140 000 personer med diabetes type 2. En rekke alvorlige sykdommer kan følge i kjølvannet av sykdommen, og hovedårsaken til økt sykkelighet og dødelighet er hjerteinfarkt, hjerneslag og nedsatt sirkulasjon i bena med risiko for amputasjoner. Menn med diabetes type 2 har to til fire ganger høyere risiko for å få hjerte- og karsykdommer enn ikke-diabetikere, og for kvinner er risikoen tre til fem ganger

høyere. Antall mennesker med diabetes type 2 øker sterkt over hele verden.

#### *Kreftdødeligheten stabilisert på 1990-tallet*

Kreftsykdommer er den nest viktigste dødsårsaken og her har dødeligheten holdt seg stabil på 1990-tallet. Årlig rammes mer enn 21 000 personer i Norge av kreft, jevnt fordelt på kvinner og menn. I 1955 var antallet krefttilfeller 7 500. Størstedelen av økningen skyldes at vi i dag har en større andel eldre i befolkningen. Det er langt større andel som overlever med kreft i dag enn i 1955.

#### *Økning i kroniske luftveissykdommer*

Det har vært en økning i både omfang og dødelighet av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Forekomsten er anslått til 6 prosent av befolkningen. Dødeligheten er i dag 38,4 per 100 000, og det er nesten like høyt som for lungekreft. Det registrerte omfanget av astma i den norske befolkningen har vært økende, men samtidig har dødeligheten gått sterkt tilbake. Sykdommer i åndedretsorganene er den tredje viktigste dødsårsaken i Norge.

#### *Ulykker og skader er den fjerde viktigste dødsårsaken*

Ulykker og skader er den fjerde viktigste dødsårsaken. Antall personer som har mistet livet som følge av skader har vært nedadgående de siste 30 årene. Det har imidlertid vært en økning i sykehusinnleggelseser som følge av ulykkesskader.

#### *Selv mord*

Selv mordshyppigheten økte i Norge fra 1970 og fram til slutten av 1980-tallet. I de senere årene har imidlertid selv mordshyppigheten gått tilbake, og i 1995 var selv mordsraten 25 prosent lavere enn i 1988. Fra 1996 begynte den totale selv mordsraten igjen å stige. Spesielt har det vært en økning blant menn i alderen 15-19 år og 40-49 år. Situasjonen for kvinner er mer stabil. Selvmordstallene for 2000 viser en nedgang i totalraten i forhold til 1999.

#### *Flere lever med helseplager*

Fire av fem voksne nordmenn sier at de har god eller meget god helse. Samtidig er det flere som

lever med kroniske helseplager. En av tre i den voksne befolkningen oppgir sykdommer eller lidelser som har konsekvenser i hverdagen, og en av åtte har problemer som i høy grad påvirker hverdagen. I 1998 oppga en av fire voksne lidelser i muskler eller skjelett, og det har vært en kraftig økning siden midten av 1980-tallet. Det har også vært en økning i allergiske lidelser, og 16 prosent av den voksne befolkning har slike lidelser. Muskel- og skjelettlidelser er sammen med psykiske problemer og lidelser i dag den vanligste årsaken til lengre sykefravær og uførepensjonering.

Vi regner med at ca 15 prosent har psykiske lidelser (flere kvinner enn menn), og at omtrent 10 prosent av disse er alvorlig syke. Utbredelsen av depresjons- og angstlidelser er mer enn dobbelt så høy blant kvinner som blant menn, mens rusproblematikk er langt hyppigere blant menn.

### 2.1.2 Faktorer som påvirker helsen

#### *Tobakk*

I 2001 røykte om lag 30 prosent at den voksne norske befolkningen daglig, omtrent like mange menn og kvinner. Det utgjør ca 1,1 million mennesker. I tillegg er rundt 400 000 personer av-og-til-røykere. Andelen menn som er dagligrøykere er kraftig redusert siden 1970-tallet, mens andelen kvinner har ligget relativt konstant. Selv om andelen kvinnelige røykere har vært uendret i nesten 30 år, skjuler dette et mer komplekst bilde. I dag er det for eksempel færre unge og flere eldre kvinnelige røykere enn det var på 1970-tallet. Det er stor variasjon i andel røykere mellom norske fylker. Finnmark har flest dagligrøykere, mens Buskerud har flest ikke-røykere. Mye av forskjellen kan forklares med forskjeller i utdanningsnivå. Andelen som røyker daglig, har sunket mest blant de med høyere utdanning, og steget blant de med grunnskole som høyeste utdanning.

#### *Rus*

Nordmenn har et lavt alkoholkonsum i europeisk sammenheng, men det har skjedd en svak økning de siste 10 årene. Den norske drikkekulturen er fremdeles preget av mange episoder av høyt alkoholinntak, og det er et drikkemønster som er assosiert med mye ulykker og vold. Forbruket av narkotiske stoffer har økt fra 1980-tallet til slutten av 1990-årene, og økningen var særlig sterk i siste halvdel av tiåret.

#### *Kosthold*

I løpet av de siste 25 år har norsk kosthold blitt vesentlig magrere, samtidig som forbruket av grønnsaker og korn har økt. Disse forandringene kan forklare en vesentlig del av den store nedgangen i for tidlig død av hjerteinfarkt som er registrert de siste tjue årene. Men kostholdet til store deler av befolkningen har fortsatt klare ernæringsmessige svakheter. Det inneholder fremdeles for mye fett, særlig mettet fett, sukker, salt og alkohol, og for lite grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk. Til sammenligning er forbruket av frukt og grønnsaker tre ganger høyere i Italia enn i Norge.

De ernæringsrelaterte helseproblemene rammer ulike deler av befolkningen i forskjellig grad. For eksempel er forekomsten av hjerteinfarkt og overvekt betydelig større blant grupper med lav sosial status.

#### *Fysisk aktivitet*

Den norske befolkning er blitt gradvis tyngre de siste tiårene. Kroppsvekten blant voksne menn (40-åringer) har økt med 9,1 kg i løpet av de siste 30 årene. Samtidig er folks daglige fysiske aktivitetsnivå betydelig redusert. Andelen som trener har økt noe, men det kan ikke kompensere for den reduksjonen i hverdagsaktiviteten som er resultat av at dagliglivets krav til fysisk aktivitet er blitt mindre. Undersøkelser tyder på at over halvparten av den voksne befolkning har et for lavt aktivitetsnivå. Fysisk aktivitet henger også sammen med sosial status. Det er langt flere med høy utdanning enn med lav som mosjonerer.

#### *Sosiale miljøfaktorer*

Psykiske problemer og lidelser henger bl.a. sammen med genetisk sårbarhet, oppvekstforhold, livshendelser og sosiale faktorer. Anslagsvis 180 000 personer utsettes for vold og trusler om vold årlig og dette kan ha alvorlige konsekvenser for den psykiske helsen. Stress i arbeidslivet, mobbing og andre miljøproblemer i skolen, og svake sosiale nettverk er andre viktige risikofaktorer.

#### *Arbeidsmiljø*

Et stort flertall av den voksne befolkningen er sysselsatt i lønnet arbeid gjennom størsteparten av livet. Selv om vi har kommet langt med risikoreducerende innsats er fortsatt mange arbeidsta-

kere utsatt for fysiske og kjemiske risikofaktorer. I tillegg har økende krav til ytelse og effektivitet og omfattende omstillinger i arbeidslivet fått oppmerksomhet som «nye» potensielt negative påvirkningsfaktorer. Mange opplever stress i form av tidspress og manglende mulighet til egenkontroll i arbeidssituasjonen. Økningen i sykefraværet de siste årene har vært sett i sammenheng med slike forhold. Selv om årsaksmekanismene er uklare og sammensatte, er det grunn til å tro at også slike faktorer har betydning for folkehelsen.

### 2.1.3 Barn og unge

#### *De yngstes helse*

Norske barn regnes blant de friskeste i verden. Samtidig er det en del barn som har kroniske lidelser. Det er sykdommer i åndedretsorganene, spesielt av astma, som er mest utbredt. Barn fra familier med lav utdanning og inntekt har høyest forekomst av kroniske lidelser.

Kreft er den vanligste årsak til død i de yngste aldersgruppene. Eldre barn er mer utsatt for ulykker, spesielt trafikkskader, og ulykker utgjør nesten halvparten av den totale dødelighet blant eldre barn.

Det har vært en negativ utvikling i tannhelsen. Vi har sett en nedgang i andelen femåringer som ikke har hull i tennene fra 70 prosent i 1997 til 61 prosent i 2000.

#### *Psykisk helse*

Samlet sett regner vi med at mellom 10 og 20 prosent av alle barn har så store psykiske problemer at det går ut over deres daglige fungering, og at mellom 4 og 7 prosent er behandlingstrengende.

Ungdomsårene er preget av en betydelig økning i andelen som rapporterer psykiske vansker. Vi regner med at om lag 10 prosent av ungdomsbefolkningen har så store problemer at de har behov for profesjonell hjelp. I en gjennomsnittlig 10. klasse er det seks elever som har en eller flere daglige helseplager. Typiske plager er angst, depresjon, hodepine, magesmerter og søvnproblemer. Blant gutter i alderen 15-19 år har det vært en tendens til økning i selvmordsratene i perioden 1996 til 2000.

Det er anslått at ca. 1400 ungdommer mellom 15 og 19 år har behandlingstrengende anoreksi. Vi har ikke tallmateriale som gjør det mulig å anslå utviklingen i omfang av spiseforstyrrelser over tid

#### *Livsstil og helse*

Tilgjengelige data om fysisk aktivitet blant barn tyder på at aktivitetsnivået øker med alderen og når en topp tidlig i tenårene. Samtidig fører reduksjonen i dagligaktivitet til at kanskje så mye som 70 til 80 prosent av alle barn og unge er for lite fysisk aktive. Barn av foreldre med høyere utdanning trener oftere enn barn av foreldre med lavere utdanning.

Ungdomsårene er generelt preget av god helse og lav utbredelse av alvorlige sykdommer. Samtidig er denne perioden preget av utprøving og etablering av helse- og risikoatferd. De atferdsmønstrene som etableres i ungdomsperioden, kan ha betydelige effekter på helsen senere i livet.

Blant ungdom i alderen 16-24 år er det rundt 30 prosent som røyker daglig. Den store reduksjonen i andelen dagligrøykere blant unge i alderen 16-24 år som vi så fra 1973 til slutten av 1980-tallet, har stagnert. Andelen av-og-til-røykere blant unge økte en god del fra begynnelsen til midten av 1990-tallet, men økningen har nå stanset helt opp. Det har vært en ganske kraftig økning av alkoholkonsum blant ungdom på 1990-tallet. Bruken av cannabis har økt betydelig, men det kan se ut som om det i de siste årene har skjedd en utflating eller nedgang. Introduksjonen av nye narkotiske stoffer som ecstasy representerer en åpenbar trussel mot ungdoms helse, både på kort og lang sikt. Fra klinisk hold rapporteres det om en økende andel ungdom med blandingsproblemer. Et typisk eksempel er rusmisbruk i kombinasjon med tradisjonelle problemer som angst, depresjon og atferdsvansker.

Det ser ut til å være store sosiale forskjeller i helsevaner ungdommene i mellom, for eksempel når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold, og røyking.

Det er et betydelig potensial for forebygging av både psykiske og fysiske helseplager blant ungdom, samtidig er det viktig å ikke sykeliggjøre de vanlige utfordringene som følger med ungdomsårene.

### 2.1.4 Sentrale utviklingstrekk

#### *«Epidemi» av overvekt*

Vi regner med at mer enn halvparten av den voksne befolkningen har et aktivitetsnivå som er lavere enn anbefalt, og sammen med et for høyt energiinntak er dette den viktigste årsaken til overvekt og diabetes type 2. I hele den vestlige

verden rapporteres det om en «epidemi» av overvekt. I Norge har andelen overvektige voksne økt fra 1960-tallet og fram til i dag. Selv om vi har sparsomme data, tyder tilgjengelig informasjon på at overvekt også er i ferd med å bli et økende problem hos barn. Det er en tydelig sammenheng mellom overvekt og utdanningsnivå, og et usunt kosthold kombinert med lite mosjon er mer utbredt i grupper med lav sosial status enn i grupper med høy sosial status.

#### *Diabetes – viktig årsak til hjerte- og karsykdommer*

Vi står overfor en utvikling der vi får stadig flere overvektige og som følge av dette en økt forekomst av diabetes type 2 i befolkningen. Diabetikere har betydelig høyere risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, og på sikt kan denne trenden tenkes å veie opp for den gunstige utviklingen for kolesterol, blodtrykk og røyking. Det kan føre til at nedgangen i hjerte- og karsykdom stopper opp eller snur.

#### *Økende forekomst av lungekreft blant kvinner*

Med bakgrunn i trender for røyking og alkoholkonsum, kosthold og mosjon kan vi forvente at forekomsten av enkelte krefttyper blir høyere enn prognosene sier. Nye metoder for diagnostikk og masseundersøkelingsprogrammer vil også føre til at flere krefttilfeller blir oppdaget. Samtidig vet vi at risikoen for å utvikle kreft øker med økende alder. Økningen vi forventer framover, skyldes i stor grad at vi får en økt andel eldre i befolkningen.

Samtidig som vi fra 1980-årene har sett en utflating i forekomsten av lungekreft blant menn, har det vært en sterk økning i lungekreft blant kvinner. Forekomsten av lungekreft i en befolkning kan sees som et speilbilde av røykeatferden i den samme befolkningen 20 år tidligere.

#### *Psykiske problemer og lidelser*

Mye tyder på at psykiske problemer og lidelser ikke vil bli mindre viktige i framtiden. Det antas for eksempel at den samlede belastningen (uførhet og for tidlig død) på grunn av depresjon vil øke. Verdens helseorganisasjon har anslått at i 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis nest etter hjerte- og karsykdommer være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning for begge kjønn. I vestlige land ventes det at depresjon vil utgjøre den største byrden.

#### *Økende sosioøkonomiske helseforskjeller*

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30-årene. Samtidig har de sosioøkonomiske helseulikhetene økt fordi det er de med høyest utdanning og høyest inntekt som har fått den største bedringen i helsen. De samme forskjellene som vi finner når det gjelder helse, finner vi også når det gjelder livsstilsfaktorer som røyking, kosthold og fysisk aktivitet.

#### *Økt risiko for smittsomme sykdommer*

I Norge er smittsomme sykdommer mindre utbredt enn i de fleste andre land, men forholdene kan endre seg som følge av økt internasjonal handel og reising, endring i smittestoffenes egenskaper og trusselen om spredning av farlige smittestoffer.

## **2.2 Status i folkehelsearbeidet**

### **2.2.1 Tidligere handlingsplaner**

I St. meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* (Forebyggingsmeldingen) ble forebygging av psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker og skader valgt ut som prioriterte områder. Stortinget sluttet seg til denne prioriteringen, men tilføyde forebygging av astma, allergi og inneklimesykdommer som et fjerde innsatsområde. Begrunnelsen for prioriteringen av disse sykdomsgruppene var at dette er helseproblemer som rammer flest og som koster samfunnet mest.

For tre av de prioriterte områdene ble det utarbeidet tverrdepartementale handlingsplaner. Handlingsplanene førte til at problemer som tidligere ikke har fått mye oppmerksomhet, i større grad er blitt satt på dagsorden:

- *Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser* har bidratt til at disse lidelsene i større grad blir sett i et samfunnsperspektiv, og at ansvarsforholdet mellom ulike departementer er synliggjort.
- *Handlingsplan for forebygging av astma og allergi og inneklimesykdommer* har ført til økt fokus på innemiljøet – spesielt i skoler og barnehager – og til mer forskning og kunnskapsutvikling. På områdene astma og allergi og belastningslidelser har et mangelfullt kunnskapsgrunnlag lagt begrensninger på utforming av tiltak.

- *Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid* var bygget på et sterkere kunnskapsgrunnlag. Den har bidratt til å sette skade- og ulykkesforebygging på dagsordenen, og i dag arbeider 50 kommuner med ulykkesforebygging innen rammene av *Trygge lokalsamfunn* og 12 kommuner er godkjent av Verdens helseorganisasjon som slike samfunn. Målsetningen i Verdens helseorganisasjons strategi *Helse for alle år 2000* om at ulykkesdeligheten skulle reduseres med minst 25 prosent fra 1980 til år 2000, er mer enn oppnådd.

Tverrdepartementale handlingsplaner som virkemiddel i folkehelsearbeidet ble evaluert av Asplan Viak i 2000. I følge evalueringen har handlingsplanene synliggjort andre sektors ansvar for helse, og bidratt til at innsatsen på områdene er blitt mer samordnet. Handlingsplanene påvirket imidlertid ikke målstruktur eller budsjettmessige prioriteringer i andre departementer enn Helsedepartementet.

*Aksjonsprogrammet barn og helse* (1995-98) var et formidlings- og samordningsprogram for alle de fire innsatsområdene. Hensikten var å spre kunnskap om erfaringer fra ulike prosjekter og handlingsplaner, for å stimulere til tverrsektorielt arbeid rettet mot barn og unge i kommunene.

Det ble ikke utformet en egen handlingsplan for forebygging av psykiske lidelser, men forebygging er ett av flere satsingsområder i *Opptrapplingsplan for psykisk helse* som kom i 1999. I tillegg har innsatsområdet vært fulgt opp gjennom en rekke ulike tiltak. Dette gjelder bl.a. arbeidet med å forebygge spiseforstyrrelser. Det er utarbeidet undervisningsmaterieell om forebygging av spiseforstyrrelser som ble distribuert til grunnskoler, videregående skoler, helsestasjoner og andre relevante aktører i 1999. Det er utviklet et internettbasert undervisningsopplegg for elever og lærere, TENK, som skal bidra til å bevisstgjøre barn og unge på medias og reklamens bruk av virkemidler og metoder. I regi av TENK-prosjektet skal det lages en utvidet skoleprosjektpakke om spiseforstyrrelser og usunne kroppsidealer. Videre er ble det i 2000 lagt fram en strategiplan mot spiseforstyrrelser.

Handlingsplan mot selvmord ble avsluttet i 1999, men er fra 2000 fulgt opp gjennom et treårig oppfølgingsprosjekt.

### 2.2.2 Annet forebyggende arbeid i perioden

I tillegg til de fire innsatsområdene fra *Forebyg-*

*gingsmeldingen* fra 1993, ble en rekke andre områder løftet fram i denne perioden. Det gjelder bl.a. tobakksskadeforebygging, ernæring og trygg mat, miljørettet helsevern, forebygging av smittsomme sykdommer, forebygging av uønskede svangerskap og abort og strålevern.

#### Tobakk

Erfaringene fra det tobakksskadeforebyggende arbeidet de siste ti årene viser at det nytter å endre folks holdninger. Det har spesielt skjedd mye når det gjelder voksnes holdning til røyking i eget hjem, foreldres holdning til å utsette sine barn for passiv røyking og til røyking på arbeidsplassene. Hevingen av aldersgrensen fra 16 til 18 år og innføringen av 50 prosent røykfrihet på restauranter og spisesteder har ikke vært like vellykket.

Fra høsten 1999 har den nasjonale strategiplanen *Røykfrihet – en rettighet* vært retningsgivende for det tobakksskadeforebyggende arbeidet. Planen legger opp til en sterkere desentralisering av forebyggingsinnsatsen, ved å involvere kommuner og lokale organisasjoner, og en skjerpet innsats for oppfølging av lov- og regelverk på området. Budsjettene til Statens tobakksskaderåd økte kraftig på slutten av 1990-tallet, bl.a. gjennom midler fra *Nasjonal Kreftplan*. Skoleprogrammet *VÆR røykFRI* og *Røyketelefonen* er eksempler på tiltak som kan vise til gode resultater. Fra 1999 er det innført en legetakst for strukturert individuell røykeavvenning. Legetaksten er i 2002 økt til kr 200, og kan benyttes inntil 2 ganger per pasient per år.

#### Ernæring- og mattrygghet

Informasjonsvirksomhet har vært det viktigste virkemidlet i ernæringspolitikken. På 1990-tallet ble arbeidet med overvåking av kostholdet og matvarenes sammensetning styrket i et samarbeid mellom ernærings- og næringsmiddelmyndighetene. Det ble også vedtatt en forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager mv. som slår fast at det skal stilles krav til rammene for skolemåltidet. Det lokale arbeidet for å bedre kostholdet ble styrket på slutten av 1990-tallet gjennom *Nasjonal kreftplan*.

Næringsmiddeltilsynets innsats har blitt styrket i løpet av 1990-årene. EØS-avtalen og Norges forhold til EU har hatt stor betydning for arbeidet med helsemessig trygg mat i denne perioden. Det meste av dagens regelverk er i dag harmonisert



med EU-regelverket. I det siste har også WTO-avtalen blitt mer sentral for matområdet, noe som også må ses i sammenheng med arbeidet med regelverk og standarder for matvarer i Codex Alimentarius (Verdens helseorganisasjons og FNs matvareorganisasjons felles organisasjon for matvarestandarder).

#### Fysisk aktivitet

*Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser 1994-1998* satte søkelyset på betydningen av fysisk aktivitet. Viktige målgrupper var barn og unge og inaktive voksne med risiko for utvikling av belastningslidelser. Satsingen på barn og ungdom ble bl.a. fulgt opp gjennom informasjonsprosjektet *Barn i bevegelse* 1996-1998. Opprettelsen av et eget fagråd for fysisk aktivitet gjennom etableringen av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet i 1999 har ført til at temaet i større grad er blitt satt på dagsorden. Satsingen på Kost, mosjon og røykfrihet i regi av *Nasjonalt kreftplan* førte til en ytterligere styrking.

#### Rus

I *Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler* (1998-2000) ble det lagt særlig vekt på å styrke det forebyggende arbeidet, bl.a. gjennom en bred mobilisering av frivillige krefter og ungdomsmiljøer og en økt satsing på samarbeidet mellom hjem, skole og fritidstiltak. Norsk alkoholpolitikk har i stor grad vært bygget opp rundt en målsetting om å påvirke totalkonsumet gjennom strukturelle tiltak som høye avgifter og begrenset tilgjengelighet til alkohol ved salg og skjenking. Det har vært en betydelig innsats og ressursbruk rettet mot behandling og rehabilitering i ruspolitikken, og til en viss grad i forhold til forebyggende tiltak.

#### Miljørettet helsevern

På 1990-tallet kom en rekke nye forskrifter som er viktig for arbeidet med miljørettet helsevern. Innføring av krav om internkontroll har klargjort ansvaret som eiere og ledere av virksomheter har for å sikre et godt miljø. Forskriftene er et viktig verktøy i kommunenes tilsynsarbeid. Det ble lagt et grunnlag for en felles forskrift om miljørettet helsevern på de områdene som ikke er dekket av egne forskrifter. Samlet sett var dette med på å utløse mye ny aktivitet på området.

Miljørettet helsevern var også den største satsingen innenfor det 5-årige programmet *Samlet*

*plan for helsefremmende og forebyggende tiltak*, som var en oppfølging av St. meld. nr. 41 (1987-88) *Helsepolitikken mot år 2000*. I årene fra 1989-1995 ble det bevilget 140 mill kroner til støtte for utviklingsprosjekter på lokalt nivå fordelt på 353 prosjekter i 141 kommuner. En svakhet ved *Samlet plan* var fravær av en klar strategi for modellutvikling. Det har også senere vært gjort lite for å fremme strategitenkning og modellutvikling på feltet, noe som fremdeles preger arbeidet med miljørettet helsevern.

*Handlingsplanen for miljø og helse* fra 2000 har som formål å utvikle og iverksette en samordnet strategi for å identifisere og å redusere negative virkninger miljøet kan ha på folks helse, og for å ta vare på miljøkvaliteter som bidrar positivt til helse og livskvalitet. I handlingsplanen blir det lagt særlig vekt på å bygge opp og styrke prosesser som gir kontinuerlig forbedring av arbeidet med miljø og helse. Det blir spesielt fokusert på hvordan sentrale myndigheter kan legge til rette for en positiv utvikling på lokalt nivå.

#### Smitte

En ny smittevernlov trådte i kraft fra og med 1995. Den skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet, og ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av tiltak etter loven. I kjølvannet av den nye smittevernloven er det utarbeidet en lang rekke forskrifter, rundskriv og veiledere.

Statlige helsemyndigheter har i perioden 1985-2001 arbeidet med forbygging av hiv/aids gjennom tre handlingsplaner. En strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – *Ansvar og omtanke* – ble lansert på verdens aidsdag i 2001 og gjelder fra 2002. Som de tidligere handlingsplanene vil denne følges av øremerkede midler over statsbudsjettene. *Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens* for perioden 2000-2004 er et samarbeid mellom flere departementer. Tiltaksplanen omhandler bl.a. overvåking av resistens, registrering av antibiotikabruken, informasjon, smittebekjempelse, tilsyn og forskning.

#### Stråling

Statens strålevern ble etablert i 1993 ved at Statens institutt for strålehygiene og Statens atomtilsyn ble slått sammen. Statens strålevern er nasjonal fagmyndighet for strålevern og atomsikker-

het. Viktige utfordringer på feltet har vært å utvikle et godt regelverk, bidra til internasjonalt samarbeid og sikre god beredskap. I juli 2000 trådte ny *lov om strålevern og bruk av stråling* i kraft. Lovens formål er å forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse og bidra til vern av miljøet. Det er videre etablert en sentral beredskapsorganisasjon som er hjemlet i strålevernloven. Norge deltar faglig og finansielt med i EUs strålevernprogram. Det er fra slutten av 1990-tallet rettet spesiell oppmerksomhet mot radon, bl.a. gjennom kartlegging, informasjonsvirksomhet og etablering av en tilskuddsordning for gjennomføring av tiltak i privatboliger.

#### *Forebygging av uønskede svangerskap og abort*

Området er de siste 10 årene fulgt opp gjennom tre påfølgende handlingsplaner for å sikre en målrettet bruk av de tilskuddsmidlene som årlig har vært bevilget. En evaluering viser at handlingsplanene har styrket de kommunale tiltakene. Arbeidet vil bli videreført etter at *Handlingsplan for forebygging av uønskt svangerskap og abort 1999-2003* utløper. I St. meld. nr. 16 (1995-96) *Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd* mv. ble det foreslått en rekke tiltak for å styrke det forebyggende arbeidet. Stortinget sluttet seg bl.a. til forslaget om å sette i gang et forsøk med utdeling av gratis p-piller til unge kvinner, og at undervisning i samliv, seksualitet og prevensjon skulle styrkes både i grunnskolen og videregående skole. Forsøket viste en reduksjon både i avbrutte svangerskap og fødsler i aldersgruppen 17-19 år. Som en oppfølging av forsøket har jenter i alderen 16-19 år nå rett til å få gratis p-piller, og helsesøstre og jordmødre i helsestasjon er gitt rekvireringsrett på p-piller til denne aldersgruppen. Undervisningen i samliv, seksualitet og prevensjon er styrket i læreplanverket for skolen, og det er utviklet undervisnings- og informasjonsmaterieil til lærere, elever og foreldre.

#### *Forebyggende tjenester for barn og unge*

I *Forebyggingsmeldingen* ble det lagt vekt på at den forebyggende innsatsen overfor barn og unge i regi av helsestasjon, skolehelsetjeneste og barnevern skulle ta i bruk nærmiljø, barnehage og skole som arenaer for felles innsats. Frivillige organisasjoner ble også framhevet som en viktig aktør.

Det er de siste 10 årene gjennomført en rekke utviklingsprosjekter, bl.a. gjennom *Samlet plan-*

*prosjektene* i perioden 1989-94. Prosjektene omhandlet både organisasjonsutvikling og metodeutvikling. *Aksjonsprogrammet barn og helse* (1995-99) og *Foreldreveiledningsprogrammet* bygde videre på erfaringer fra bl.a. *Samlet Planprosjektene* og fokusert på forebyggende arbeid overfor barn og unge i kommunene. I Nord-Trøndelag har prosjektet *Tidlig intervensjon* utviklet arbeidsmetoder og redskaper som etter prosjekt-slutt videreutvikles og brukes i helsestasjonstjenesten.

#### *Tannhelse*

I 1999 ble den faglige veilederen *Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid* utgitt av Statens helsetilsyn. Veilederen skal være et verk-tøy for tannhelsepersonell. Arbeidet med å sette i verk veilederen vil bli videreført i regi av Sosial- og helsedirektoratet. I det forebyggende arbeidet framover vil det også bli lagt vekt på å styrke det informasjonsarbeidet som skjer på helsestasjonene. Det felles nordiske utviklingsarbeidet om forebygging vil bli videreført.

#### *Omorganisering på folkehelsefeltet*

Omorganiseringen i den sentrale sosial- og helseforvaltning har ført til at en rekke mindre etater på folkehelsefeltet nå er samlet i det nyetablerte Sosial- og helsedirektoratet. Forholdene er der-ved lagt til rette for en mer samordnet og styrket implementering av folkehelsepolitikken. Videre har etableringen av Nasjonalt folkehelseinstitutt ført til at ansvaret for de store befolkningsundersøkelsene og de fleste nasjonale helseregistrene er samlet. Dette er en viktig forutsetning for arbeidet med å styrke helseovervåkingen og årsaksforskningen.

## **2.3 Trender og samfunnstrekk**

Enkelte samfunnstrekk representerer betydelige utfordringer i folkehelsearbeidet. Det gjelder bl.a. raske trendsifter, kulturelt mangfold og globalisering. En annen utfordring er vår tiltagende opp-tatthet av helsespørsmål og egen helse.

### **2.3.1 Medikalisering og risikofokusering**

Et stadig økende press på forbruk av helsetjenester kan avspeile at vi definerer og håndterer sykdom og plager annerledes enn tidligere. Dels er

det økende helsetjenesteforbruket satt i sammenheng med forvitring av folkelige og sosiale nettverk, og et påfølgende behov for profesjonelle nettverk og tjenester. Samtidig synes helse å innta en stadig mer sentral plass i folks bevissthet og en mer dominerende plass i massemedia. Handlingsmønsteret i forhold til sykdom synes å være i endring, og terskelen for å søke profesjonell hjelp senkes. Angst for sykdom synes å være et tiltagende problem. Aldring og død anerkjennes i mindre grad som en naturlig del av livet selv.

Det er derfor grunn til å advare mot at helsetjenesten blir adressert for stadig flere av livets problemer. Det må heller ikke skapes urealistiske forventninger til hva helsetjenesten kan utrette. Det er en fare for en tiltagende medikalisering, der det anlegges et sykdomsperspektiv på stadig flere av livets små og store problemer. Å motvirke dette vil i seg selv fremme helsen. En tiltagende opptatthet av sykdom, symptomer og det å unngå risiko vil i seg selv sterkt innsnevre livsutfoldelsen og redusere livsgleden i befolkningen. På den annen side kan økt fokus på helse lette folkehelsearbeidet for myndighetene.

### 2.3.2 Ungdomskulturen – «in å være voksen»

Barn og unge er først og fremst foreldrenes

#### Boks 2.1 Fakta – Økning av kroppslige og psykiske plager

- Hver femte til sjettede ungdom gir uttrykk for livsproblemer som går ut over funksjonsevnen, og hver tiende har så store problemer at de har behov for profesjonell hjelp og assistanse.
- De siste 10 årene er det registrert en økende bruk av narkotiske stoffer og alkohol blant ungdom, og vi har så langt ikke klart å redusere andelen av ungdommer som røyker.
- Tilgjengelige data tyder på at gjennomsnittsverdien blant barn og unge øker, men vi har lite sikker informasjon om hvor stor andel som er overvektige. Undersøkelser tyder videre på at barn og unges hverdagsaktivitet er redusert. Vi vet for lite om barn og unges energiinntak, men det er grunn til å tro at bl.a. økende brusdriking bidrar til økt vekt.

ansvar. De er de viktigste oppdragerne og rollemodellene. Men det er også et samfunnsansvar å legge til rette og å gi mulighet for en sunn oppvekst og sunne valg i forhold til kosthold, fysisk aktivitet, tobakk og rusmidler.

Helsestatistikken sier oss noe om problemene, men lite om hva som ligger bak. Skal vi påvirke ungdommens livsstil – enten ved strukturell tilrettelegging eller ved holdningsarbeid – må det skje i samarbeid og dialog med ungdommen. Dagens ungdom lever et annet liv enn ungdom for bare 5 til 10 år siden. Stress er for eksempel en akseptert tilstand, en livsstil:

«Jeg føler det er mye stress. Det er så mye å gjøre og ta seg til, og jeg føler at alle skal finne på noe hele tiden. I tillegg til at jeg skal jobbe, sitte barnevakt, servere, lekser og venner» (Ingrid, 18 år)

«Mamma sier at jeg lever et mye mer stressende liv enn hva hun gjorde da hun var 18 år. Det stilles så mye mer krav til oss og det er så mange avgjørende valg som må tas. Dessuten har vi mye mer penger enn hva våre foreldre hadde, det gjør at vi har mange flere muligheter» (Mette, 17 år).

Mens gårsdagens unge hadde skoledagbøker fulle av hilsener og bilder, er dagbøkene i dag fulle av avtaler. Barn adopterer tidligere en voksen verden og livsstil. Det handler om å ta egne valg og å definere hvem en er gjennom å sende tydelige signaler til omverdenen. Hvis røyking brukes for å sende slike signaler, blir det derfor vanskelig å bekjempe røyking uten å gi alternativer. Det blir også en viktig utfordring å finne de helsemessig positive trendene i ungdomskulturene, og bygge videre på disse. I dag ser vi for eksempel tegn til at noen grupper definerer røyken «ut». Kaffebar-kulturen er for eksempel i stor grad røykfri. Når voksentiden kommer tidlig, vil en annen vesentlig utfordring være å legge forholdene bedre til rette for sosial lek:

«Skal det settes i gang et eneste tiltak for å få oss til å bevege oss mer, så må det være å gjøre løkkefotball kult igjen.» (Sigve, 17 år)

«Jeg drar ikke på trening for å være sunn, men for å ha det gøy» (Mathias, 18 år)

«Trening er for meg snakk om prioritering. Det siste året har jeg valgt bort trening til fordel for det å jobbe og tjene penger. Det angrer jeg på nå, det er rett og slett tungt å komme i gang og gymtimene forsvinner jo når jeg er ferdig på skolen» (Benedicte, 18 år)

Myndighetenes tilnærminger må i større grad ta utgangspunkt i en forståelse av ungdomskulturen, og de må være på ungdommens premisser. Vi må kjenne utviklingstrekkene for å kunne spille på lag med de trekkene som fremmer helse, og offensivt kunne møte negative trekk. Strategier må også målrettes i forhold til kjønn.

### 2.3.3 Et flerkulturelt Norge

Ved inngangen til 2002 bestod innvandrerbefolkningen i Norge av 310 700 personer. Innvandrere fra vestlige land er en relativt homogen gruppe som skiller seg lite fra den etnisk norske befolkningen. Nesten to tredjedeler av innvandrerbefolkningen har imidlertid sine røtter i Asia, Afrika og Latin-Amerika. I 2000 var det ca 67 000 barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn i Norge. 70 prosent av disse har bakgrunn fra Asia, Afrika, Mellom- og Sør-Amerika eller Tyrkia. En høy andel bor i Østlandsområdet, og hele 40 prosent av barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn bor i Oslo.

Ikke-vestlige innvandrere har gjennomsnittlig lavere utdanning, lavere inntekt og dårligere boligstandard enn gjennomsnittsnordmannen. En studie fra 1996 viste at 20 prosent av ikke-vestlige innvandrere og hele 70 prosent av flyktningefamiliene levde i fattigdom. Tilsvarende tall for den totale norske befolkningen var 4,5 prosent. Den høye andelen arbeidsledige blant ikke-vestlige innvandrere er en av årsakene til denne situasjonen. Det er samtidig viktig å være klar over at det er store forskjeller mellom de ulike innvandrergruppene når det gjelder livssituasjon.

Det legges i denne stortingsmeldingen opp til at reduksjon i sosiale ulikheter i helse skal løftes fram som en målsetting på linje med gjennomsnittsforbedringer. Det er bakgrunnen for at regjeringen ønsker å sette et skarpere søkelys på den voksende innvandrerbefolkningens spesielle helseproblemer og behov for tilpassede virkemidler. Dette vil spesielt gjelde grupper av ikke-vestlige innvandrere.

### 2.3.4 Helse og globalisering

Økende globalisering er et sentralt utviklingstrekk i det 21. århundre. Det finnes ingen felles forståelse av hva globalisering er, og det er svært ulike syn på de økonomiske og sosiale konsekvensene av utviklingen. Det som kan slås fast er at globalisering er en sammensatt prosess som består av økonomiske, sosiale, kulturelle, poli-

#### Boks 2.2 Fakta – Helse i innvandrerbefolkningen

- Det er større forskjeller mellom ulike innvandrergrupper enn mellom de enkelte innvandrergruppene og den etnisk norske gruppen når det gjelder helse.
- Dødfødsel og død i første leveuke er sjeldnere hos barn av mødre fra Vietnam og hyppigere blant barn av mødre fra Pakistan, enn hos barn av etnisk norske mødre og barn av mødre fra Nord-Afrika.
- Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god, er betydelig lavere blant innvandrere fra ikke-vestlige land enn blant etnisk norske.
- Diabetes type 2, hjerteinfarkt og smerter i muskel- og skjelettsystemet rapporteres hyppigere av 59-60 åringer med bakgrunn fra ikke-vestlige land.
- Bare 7 prosent av 59-60 år gamle kvinner fra ikke-vestlige land røyker daglig, mot 24 prosent av de etnisk norske.
- 74 prosent av de nye tilfellene av tuberkulose som ble registrert i 2001, ble oppdaget blant innvandrere.
- Et flertall av de som blir diagnostisert med hiv, er personer med innvandrerbakgrunn som ble smittet før de kom til Norge.
- Flyktninger rapporterer om flere psykiske problemer enn den øvrige norske befolkning. En viktig grunn til dette kan være at mange har vært utsatt for traumatiske opplevelser som for eksempel tortur og krigshendelser.

tiske og teknologiske komponenter, og at disse påvirker forhold som har stor betydning for folkehelsen i alle deler av verden.

#### *Skillet mellom nasjonale og internasjonale helseproblemer viskes ut*

Økende globalisering fører til at skillet mellom internasjonale og nasjonale helseproblemer blir stadig mindre relevant. Samtidig får samspillet mellom helse og andre sektorer økende betydning. Sektorovergripende samhandling for å verne om og fremme folkehelsen blir mer og mer nødvendig internasjonalt så vel som nasjonalt.

Verken virus, bakterier eller radioaktiv eller kjemisk forurensning respekterer landegrensener.

Økende volum og akselererende hastighet innen internasjonalt reiseliv har også betydning for smittestoffenes reisevirksomhet. Førstelinjeforsvaret mot smittsomme sykdommer som hiv/aids og tuberkulose og mot utvikling av bakterier som er motstandsdyktige mot legemidler, ligger utenfor Norges grenser. Nasjonale tiltak blir derfor mer og mer avhengig av internasjonalt samarbeid og internasjonale avtaler.

#### *Internasjonalt samarbeid er nødvendig*

Tobakk produseres, markedsføres og distribueres i et internasjonalt system. Tiltak for å begrense bruken må derfor ha internasjonal forankring både når det gjelder smugling, markedsføring og prisreguleringer. Det er bakgrunnen for at Verdens helseorganisasjon høsten 2000 startet forhandlinger om en internasjonal rammekonvensjon for å forebygge tobakkskader. På matvareområdet er internasjonalt samarbeid helt vesentlig i forbindelse med regelverk for matvarer i tilknytning til handel med mat.

Medlemslandene i Verdens helseorganisasjon har sluttet seg til *Det internasjonale helsereglementet*. Formålet med helsereglementet er å oppnå størst mulig sikkerhet mot internasjonal smittespredning med minst mulig hindringer for internasjonal handel og reising. Reglementet skal beskytte land som opplever utbrudd av smittsomme sykdommer mot vilkårlige tiltak fra andre land. For å redusere frykten for handelshindrende tiltak ved utbrudd av smittsomme sykdommer, har reglementet bestemmelser som begrenser hvilke tiltak et land kan iverksette mot et annet.

EU har definert tilgang til helsetjenester som en grunnleggende menneskerettighet og legger i økende grad vekt på samarbeid om helse, både når det gjelder pasientbehandling, kvalitetssikring og overvåking. EUs engasjement på folkehelseområdet er styrket som følge av at traktatverket tidlig på 1990-tallet ble utvidet med en hjemmel for helserelaterte tiltak. Hjemmelen ble utvidet med *Amsterdamavtalen* i 1997. EUs nye femårige program for helse har som målsetting å utvikle sammenlignbare helsedata, bedre offentlig informasjon om helsespørsmål, sikre en samkjørt håndtering av helserisiko (for eksempel smittsomme sykdommer) og bidra til økt fokus på forebyggende arbeid. Norge deltar i programmet under EØS-avtalen. Stortinget har nylig sluttet

seg til regjeringens forslag om norsk deltakelse i programmet. EUs folkehelseartikkel gir også hjemmel for å utvide EUs engasjement på folkehelseområdet f.eks i forbindelse med utvikling av felles regelverk for blod og blodsikkerhet og minimumsstandarder for håndtering av celler og vev. I tillegg til de tiltakene som er hjemlet i artikkel 152 er det en rekke saksområder under det indre markedet som har en klar folkehelserelevans. Mest framtrødende er reguleringer som gjelder tobakk, næringsmidler og legemidler

De viktigste kanalene for samarbeid i Norges nærområder er Østersjørådets smitteverninitiativ, Barentsrådets samarbeidsprogram for helse og Nordisk Ministerråds nærområdesatsing. Erfaringen er at felles strategier er langt mer virksomme enn enkelttiltak, og at tiltak for å forebygge tuberkulose og hiv er lønnsomme investeringer. Framover vil det i tillegg til smittsomme sykdommer i større grad bli fokusert på livsstilsrelaterte sykdommer og utvikling av helsetjenestene i regionen. Fra norsk side legger vi stor vekt på å videreutvikle samarbeidet i regionen, bl.a gjennom utvikling av et *partnerskap for helse og livskvalitet* i EUs nordlige dimensjon.

#### *Helse og økonomisk utvikling*

God helse bidrar til økonomisk utvikling og fattigdomsreduksjon gjennom forbedring av barns læreevne, positive befolkningsmessige endringer, økt produktivitet i arbeidslivet, reduksjon i sykdomsrelaterte utgifter for husholdninger, økt sparing og dermed økte investeringer. Verdens helseorganisasjons kommisjon for makroøkonomi og helse la desember 2001 fram en rapport som viser at investeringer i helse gir betydelige økonomiske gevinster globalt sett. Gevinsten av helsetiltakene er tre ganger så stor som investeringene.

Tre av FNs utviklingsmål for tusenåret er helsemål. Norge har forpliktet seg til, sammen med andre land og organisasjoner, å arbeide for å nå disse målene.

Målet med den norske helsebistanden er å forbedre helsetilstanden og styrke helsetjenesten i fattige land. Dette bidrar også til å styrke forsvaret mot smittsomme sykdommer og motstandsdyktige bakterier i Norge. Regjeringen går inn for å styrke samspillet mellom helsepolitikken og utviklingspolitikken. Slik vil effekten av politiske beslutninger på begge områder bli styrket.

## 2.4 utfordringer

### 2.4.1 Livsstil som risikofaktor

I Verdens helseorganisasjons rapport om verdens helse fra 2002 fokuseres det på faktorer som gir økt risiko for dårlig helse. Det legges spesielt vekt på betydningen av endringer i livsstil. Rapporten slår fast at 10 risikofaktorer står bak en tredjedel av alle tilfeller av for tidlig død på verdensbasis. I de mest industrialiserte landene er minst en tredjedel av sykdomsbyrden resultat av fem av disse risikofaktorene: tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og fedme. Fedme, høyt blodtrykk og kolesterolnivå er sterkt knyttet til fysisk inaktivitet og et kosthold med for mye fett, sukker og salt. Dette er risikofaktorer som blir forsterket av røyking og stort alkoholforbruk. Både tobakks- og alkoholforbruket er et økende problem på verdensbasis. I 2000 kan tobakk knyttes til 4,9 millioner tilfeller av for tidlig død og alkohol til 1,8 millioner slike tilfeller.

Vi står også i Norge overfor store utfordringer når det gjelder livsstil og helse. Det fysiske aktivitetsnivået er redusert, nordmenn røyker fremdeles mye og det er et stort forbedringspotensial når det gjelder kosthold. Utviklingen på 1990-tallet viser at tilbakegangen i røyking blant ungdom har stoppet opp, og at forbruket av alkohol og andre

rusmidler har økt. Dersom vi skal klare å forbedre folkehelsen ytterligere, må vi få til en endring i retning av en sunnere livsstil. Siden det er de med lavest utdanning og inntekt som har en livsstil med høyest risiko for sykdom, er det spesielt viktig å nå fram til denne gruppen.

### 2.4.2 Psykisk helse

I tillegg til utfordringene knyttet til livsstil og fysisk helse, er psykiske problemer og lidelser i ferd med å bli den nye store helseutfordringen både i Norge og andre vestlige land.

Psykisk helse var tema for Verdens helseorganisasjons rapport om verdens helse i 2001. Organisasjonen anslår at psykiske og nevrologiske lidelser står for 12 prosent av alle tapte leveår med full funksjonsevne, og at lidelsene innen 2020 vil stå for 15 prosent av sykdomsbyrden. I Europa er 20 prosent av den samlede belastningen av uførhet og for tidlig død forårsaket av psykiske lidelser. Selvmord er en av de tre viktigste årsakene til død i aldersgruppen 15 til 34 år.

Psykiske problemer og lidelser er et stort folkehelseproblem fordi de har stor innvirkning på situasjonen til enkeltindivider, familier og lokalmiljø. I tillegg til de lidelsene som sykdommene påfører enkeltindivider, fører sykdommene også til problemer med yrkesdeltakelse og deltakelse i fritidsaktiviteter. Byrdene på familiene til personer med psykiske lidelser omfatter alt fra økonomiske problemer til følelsesmessige reaksjoner, stress og begrensninger på sosiale aktiviteter.

I Norge har vi gjennom *Opptrappingsplanen for psykisk helse* satt i gang et viktig arbeid for å løfte fram psykisk helse som et prioritert område, både innenfor helsetjenesten og andre samfunnssektorer. I tillegg til arbeidet med å sikre god oppfølging og behandling, står vi overfor store utfordringer i arbeidet med å forebygge psykiske problemer og lidelser. Psykiske lidelser er resultat av et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, og den kunnskapen vi har om årsaker til sykdom og hva som er effektive tiltak, er fremdeles mangelfull på flere områder.

### 2.4.3 Fokus på forebygging

I årets rapport om verdens helse anbefaler Verdens helseorganisasjon at nasjonale myndigheter i større grad fokuserer på å forebygge risiko for sykdom, inkludert økt fokus på forskning og helseovervåkning. Organisasjonen legger vekt på betydningen av å prioritere effektive tiltak for å

#### Boks 2.3 Fakta – Hver tid har sine utfordringer

- I det tjuende århundre opplevde vi en bedring i vår helsetilstand uten sidestykke i historien. Befolkningens gjennomsnittlige levealder økte med mer enn tretti år.
- Ved forrige århundreskifte døde hvert tiende barn før det var fylt året. De store «folkesykdommene» var infeksjoner, epidemier, sult og fattigdom. Annet hvert dødsfall skyldtes infeksjonssykdom og far-sotter.
- Med velstanden kom livsstilssykdommene: kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og diabetes type 2.
- Ved inngangen til dette årtusen ser vi at lidelser forårsaket av overvekt, fysisk passivitet og mistriivsel øker. Depresjoner og kroniske smertetilstander blir etter hvert like viktige helseproblemer som hjertesykdom i vår del av verden.

redusere tobakksbruk, usunt kosthold og fedme. Betydningen av å involvere frivillige organisasjoner, lokalmiljøet, media og andre aktører i arbeidet blir understreket. Det blir også lagt vekt på at enkeltindividene må gis mulighet og bli oppmunnet til å ta sunne livsstilsvalg.

Det har vært drevet mye godt informasjonsarbeid for å forebygge risiko for sykdom i Norge i det tiåret som ligger bak oss, for eksempel når det gjelder kosthold og tobakk. Samtidig kan vi bli flinkere til å skreddersy informasjonstiltakene til ulike målgrupper. Vi lever i et samfunn som er i stadig raskere endring. De unge er de første til å fange opp endringer, og det har betydning når vi skal utforme tiltak. Vi må prøve å forstå trendene i ungdomskulturen, og bygge opp under trender som kan gi drahjelp til folkehelsearbeidet. Det er også spesielle utfordringer knyttet til at vi har fått en mer flerkulturell befolkning. Deler av innvandrerbefolkningen sliter med spesielle helseproblemer, og kulturelle forskjeller skaper behov for tilpassede tiltak. Folkehelsepolitikken har fram til nå i større grad tatt utgangspunkt i gjennomsnittlige forhold enn å reflektere mangfoldet i befolkningen. Dette kan ha hatt betydning for effektene av tiltak som er iverksatt. I tillegg til kulturelle forskjeller er det en utfordring å ta hensyn til kjønnsforskjeller og ikke minst til sosiale forskjeller når tiltak skal utformes og gjennomføres.

Erfaringene fra det tiåret vi har bak oss, viser at vi fremdeles står overfor store utfordringer når det gjelder kunnskapsgrunnet på folkehelsefeltet. Selv om vi på flere områder har fått et bedre grunnlag for å sette i verk tiltak, gjenstår det et stort arbeid med å utvikle effektive forebyggende tiltak. På mange områder er det likevel ikke mangel på kunnskap, men mangel på handling som er problemet.

Vi har gjennom de 10 siste årenes forbyggingsinnsats kommet langt i å utforme lov- og regelverk som skal sikre at helsehensyn blir ivare tatt også utenfor helsetjenesten. Det gjenstår likevel en god del før alle aktuelle samfunnssektorer har tatt sin del av ansvaret. Videre er det gjennom omorganiseringen i den sentrale sosial- og helseforvaltningen gjort noen viktige strukturelle grep på nasjonalt nivå, men det er stort behov for å styrke infrastrukturen lokalt. Sentrale myndigheters engasjement i lokalt folkehelsearbeid har i stor grad hatt form av tidsavgrensede satsinger på lokale prosjekter. Det er framover behov for tiltak som sikrer at folkehelsearbeidet får en mer varig og systematisk karakter. Dette var også noe av bakgrunnen for NOU 1998:18 *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*, som utgjør et viktig grunnlagsmateriale for denne stortingsmeldingen.

De siste årene er det gjennomført flere store reformer innenfor den kurative helsetjenesten. Innføring av fastlegeordningen, statliggjøring av spesialisthelsetjenesten og *Opptrappingsplanen for psykisk helse* er de viktigste. I tillegg har vi fått fire nye sentrale helselover: *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, *lov om helsepersonell*, *lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* og *lov om pasientrettigheter*. Det nye lovverket skal bidra til å fremme en organisering som gir bedre koordinering av ressursbruken og sterkere fokus på pasientene. Helsetjenestens rolle i det forebyggende arbeidet har så langt vært lite vektlagt i folkehelsepolitikken, og det er et potensial for mer forebygging innenfor helsesektoren. For å styrke helsetjenestens engasjement er det ikke minst viktig å gjøre noe med insentivene slik at tjenesten får nødvendige stimulanser til forebyggende innsats.

### 3 Resepter for et sunnere Norge

Regjeringen vil utvikle en politikk for å oppnå de overordnede målene:

- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet.
- Redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn.

Med utgangspunkt i de utfordringene vi står overfor, vil regjeringen framover særlig legge vekt på følgende hovedstrategier for folkehelsearbeidet.

#### *1. Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse*

Her rettes fokus mot sammenhengene mellom livsstil og helse og på hva som kan gjøres for å redusere sosialt betingede helseforskjeller. Målet er å gjøre det lettere for den enkelte å ta ansvar for egen helse. Tilrettelegging og tiltak må rette seg inn mot de samfunnsforhold og faktorer i miljøet rundt oss som påvirker vårt levesett og vår helse. For å lykkes er vi avhengig av et samarbeid mellom den enkelte og myndighetene – et samarbeid hvor begge parter tar ansvar og bidrar aktivt. Meldingen vil også peke hvordan samfunnet kan bidra til å forebygge psykiske problemer gjennom å styrke den enkeltes opplevelse av menneskeverd og egen mestring.

#### *2. Bygge allianser for folkehelse*

Målet er å bygge opp et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid. Skal vi lykkes må mange aktører i samfunnet mobiliseres. Helse-

syn skal trekkes sterkere inn i alle deler av samfunnsplanleggingen. Vi trenger en sterkere infrastruktur for folkehelsearbeid og en sterk lokal og demokratisk forankring av arbeidet. Meldingen legger opp til en klarere ansvarsforankring og en omfattende alliansebygging både innen det offentlige og mellom offentlige instanser og det frivillige Norge – et partnerskap for folkehelsen.

#### *3. Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre*

De muligheter helsesektoren har for å hente gevinst ut av forebyggende arbeid, er så langt ikke utnyttet godt nok. Det er et potensial på flere områder for å forebygge mer og reparere mindre. Regjeringen legger opp til en sterkere vektlegging av livsstilspåvirkning i helsetjenestenes virksomhet og til en styrking av forebyggende helsetjenester overfor barn og unge. Skolehelsetjenesten styrkes for å være et lavterskeltilbud for barn og unge.

#### *4. Utvikle ny kunnskap*

Folkehelsearbeidet har på enkelte områder til nå i for stor grad vært preget av prøving og feiling, både sentralt og lokalt. Vi må styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen blant aktørene i folkehelsearbeidet. En langt mer systematisk oppbygging av kunnskap er nødvendig for at vi skal gjøre de riktige tingene – på rett måte.

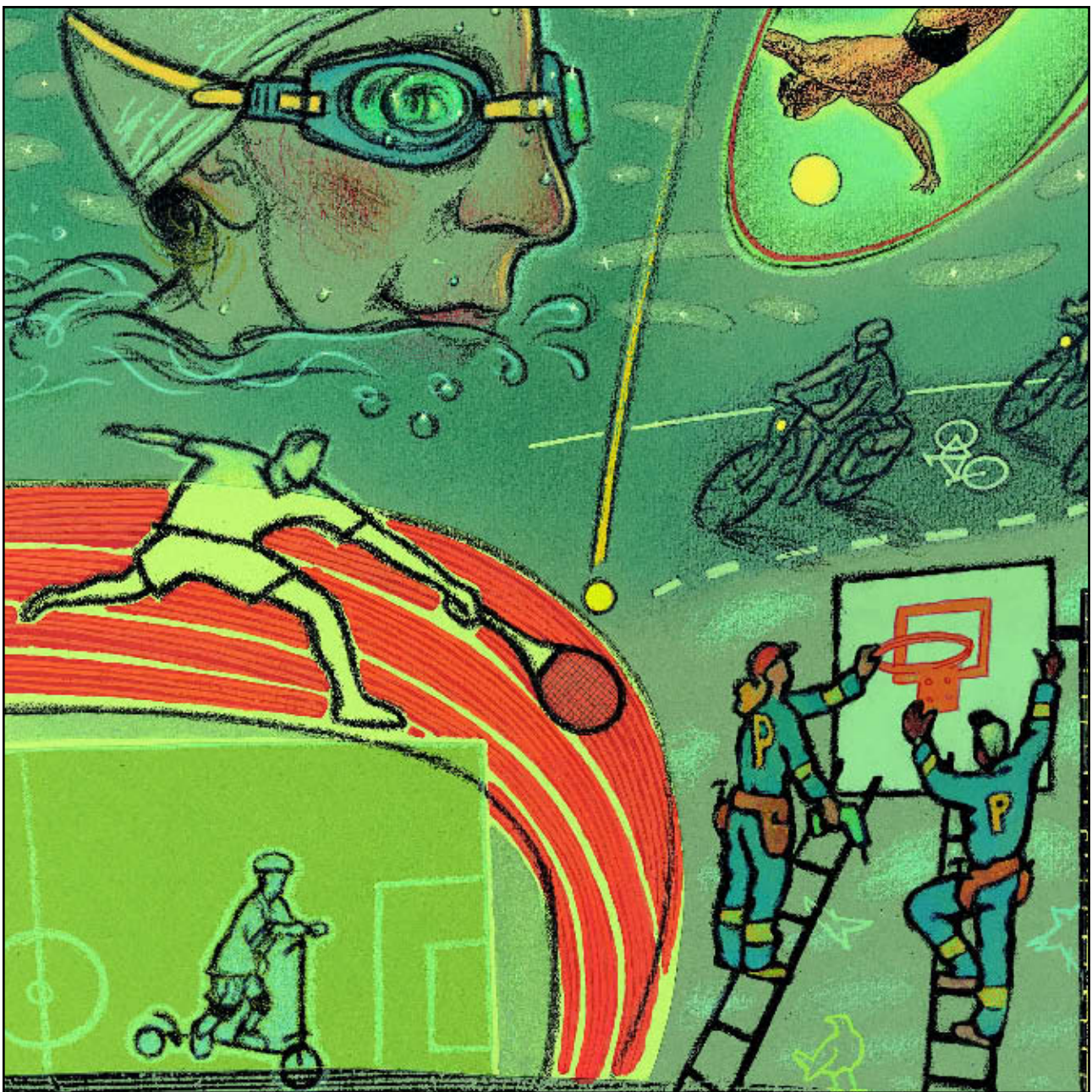


*Del I*  
*Skape gode forutsetninger for*  
*å kunne ta ansvar for egen helse*



## 4 Sunne livsstilsvalg

«For å lykkes er vi avhengige av et samarbeid mellom den enkelte og myndighetene – et samarbeid hvor begge parter tar ansvar og bidrar aktivt.»



Figur 4.1 Helse – et felles ansvar

Levesettet er avgjørende for folks helse. Et riktig sammensatt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet kan minske forekomsten av hjerte- og karsykdommer i betydelig grad, minske forekomsten av kreft med en tredjedpart og forhindre økningen i overvekt og diabetes type 2. Røyking er vår tids viktigste enkeltårsak til sykdom og tidlig død. Mange unge og voksne får alvorlige sosiale problemer og helseproblemer som følge av bruk av rusmidler. Mye tyder på at fysisk inaktivitet er i ferd med å bli framtidens store helseproblem.

Vi registrerer samtidig sosiale skjevheter når det gjelder livsstil og helseatferd med konsekvenser for helsen. Vi ser også at disse risikofaktorene fordeler seg ulikt i ulike deler av befolkningen – og at de forsterker hverandre når det gjelder virkningene på helsen.

På disse områdene vet vi en god del om årsaksforholdene, om forebyggingspotensialet og om virksomme virkemidler – både når det gjelder faktorer som utgjør en risiko for sykdom og faktorer som er med på å styrke helsen. For eksempel skal hensyn til folkehelsen fortsatt være et viktig kriterium for utformingen av vårt framtidige skatte- og avgiftssystem.

Når Norge etter hvert har beveget seg litt nedover på listen over land med høyest levealder, kan dette sannsynligvis forklares med bl.a. vår livsstil og våre vaner. I løpet av siste halvdel av det tjuende århundret skjedde det endringer i levesettet som får store helsekonsekvenser. Satt på spissen: Tidligere slet vi oss til sykdom og død – nå konsumerer vi oss til det samme, og vi gjør det i sittende stilling.

## 4.1 Folk i bevegelse

Fysisk aktivitet er en kilde til helse og livskvalitet og et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet.

Kravene til fysisk aktivitet i dagliglivet, arbeidslivet og på fritiden blir stadig mindre. Mange av de opplevelsene, utfordringene og ferdighetene vi tidligere fikk som en nødvendig del av hverdagen, må vi nå aktivt oppsøke og prioritere for å kunne oppnå. Samtidig vet vi at økt fysisk aktivitet i fritiden bare et stykke på vei – og særlig blant de mest privilegerte – kan kompensere for redusert aktivitet i det daglige.

Forskning viser at det skal mindre fysisk aktivitet til for å redusere risikoen for sykdom og død enn tidligere antatt. For fysisk inaktive vil selv en beskjeden økning i daglig aktivitetsnivå gi betyde-

### Boks 4.1 Fakta – Fysisk aktivitet og helse

- Det er godt dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet gir viktige helsefordeler og reduserer dødelighet og sykkelighet generelt.
- Fysisk inaktivitet og overvekt øker risikoen for diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og flere kreftformer. Overvektige som er i god fysisk form har lavere risiko for disse sykdommene enn normalvektige i dårlig fysisk form.
- Fysisk aktivitet er viktig for muskel-, skjelett- og leddhelse og for psykisk helse, og har også en plass i behandling og rehabilitering av en rekke sykdommer og tilstander.
- Regelmessig og variert fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og optimal utvikling av muskelstyrke, kondisjon og motoriske ferdigheter hos barn og unge.
- Kroppsbevissthet og fysisk mestring er med på å utvikle et positivt selvbilde, og legger grunnlag for bevegelsesglede og gode aktivitetsvaner.

lig helsegevinst i form av redusert sykdomsrisiko, bedre livskvalitet og økt funksjonsdyktighet i eldre år.

Anbefalingen for voksne er en halv time daglig fysisk aktivitet med en intensitet som tilsvarer rask gange. Under halvparten av den voksne norske befolkningen har i dag et slikt aktivitetsnivå. Anbefalingen for barn og unge er minst en time fysisk aktivitet hver dag. Allsidig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er nødvendig for god helse i oppveksten, for å beskytte mot sykdomsutvikling og plager senere i livet og for å etablere regelmessige aktivitetsvaner som gir varig aktivitetslyst og aktivitetsglede.

Utfordringen er å demme opp for den negative utviklingen i fysisk aktivitet vi ser i befolkningen, og forhindre at dagens aktivitetsnivå totalt sett blir ytterligere redusert. Videre er utfordringen å legge til rette for økt fysisk aktivitet i de minst aktive gruppene i befolkningen.

I konkurranse med dataspill og andre innesittende fritidssysler er det særlig viktig å skape alternative attraktive tilbud og aktiviteter for barn og unge. Vi trenger arenaer for egenorganiserte aktiviteter og sosial lek. Våre fysiske omgivelser bør innby til bevegelse, lek og aktivitet. Vegan-

**Boks 4.2 Fakta – Utviklingstrekk ved aktivitet og livsstil**

- Sammenlignet med andre vestlige land er gjennomsnittlig deltakelse i fysiske aktiviteter på fritiden høy i Norge.
- Andelen fysisk inaktive er høyest i grupper som på andre områder er sosialt og helsemessig minst privilegerte. Det ser ut til å utvikle seg et markant skille mellom de som driver regelmessig fysisk aktivitet og de som er passive. Menn er noe mer fysisk aktive enn kvinner, og aktivitetsnivået avtar med økende alder.
- Barns hverdag er i økende grad dominert av voksenstyrte aktiviteter med mindre tid til fri lek – og leken er i økende grad flyttet innendørs. Ett av fire norske barn bruker hver dag mer enn fire timer foran data- og TV-skjermer.
- Andelen arbeidstakere med stillesittende arbeid er i perioden 1974 til 1995-97 økt fra 20-26 prosent til 30-40 prosent blant menn og fra 10 til 30 prosent blant kvinner.
- Voksne menn har blitt 9 kg tyngre siden 60-årene. Kvinner gikk ned i vekt i begynnelsen av 70-årene, men har vist samme økning som mennene etter 1980. Vernepliktige gutter ble 3,2 kg tyngre fra 1983 til 1997, mens gjennomsnittshøyden var stabil.
- I Oslo har ni-åringer av begge kjønn og 15-årige gutter hatt en vektøkning på 3 kg siden 1975, justert for endringer i høyde i perioden. 15-årige jenter har blitt 1,9 kg tyngre i samme periode.

legg og trygge skoleveier må gjøre det mulig og forsvarlig å gå og sykle.

Regjeringens mål er å få til en nasjonal mobilisering for bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet. Dette vil regjeringen oppnå gjennom en samlet strategi for fysisk aktivitet som skal omfatte tiltak på flere samfunnsområder og arenaer – i barnehage, skole, arbeidsplass, transport, hjem, nærmiljø og fritid. Dette innebærer en allianse mellom den enkelte, organiserte interesser i samfunns- og arbeidsliv, arbeidsgivere og myndigheter på ulike nivåer.

En samlet strategi for fysisk aktivitet må for det første omfatte tiltak som skal påvirke den enkeltes holdninger og atferd gjennom generell

opplysning, veiledning i helsetjenestene, lavterskeltilbud og muligheter for organisert og egenorganisert fysisk aktivitet i nærmiljøet og på arbeidsplassen. For det andre må den omfatte tiltak som tilrettelegger våre omgivelser på en måte som gjør det lettere for alle å velge en aktiv livsstil og å inkludere fysisk aktivitet i daglige rutiner. Det betyr at tilrettelegging og tiltak må ha perspektiv på «24-timersmennesket» og på hele livsløpet.

Regjeringen vil arbeide videre med konkretisering og praktiske tiltak for å gjennomføre strategien. Ved etablering av lokale/regionale partnerskap, vil fysisk aktivitet være et meget aktuelt tematisk satsingsområde.

**4.1.1 Idrett og friluftsliv – viktige alliansepartnere**

Viktige rammevilkår for befolkningens muligheter for fysisk aktivitet er nedfelt i idretts- og friluftslivspolitikken. Idretts- og friluftslivsorganisasjonene har viktige oppgaver i å omsette mål og strategier til praktisk handling. Gjennom tilrettelegging av varierte aktiviteter og tilbud på lokalplanet er både idretten og friluftslivet viktige alliansepartnere i arbeidet med å påvirke enkeltmennesker til en mer aktiv livsstil.

*Idrett og fysisk aktivitet*

I St. meld. nr. 14 (1999-2000) *Idrettslivet i endring*, som fikk bred tilslutning ved behandlingen i Stortinget, er visjonen «idrett og fysisk aktivitet for alle». Flest mulig skal gis mulighet til å utøve idrett og fysisk aktivitet. Barn og ungdom er de fremste målgruppene.

Som begrunnelse for medvirkning og støtteordninger til idrettsformål, har staten tradisjonelt framhevet at idrett og fysisk aktivitet både har en egen- og nytteverdi. Beskrivelsen av idrettens egenverdi tar utgangspunkt i at det sentrale ved idretten er den opplevelse selve utøvelsen av aktiviteten gir. Glede og mestring er sentralt i denne sammenheng. Idrettens nytteverdi er fra statens side særlig knyttet til helseperspektivet. Den positive effekten som fysisk aktivitet har i det forebyggende helsearbeidet, bidrar til å styrke berettigelsen for statlig støtte.

To viktige prinsipper for statlig engasjement på idrettsområdet er å

- støtte den frivillige, medlemsbaserte idretten for å opprettholde et omfattende aktivitetstil-

bud på lokalt nivå, primært for barn og ungdom

- tilrettelegge for idrett og fysisk aktivitet i befolkningen i regi av idrettslag eller som egenorganisert fysisk aktivitet.

Virkemidler er støtte til anleggs- og aktivitetsformål og til forsknings- og utviklingsarbeid. Dette er viktige bidrag til folkehelsen.

Det er gjennomført en rekke tiltak og prosjekter for å prøve ut hvilke oppgaver idrettsorganisasjonene kan løse når det gjelder sosial integrasjon, bedre likestilling mellom kjønnene, tilrettede tilbud for funksjonshemmede, tilbud til ulike svake grupper mv. Regjeringen tar sikte på å fortsette slik forsøksvirksomhet i samarbeid med bl.a. idrettsorganisasjonene. Norsk idrett har definert helse som en av fire grunnverdier for sin virksomhet.

Etter endring av den såkalte tippene-kjelen våren 2002 skal overskuddet av statlige spill fordeles med en halvdel til idrettsformål og en halvdel til kulturformål. Dette vil styrke frivillige lag og organisasjoner innen idrett og kultur. Det er bred enighet om at økningen av idrettens andel av tippemidlene skal gå til styrket satsing på lokale aktivitetstiltak for barn og ungdom og på aktivitetsanlegg for de samme gruppene, særlig i pressområdene.

Et regjeringsoppnevnt utvalg har i oppdrag å vurdere finansieringen av idrettsformål. Utvalget skal legge fram sitt arbeid innen utgangen av 2002. Med bakgrunn i aktivitetsutviklingen og idrettsdeltakelsen, og på bakgrunn av pågående utredninger, vil det vurderes om dagens tiltak på idrettsområdet i tilstrekkelig grad også tar hensyn til folkehelseperspektivet, herunder behovet for å tilrettelegge for aktivisering særlig overfor fysisk passive.

#### Friluftsliv og naturopplevelser

Et strategisk mål i St. meld. nr. 39 (2000-2001) *Friluftsliv – Ein veg til høgare livskvalitet* er at alle skal gis mulighet til å drive friluftsliv som helsefremmende, trivselsfremmende og miljøvennlig aktivitet i nærmiljøet og i naturen forøvrig.

Allemannsretten, retten til fri ferdsel og opphold og aktivitet i utmark utgjør fundamentet for våre friluftstradisjoner. Naturkontakt og naturopplevelse er trekk som er spesielt for friluftsliv som aktivitetsform. Tidlig erfaring med aktiviteter i natur og friluft er viktig for livsstil også i voksen alder. Aktivt ute- og friluftsliv blant barn og

#### Boks 4.3 Fakta – Fysisk aktivitet: Oppslutning og utviklingstrekk

- En av tre i alderen 8-24 år trener i et idrettslag. Deltakelsen i organisert idrett blant barn og ungdommer har gått ned fra 38 til 34 prosent fra 2000 til 2002. Deltakelsen er fallende med økende alder, og det er særlig jentene som faller fra.
- Den store endringen i trenings- og mosjonsvaner skjer i alderen 15-25 år, og ser deretter ut til å feste seg. Den kritiske fasen er mellom 17 og 20 år.
- Personer med høy utdanning trener oftere enn personer med lav utdanning, og barn som har foreldre med høy utdanning, trener oftere enn barn som har foreldre med lav utdanning.
- Det er det enkle, tradisjonelle friluftslivet som har størst oppslutning. 90 prosent av befolkningen går turer i nærmiljøet. De eldre går mest, og kvinner oftere enn menn.
- Selv om det i de siste tiårene har vært en viss dreining mot action- og risikosport preget av fart og teknikk, har mindre enn 1 prosent av befolkningen vært på brettur, brukt seilbrett, raftet eller dykket. 19 av 20 oppgir at naturen er en vesentlig faktor for «det gode liv».
- Det er anslått at om lag 350 000 benytter seg av tilbud på private treningssentre, og det har vært en sterk økning både i antall sentre og brukere på hele 1990-tallet.

unge har også positiv innvirkning på trivsel, generell mestringsevne og livskvalitet. *Friluftslivsmeldingen* legger grunnlag for å ivareta det enkle friluftslivet for alle, i dagliglivet og i allment tilgjengelige naturområder, og for at særlig barn og unge skal gis mulighet til å utvikle ferdigheter i friluftsliv. I tillegg legges det vekt på god tilrettelegging for funksjonshemmede og grupper i innvandrerbefolkningen. Samarbeid med grunneiere om tilrettelegging vil være viktig. Regjeringen vil følge opp tiltak og satsinger på dette området.

#### Anlegg og områder for fysisk aktivitet

*Idrettsmeldingen* legger til grunn en anleggsutbygging som prioriterer nærmiljøanlegg, også i tilknyt-

ning til skoleanlegg, og enkle anleggstyper med stort brukspotensial og muligheter for egenorganisert fysisk aktivitet. Eksempler er turstier og -løyper, balløkker og områder for lek og fysisk utfoldelse. For ungdomsgruppen er det stort behov for anlegg som inviterer til spontan fysisk aktivitet.

Kommunene har et særlig ansvar for å sikre befolkningen muligheter til å drive fysisk aktivitet i hverdagen. For å få statlige spillemidler er det i dag krav om at anlegg inngår i en kommunal plan for idrett og fysisk aktivitet. I forbindelse med revisjon og forenkling av plan- og bygningsloven vurderes mulighetene for å forankre krav om sikring av arealer og krav om samfunnsplanlegging for idrett, fysisk aktivitet, lek og kulturaktiviteter i den nye loven.

Arealbruk har betydning for folkehelsen på flere måter. Den er knyttet til produksjon av trygghet, ivaretagelse av jordressurser som grunnlag for framtidig matsikkerhet og sikring av muligheter for fysisk aktivitet og naturopplevelser. Det er derfor viktig å ta vare på de positive elementene arealene bidrar med ved å sikre og videreutvikle disse. Dette innebærer et godt samordnet og tilrettelagt arealbruk der grunneiere, frivillige organisasjoner og det offentlige i et samspill legger til rette for befolkningens behov.

Spesielt er barn, eldre og mennesker med funksjonshemming avhengige av nærhet og lett tilgjengelighet til friområder. Bolignære grøntområder og lekeplasser er viktig for at barn skal kunne utfolde seg trygt.

I St. meld. nr. 23 (2001-2002) *Bedre miljø i byer og tettsteder er helsehensyn* løftet fram. Meldingen omhandler blant annet prinsipper for utvikling av det fysiske miljøet i byer og tettsteder og legger et godt grunnlag for planlegging som ivaretar det nære friluftslivet og folks muligheter for en mer aktiv livsstil. Regjeringen vil som del av oppfølgingen av meldingen opprette pilotprosjekter for utvikling av nye løsninger og miljøvennlig praksis på prioriterte områder. I pilotprosjektene vil det blant annet legges vekt på tiltak som stimulerer befolkningen til økt fysisk aktivitet. Byer og tettsteder er i stadig utvikling. Regjeringen ønsker derfor at lokale myndigheter utnytter dette endringspotensialet til å utvikle mer funksjonelle, helse- og miljøvennlige byer og tettsteder i tråd med de planprinsipper som er nedfelt i denne meldingen.

#### 4.1.2 Mer fysisk aktivitet i skolen

Skolen skal bistå hjemmene med å gi barn og unge en god oppvekst. Skolen gir mulighet til å nå

fram til alle barn og unge – også de mest utsatte gruppene. Læreplanen for grunnskolen legger vekt på aktivitet og utfoldelse, og skolen har et betydelig handlingsrom innenfor rammene av læreplanverket. På småskoletrinnet har frie aktiviteter og lek stor plass. Tema- og prosjektarbeid gir også muligheter for uteaktiviteter. Det er variasjoner mellom skoler i måter å organisere skoledagen, fra den tradisjonelle klasseromsundervisningen til fleksibel organisering, og til å ta i bruk opplæringsarenaer ute og inne. Eksempler på dette er uteskole og faste utedager – ofte i utmark der skolene har inngått samarbeid med grunneiere om bruk og tilrettelegging for ulike aktiviteter. Undersøkelser viser imidlertid urovekkende tall når det gjelder lek og utfoldelse i skolen og i skolefritidsordningen, sett i forhold til de muligheter som ligger innenfor rammen av læreplanverket.

*Kroppsøvfaget* gir alle elevene mulighet til fysisk aktivitet og er derfor en svært viktig faktor for å fremme folkehelsen. Det er særlig viktig for de som har det svakeste utgangspunktet. For mange elever er kroppsøvingstimene på skolen den eneste formen for fysisk aktivitet. Det er vist at innholdet i undervisningen og kompetansen til lærerne har betydning for elevenes trivsel og aktivitet i timene. En undersøkelse om kompetanse i grunnskolen viser at bare halvparten av lærere som underviser i kroppsøving, har formell kompetanse. Kvalitetsutvalget skal vurdere innhold, kvalitet og organisering av opplæringen i grunnskole og videregående opplæring. Dette inkluderer også kroppsøvfaget. Utvalget legger fram sin innstilling våren 2003.

*Skolens uteområder og aktivitetsanlegg* er viktig både for kvaliteten i kroppsøvingen og for lek og fysisk utfoldelse. Ansvar for de fysiske omgivelsene ligger hos skoleeierne – kommuner og fylkeskommuner. Det er satt i verk flere tiltak for bedring av skoleanleggene. *Idrettsmeldingen* åpner for at nærmiljøanlegg kan knyttes til skoleanlegget. Ved flere videregående skoler har kommuner og fylkeskommuner samarbeidet om løsninger hvor en ser skoleanlegget i sammenheng med kommunens behov for anlegg. Slike sambruksløsninger vil både skolen og lokalt idretts- og kulturliv være tjent med. Videre er det etablert en statlig tilskuddsordning over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett for nybygg, rehabilitering og opprustning av skoleanlegg f.o.m. 1 januar 2002. Læringssenteret har i den sammenheng opprettet en nettbasert rådgivningstjeneste for skoleanlegg i samarbeid med berørte parter.

Det kan likevel være behov for fortsatt søkelys på skolens uteområder og aktivitetsanlegg – også tilgjengeligheten til disse etter at skoledagen er over. Særlig synes det å være aktuelt med anlegg i tilknytning til skolen som gir flerbruks- og samarbeksmuligheter, og som kan være møteplass for aktivitet og samvær for barn og ungdom på ettermiddags- og kveldstid.

Det gjennomføres prosjekter i Buskerud og Nordland med utgangspunkt i den svenske *Bunkeflomodellen*. Svensk forskning viser at modellen gir oppløftende resultater. Videre pågår det et forskningsprosjekt – *Barn, Bevegelse og Oppvekst* – i regi av Høgskolen i Agder med sikte på økt fysisk aktivitet i barnas hverdag. Prosjektet *Ut er in* i Nordland og Friluftsrådernes opplegg for *Læring i friluft* kan også vise til gode erfaringer. Disse er tilpasset norske forhold og forankret i læreplanverket for grunnskolen. Samlet vil dette gi kunnskap å bygge videre på.

Det er behov for en systematisk utprøving av samarbeidstiltak med utgangspunkt i den svenske *Bunkeflomodellen*, men tilpasset norske forhold og ulike klassetrinn. Målet vil være å utvikle et variert aktivitetstilbud som også fanger opp risikogrupper, som bl.a. grupper med flerkulturell bakgrunn –

#### Boks 4.4 Eksempel – Bunkeflomodellen

- Det hele startet som et samarbeidsprosjekt mellom skolen og det lokale idrettslaget i Bunkeflostrand i Sverige. Alle elevene skal ha minst en time fysisk aktivitet hver dag i skoletiden. En vitenskapelig studie følger 240 elever i en 9-årsperiode for å dokumentere resultatene. Om lag 1000 skoler i Sverige er til nå knyttet til Bunkeflo-nettverket.
- Modellen innebærer et samarbeid mellom skoleledelse, lærere, elever, foreldre og lokale lag og foreninger. Den favner aktiviteter som også inkluderer de minst fysisk aktive elevene. Målet er å gi barna grunnleggende ferdigheter som de kan ha nytte av i fritiden og senere i livet. Barna lærer å ta ansvar for sin egen helse.
- Erfaringer fra Sverige viser at elevene opplever bedre konsentrasjonsevne og økt skoledyktighet. Det rapporteres om mindre atferdsproblemer i skolen, økt foreldreen-gasjement i skole og idrettslag, og økt oppslutning om idrettsaktiviteter på fritiden.

#### Boks 4.5 Fakta – Reisevaner i Norge

- Halvparten av alle bilreiser er kortere enn 5 kilometer. En tredjedel av alle bilreiser er kortere enn 3 kilometer. Halvparten av reiser under én kilometer foregår med bil.
- Kollektivtransport er først et alternativ for reiser over 2 til 3 kilometer. Dette viser et potensial for å overføre korte reiser fra bil til sykkel.
- I Oslo og Akershus skjer bare 4,5 prosent av alle arbeidsreiser med sykkel for hele året sett under ett. Selv i «toppsesongen» skjer ikke mer enn 7 prosent av disse reisene med sykkel. Andelen sykkelreiser i Norge ligger betydelig lavere enn i de fleste andre land det er naturlig for oss å sammenligne oss med.

særlig jenter, og barn og ungdom med funksjonshemninger. Det er allerede etablert et samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet, Læringssenteret og Norges Idrettsforbund og Olympiske komite om bl.a. aktivitetstiltak i skolen. Det er naturlig at ansvaret for en systematisk utprøving legges til Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Læringssenteret og berørte parter.

#### 4.1.3 Aktiv transport

Areal- og transportplanleggingen er viktig for befolkningens muligheter til å velge en livsstil som fremmer fysisk aktivitet og helse. Hvordan transportsystemene tilrettelegges er vesentlig både for å ivareta trafikksikkerhet og redusere skader og tidlig død, og i forhold til å kunne bruke kroppen. I *Nasjonal transportplan 2002-2011*, jf. St.meld. nr. 46 (1999-2000), er det et mål å styrke sykkelens rolle som transportmiddel, og spesielt i de større by- og tettstedsområdene.

Mer generelt er arealplanleggingen, med plassering av boliger, arbeidsplasser, butikker o.a., av betydning for omfanget av bilkjøring kontra gange eller sykling. Dette emnet fikk en bred plass i foreliggende *Nasjonal transportplan*, og følges opp i arbeidet med en ny *Nasjonal transportplan*. Det vises også til St.meld. nr. 23 (2001-2002) *Bedre miljø i byer og tettsteder*.

I St.meld. nr. 26 (2001-2002) *Bedre kollektivtransport* understrekes det både at samordnet areal- og transportplanlegging må fremme bruk av sykkel, og at det er et mål at flere velger å gå



**Boks 4.6 Fakta – Økt sykkelbruk  
– god samfunnsøkonomi**

- Nyttene av å legge til rette for økt sykkelbruk er anslått til å være minst 4 til 5 ganger høyere enn kostnadene i følge Transportøkonomisk institutt. Instituttet har utredet de samfunnsøkonomiske konsekvenser av økt sykkelbruk, ut fra innlagte forutsetninger om helseeffekter og økning i gang- og sykkelreiser.
- For å nå målsettingen om sammenhengende veganlegg for sykkeltrafikk i byer og tettsteder med over 4000 innbyggere er det anslått et behov for investering i sykkelveganlegg på 1 milliard kroner per år i 10 år.

eller sykle. I denne forbindelse pekes det på at det er viktig å legge til rette muligheter for sykkelparkering ved kollektivtrafikkknutepunktene.

*En nasjonal sykkelstrategi*

Statens vegvesen vil i mai 2003 legge fram forslag til en *Nasjonal sykkelstrategi* som et ledd i arbeidet med en ny *Nasjonal transportplan* for årene 2006-2015. Forslaget utarbeides i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund og Syklistenes Landsforening.

I arbeidet med *Nasjonal sykkelstrategi* vil følgende virkemidler stå sentralt:

- Tilrettelegging for sykkel i byer og tettsteder der potensialet for økt bruk er størst. Vegdirektoratet arbeider med retningslinjer for hva som bør være statens ansvar for sykkeltrafikk i byer og tettsteder.
- Gjennomgang av gjeldende regelverk, med sikte på bl.a. at sykkelens fleksibilitet og beskjedne krav til plass skal utnyttes bedre enn i dag, og at syklende skal gis prioritet foran bilkjørende der dette er naturlig.
- Det er et mål at skolebarn skal kunne gå og sykle trygt til og fra skolen. Langs riksveger legges til grunn Veiledende sjekklister for kontroll av sikkerhet på skoleveg, utarbeidet i 1998.
- Sykling i ferie og fritid: Gjennomgang av 9 nasjonale sykkelruter for å registrere behov for utbedringer. Det vil bli satt mål for når rutene skal være ferdig utbygget og skiltet.
- Transport av sykkel med offentlige transportmidler og krav til akseptable løsninger.

- Sykkeltellinger. Fra 2003 vil Statens Vegvesen ha etablert et nett av nasjonale tellepunkter slik at vi kan følge utviklingen i sykkeltrafikken over tid.

I dag foregår 6 prosent av alle reiser i Norge med sykkel. I sitt arbeid med *Nasjonal sykkelstrategi* har Statens vegvesen satt som mål å øke andelen til 8 prosent. Det skal bli tryggere og mer attraktivt å velge sykkel som framkomstmiddel. Dette betyr større tempo i arbeidet med å skilte sykkeltraseer, med å sette av plass til syklistene i gatene og med å bygge ut sammenhengende gang- og sykkelvegnett.

Regjeringen vil generelt bringe helsemessige hensyn sterkere inn i transportpolitikken. I tillegg til miljøfaktorer som luftforurensning og støy vil arealbruk, framkommelighet og trafikksikkerhet, også for myke trafikanter, være blant de faktorer som skal vurderes. Endelige prioriteringer på dette området vil være et resultat av en helhetlig avveining av ressursinnsatsen til ulike formål i *Nasjonal transportplan 2006-2015*, som vil bli lagt fram i vårsesjonen 2004. *Nasjonal sykkelstrategi* vil være viktig i denne sammenhengen.

**4.1.4 Fysisk aktivitet på arbeidsplassen**

Fysisk aktivitet er viktig for trivselen og miljøet på arbeidsplassen, og kan bidra til å redusere sykefravær dersom tiltakene inngår i et større hele og ikke bærer preg av skippertak. Gjennom arbeidslivet kan vi også nå helsemessig utsatte grupper og bidra til å redusere helseforskjeller.

En studie fra Transportøkonomisk institutt antyder at en person som tidligere ikke var fysisk aktiv og som begynner å sykle til jobben i stedet for å kjøre bil eller reise kollektivt, kan gi en årlig samfunnsøkonomisk nytte på mellom 22 000 og 30 000 kroner.

Tilrettelegging for fysisk aktivitet må bli en tydeligere del av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. På mange arbeidsplasser er det lagt godt til rette for at ansatte skal kunne holde seg i form, bl.a. ved tilrettelagt sykkelparkering, trimrom og garderobeanlegg og motivering til aktiv egentransport. Bedriftsidrettslaget kan være et godt og aktuelt treningsmiljø, men det er også behov for aktivitetstilbud med enda lavere terskler og spesielt tilrettelagte tilbud for utsatte grupper. Enkelte arbeidsgivere stiller sykler og sykkelutstyr til disposisjon for ansatte, eller betaler helt eller delvis ansattes medlemsavgift på treningssentre.

**Boks 4.7 Eksempel – Aktiv På Dagtid**

- *Aktiv på Dagtid* i regi av Oslo Idrettskrets tilbyr aktiviteter for mennesker i alderen 18 til 65 år som befinner seg i en trygdesituasjon. Tilbudet gir mennesker som står utenfor arbeidslivet, en aktiv hverdag og mulighet for delaktighet i et idrettslig fellesskap. Dette er med på å gi deltakerne et bedre liv.
- Tilbudet formidles gjennom aetat, sosialsentre, trygdekontor, lege, helsesentre, hjemmetjenesten, bydelsadministrasjonen og distriktpsikiatriske sentre. Over 300 institusjoner i spesialisthelsetjenesten benytter dette tilbudet som en del av behandling, rehabilitering eller motivasjonstiltak overfor pasienter.
- I 2002 er det registrert 1285 deltakere (300 flere enn i 2001). Hovedtyngden er mellom 30 og 60 år, men stadig flere under 30 år. En av fem har innvandrerbakgrunn.
- Aktivitetene omfatter: helsestudio, aerobic, trim til musikk, avspenning, qi gong, spinning, step, starm opp, styrke i sal, badminton, basketball, bordtennis, fotball, innebandy, volleyball, rulleskøyter, svømming, svømmeopplæring, vanngymnastikk, klatring og turgåing.
- *Aktiv På Dagtid* startet som et prosjekt i 1996 med midler fra bl.a. Stiftelsen Helse- og Rehabilitering. Erfaringene fra prosjektperioden var gode. *Aktiv På Dagtid* støttes av Oslo kommune og har et budsjett på 1,7 mill kroner inklusiv deltakeravgift på 200 kroner.

**4.1.5 Aktivitetstilbud med lav terskel**

Mange faller utenfor de ordinære idretts- og aktivitetstilbudene. Det er behov for å bygge ned barrierer mot fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv for mennesker med bevegelseshemming eller andre funksjonsnedsettelse. Dette vil spesielt bli fulgt

opp i meldingen om politikken for funksjonshemmede. Kroppslig utfoldelse som del av et fellesskap er også en kilde til livskvalitet. Dette gjelder i særlig grad for mennesker med særskilte behov og der det kan være vanskelig å passere nye terskler. *MoRo-prosjektet* i bydel Romsås, *Aktiv På Dagtid* og *Frisklivssentralen* i Modum har som sik-

**Boks 4.8 Eksempel – MoRo-prosjektet – lavterskelaktiviteter i Romsås bydel**

- Bydel Romsås gjennomfører *MoRo-prosjektet* (2000-2003) i samarbeid med Norges Idretts-høgskole, Aker Universitetssykehus ved Diabetesforskningssenteret, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Kommunenes sentralforbund og berørte bydeler.
- Målet er å fremme fysisk aktivitet i befolkningen generelt og i grupper med høy sykdomsrisiko. Effekten måles ved å sammenligne utviklingen på Romsås med situasjonen i en befolkning med liknende sosioøkonomisk status. Data fra Romsås viser høy forekomst av fedme, fysisk inaktivitet og diabetes. Personer fra det indiske subkontinent har særlig høy diabetesforekomst – 21prosent av menn og 36 prosent av kvinner i alderen 40-59 år.
- Tiltakene springer ut av sterk lokal forankring, og er utviklet i samarbeid med frivillige organisasjoner og ulike målgrupper. Det blir lagt vekt trivselskapende aktivitetstilbud med et godt sosialt miljø og på å formidle at en hver økning i fysisk aktivitet er gunstig for fysisk inaktive. Det er viktig at deltakerne opplever sosial støtte, og at tiltakene har relevans og gir mulighet for delaktighet og medvirkning. Sammensatte tiltak på flere nivåer i samfunnet anbefales for å forsterke effekten av de ulike tiltakene.
- Aktivitetstilbud: Lavterskel mosjonsgrupper for inneaktivitet (trim til musikk) og uteaktivitet (gå-grupper). Enkelte grupper er reservert for spesielle målgrupper som for eksempel innvandrerkvinner. En turdagbok er distribuert og gir grunnlag for konkurranser mellom borettslagene og mellom arbeidssteder om høyest andel aktive. En test på fysisk form (Gå-test) tilbys 2 ganger årlig. Fysisk tilrettelegging av Natur- og kultursti og «Folkesti» i indre gangvei mellom borettslagene.
- Informasjonstiltak: Om aktivitetstilbudene og helsegevinsten av fysisk aktivitet formidlet muntlig og skriftlig til bydelens innebyggere gjennom mange kanaler. Legene i bydelen kan forskrive «aktiv resept».

**Boks 4.9 Tiltak – Fysisk aktivitet**

Regjeringen vil:

- Styrke sykkelens rolle som transportmiddel spesielt i de større by- og tettstedsområdene i sammenheng med utarbeidelsen av en Nasjonal sykkelstrategi og Nasjonal transportplan 2006-2015. Videre utbygging av et sammenhengende gang- og sykkelvegnett og et presist og entydig regelverk er viktige virkemidler.
- Vurdere tiltak som kan øke aktivitetsnivået og bedre kvaliteten på den fysiske aktiviteten i skolen og i skolefritidsordningen.
- Evaluere kvaliteten i undervisningen i kroppssøving for ulike elevgrupper med tanke på motivering for fysisk aktivitet, ferdigheter, innhold og lærerkompetanse.
- Iverksette en systematisk utprøving av samarbeidstiltak i skolen med utgangspunkt i den svenske Bunkeflomodellen, men tilpasset norske forhold og ulike klassetrinn, med sikte på kunnskap som grunnlag for å vurdere videre arbeid.
- Styrke informasjonen overfor skoleeiere om tilskuddsordninger som kan knyttes til å

- utbedre skolens anlegg for aktivitetsformål, blant annet gjennom rådgivningstjenesten for skoleanlegg, og arbeide for at skoleeier gjør skolens aktivitetsanlegg lettere tilgjengelig i og etter skoletid.
- Sikre at personell i barnehager har kompetanse om bevegelse og fysisk aktivitet og helse.
- Arbeide for at fysisk aktivitet inngår i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.
- Utvikle en kunnskapsbase om sammenhengen mellom livsstil, fysisk aktivitet og helse, med oversikt over effektive tiltak og med eksempler på konkrete tiltak for å fremme fysisk aktivitet på ulike arenaer som skole, arbeidsplass, i nærmiljøet og i helsetjenesten.
- Kultur- og kirke departementet vil på bakgrunn av pågående utredninger vurdere om dagens tiltak på idrettsområdet i tilstrekkelig grad også tar hensyn til folkehelseperspektivet, herunder behovet for å tilrettelegge for aktivisering, særlig i forhold til fysisk passive.

temål å fange opp risikogrupper og viser samtidig at mange krefter må virke sammen for å lykkes

Det er behov for mer systematiske utprøvinger av lokalt samarbeid mellom helsetjenester og private og frivillige aktører om denne typen tiltak. Disse må bygge videre på en systematisk oppsummering av kunnskap og foreløpige erfaringer fra pågående arbeid. Det vises til forslag i kapittel 10. Denne type lokale partnerskap og oppfølgings tiltak kan være en naturlig del av kommunenes arbeid på folkehelseområdet, se kapittel 9.

## 4.2 Sunn mat – god ernæring

Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur og har stor betydning for riktig ernæring og for sosialt, mentalt og fysisk velvære. I Norge er det i første rekke den ernæringsmessige sammensetningen av kostholdet som har betydning for folkehelsen. Matvaretrykgheten er i hovedsak god, selv om en del tilfeller av sykdom skyldes smittestoffer i mat og vann (se kapittel 8).

De generelle hovedmålene for mat- og ernæ-

ringspolitikken ligger fast. Kostholdet skal være sammensatt slik at det

- reduserer de kostholdsrelaterte helseskader i befolkningen
- er helsemessig trygge
- tilfredsstiller forbrukernes krav
- er produsert på en bærekraftig og miljøvennlig måte.

Ernæringspolitikken må bidra til at befolkningens kosthold får en sammensetning som er i tråd med Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger. De største ernæringspolitiske utfordringene i tiden framover er å redusere inntaket av fett og da særlig mettet fett, og øke forbruket av grønnsaker og frukt i alle grupper i befolkningen. Det er også viktig å stimulere til økt forbruk av grove kornprodukter og fisk og til redusert inntak av sukker og salt. Slike kostforandringer vil redusere risikoen for utvikling av hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftformer, overvekt, diabetes type 2, benskjørhet, forstoppelse og tannråte. Fordi problemer som overvekt og hjerteinfarkt er vanligst blant grupper med lav sosial status, vil målrettede

tiltak for et sunnere kosthold hos utsatte grupper bidra til å redusere sosiale helseforskjeller.

Så langt har informasjon vært det viktigste virkemidlet i ernæringspolitikken. Framover vil det legges større vekt på strukturelle forhold som for eksempel lovverk og tilgjengelighet til sunn mat. Virkemidler som organisering, koordinering, lovgrunnlag, overvåking, forskning, utviklingsarbeid og kompetanse må ses i sammenheng. En rekke departementer forvalter bestemmelser og avtaler som er av ernæringspolitisk betydning. Det er nødvendig med en samordning mellom ulike sektorer, og det er viktig å videreføre samarbeidet mellom det offentlige, matvarebransjen og forbrukerorganisasjonene.

#### 4.2.1 Kostholdet blant barn og ungdom

##### *God spedbarns- og småbarnsernæring*

Et godt kosthold i sped- og småbarnstiden er av grunnleggende betydning for barnets vekst og utvikling, og har betydning for sykkelighet og dødelighet senere i livet. Amming er langt mer utbredt i Norge enn i de fleste andre industrialiserte land. 80 prosent av norske barn ammes i dag ved 6 måneders alder. Helsestasjonene og frivillige organisasjoner som Ammehjelpen har bidratt til en positiv utvikling etter et bunnpunkt på 1960-tallet da kun 15 prosent fikk morsmelk ved 6 måneders alder. Den første landsomfattende undersøkelsen av spedbarns kosthold (1998-99) viste at spedbarns amme- og kostvaner i stor grad er i tråd med anbefalingene, men at det også er tydelige sosiale forskjeller.

Norge ga i 2002 sin tilslutning til Verdens helseorganisasjons globale strategi for spedbarns-

og småbarnsernæring. Et viktig element for oppfølgingen er en koordinerende nasjonal instans for amming. Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet har i dag en slik funksjon. Det må arbeides for at alle føde- og barselavdelinger drives i samsvar med kriterier for et Mor-barn vennlig sykehus.

Verdens helseorganisasjons kode for markedsføring av morsmelkerstatning skal følges opp. Koden beskriver forpliktelser for å beskytte amming i forbindelse med markedsføring av morsmelkerstatninger. I Norge er dette dels ivare tatt av en frivillig avtale med barnematindustrien, dels ivare tatt gjennom forskrift for morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger. Overvåking av ammesituasjonen, samt kunnskap om hva sped- og småbarna i Norge spiser, er nødvendig for å kunne vurdere og evaluere situasjonen og utforme strategier. I forbindelse med norsk gjennomføring av EUs barnematdirektiv vil det bli satt ytterligere på overvåking og informasjon om barns kosthold og matvarenes sammensetning samt på samarbeid med industrien.

#### **Boks 4.10 Fakta – Vitamin D-mangel**

- Mens det i perioden 1967-1974 ikke ble registrert rakitt ved noen av sykehusene i Oslo, var 27 barn til behandling bare ved Ullevål Sykehus i 1996 – 1999. Få av barna var etnisk norske. Det er beskrevet tilfeller av rakitt og vitamin D-mangel i flere land og regioner de senere årene.
- Undersøkelser blant ikke-vestlige innvandrere viser lav vitamin D-status, spesielt blant voksne pakistanere. Dette kan ha sammenheng med kostvaner som blant annet lite bruk av tran og andre tilskudd.

#### **Boks 4.11 Fakta – For mye sukker, for lite frukt og grønnsaker**

- Sukkerinntaket blant 13-årige jenter har økt fra 12 prosent av energien i 1993 til 19 prosent i 2000, blant guttene fra 13 til 18 prosent i samme tidsrom. Ifølge norske anbefalinger bør ikke sukker bidra med mer enn 10 prosent av det totale energiinntaket.
- Det økende sukkerforbruket skriver seg først og fremst fra brus og søtsaker. 13-årige jenter og gutter drikker ca ½ liter brus og saft og spiser 40 gram søtsaker hver dag. 13-åringer spiser daglig ca en tredel av anbefalt inntak (750 gram) av frukt og grønnsaker daglig. De som spiser minst frukt og grønnsaker, har det høyeste inntaket av sukker.
- Andelen som sløyfer måltider øker med alderen. De som hopper over måltider, får et kosthold med mer fett og sukker og mindre vitaminer og mineraler.
- De med høy utdanning har høyere inntak av grønnsaker og frukt og lavere inntak av søtsaker, snacks og leskedrikker enn de med kortere utdanning. Foreldrenes utdanning påvirker barnas kosthold.

*Rakitt og vitamin D-mangel*

Det er behov for målrettede tiltak for å forebygge rakitt. Sykdommen rakitt, som oppstår hos barn med mangel på vitamin D, vises ved mangelfullt utviklet og endret beinvev i kroppen. En arbeidsgruppe nedsatt av tidligere Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) har foreslått gratis utdeling av vitamin D tilskudd i helsestasjonen til risikogrupper.

Det er et stort behov for ytterligere dokumentasjon, særlig om ulike grupper av innvandrere, men også for andre utsatte grupper som unge kvinner og eldre. Utfordringene knyttet til vitamin D-mangel og rakitt vil kreve styrket informasjon og tiltak rettet mot de mest utsatte innvandrergруппene.

*Barns og ungdoms kosthold – urovekkende tendens*

Mange barn og unge i Norge har et godt kosthold, spesielt gjelder dette i barneårene. Vi ser imidlertid urovekkende trender.

Et sentralt virkemiddel i politikken for et sunt kosthold blant barn og unge, er at skole og barnehage fremmer et sunt mattilbud. Det er utarbeidet retningslinjer for mat i barnehagen, men det er så langt ikke kartlagt hvordan situasjonen er. Retningslinjene for skolemåltidet anbefaler at skolene tilbyr melk, frukt og grønnsaker og sikrer tilfredsstillende spisetid og tilsyn under matpausen. Det anbefales at alle skoler har et mattilbud til elever som ikke har med seg mat, og at ungdoms- og videregående skoler oppretter kantine eller matbod. Selv om det ennå er lite dokumentert kunnskap om sammenhengen mellom skolemåltidet og skoleprestasjoner, tyder erfaringer fra norske skoler på at bedre skoleprestasjoner kan tilskrives bedre organisering av og innholdet i skolemåltidet.

Det er nedsatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe som i februar 2003 skal levere forslag til en handlingsplan for helhetlig og styrket satsing på mat i skolen. Et viktig utgangspunkt for arbeidet er dagens skolemelkordning, abonnementsordningen for frukt og grønnsaker og satsing på kantiner i ungdoms- og videregående skoler. Blant virkemidler gruppen vurderer er:

- Styrking av retningslinjer for skolemåltidet i forskrift/lovverk. Retningslinjene for mat i skolen fungerer normdannende. For å sikre oppfølging er det behov for å utrede hvordan retningslinjene kan forankres i lover og planer på en måte som forplikter skoler og kommuner.

Et minstekrav vil være å sikre velorganiserte skolemåltider med fullt tilsyn til elever i 1.-4. klasse, minst 20 minutters spisepause og tilbud om melk og frukt/grønnsaker.

- Revisjon av retningslinjene, blant annet for å sørge for at det går klart fram at skoler ikke bør tilby sukkerholdige leskedrikker, godteri og snacks etc.
- Tilbud om mat i kantine/matsal i ungdomsskolen. En enkel elevdrevet, voksenadministrert kantinemodell praktiseres ved en del ungdomsskoler innenfor rammen av læreplanverket L97. I tillegg til utstyr og lokaler, er det nødvendig å avsette ressurser for å sikre varige ordninger. Dette er lokale skolemyndigheters ansvar.
- Tiltak for å sikre at abonnementsordning for frukt og grønnsaker i skolen tilbys i alle landets skoler. Der ordningen fungerer i dag, betaler foreldrene ca. 400 kroner i året. I tillegg

**Boks 4.12 Fakta – Måltider i skolen**

- En kartlegging i 2000 viste at halvparten av elevene i 1.-4. klasse og nær 2 av 3 elever i 5.-7. klasse har mindre enn 20 minutters matpause. På ungdomstrinnet hadde 4 av 10 skoler mindre enn 20 minutter til matpausen.
- 93 prosent av grunnskolene (1.-4. klasse) oppfylder anbefalingen om voksentilsyn. Andelen skoler som tilbyr tilsyn, synker med økende klassetrinn.
- Hver fjerde ungdomsskoleelev har ikke med seg matpakke hjemmefra. Andelen er høyere enn for få år tilbake.
- Vel halvparten av skolene med ungdomstrinn har mattilbud en eller flere dager i uken. Det har vært en positiv utvikling på ungdomsskolene siden 1991, da kun 7 prosent hadde et mattilbud til elevene.
- Få elever har daglig med frukt og grønnsaker hjemmefra. Høsten 2002 tilbyr rundt 25 prosent av skolene abonnementsordning for frukt og grønnsaker.
- Erfaringer viser at sultne skoleelever er mer urolige og ukonsentrerte, noe som går utover læringsmiljøet i klassen. Skolemåltidet kan også være et element i arbeidet for å forebygge problematferd og mobbing.

har det vært avsatt 10 mill. kroner gjennom jordbruksavtalen.

- Tiltak for å sikre at norsk frukt og grønnsaker prioriteres i henhold til Forskrift om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønt i skolen. Det er også behov for å sikre bedre kvalitet og mangfold, ikke minst når det gjelder grønnsaker.

#### Mat og matkultur

Grunnleggende kunnskaper om ernæring og ferdigheter i tilberedning av mat er vesentlig for å til egne seg et sunt kosthold. Det meste av undervisningen om mat og ernæring i grunnskolen skjer i heimkunnskapsfaget. Kompetansen hos lærerne som underviser i heimkunnskap er derfor en viktig faktor både for å vekke interesse hos elevene

og for å gi nødvendige kunnskaper og ferdigheter.

Heimkunnskap er blant fagene i grunnskolen hvor lærerne har lavest formell kompetanse. Kvalitätsreformen har som konsekvens at lærerstudentene ikke behøver å inkludere praktiske fag, som for eksempel heimkunnskap, i utdanningen. Det er derfor en utfordring å integrere mat og måltidets betydning i andre fag i allmennlærerutdanningen. Samtidig er det behov for tiltak som sikrer kompetanse hos lærere og dermed kvaliteten i faget. Det er ønskelig at alle studenter ved pedagogiske høyskoler får tilbud om kurs i heimkunnskap og at lærere får tilbud om etter- og videreutdanning.

Arbeidet med mat og måltider er sentralt i barnehagens hverdag og er omtalt i rammeplanen for barnehagen. For å fremme barns aktive interesse for mat og matglede i hverdagen, gjennomfører

#### Boks 4.13 Tiltak – Ernæring

Regjeringen vil:

- Sette i gang en samlet kartlegging og vurdering av lover, forskrifter, avtaler og andre regelverk som kan ha direkte eller indirekte innflytelse på den ernæringsmessige sammensetning av kostholdet. Det skal vurderes hvordan lovverket kan legge forholdene til rette for et bedre kosthold, sikre rettigheter og påvirke produksjonen og tilbudet av matvarer.
- Fremme amming og spedbarnsernæring ved å be Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide en nasjonal plan som oppfølging av Verdens helseorganisasjons globale strategi for spedbarns og småbarns kosthold.
- Etablere en permanent funksjon som nasjonal amme-koordinator, herunder kontinuerlig oppfølging av Mor-barn vennlige sykehus i Norge. Denne funksjonen ivaretas i dag av Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet.
- Gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utprøve gratis utdeling på helsestasjoner av vitamin D- tilskudd til risikogrupper for å forebygge rakitt.
- Kartlegge måltidssituasjonen i barnehager som grunnlag for å påvirke barns kostholdsvaner.
- Følge opp forslagene fra den nedsatte arbeidsgruppen for *Mat i skolen*, for å stimulere skolene til å sikre god kvalitet på skolemåltidet. Vurdere sammenhengen mellom læringsutbytte, atferd og kostvaner. Dette vil blant annet kunne skje i tilknytning til Kvalitetsutvalgets innstilling våren 2003.
- Sikre midler til finansiering av abonnementsordningen for frukt og grønnsaker i grunnskolen, gjennom prisnedskrivning for alle elever som ønsker å delta, og til administrasjon og markedsføring av ordningen. Det skal dokumenteres i hvilken grad abonnementsprisen har betydning for inntaket av frukt og grønnsaker blant barn og unge.
- Sikre at temaene mat og ernæring inngår i førskolelærerutdanningen og at det får plass i noen av de aktuelle fagene som kan inngå i allmennlærer-, faglærer- og yrkesfaglærerutdanningene. Høgskolene bør oppmuntres til å gi attraktive studietilbud i heimkunnskap både som grunnutdanning og som videreutdanning. Sikre oppfølging av prosjektet med gratis kokebok til alle landets 9. klassinger.
- Stimulere til økt forbruk av frukt og grønnsaker gjennom å fremme økt satsing på mangfold og kvalitet i produksjon og produktutvikling av grønnsaker og frukt, herunder produkter egnet for abonnementsordningen i skolen.
- Bidra til økt fokus på kvalitetsarbeid for frukt og grønnsaker i alle ledd av produksjon og frambud.
- Videreutvikle arbeidet for tilrettelegging for gode matvalg på arbeidsplassen, i kantiner og andre storhusholdninger.

Landbruksdepartementet matlagingskurs for barnehager i samarbeid med Norges Kokkemesteres Landsforening og Fylkesmannens Landsbruksavdeling.

Økende interesse for kokkekunst og matkultur er en populær trend det er verdt å spille på i folkehelsearbeidet. En forutsetning for at ungdom både skal få lyst til og skal lykkes med å lage mat på egen hånd, er at de har tilgang til inspirerende, trygge og gode oppskrifter og framgangsmåter. Kokeboken *Fra boller til burritos* har vært et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet, representanter for matvarebransjen og frivillige organisasjoner. Prosjektet blir formelt avsluttet høsten 2002. Formålet med prosjektet er å gi elevene en kokebok som de får til odel og eie. Oppskriftene i boken er nøye gjennomgått med hensyn til blant annet saltinnhold, fett, sukker og frukt og grønnsaker. Elevevalueringen viser at boken treffer målgruppen. Den blir brukt både på skolen og hjemme. Det er også ønskelig at skolene avsetter nødvendige ressurser til praktisk matlaging.

#### 4.2.2 Økt forbruk av frukt og grønnsaker

For å nå de faglige anbefalingene om 750 gram frukt og grønnsaker – eller fem om dagen – må flere virkemidler tas i bruk. Informasjon er viktig i tillegg til kvalitet og pris.

Som skolen er arbeidslivet en arena for informasjon og tilrettelegging for et godt kosthold. Mer enn en halv million arbeidstakere spiser minst ett av dagens måltider i en kantine. Det er viktig å legge forholdene til rette slik at det er enkelt å foreta sunne matvalg på arbeidsplassen, enten det er i kantina eller som møteservering.

De fleste steder i Norge, spesielt i de større byene, er utvalget av frukt og grønnsaker stort. Ikke minst har de mange innvandrerbudikkene bidratt på en positiv måte. Gjennom Landbruksdepartementets Verdiskapningsprogram for mat og ulike forskningsmidler stimuleres råvareprodusenter og næringsmiddelindustrien til å ta del i utvikling innen frukt og grøntområdet.

Skal forbruket av frukt og grønnsaker økes, må produktene være av god kvalitet. I utgangspunktet er det markedet som skal styre etterspørsel og dermed også kvalitet. Men det er også ønskelig at den generelle politikken påvirker i en gunstig retning. Landbruksdepartementet har bedt underliggende etater å ta tak i utfordringene mht. kvalitet. Landbruksdepartementet har også bedt de som forvalter midlene til nedskrivning av prisen på

frukt og grønnsaker til skolene, om å vurdere logistikken fra produsent til den enkelte skole for å unngå kvalitetsforringelse. I første omgang har Landbruksdepartementet bedt om at en ser på mulighetene for en mer direkte levering fra produsent til skolene.

### 4.3 Røykfritt miljø

Tobakksbruk fører til betydelige helseskader og for tidlig død i befolkningen. Tobakksbruk er den enkeltfaktor det er mulig å forebygge som kanskje har størst innflytelse på helsetilstanden. Redusert tobakksbruk vil bety et stort løft for folkehelsen.

Tobakksforebyggende politikk rettes inn mot å hindre passiv røyking, redusere rekruttering av nye røykere og redusere antall dagligrøykere.

Regjeringens mål er at andelen unge som røyker skal halveres i løpet av 5 år. Regjeringens langsiktige visjon er en røykfri ungdomsgenerasjon.

For å kunne realisere målene må det investeres mer ressurser i tobakksforebygging, og det må satses på et bredt spekter av tiltak, med høy intensitet og lang varighet. I tillegg er avgiftspolitikken et viktig virkemiddel for å redusere tobakksbruk. Norge har av den grunn et generelt høyt pris- og avgiftsnivå på tobakksvarer.

Regjeringen ønsker at Norge også skal spille en viktig rolle på den internasjonale arenaen. Kvinner og barn i utviklingsland blir i dag utsatt for massiv annonsering fra tobakksindustrien som lokker med vestlige idealer. Vi i vår del av verden må ta et krafttak for at erfaringene i vestlige land ikke skal gjentas i land som stiller langt svakere når det gjelder økonomi, kunnskap om helseskader og hjelp gjennom helsetjenesten.

#### 4.3.1 Hindre passiv røyking

Tobakksskadeloven inneholder bestemmelser om at lufta skal være røykfri i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang, og i møterom, arbeidslokaler og institusjoner hvor to eller flere er samlet.

Serveringssteder er i dag unntatt fra lovens hovedregel, men røyking skal ikke tillates ved minst halvparten av bordene og sitteplassene i lokalet. Det er som hovedregel ikke tillatt å røyke ved bar- eller serveringsdisk. De røykfrie sonene skal merkes tydelig. Kundene skal ha tilgang til de røykfrie arealer uten å måtte passere de røykfylte. Det er stilt krav til ventilasjon, og eieren er pålagt internkontroll.

**Boks 4.14 Fakta – Tobakk og helse**

- Det er beregnet at det hvert år dør ca. 8 000 personer av tobakksrelaterte sykdommer, hvorav mellom 350-550 ikke-røykere. Det anslås også at 50 000 av dagens tenåringer vil dø av tobakksrelaterte sykdommer dersom de arver den voksne befolkningens røykevaner. Hvert år dør ca. 4 300 nordmenn av en hjerte- og karsykdom de har utviklet på grunn av røyking.
- En som røyker har dobbelt så stor risiko for å dø av kreft som en som ikke røyker. En stor røyker har fire ganger så høy risiko. I følge Verdens helseorganisasjon forårsaker røyking 33 prosent av alle krefttilfeller i den industrialiserte verden.
- Barn som blir utsatt for passiv røyking, kan få nedsatt lungefunksjon og er mer mottakelige for infeksjoner. De får hyppigere ørebetennelser, luftveisinfeksjoner, bronkitt og lungebetennelse. Ett av tre krybbedødsfall kunne antagelig vært unngått hvis foreldrene ikke røykte.
- 30 prosent av den norske befolkningen mellom 16 og 74 år røyker daglig, 11 prosent av og til. Det har vært en positiv utvikling de siste tiårene – i 1973 var 43 prosent av befolkningen dagligrøykere. Etter en positiv utvikling fra 1973 til slutten av 1980-tallet, har imidlertid andelen røykere blant ungdom vært tilnærmet konstant.
- Det er liten forskjell på menns og kvinners røykevaner. Men fordi kvinner startet å røyke senere enn menn, øker i dag antallet nye lungekrefttilfeller blant kvinner mens det synker blant menn. Ny forskning antyder også at kvinner er mer sårbare for røyking. Røykeslutt blant kvinner er derfor en av de viktigste helsepolitiske utfordringene vi står overfor i tiden som kommer.
- Tobakksbruk vil kunne bidra til større sosiale forskjeller i helse i befolkningen i årene som kommer. 2 av 5 i alderen 25-74 år med grunnskole som høyeste utdanning røyker, mens 1 av 5 med universitets- og høyskoleutdanning røyker. Forskjellen er større blant unge enn blant eldre.

For å beskytte de ansatte i serveringsnæringen mot passiv røyking i arbeidsmiljøet og ikke å utsette gjester for passiv røyking har regjeringen fremmet forslag for Stortinget til endringer i tobakksskadeloven om røykfrie serveringssteder, jf Ot.prp. nr. 23 (2002-2003).

En konsekvens av dette kan være at en viktig rekrutteringsarena for ungdom blir borte. Utestedkulturen har vist seg å ha betydelig innvirkning på røykestart og på av-og-til røyking både blant unge og voksne.

**4.3.2 Redusere rekruttering av nye røykere**

Å hjelpe ungdom til å unngå tobakk er avgjørende for at ikke neste generasjon skal røyke like mye som denne. Røyking må bli «ut» i alle ungdomsmiljøer. Dette kan bl.a. gjøres ved å rette tiltak direkte mot ungdom, men også gjennom å bevisstgjøre den voksne delen av befolkningen som viktige rollemodeller for ungdom.

For å utvikle effektive og hensiktsmessige røykeforebyggende programmer, må vi ha kunnskap om hvorfor ungdom begynner å røyke, og om forskjellene mellom jenter og gutter. Påvirk-

ning fra reklame og media, foreldre, søsken og venner samt en følelse av usårbarhet, er blant de årsaksfaktorer som hyppigst trekkes fram. Røyking kan også bidra til å mestre belastninger og stress, ha sammenheng med lav selvaktelse, og forbindes med aktivitet som er knyttet til sosialt samvær, fritid og fornøyelse.

*Redusere tilgjengeligheten*

Bevilling for salg av tobakk kan være et aktuelt virkemiddel for å effektivisere aldersbestemmelsene i tobakksskadeloven. Et annet kan være å redusere antall salgssteder.

En undersøkelse foretatt i 1998 viste at 75 prosent av tobakken som ble forbrukt av 13-17-åringene, ble kjøpt av de mindreårige selv. 70 prosent rapporterte at de aldri hadde blitt spurt om legitimasjon. En ny undersøkelse etter påfølgende opplærings- og informasjonstiltak viste at graden av selvforsyning blant ungdommen var den samme.

Statens tobakksskaderåd foreslo på denne bakgrunn overfor Sosial- og helsedepartementet at det innføres krav om salgslisens for detaljhandel med tobakk, og at denne trekkes tilbake der-



som tobakksvarer selges til personer under 18 år. Lisensen ble foreslått utferdiget av kommunene, og at de også kan stille vilkår knyttet til lisensen og kreve avgift som dekker kommunenes kostnader ved arbeidet. I et høringsnotat av 9. august 2001 foreslo Sosial- og helsedepartementet at det ikke innføres et bevillingssystem for salg av tobakk. Dette var begrunnet i betydelige økonomiske og administrative kostnader knyttet til et effektivt tilsyn med 15-18 000 utsalgssteder. Av de totalt 108 høringsvarene, støttet 31 instanser forslaget fra Statens tobakksskaderåd om bevillingsordning.

Forskning viser at bevilling for salg av tobakk kan være et effektivt virkemiddel for å redusere tilgjengelighet og bruk blant mindreårige. Dette er det eneste virkemidlet for bedre overholdelse av aldersgrensen som har ført til nedgang i selvforsyning blant barn og unge. Erfaringer med henstillinger til forhandlere om å etterkomme aldersgrensen har ikke hatt ønsket effekt verken i Norge eller i andre land.

Tobakk er en særdeles tilgjengelig vare som i store deler av landet kan skaffes 24 timer i døgnet, alle dager i uken. Spørsmålet om å redusere antall utsalgssteder har tidligere vært utredet, men det har ikke blitt gjennomført tiltak utover å forby salg av tobakk fra automat.

Siden det er gjort lite forskning på området, vet vi lite om hvorvidt en reduksjon i salgssteder og begrensninger i åpningstid vil ha effekt på tobakksbruk blant ungdom. En gunstig sideeffekt ved å redusere antall forhandlere vil imidlertid være reduserte administrasjonskostnader ved en eventuell bevillingsordning.

Regjeringen vil vurdere spørsmål om en bevillingsordning i lys av dette.

### Skoleprogrammer

I perioden 1997-2000 deltok 110 000 elever i *VÆR røykFRI-undervisning*. Evalueringen av programmet viste tydelig effekt på opprettholdelse av røykfrihet, forbruk, eksperimentering med hasj, forventning om framtidig røykestatus og røyking på skolens område. Evalueringen konkluderte med at *VÆR røykFRI-programmet* i stor skala hadde vært meget vellykket og burde fortsette.

Fordi programmet etter seks år fortsatt er basert på frivillig deltakelse, og 40 prosent av klassene ikke deltar, er det aktuelt å vurdere å gjøre *VÆR røykFRI* til obligatorisk undervisning i alle skoleklasser. Antatte gevinster vil være å tydeliggjøre en enhetlig holdning til røyking. Når pro-

grammet har vist god effekt, kan det ut fra en rettferdighetsbetraktning hevdes at elevenes deltakelse ikke bør være prisgitt lærernes valg om å delta.

Dagens frivillige ordning har imidlertid rekruttert lærere som i utgangspunktet er sterkt motiverte for tobakksforebyggende tiltak i skolen. Det er grunn til å anta at gevinsten av obligatorisk gjennomføring vil være liten i forhold til kostnadene. Et alternativ vil være å motivere flere lærere til frivillig påmelding, ta i bruk eksternt helsepersonell, og samtidig legge enda bedre til rette for gjennomføring av alle programmets elementer.

I *Nasjonal strategiplan for det tobakkskadeforebyggende arbeidet 1999-2003* er det en målsetting å gjøre uteområdene ved videregående skoler røykfrie. Seks av ti 16-åringer som røyker oppgir at skolen er stedet de røyker mest. Friminutt er for mange elever i dag ensbetydende med røykepause. Restriksjoner vil forhindre røykepress, redusere nyrekrutteringen og redusere forbruket blant de som allerede røyker.

Utdanningsministeren og helseministeren har i felles brev til fylkeskommunene i mai 2002 oppfordret til å gjøre skolegårdene ved videregående skoler røykfrie. De anbefalte at det utvikles en handlingsplan for røykfrihet ved hver skole. I tillegg til forebyggende tiltak bør en slik plan også inkludere tilbud om røykeslutt for elever og ansatte. Skolehelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste vil være aktuelle samarbeidspartnere.

### Kampanjer i massemedia

En nylig gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom, konkluderer med at massemediakampanjer har effekt dersom de er omfattende og intensive, har en klart definert målgruppe og et budskap basert på behovene og interessene i målgruppen, og dersom kampanjen har tilstrekkelig varighet. Budskap, intensitet og valg av kanaler må være grundig vurdert. Evalueringer av amerikanske kampanjer som har lagt vekt på dette, har vist en effekt på fem prosent sammenlignet med kontrollgrupper. Sosial- og helsedirektoratet vil tidlig i 2003 iverksette en massemediakampanje mot røyking tilpasset ulike målgrupper, herunder hensyn til ulike sosioøkonomiske lag, alder og kjønn.

### 4.3.3 Redusere antall dagligrøykere

Skal vi endre røykemønsteret blant unge, må vi også endre det voksne samfunnets holdninger til

røyking rundt dem. Et samfunn hvor røykfrihet er normen vil være den beste forutsetningen for å redusere røykingen blant ungdom. Unge sosialiseres inn i et røykeklima skapt og dominert av voksne. Tiltak som begrenser voksnes røyking vil ha en betydelig innvirkning på rekrutteringen av røykere også blant ungdom.

#### Assistanse til røykeslutt

Å satse på røykeslutt blant voksne vil kunne gi raske resultater, og det gir unge gode forbilder. Det er til enhver tid 100 000 personer som planlegger å slutte å røyke. Det vil framover satses på å legge til rette for at disse kan lykkes.

En god hjelp vil være et organisert gruppeopplegg med gjensidig støtte og oppmuntring og fellesskap om erfaringer. Selv om studier viser variabel effekt, er resultatene gode fra kurs som baserer seg på systematisk nedtrapping av deltakernes nikotinnivå før røykestopp, bevisstgjøring og oppmerksomhet omkring den enkeltes mestring og kontroll av egen røykevane.

Det er utviklet kursopplegg for kursledere og *Bedriftspakke for røykfrihet* som er et verktøy for bedrifter som ønsker å innføre røykfrihet på arbeidsplassen. I tillegg samarbeider Sosial- og helsedirektoratet med Den Norske Kreftforening om prosjektet *Røyksignaler*, hvor røykesluttdeboka *Klar* er et element, og som er rettet mot elever i videregående opplæring.

I løpet av våren 2002 har Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med fylkeslegene utdannet ca. 120 kursledere i røykeslutt. Det vil bli lansert faste årlige tilbud om røykesluttkurs i uke 3 og 36 i hele Norge. Det er viktig at bedriftene som arrangerer røykesluttkurs finner fram til en modell for betaling og belønning som kan motivere de ansatte til faktisk å gjennomføre kurset og holde seg røykfrie i etterkant. Det vil generelt legges vekt på røykesluttkurs tilpasset kvinner – spesielt gravide kvinner.

Røyketelefonen kan vise til gode resultater – spesielt etter utprøvingen med oppfølgingstjeneste overfor dem som ønsker det. Røyketelefonen vil være en permanent tjeneste fra 2003.

#### Lokalsamfunnsbaserte tiltak

Dette er tiltak som søker å påvirke folks atferd direkte, men også gjennom å endre de sosiale normene knyttet til røyking. Dette krever brede intervensjoner som omfatter flere samfunnsarenaer og trekker med flest mulig lokale krefter.

Studier tyder på at effekten av omfattende samfunnsintervensjoner trolig er i samme størrelsesorden som kampanjer i massemedia, og at tiltakene vil være omtrent like kostbare. I *Nasjonale kreftplan* er det for hele planperioden avsatt til sammen 100 mill kroner til styrking av kommunenes lokale engasjement på bl.a. forebyggingsområdene tobakk, mosjon og ernæring.

Arbeidet som gjøres lokalt er av avgjørende betydning for hvilke resultater som vil oppnås i tiden framover. Lokalt samarbeid og partnerskap mellom det offentlige og frivillige organisasjoner og andre nettverk vil være vesentlig. Folkehelserådgiverne i fylkene og ressursgruppene som disse har bygget opp på tobakksfeltet, vil være en støtte for kommunenes innsats.

#### Merking av tobakksvarer

Det er fastsatt et nytt EU-direktiv om tilnærming mellom medlemsstatenes bestemmelser om framstilling, presentasjon og salg av tobakksvarer. Siden omsetning av tobakksvarer er en del av EØS-avtalen, tar Helsedepartementet sikte på å fastsette ny forskrift om innhold i og merking av tobakksvarer så snart direktivet er behandlet fer-

#### Boks 4.15 Fakta – Lovendring i Canada fikk følger

- Canada vedtok nye bestemmelser om merking av tobakksvarer i 2000, bl.a. om at fargebilder skal brukes som en del av helseadvarselen. Det benyttes bl.a. bilder av lunger, munnhuler, hjerte og hjerne som er skadet som følge av røyking.
- Forut for lovendringen i Canada ble det foretatt omfattende undersøkelser bl.a. av befolkningens kjennskap til eksisterende helseadvarsler og kunnskap om helsevirkninger ved tobakksbruk. Undersøkelsene avslørte mangelfulle kunnskaper.
- En ny undersøkelse fra 2002 tyder på at formålet med de nye reglene har blitt ivare tatt. Undersøkelsen viser at litt under halvparten av røykerne var blitt mer bekymret for helseskader ved røyking på grunn av de nye advarslene, og at disse hadde styrket motivasjonen for å slutte å røyke. Blant dem som har forsøkt å slutte, sier 38 prosent at de nye advarslene var blant faktorene som motiverte til røykeslutt.

**Boks 4.16 Tiltak – Tobakk**

Regjeringen vil:

- Iverksette en femårig massemediakampanje mot røyking tilpasset ulike målgrupper, herunder bl.a. sosioøkonomiske lag, alder og kjønn.
- Iverksette en lovendring som innebærer røykfrie serveringssteder dersom Stortinget gir sin tilslutning.
- Utrede innføring av en bevillingsordning for salg av tobakk. En slik utredning skal bl.a. se på en eventuell lisensavgift, organisering av tilsyn, vilkår for lisens og kriterier for å frata en næringsdrivende lisensen. Videre må de administrative og økonomiske konsekvenser – særlig for kommunesektoren – vurderes. Viktig er også en kostnads-nytteanalyse av helsegevinsten ved en bevillingsordning.
- Iverksette tiltak for å bedre gjennomførbarheten i alle deler av *Vær RøykFRI-programmet*, bl.a. ved å øke lærernes kompetanse og motivasjon og trekke større vekslers på helsepersonell i undervisningen.
- Utrede nytteeffekten av obligatorisk deltakelse i *VÆR røykFRI*, og hvordan dette eventuelt best kan gjennomføres.
- Foreta en kartlegging høsten 2003 av hvor mange videregående skoler som har røykfrie skolegårder og som har utviklet en hand-

- lingsplan for røykfrihet. Avhengig av resultatet vil regjeringen vurdere å regelfeste et generelt røykeforbud og innføre krav om at skolene skal ha egne handlingsplaner for røykfrihet.
- Videreføre arbeidet med å utdanne nye og oppdatere dagens kursledere i røykeslutt. Bedrifter og skoler skal stimuleres til å bistå sine ansatte og elever.
- Etablere røykfrie sykehus og tilbud om hjelp til røykeslutt for ansatte og pasienter.
- Vurdere nærmere om det er hensiktsmessig å innføre illustrasjoner som del av helseadvarselen på tobakkspakningene. Dette avhenger av EU-Kommisjonens vedtak om regler for denne type advarsler.
- Bidra til at Verdens helseorganisasjons tobakkskonvensjon som framlegges for Helseforsamlingen i mai 2003, får bredest mulig oppslutning blant medlemslandene, at forpliktende protokoller blir utviklet og at implementeringen i landene skjer på en hensiktsmessig måte.
- Gjøre tobakksbekjempelse til en integrert del av bistandspolitikken både multinasjonalt og bilateralt, fordi redusert tobakksbruk er viktig bidrag til den framtidige folkehelsen i u-land.

dig i EØS-komiteen. Denne vil legge til grunn nylige endringer i tobaksskadeloven, bl.a. opplysningsplikt om tobakksprodukter og forbud mot bruk av villedende produktbetegnelser. Den nye forskriften vil innebære at størrelsen på advarselmerkene økes, mer detaljerte krav til utforming av advarselsteksten, og at teksten på helseadvarselene revideres.

Det nye EU-direktivet åpner for at det i forbindelse med helseadvarselen stilles krav om fargefotografier eller andre illustrasjoner. Kommisjonen skal innen utgangen av 2002 vedta regler for anvendelsen av slike illustrasjoner som en del av helseadvarselen på tobakkspakningene. Gjennom EØS-avtalen vil disse reglene også gjelde for Norge etter at dette er behandlet i EØS-komiteen. Nasjonene vil stå fritt til å innføre denne type advarsler så lenge de er i samsvar med de regler som er fastsatt av Kommisjonen.

**4.3.4 Internasjonale avtaler og strategier**

Verdens helseorganisasjon startet arbeidet med å utvikle en egen rammekonvensjon om kontroll av tobakksbruk i 1999. De fleste medlemslandene har sluttet seg til forhandlingene. Dette er et banebrytende arbeid – det er første gang at Verdens helseorganisasjon utvikler en egen konvensjon hjemlet i egne vedtekter.

En internasjonal avtale vil gi tilleggsverdi til det nasjonale arbeidet. Innen områdene reklame og sponning, smugling, prispolitikk, merking mv., vil internasjonal forpliktende harmonisering og informasjonsutveksling kunne gi grunnlag for ytterligere kontroll med tobakksbruken.

Norge har tiltrådt den europeiske strategien for tobakkskontroll 2002-2006 som Verdens helseorganisasjons europaregion har utarbeidet. Denne strategien legger bl.a. opp til at landene i Europa skal samarbeide om røykesluttkampanjer

og om å videreutvikle overvåkingssystemer for tobakksbruk.

70 prosent av de som bruker tobakk bor i utviklingsland. Tobakksindustrien satser sterkt på nye markeder hvor motstanden mot utspekulert markedsføring er liten. Å begrense tobakksbruken i disse landene vil få stadig større betydning for folkehelsen. Dette vil markeres gjennom vår framtidige utenrikspolitikk. Regjeringens handlingsplan for bekjempelse av fattigdom i sør mot 2015 Kamp mot fattigdom! fastslår at tobakkskontroll skal være tema i dialogen med utviklingslandene. Tobakkskontroll vil også bli vurdert i sammenheng med landbruksbistand, for eksempel spørsmålet om omstilling fra tobakksproduksjon til produksjon av landbruksprodukter som fremmer folkehelsen eller har lav eller ingen helsesisiko.

#### 4.4 Kamp mot rusmisbruk

Rusmiddelbruk resulterer i store samfunnsmessige og personlige omkostninger. Regjeringen la i oktober 2002 fram *Handlingsplan mot rusmiddelproblemer*. Planen legger grunnlaget for arbeidet med rusmiddelspørsmål i perioden 2003-2005 og representerer en samlet strategi for forebygging, behandling, rehabilitering og skadereduksjon.

Visjonen for handlingsplanen er frihet fra rusmiddelproblemer. Hovedmålet for rusmiddelpoli-

##### Boks 4.17 Fakta – Helsekonsekvenser av rusmiddelbruk

- 1000 mennesker dør hvert år i Norge på grunn av alkoholbruk. I tillegg dør 1000 mennesker på grunn av alkoholrelaterte ulykker, vold og selvmord.
- Det er sammenheng mellom frekvensen av vold og skader og totalkonsumet av alkohol i befolkningen.
- Det har vært en økning av illegal rusmidelmisbruk blant ungdom, og det er en stor gruppe ungdom som både har rusproblemer og psykiske problemer.
- Skader og sosiale problemer på grunn av narkotikamisbruk har et stort omfang. Overdosedødsfallene som følge av narkotikamisbruk har vært økende, og i 2001 døde 338 personer som følge av overdoser. I tillegg kommer skader og sosiale problemer.

tiken er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk.

I tillegg har Politidirektoratet utarbeidet en handlingsplan for politiets narkotikabekjempelse i perioden 2003-2008. Planen skal være et overordnet og felles rammeverk for politiets prioriteringer i arbeidet mot narkotikakriminalitet og -misbruk. I planen legges det særlig vekt på hva politiet sammen med andre instanser kan gjøre for å redusere etterspørselen etter narkotika, og hvilke tiltak som bør iverksettes for å begrense tilgjengeligheten. Planen framhever også behovet for kunnskapsutvikling på området.

For å sikre målrettet og effektiv gjennomføring vil det i samarbeid med sentrale aktører på feltet bli utarbeidet et eget oppfølgingsprogram som skal tas i bruk fra 1. januar 2003.

#### 4.4.1 utfordringer

Alkoholomsetningen øker, og kontinentale drikkevaner kommer i tillegg til de tradisjonelle norske. Det har vært en økning av alkoholforbruket blant ungdom de senere årene, særlig blant de yngste jentene. Holdningene i befolkningen til alkohol blir mer liberale. Fri flyt av varer og tjenester i Europa har skapt et press på land med en restriktiv alkoholpolitikk. Norge er under både nasjonalt og internasjonalt press for å redusere avgiftene og bedre tilgjengeligheten til alkohol. Totalforbruket av alkohol vil sannsynligvis øke som følge av denne utviklingen. Samlet antas et høyere forbruk å øke de totale skadevirkningene.

Samtidig har vi sett en internasjonal utvikling de senere årene der alkoholpolitikk er kommet høyere opp på den politiske dagsordenen. Både innenfor Verdens helseorganisasjon og EU/EØS har alkohol som folkehelseproblem fått økt fokus. Særlig har land i Sør-Europa strammet inn alkoholpolitikken i et forsøk på å motvirke økt ungdomsfall.

Narkotikamisbruket blant ungdom økte sterkt på slutten av 1990-tallet. Økningen ser ut til å være størst utenfor de største byene. Utviklingen er preget av hurtige endringer, høyere aksept for bruk av illegale rusmidler, rekreasjonsmisbruk, utstrakt eksperimentering og kombinasjonsmisbruk. Ungdom er blitt mer liberale til narkotika, og vi opplever en økt liberalisering av narkotika i flere land i Europa.

Utviklingen er imidlertid ikke bare preget av negative trekk. Den relativt dramatiske økningen i alkoholforbruket blant ungdom i alderen 15–20 år på slutten av 1990-tallet, kan se ut til å ha stop-

pet opp. Det samme gjelder den eksperimenterende bruken av narkotiske stoffer. Alkoholomsetningen hadde også en svak nedgang i 2001. Statistikken for bruk av både alkohol og narkotika de siste to årene er likevel betydelig høyere enn for ti år siden. De kommende års undersøkelser vil kunne fortelle hvorvidt nedgangen de siste to årene representerer en endring i utviklingen, eller om den skyldes mer tilfeldige forhold. Alkoholomsetningen i første halvår av 2002 viser for eksempel igjen en kraftig stigning.

Barn og ungdom er i en særstilling når det gjelder bruk av rusmidler og negative konsekvenser av slik bruk. De er mer sårbare enn voksne, og har mindre mulighet til å påvirke sin egen livssituasjon. Barn og ungdom har derfor et særlig krav på å bli skjermet for negative konsekvenser av eget og andres rusmiddelbruk. Å heve debutalderen for bruk av alkohol, og hindre at unge mennesker begynner med narkotika, kan føre til en betydelig reduksjon av rusmiddelproblemer. Forebyggende arbeid blant barn og ungdom er derfor et sentralt område i handlingsplanen. Samtidig spiller voksne en meget viktig rolle som modeller for barn og unge.

#### 4.4.2 Varierte virkemidler

For å redusere rusmiddelproblemer legges det i handlingsplanen opp til en økt satsing på forebyggende tiltak. Det forebyggende arbeidet skal konsentreres om tiltak vi vet er effektive, og ungdom vil være en sentral målgruppe. Forskning viser at generelle tiltak rettet mot hele befolkningen kan ha stor effekt, samtidig er det sannsynligvis mulig å peke ut de mest risikoutsatte i en tidlig fase. Det er derfor avgjørende å bistå de mest utsatte med hjelp tidligst mulig.

Vi skiller mellom to hovedgrupper av tiltak i arbeidet med å forebygge rusmiddelproblemer: Tiltak rettet mot etterspørselssiden og tiltak rettet mot tilbudssiden. Tiltak rettet mot tilbudsreduksjon tar sikte på å påvirke produksjon, distribusjon og omsetning av ulike rusmidler. Hovedmålgruppe for denne typen tiltak er aktørene i forsyningskjeden. Forbud, regulering og kontroll vil være de viktigste virkemidlene. Målsettingene vil variere avhengig av type rusmiddel. For narkotika vil det dreie seg om å hindre ethvert tilbud utenom medisinsk og vitenskapelig bruk, mens det for alkohol vil dreie seg om å få omsetningen inn i lovlige former med så få skadevirkninger som mulig.

Tiltak rettet mot etterspørselsreduksjon tar

sikte på å påvirke kjøp og bruk av rusmidler. Etterspørselsreducerende tiltak omfatter informasjons-, holdnings- og miljøtiltak og kontrollpolitiske tiltak som avgifter og regulering og kontroll av bruk. Det vil i tillegg være viktig å ha gode forebyggende tiltak overfor barn og ungdom med økt risiko for eller begynnende atferdsavvik, og overfor rusmiddelliberale ungdomsmiljøer. Det samme gjelder tiltak mot voksenkulturer for eksempel i arbeidsliv og fritid, og hjelpetiltak overfor enkeltpersoner som er i ferd med å utvikle et rusmiddelproblem.

Holdningsskapende og forebyggende arbeid mot bruk av rusmidler er integrert i lærestoffet i flere fag og fagemner i grunnskolen og videregående opplæring. Informasjon om skadevirkninger og bevisstgjøring rundt bruk av rusmidler inngår i opplæringen. Målsettingen er å engasjere elever og foresatte og å medvirke til redusert bruk av alkohol og dopingpreparater blant unge, hevet eventuell debutalder, forebygge enhver bruk av narkotiske stoffer, medvirke til å stanse nyrekruttering og fange opp elever med spesifikke rusmiddelproblemer slik at de kan tilbys hjelp. Skole og utdanningsadministrasjon vil delta i et integrert lokalbasert forebyggingsprosjekt som inngår i handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Læringscenteret vil følge opp

#### **Boks 4.18 Tiltak – Forebyggende tiltak – Handlingsplan mot rusmiddelproblemer:**

- Tilrettelegge for implementering av kunnskapsbaserte forebyggende tiltak, herunder bruk av kontrollpolitiske virkemidler.
- Utvikle lokalbaserte programmer rettet mot skjenke- og salgssteder, foreldre og ungdom.
- Gjennomføre landsdekkende informasjons- og holdningskampanjer rettet mot ungdom, misbruk hos voksne, voksne som rollemodeller og punktavhold.
- Implementere programmet Ansvarlig vertskap i de største byene. Programmet er rettet mot skjenkesteder og har som mål å hindre vold og overskjenking.
- Tilrettelegge for å utvikle kompetanse i helsetjenesten om hvordan risikodrikkning kan avdekkes tidlig.
- Identifisere risikogrupper og sette i verk tiltak blant barn og unge.

handlingsplanen i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet. Det vil bli lagt vekt på å skape oppmerksomhet omkring og spre erfaringer fra nasjonale og lokale prosjekter.

Det er behov for å utvikle nye tiltak for å forebygge rusproblemer. Samtidig er den kunnskapen vi har om effekten av eksisterende tiltak mangelfull. Det er stor variasjon i debutalder, reaksjonsmønstre og forbruk, og det vil være behov

for å tilpasse virkemidlene til kjønn, alder, etniske minoriteter osv. Vi vet imidlertid at en viktig forutsetning for effektivt forebyggende arbeid er at det er godt organisert, at innsatsen preges av kontinuitet og at den er lokalt forankret. Arbeidet for å forebygge rusmiddeleproblemer må videreutvikles gjennom fortsatt utprøving, og gjennom grundig utforming og evaluering av metoder og programmer.

## 5 Redusere sosiale ulikheter i helse

Folkehelsepolitikken i Norge har i større grad tatt utgangspunkt i gjennomsnittlige forhold enn i mangfoldet i befolkningens helseforhold. Dette kan ha bidratt til å tilsløre vesentlige trekk når det er gitt beskrivelser av status og utvikling, og det kan ha hatt betydning for effektene av tiltak som er iverksatt. For å nå grupper av befolkningen som ikke faller inn under de gjennomsnittlige kriteriene, er det viktig å ha et bevisst forhold til hva som kjennetegner deres situasjon og hva som er «deres problemstillinger».

Regjeringen ønsker derfor å generelt sette et skarpere søkelys på forskjeller i helseproblemer.

Dette vil gjelde kjønnsforskjeller generelt og kvinners helse mer spesielt, noe som tas opp i meldingens siste del. Det vil framover også rettes et sterkere søkelys mot innvandrerbefolkningens spesielle helseproblemer og behov for tilpassede forebyggende virkemidler.

Ikke minst skal en reduksjon i de sosiale ulikhetene i helse løftes fram som en målsetting på linje med gjennomsnittsforbedringer. Dette vil være i tråd med den politikken som nå er lansert i for eksempel Sverige, Danmark og Storbritannia.

Gjennom flere år har sosial ulikhet i helse vært en prioritert utfordring i flere land. Temaet gis også stor oppmerksomhet i EU og i andre internasjonale sammenhenger. Reduksjon av helseulikheter ble inkludert blant Verdens helseorganisasjon sine Helse for alle-mål allerede i 1985. Det er derfor påfallende at dette har vært et lite påaktet tema i Norge. Regjeringen ønsker med denne meldingen å rette et langt skarpere søkelys på denne utfordringen.

En strategi for å bedre befolkningens helse bør særlig vektlegge å bedre helsen til grupper med en helsetilstand under gjennomsnittet for befolkningen som helhet. Dette vil bety at vi mer målbevisst innretter politikken mot de delene av befolkningen der både utfordringene og mulighetene (forebyggingspotensialene) antagelig er størst. Samtidig må vi ha oppmerksomheten rettet mot hvilke konsekvenser politikken innen flere sektorer har for levekårene og mulighetene for de svakest stilte.

Selv om det er viktig å understreke individets

### Boks 5.1 Fakta – Store helseforskjeller

- En lang rekke undersøkelser, både nasjonale og internasjonale, viser en klar sammenheng mellom helsetilstand og sosial posisjon. Jo bedre posisjonert vi er mht. yrke, inntekt eller utdanning, jo mindre dødelighet, sykdom, selvrapporterte helseproblemer og konsekvenser av sykdom. Det samme mønsteret gjenfinnes for de fleste faktorene som anses å påvirke forekomst av sykdom og død.
- Ny forskning tyder også på at helseulikhetene mellom inntektsgruppene er økende, iallfall når det gjelder for tidlig død. Mens de bedre stilte har en gunstig utvikling, står de lenger nede på inntektsskalaen stille og får ikke del i helsegevinstene.
- Internasjonal sammenlignende forskning tyder på at på at forskjellene neppe er mindre i Norden og Norge enn i andre vest-europeiske land – snarere tvert imot. Det er registrert en vedvarende ulikhet over svært mange tiår – kanskje oppimot hundre år, også her i landet – selv om både sykdomsbilde og årsaksforhold er endret.

valgmuligheter og faktiske ansvar – særlig når det gjelder levevaner – vil sosiale helseforskjeller i hovedsak være et politisk og samfunnsmessig anliggende. Når forskjellene følger tydelige sosiale mønstre, så er det ikke først og fremst individenes bevisste valg av livsstil som ligger til grunn.

For et demokratisk samfunn bør det være en selvfølge å forsøke å påvirke vilkårene som skaper sosiale helseforskjeller. Det er et rettferdighetsproblem når mennesker med lav sosial status, få goder og få ressurser i tillegg er mer belastet med smerte, sykdom, nedsatt funksjonsevne og forkortet levealder. Sosial ulikhet i helse må også tas alvorlig fordi helse er en sentral forutsetning for samfunnsmessig aktivitet og sosial deltakelse i vid forstand.

**Boks 5.2 Fakta – Politikken i enkelte andre land**

- Den politiske tilnærmingen er ulik i de landene som særlig har satt sosial ulikhet i helse høyt på sakskartet.
- Målsettingen i Danmark er å redusere helseforskjellene «mest mulig». I Sverige rettes et skarpere søkelys på risiko- og beskyttelsesfaktorene, og på målsetninger om å redusere de sosiale forskjellene på disse områdene.
- Danmark legger vekt på helseatferd og livsstil som årsaksforklaringer. Sverige og Storbritannia er mer opptatt av fundamentale levekårsforhold som inntektsforskjeller og fattigdom, utstøting, utdanning, arbeidsledighet, arbeidsmiljø og boligforhold.
- I pakt med dette legger danskene relativt stor vekt på livsstilsendring og rådgivning gjennom helsetjenesten. I Sverige og Storbritannia, og til dels i de råd som kommer fra Verdens helseorganisasjon, rettes oppmerksomheten i tillegg til livsstil særlig mot de underliggende levekårene og det som kalles strukturelle endringer.
- Et fellestrekk ved disse landene er at meget grundige og omfattende prosesser ligger til grunn for politikktutforming. Det dreier seg om betydelig energi investert over lang tid, der en har involvert de tyngste fagmiljøene i landene.

Det politisk viktige er å bekjempe det som kan betegnes som unødvendige, urettferdige og påvirkbare forskjeller. Her finner vi bl.a.

- helseskadelig atferd hvor valgmulighetene er innskrenket
- hvor utsatt mennesker er for helseskadelige og stressende leve- og arbeidsvilkår
- ulik tilgang til helsetjenester og andre tjenester
- helserelatert sosial mobilitet.

I kjølvannet av Verdens helseorganisasjons tidligere målsetting om 25 prosent reduksjon i sosiale helseulikheter innen år 2000, har en rekke internasjonale fora og forskere gitt anbefalinger om «handlingsprinsipper» for å utvikle en politikk på dette området. Slike internasjonale anbefalinger vil legges til grunn for en framtidig politikktutvikling også her hjemme. Et fellestrekk ved anbefa-

lingene er at de forutsetter et møysommelig arbeid på en lang rekke fronter over meget lang tid – og at det legges vekt på å styrke kunnskapsfundamentet for framtidig politikktutvikling.

*Sosial helsemobilitet*

Selv om mange studier antyder at såkalt seleksjon og sosial mobilitet pga. helseforhold neppe er en hovedårsak til de sosiale helseulikheterne, vil en viktig innfallsvinkel likevel være å motvirke sosiale «fall» som følge av helseproblemer. Derfor er bl.a. rehabilitering – som på mange måter dreier seg om å hindre sosiale og andre konsekvenser av helseproblemer – et viktig element i en helseutjevne politikk. Dette har også sammenheng med at konsekvensene av helseproblemer – for eksempel knyttet til arbeidsdeltakelse og sykefravær – ofte kan være enda mer sosialt skjevfordelt enn de tilgrunnliggende helseproblemene.

Regjeringen vil her vise til at rehabiliteringspolitikken ble behandlet i Stortinget våren 1999 med utgangspunkt i St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring.

*Levekår og fattigdom*

Selv om de materielle forklaringene på sosial ulikhet i helse ikke har samme gyldighet som for noen tiår siden, er det stort sett enighet om at generelle tiltak som sikter mot utjevning av levekår vil kunne bidra til utjevning når det gjelder helse. Mennesker nede på den sosiale rangstigen har ofte en opphopning av dårlige levekår på ulike områder, og de ulike belastningene virker tilbake på hverandre – og også tilbake på helsen. Utfordringen er særlig å redusere opphopningen av risikofaktorer for helsen (materielle, psykososiale eller atferdsmessige) for de utsatte gruppene i samfunnet.

Regjeringen la høsten 2002 fram en egen stortingsmelding med konkrete og målrettede tiltak for å forebygge fattigdom og hjelpe personer ut av fattigdom, jf. St.meld. nr. 6 (2002–2003) Tiltaksplan mot fattigdom.

Fordi sosiale ulikheter i helse også angår *forholdet* mellom rik og fattig og opplevelsene av fattigdom, vil en velferds- og arbeidslivspolitik som sikter mot å gi sosialt utsatte grupper en mer verdig posisjon, være viktig i denne sammenhengen.

Politikken må også ta som utgangspunkt at vårt levesett – for eksempel røyking, usunt kosthold og lite fysisk aktivitet – kan være reaksjoner



**Boks 5.3 Tiltak – regjeringens plan mot fattigdom**

- Målrettede arbeidsmarkedstiltak for langtids sosialhjelpsmottagere og innvandrere.
- Forbedringer i bostøtteordningen.
- Styrking og utvikling av oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse.
- Økt innsats for å hindre at ungdommen faller fra i videregående opplæring.
- Tilskudd til storbytiltak for ungdom.
- Styrking av frivillige organisasjoners innsats i arbeidet for å bekjempe fattigdom.
- Utvikle et system for sosial rapportering, iverksette evaluering av enkelttiltak og legge til rette for en systematisk gjennomgang av eksisterende velferdsordninger.

på eller uttrykk for sosiale og økonomiske omstendigheter. Det kan være vanskeligere å få folk til å endre vaner, hvis en ikke samtidig klarer å bedre deres totale livssituasjon.

Regjeringen ønsker framover å vurdere satsinger rettet mot geografiske områder der en samtidig har spesielle helse- og levekårsproblemer. Det er særlig i de store byene slike tilnærminger er aktuelle, og spesielt Oslo som har større helseulikheter enn ellers i landet. Et eksempel er den pågående Oslo indre øst-satsingen, der regjeringen har gått sammen med Oslo kommune for å bedre levekår, infrastruktur og deltakelsesmuligheter for befolkningen. Hver part bidrar med 50 millioner kroner årlig i en tiårsperiode. Det fokuseres særlig på oppvekstvilkår. I denne og eventuelle framtidige satsinger kan helseforskjeller introduseres som en viktigere dimensjon enn tidligere. På samme måte vil det bli vurdert mer generelle satsinger rettet mot sosiale grupper i befolkningen som anses å ha høy risiko for helseproblemer.

En annen viktig innfallsvinkel vil være tiltak som favner alle, og som med stor sannsynlighet vil ha en helseutjevne side. Et eksempel er skolemat eller frukt og grønt til skoleelever. Dette innebærer et kollektivt grep for å kompensere livsstils- og mestringsforskjeller mellom husholdninger oppe og nede på den sosiale rangstigen. Et annet eksempel, som dreier seg om helsemessig viktige forhold som integrering og psykososiale belastninger, er barnehagepolitikken, som har et generelt mål om å redusere foreldrebetalingen og øke antall barnehageplasser slik at alle familier

**Boks 5.4 Eksempel – Primærmedisinsk verksted rettet mot innvandrergupper**

- Primærmedisinsk verksted (PMV) er drevet av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo. Senteret utvikler ny kunnskap og nye modeller for helsefremmende arbeid i en flerkulturell befolkning. Det skal være et sted å være og et sted å lære. Det fungerer også som en ressursbank for innvandrer-miljøer og det norske samfunn.
- PMV har en rekke prosjekter i samarbeid med Somalisk kvinneforening og Norsk Somalisk Råd. Det arbeides bl.a. problemstillinger som tvangsekteskap, kvinnelig omskjæring, abortforebyggende tiltak, brobyggerprosjekt med Oslo fengsel og informasjon om hiv/aids og tuberkulose. Senteret arbeider også direkte med ungdomsgrupper som diskuterer problemer knyttet til menneskerettigheter, grupper som arbeider mot omskjæring av kvinner og tvangsekteskap, grupper for selvhjelpsstrategier, grupper for enslige mødre, kokekurs for både etniske nordmenn og etniske minoriteter, og språkundervisning og alfabetiseringsgrupper.
- PMV utvikler seg i tillegg som et kompetansesenter og arrangerer kurs og seminarer om empowerment i praksis, løsningsorienterte samtaler, nye metoder i helseinformasjonsarbeid overfor innvandrere, dialog på tvers av kulturer mv.
- Mange brukere er kvinner med innvandrerbakgrunn som det øvrige hjelpearbeidet har problemer med å nå. Gjennom kontakt med kvinner nås også familien. Senteret er et viktig supplement til det ordinære tjenestetilbudet. I regjeringens handlingsplan om tiltak for å øke deltakelsen i samfunnet for barn og unge med innvandrerbakgrunn er PMV med som et tiltak for «selvstendigjøring for bedre helse».

som ønsker det og har behov kan få en barnehageplass som de har råd til å betale for.

De internasjonale anbefalingene peker også ut arbeidslivet og lokalsamfunnet som viktige arenaer for helseutjevning. Et arbeidsliv med store forskjeller når det gjelder forholdet mellom kontroll og krav, utviklings- og belønningsmuligheter og fysisk miljø vil bidra til å opprettholde helseu-

likheter. En politikk for lokalsamfunnsutvikling som har et spesielt blikk på forskjeller i barns og unges oppvekstvilkår og utviklingsmuligheter, på ulikheter i miljørisiko, og som sikter mot å opparbeide en felles «sosial kapital» gjennom bl.a. områderettede tiltak og lokale partnerskap, vil kunne bidra til å utligne helseforskjeller.

#### Konsekvensutredninger

Utjevning av helseulikheter bør være et sentralt hensyn i samfunnsplanleggingen på en rekke sektorer. Spesielt vil effektene på helsen til samfunnets mest utsatte grupper være viktig å vurdere. Det enkle prinsippet vil være at ethvert tiltak som foreslås, og som antas å kunne ha helsekonsekvenser, ikke bare bør analyseres med henblikk på gjennomsnittseffekter, men også med henblikk på om det forsterker helseulighetene. Fordi de faktorene som skaper forskjeller befinner seg i svært mange sektorer, og fordi det er viktig å komme tidlig inn i planleggingsprosessen, vil det

sentrale redskapet her være helsekonsekvensvurderinger som omtales i kap. 8.4.

#### Levesett og levealder

Internasjonal forskning har antydnet at de sosiale forskjellene i levealder i de nordiske landene særlig kan være forårsaket av ulikheter i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer. Disse lar seg i stor grad påvirke av endringer i befolkningens atferd.

En ny politikk for å skape sunne levevaner må innrettes slik at den faktisk når alle. Den må ta høyde for at en del grupper er under større press i retning av helseskadelig atferd. Tiltakene må ta utgangspunkt i ulike sosiale gruppers opplevde situasjon og behov.

For eksempel viser utviklingen i tobakksbruken i Norge at det er nødvendig å finne fram til virkemidler som kan bremse store framtidige sosiale forskjeller i lungekreft – forskjeller som vil følge av økende forskjeller i røyking mellom grup-

#### Boks 5.5 Fakta – undersøkelser om sosial ulikhet og helse

Norske undersøkelser har bl.a. funnet at:

- De regionale helseforskjellene mellom de fattigste og rikeste områdene av Oslo, målt i dødelighet og forventet levealder, var like store i perioden 1971-80 som i perioden 1881-90.
- Mens levealderen i Vindern bydel ligger hele 5 år over landsgjennomsnittet for menn og nærmere 3 år for kvinner, har bydelene i indre øst 5-6 år lavere levealder for menn og om lag 4 år lavere for kvinner. De geografiske forskjellene i dødelighet i Oslo er på nivå med forskjellene mellom rike og fattige områder i England og USA.
- Ufaglærte arbeidere i Oslo har betydelig høyere dødelighet enn høyere funksjonærer. I de yngre årsklassene har menn med lavest sosial status over dobbelt så høy dødelighet som menn med høy status.
- Det er flere ganger større hyppighet av for eksempel hjerte- og karsykdommer og psykiske problemer i gruppen med aller lavest inntekt, sett i forhold til de med høyest inntekt.
- Jo lavere utdanningsnivået er, jo større er risikoen for dårlig eller svært dårlig egenvurdert helse.
- Det er også betydelige sosiale forskjeller når det gjelder overvekt og i helserelatert atferd som for eksempel kostvaner, røykevaner og mosjonsvaner. Elever på yrkesfag røyker mer, trimmer mindre og spiser mer uregelmessig enn elevene på allmennfag.
- Ufaglærte arbeidere har tre ganger så høyt sykefravær som menn på høyeste funksjonærnivå. I Nord-Trøndelag har yngre personer med grunnskoleutdanning 6-7 ganger så høy uførisiko som personer med høyskole/universitetsutdanning.
- Allerede i barns første leveår varierer omfanget av både langvarig sykdom og sykehusinnleggelser systematisk mellom hvilken sosial gruppe foreldrene befinner seg i. Barn av foreldre med lav utdanning rammes oftere enn andre av luftveissykdommer og astma.
- Personer med utdanning på hovedfagsnivå kan forvente å leve halvannet år lenger etter en kreftdiagnose enn personer med kun grunnskole, selv når det tas hensyn til stadium ved diagnostidspunktet, krefttype og aldersforskjeller.

per med ulikt utdanningsnivå. Mens røyking i 1960-årene var like utbredt i alle sosiale lag, er det nå en sterk overrepresentasjon av personer med kort utdanning. Det forventes en stadig større andel av lavt utdannede personer blant de om lag 230 000 nordmenn som vil dø for tidlig av sykdommer relatert til røyking i løpet av de neste 30 årene. Dette gjør det nødvendig å finne nye aktører og arenaer for overlevering av forebyggende informasjon, og generelt vurdere de tradisjonelle virkemidlene. I tillegg må eventuelle kampanjer skreddersys bedre til de mest utsatte gruppene.

Røykere med kort utdanning og lav inntekt er også spesielt følsomme for avgiftsendringer. En senking av tobakksavgiftene vil kunne gi større helseulikheter, og omvendt: Beregninger viser at en prisøkning på 10 prosent vil gi en reduksjon i etterspørselen på 10 prosent i laveste inntektsgruppe – og ingen endring i den høyeste.

### Helsetjenestene

I internasjonal sammenheng vises det ofte til Norden når det skal pekes ut land som har unngått store sosiale forskjeller i helsetjenestene. Både finansieringssystemet og utformingen er i hovedsak i tråd med internasjonale anbefalinger på området ulikhet og helse.

Regjeringen vil derfor nøye vurdere ulikhetsaspektet når det settes i verk nye reformer og tiltak i helsetjenestene. Det vil gjelde både organisering og finansieringssystemer. Et viktig mål vil være et kvalitetstilbud som er like tilgjengelig for alle, uavhengig av sosial bakgrunn. Sosialt utsatte grupper skal sikres tilgjengelighet til helsetjenester som står i forhold til deres behov.

Det er også viktig å rette et søkelys på forhold som kan virke til forskjellsbehandling i møtene med den enkelte, for eksempel statusforskjell mellom lege og en del pasientgrupper, og påvisninger av at sykdommer med lav status er spesielt hyppige i lavere sosiale lag. En nærmere analyse av slike mekanismer vil være et viktig ledd i en ulikhetssatsing her hjemme.

Mennesker med kortere utdanning responderer bedre når informasjon overleveres individuelt og innenfor rammene av helsetjenestene. Dette er en viktig bakgrunn for tiltak som foreslås senere i meldingen, jf. kapittel 9.

De forebyggende helsetjenestene, og spesielt helsestasjonene og skolehelsetjenestene, har en særlig viktig utjevne rolle. Også den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende

tiltak for hele befolkningen. Disse tjenestene når langt de fleste, virker i meget liten grad stigmatiserende, og har muligheten for å kombinere et primærforebyggende perspektiv med en spesiell oppmerksomhet og håndtering av utsatte og mindre privilegerte grupper. Det vises her til kapittel 9.2.

### Langsiktighet og systematikk

Når det framover skal rettes et kraftigere søkelys på sosial ulikhet i helse, må det settes i gang prosesser på flere arenaer og i flere miljøer. Politikken må være langsiktig og oppmerksomheten på temaet må vedlikeholdes over et langt tidsrom. Tre viktige byggestener må på plass for å sikre kontinuerlig oppmerksomhet og utvikling: Det er behov for

- en økt satsing på helseovervåkning,
- å styrke forskningen på området og
- å bygge opp kompetanse i forvaltningen.

De to første punktene er behandlet i kapittel 11 En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk. Skal politikk og praksis i større grad basere seg på helseforskjeller og ulikheter mellom grupper, vil det også være nødvendig å sette av egne krefter innen forvaltningen som kan bygge opp kompetanse og fungere som motor og koordinator. Viktige oppgaver vil være å

- virke samlende og koordinerende for norske miljøer som er opptatt av temaet

### Boks 5.6 Tiltak – Sosiale ulikheter i helse

Regjeringen vil:

- Sikre at tiltak som iverksettes for å påvirke livsstil alltid vurderes med henblikk på virkningene på de sosiale ulikhetene i helse.
- Vurdere nye satsinger rettet mot utsatte grupper eller geografiske områder i lys av målet om sosial helseutjevning.
- Introdusere sosial ulikhet i helse som et viktig hensyn i satsingen på helsekonsekvensutredninger
- Bygge opp et eget sentralt kompetansemiljø som skal utvikle dette politikkområdet.
- Be Sosial- og helsedirektoratet utarbeide en egen handlingsplan mot sosial ulikhet i helse i løpet av 2003.

Resept for et sunnere Norge  
Folkehelsepolitikken

- systematisk innhente erfaringer fra internasjonale organisasjoner og andre land
- bygge opp en kunnskapsbase
- utvikle en kompetanse som gir grunnlag for å gi råd til sentrale og lokale myndigheter.

## 6 Psykisk helse

De fleste kjente strategiene for å forebygge psykiske problemer og lidelser og fremme sunn helse legger vekt på å styrke den enkeltes opplevelse av egen mestring, sosial støtte og tilhørighet, opplevelse av å være til nytte, evne til å ta ansvar for seg selv og evne til å ta i bruk egne ressurser. Regjeringen vil i denne meldingen synliggjøre hvordan samfunnet kan bidra til dette.

### 6.1 Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006)

Ett av målene med *Opptappingsplan for psykisk helse* er å forebygge psykiske problemer. Spesielt når det gjelder barn og unge legges det stor vekt på forebyggende tiltak. De forebyggende helsetjenestene (helsestasjons- og skolehelsetjenesten) skal tilføres 800 nye årsverk i opptappingsperioden. Videre skal det rekrutteres 260 nye årsverk til annet psykososialt arbeid i kommunen.

For å bidra til å forebygge psykiske plager og lidelser og bedre situasjonen for de som er syke, er det i regi av opptappingsplanen satt i gang en

informasjonssatsing i samarbeid med brukerorganisasjoner. Utgangspunktet for arbeidet er et stort behov for kunnskap og åpenhet om psykisk helse. Informasjonsstrategien består av tre satsingsområder: barn og unge, arbeidsliv og brukere og tjenesteapparat. I tillegg kommer Verdensdagen for psykisk helse. Det har særlig vært satsset på barn og ungdom. I tillegg er det utarbeidet en egen delstrategi for arbeidsliv og psykisk helse i samarbeid med blant annet Næringslivets Hovedorganisasjon, Landsorganisasjonen, Kommunenes Sentralforbund og Mental Helse Norge.

Tidlig i 2003 vil to nye dokumenter bli utarbeidet som ledd i oppfølgingen av opptappingsplanen: *Strategiplan for barn og unges psykiske helse* og *Nasjonal plan for selvhjelp*. Den første vil inneholde perspektiver for videre arbeid med unges psykiske helse og tiltak for å forebygge og behandle psykiske problemer og lidelser. Nasjonal plan for selvhjelp skal fremme selvhjelpsmetoden som verktøy det forebyggende arbeidet. Gjennom deltakelse i selvhjelpsgrupper opplever mange at livsproblemer ikke utvikler seg til belastende psykiske problemer.

#### Boks 6.1 Fakta – Relasjoner, familie og samliv

- Forskning viser at mellommenneskelige relasjoner har stor betydning for folkehelsen. Dette gjelder blant annet evne til å kunne etablere og opprettholde gode nærrelasjoner, slik som i parforhold og familie. Par som har varige og gode samliv, har bedre helse og livskvalitet og lever lengre.
  - Relasjonen mellom foreldrene er viktig i seg selv, men har ekstra betydning fordi barna ofte blir skadelidende hvis de voksne ikke har det bra sammen. Forskning viser klar sammenheng mellom kvaliteten i parrelasjonen og kvaliteten på omsorgen for barna. Det blir bedre resultater for barna om foreldrene støttes i å bedre egen samlivskvalitet enn at de lærer oppdragelsesmetoder. Kvalitet og stabilitet på samlivet er avgjørende for barnas
- framtidsmuligheter. Forebyggende innsats må settes inn før eventuelle samlivsproblemer blir for store:
- En strategisk fase er 16-19 årsalderen. I følge amerikansk forskning er det viktig hva de unge lærer om samliv og familieliv før de har etablert seg i faste relasjoner.
  - Den neste viktige fasen vil være tidlig i et samliv. Den typiske måten par kommuniserer og løser konflikter på, blir i høy grad fastlagt tidlig i samlivet. Deretter blir strategiene i automatisert, og vil ofte være vanskelige å endre.
  - En tredje avgjørende fase er når par får sitt første barn. Da skjer det endringer i parforholdet som bør bearbeides for å unngå problemer videre framover.

Helsetjenesten vil ha en viktig rolle i arbeidet med å forebygge psykiske problemer og lidelser, se bl.a. omtalen i kapittel 9.2 *Bedre forebyggende helsetjenester til barn og unge* og kapittel 9.4 *Styrket rolle for helseforetakene i forebygging*. Kunnskapsutvikling på området er omtalt i kapittel 10 *En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk*.

## 6.2 Barn og unge – strategi for psykisk helse

Det er en sentral utfordring å få til en samlet innsats for å bedre barn og unges psykiske helse, og ikke minst når det gjelder forebyggende arbeid. *Strategi for barn og unges psykiske helse* skal bidra at omgivelsene, pårørende, skolen, fritidssektoren og hjelpeapparatet setter barn og unges egne ressurser og mestringsevne i sentrum. Dette er viktige forutsetninger for å forebygge at barn og unge utvikler psykiske problemer og lidelser. Målet er også at barn og unge som utvikler psykiske problemer, skal få et lokalt og individuelt tilrettelagt tilbud så tidlig som mulig.

De forebyggende tiltakene som inngår i strategiplanen omhandler informasjonstiltak, styrking av de forebyggende tjenestene for barn og unge, tiltak i skolen, tiltak for å styrke kompetansen til

personell som arbeider med barn og unge og tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget. Tiltak for å styrke de forebyggende helsetjenestene er omtalt i kapittel 9.2 og kunnskaps- og kompetansetiltak i kapittel 10.

### 6.2.1 Skolemiljø og tiltak mot mobbing og problematferd

Det er et mål at skolen skal bidra til mestring og være et positivt bidrag til barn og unges fysiske og psykiske helse.

All opplæring i skolen og andre opplæringsarenaer skal være tilpasset evnene og forutsetningene hos den enkelte elev, lærling og lærekandidat. Prinsippet om tilpasset opplæring og et likeverdig opplæringsstilbud til alle elever er nedfelt i *opplæringsloven* § 1-2. Kjernen i prinsippet er at barn og unge skal møte utfordringer i samsvar med sine forutsetninger, uavhengig av sosial og kulturell bakgrunn, individuelle forutsetninger, funksjonsevne og geografisk tilhørighet. Målet er en inkluderende skole som tar hver elevs egenart på alvor.

Stortinget vedtok i 2002 nye regler i opplæringsloven om det psykososiale skolemiljøet til elevene. De nye lovreglene innebærer at skolen aktivt og systematisk skal arbeide for å fremme et

#### Boks 6.2 Eksempel – Forsøk med familiesentre

- I regi av Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er det i gang forsøk med familiesentre i 6 kommuner for å styrke arbeidet rettet mot barn, unge og deres familier. Målet er å fremme god helse hos barn og foreldre og å styrke barn og ungdoms oppvekstmiljø.
- Familiesenterene skal være et lavterskeltilbud og en møteplass med tjenester som forebyggende barnevern, forebyggende pedagogisk-psykologisk tjeneste, åpen barnehage, svangerskapsomsorg, helsestasjon og familierådgivning. Det er en modell for å arbeide med barn og barnefamilier på en tverrfaglig og samordnet måte.
- Den åpne barnehagen er hjertet i sentrene. Den er lett tilgjengelig, frivillig og under samme tak som de andre tjenestene. Brukerens behov, ønsker og medvirkning er styrende for en del av de tiltak og aktiviteter som igangsettes. At flere yrkesgrupper arbeider sammen nær barna og foreldrene, gir et mer helhetlig bilde av familiens situasjon og flere muligheter for hjelp og støtte.
- Gruppevirksomhet med utgangspunkt i behov formidlet fra brukerne eller fra fagfolk kan inngå som en del av tilbudet. Virksomheten kan omhandle alt fra allmenne aktiviteter i samarbeid med frivillige organisasjoner til mer målrettede grupper med utgangspunkt i barns eller familiens behov. Eksempler er familier med urolige barn, familier med funksjonshemmede barn, pappagrupper og språkgrupper
- Hovedmålgruppen for forsøket er små barn og deres familier. I Sverige er det etablert om lag 100 familiesentre der målgruppen er små barn og deres familier. Arbeidsmåten og den faglige tilnærmingen kan også brukes overfor større barn og ungdom. Fra 2003 skal forsøket utvides til å gjelde tiltak for ungdom.

godt miljø, og at elevene skal trekkes inn i arbeidet. Ansatte ved skolen som får kjennskap eller mistanke om at en elev blir utsatt for krenkende ord eller handlinger, er forpliktet til snarest å undersøke saken og varsle skoleledelsen. De har også en plikt til å gripe direkte inn dersom det er nødvendig og mulig. Utdannings- og forskningsdepartementet og Læringscenteret vil bistå med informasjon knyttet til disse endingene, og vil utvikle gode råd til skoleeiere for utforming av ordensreglement.

Tall fra nyere undersøkelser viser at antall elever i grunnskolen som er involvert i mobbing har økt, og spesielt antallet som er innblandet i mer alvorlig mobbing. Det generelle bildet er at omfanget av problematferd i grunnskolen stiger svakt med klassetrinnene og når en topp på ungdomstrinnet. Problemene reduseres igjen i videregående skole. Økt fokus på mobbing resulterte i at regjeringen sammen med Kommunenes Sentralforbund (KS), Foreldreutvalget for grunnskolen (FUG), Utdanningsforbundet og Barneombudet 23. september 2002 undertegnet *Manifest mot mobbing*. Regjeringen og manifestpartene har forpliktet seg til å arbeide for en nulltoleranse og en nullforekomst av mobbing innen 2004. Hver av manifestpartene har ansvar for informasjon og tiltak overfor sine respektive målgrupper.

For å nå målet om en nullforekomst av mobbing og for å bedre elevens oppvekst- og læringsmiljø, er det et klart behov for å styrke det forebyggende helsetilbudet til barn og unge. Det er behov for et tettere samarbeid mellom skole og instanser som skolehelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste, statlig spesial-pedagogisk støttesystem, barne- og ungdomspsykiatrien og habiliteringstjenesten. Alle instanser bør være delaktige i planlegging og iverksetting av tiltak i skolen som tar sikte på å styrke den enkeltes psykiske helse og å motvirke skadelige og uheldige faktorer i nærmiljøet.

Ved å gi den enkelte elev utfordringer på sitt nivå, legges det til rette for økt mestring og dermed også økt trivsel, motivasjon og gode relasjoner. Et slikt skolemiljø bidrar til mindre problematferd og mobbing.

Utdannings- og forskningsdepartementet har laget en helhetlig plan for lærings- og oppvekstmiljøet der det overordnede målet er å skape et trygt og inspirerende lærings- og oppvekstmiljø for alle (se boks 6.3). Fokus i planen er lagt på å forebygge og hindre problematferd som vold, mobbing, rasisme og diskriminering, styrke den

sosial kompetansen hos elevene og vektlegge arbeid med verdier. I tillegg til denne planen lanserte Læringscenteret våren 2002 en nettverson av *Veiledning om utvikling av sosial kompetanse i skolen*.

Arbeidet med *Kreativ problemløsning* (KREPS) og *Skolemekling* vil bli videreført. KREPS er en metode som skoler kan bruke i arbeidet med å utvikle sosial kompetanse og forebygge problematferd. Skolemekling er et systemrettet tiltak for å håndtere konflikter på skolen, mellom elevene og mellom lærere og elever. Prosjektet med skolemekling i grunnskolen er avsluttet, mens prosjektet i videregående opplæring skal videreføres.

Verdibevissthet og verdiformidling vil framover være et satsingsområde i skole og opplæring, og et eget prosjekt skal sammen med andre tiltak hjelpe skolene med å formulere og gjennomføre en verdidebatt. Kristen Pedagogisk Forbund har i den forbindelse fått i oppdrag å gjennomføre prosjektet *Skal- Skal ikke*.

### Boks 6.3 Fakta – Plan for lærings- og oppvekstmiljø

Læringscenteret har på oppdrag Utdannings- og forskningsdepartementet laget en plan for lærings- og oppvekstmiljøet. Planen er et virkemiddel for å realisere målene i læreplaner, opplæringsloven og forskrifter. Målet er å få til en koordinert og helhetlig innsats på alle nivå i utdanningssektoren og mellom instanser som har ansvar for lærings- og oppvekstmiljøet. Arbeidet er delt i tre hovedområder:

- Et godt psykososialt miljø og god kompetanse som inkluderer tiltak for å utvikle sosial kompetanse, motvirke problematferd og tiltak rettet mot psykisk helse.
- Et godt fysisk miljø som er konsentrert om skoleanlegg, arbeidsmiljø og helse og trivsel.
- Demokrati, verdivalg og medvirkning som omhandler verdier i skolehverdagen og elev- og foreldremedvirkning.

Læringscenteret har etablert en egen nettjeneste Møteplass for lærings- og oppvekstmiljø. Møteplassen skal brukes til å samle, systematisere og spre kunnskap og erfaringer og til å presentere og diskutere modeller for arbeidet på skolen.

### 6.2.2 Informasjonsstrategien for barn og unge

Informasjonsstrategien for barn og unge som Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører i samarbeid med Læringscenteret og brukerorganisasjoner på området, er en del av informasjonssatsingen *Noe å snakke om..* i regi av *Opptrappingsplan for psykisk helse*.

Åpenhet og kunnskap er viktig for å endre holdninger, forebygge psykiske problemer, bidra til å at folk oppsøker hjelp så tidlig som mulig og for å hindre at en fortrenger eller neglisjerer sin egen psykisk helse. Utdanningene er ikke minst store i forhold til barn og unge.

Hjem, skole og fritid er viktige arenaer i informasjonsstrategien. I tillegg til barn og unge selv er foreldre, søsken, lærere, fritidsledere og fagfolk i helse- og sosialsektoren viktige målgrupper. Prosjektene vil ta i bruk både de sosiale og de faglige nettverkene til barn og unge. Foreløpige evalueringer har vist at informasjonstiltak virker forebyggende når mottakeren har motivasjon og mulighet til å bearbeide informasjonen. Siden fritidssektoren representerer en viktig arena for barn og unge, vil det framover bli lagt vekt på å styrke innsatsen på denne arenaen.

Tiltakene i informasjonsstrategien er gene-

#### Boks 6.4 Eksempel – STEP – ungdom hjelper ungdom

- STEP er en samtalejeneste der ungdom benytter seg av annen ungdom som samtalepartnere. Det kan være godt å henvende seg til en jevnaldrende framfor en voksen, og til en nøytral person framfor en venn. For mange kan det være første skritt på veien for å få støtte og hjelp i en vanskelig situasjon.
- Ungdommer som velger å delta i STEP får en grundig opplæring i kommunikasjon og samtaleteknikk. Målet er å gi ungdommer kompetanse til å bli gode lyttere, og gi dem forståelse for hvordan tillitsfulle relasjoner til andre skapes. De får også kontinuerlig veiledning og oppfølging av voksne fagfolk, og hjelp til å sluse ungdom med alvorlige problemer videre til hjelpeapparatet.

relle og ikke rettet mot spesifikke grupper. Det kan imidlertid være aktuelt å vurdere spesifikke tiltak rettet mot fremmedkulturelle for å bidra til at informasjon om psykisk helse når fram til tross for språklige og kulturelle barrierer.

#### Boks 6.5 Tiltak – Psykisk helse – barn og unge

Regjeringen vil:

- Utvikle en strategi for å implementere modeller som sikrer et helhetlig tilbud i alle kommuner. Dette vil være en oppfølging av forsøket med familiesentre som nå blir gjennomført i 6 kommuner. Forsøket er styrket med 2 mill kroner i budsjettet for 2003.
- Følge opp *Manifest mot mobbing* gjennom ulike tiltak. Det skal utarbeides en samlet plan som viser de ulike manifestpartenes tiltak.
- I løpet av 2003 tilby Olweus-programmet mot mobbing og antisosial atferd til alle kommuner.
- Utarbeide tre veiledere til lærere om sosial kompetanse og forebygging av problematferd i løpet av våren 2003.
- Gjennomføre et treårig prosjekt *Verdier i skolehverdagen*.
- Benytte nettjenester aktivt for å gi alle god tilgang til informasjons- og veiledningstjenester og til å spre utviklingsprosjekter, forskningsbaserte evalueringer og kompetansehevingsprogrammer. Bygge opp et forebyggende helsetilbud for ungdom på nettet og en nettportal der ungdom selv kan finne fram til hjelpetilbud.
- Styrke samarbeidet mellom skolen og arbeidsmarkedsetaten, opplæringstjenesten og rådgivningstjenesten.
- Sette fokus på skoler som arbeider mot rasisme og diskriminering gjennom utdeling av pris på Holocaustdagen 27. januar.
- Utvide informasjonsstrategien *Noe å snakke om...* med tiltak rettet mot fritidssektoren. Det er satt i gang arbeide med et pilotprosjekt i regi av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning som vil danne grunnlaget for nye tiltak.
- Vurdere behovet for spesielle informasjonstiltak rettet mot barn og unge og foreldre med flerkulturell bakgrunn.



Sosial- og helsedirektoratet, Læringssenteret og Barne- og familiedepartementet samarbeider med flere organisasjoner om informasjonssatsing rettet mot barn og ungdom. De viktigste prosjektene er:

- Likemannsarbeid for ungdom (STEP) og kurs til foreldre og ungdom i regi av Voksne for Barn.
- Undervisningsopplegg for den videregående skolen utarbeidet av Mental Helse Norge
- Undervisningsopplegg om psykisk helse for 8., 9. og 10. klasse utarbeidet av Rådet for psykisk helse. Prosjektet skal evalueres og på sikt tilbys alle skoler.
- Kurs til lærere i videregående skole som arrangeres av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og som skal tilbys alle regioner i løpet av planperioden.

### 6.3 Voksne – informasjon og selvhjelp

#### 6.3.1 Nasjonal plan for selvhjelp

Angstringen har beskrevet selvhjelp på følgende måte: «Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv.»

Selvhjelp fjerner ikke nødvendigvis behovet for bistand, men det kan gjøre den enkelte bedre i

stand til å uttrykke sitt problem og dermed skape grunnlag for mestring og en bedre livskvalitet. Å delta i en selvhjelpsgruppe kan også bidra til å styrke mulighetene til å nyttiggjøre seg profesjonell bistand. Regjeringen ser ikke en satsing på selvhjelp som en avlastning for det offentlige hjelpeapparat, men som et viktig supplement eller et alternativ til profesjonell hjelp.

Det er gjort en del utviklingsarbeid på selvhjelpsfeltet de siste årene, bl.a. som følge av at stiftelsen Norsk selvhjelpsforum ble opprettet i 1988. Det finnes selvhjelpsgrupper for en rekke pasientgrupper, pårørende, mennesker som opplever seg diskriminert, og for mennesker som opplever livskriser som dødsfall, samlivsbrudd eller arbeidsledighet.

Det går et viktig skille mellom selvhjelpsgrupper og andre former for støttende arbeid som likemannsarbeid, aktivitetsgrupper, sosiale støttegrupper osv. Det finnes selvhjelpsarbeid basert på systematiske brukererfaringer og på faglig, forskningsbasert selvhjelp. Vi vet også at noen fagmiljøer er interesserte i selvhjelpsmetoden som verktøy. Feltet er i dag sammensatt og fragmentert, og mangel på systematisk satsing gjør at selvhjelp som verktøy ikke er tilgjengelig for alle som kan ha behov for det. Selvhjelp er et redskap både for brukere og hjelpere i mange sammenhenger, men vi vet ikke nok om dette. Det er mangel på systematisk forskning om selvhjelpsmetodikken og effektene av selvhjelpsarbeid.

For å styrke selvhjelpsarbeidet, vil det i begynnelsen av 2003 bli utarbeidet en plan for en syste-

#### Boks 6.6 Eksempel – Selvhjelpsgruppene, Norsk selvhjelpsforum

- *Målet* er å få i gang forandringsprosesser, slik at hver og en kan finne sin egen vei. En selvhjelpsgruppe er altså ikke et kurs der du tilføres kunnskap utenfra, men et forpliktende arbeidsfellesskap der du henter din kunnskap innenfra. Du er med i en gruppe så lenge du selv føler behov for det.
- I en selvhjelpsgruppe er *ingen leder* og ingen profesjonelle hjelpere. Alle er deltakere. Alle har ansvar. Og basisen for arbeidet er kunnskap om felles problematikk.
- Når en deltaker snakker om sine opplevelser, vil det treffe de andre deltakerene på ulike måter og skape ulike reaksjoner. Det er evnen til å ta inn over seg reaksjonene som oppstår – og evnen til å gi uttrykk for dem, som øves opp i en selvhjelpsgruppe.

#### Boks 6.7 Tiltak – Plan for selvhjelpsfeltet

Regjeringen vil:

- Etablere et knutepunkt som kan drive utstrakt informasjons- og formidlingsarbeid, kunnskapsutvikling og være koordinator i et nettverk for selvhjelp.
- Styrke selvhjelpsarbeidet gjennom midler til forskning og kunnskapsutvikling.
- Etablere en tilskuddsordning for selvhjelp for å stimulere til økt selvhjelpsaktivitet i forhold til psykisk helse.
- Arrangere en nasjonal konferanse i 2003 som skal samle aktører på selvhjelpsfeltet og igangsette et selvhjelpsnettverk.
- Arrangere en internasjonal konferanse i 2005 med sikte på å utvide kunnskapen om selvhjelp.

matisk oppbygging av selvhjpsfeltet på ulike nivåer. Det overordnede målet med den nasjonale planen er å styrke selvhjpsarbeidet. Satsingen skal bidra til at tidligere erfaringer fra selvhjpsrelatert arbeid og prosjekter tas i bruk og utvikles videre, og at selvhjpsarbeidet i eksisterende nettverk og organisasjoner styrkes. Planen skal på overordnet nivå bidra til å bygge opp og legge til rette for strukturer som sikrer at selvhjpsarbeidet styrkes og videreføres etter 2006. Målet er å gjøre selvhjpsarbeid som metode tilgjengelig for flere, fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjpsarbeid og bidra til at selvhjpsarbeid som verktøy kan brukes innen psykisk helsearbeid, både for brukere og hjelpere.

### 6.3.2 Informasjonsstrategien «Det nytter i arbeidslivet»

Informasjonsstrategien *Det nytter i arbeidslivet* er et viktig satsingsområde i informasjonsstrategien *Noe å snakke om...* Det er Rådet for psykisk helse har ansvar for å gjennomføre satsingen.

En undersøkelse gjort av Rådet for psykisk helse viser at et fåtall tør å fortelle om sine psykiske problemer på jobben. Undersøkelsen viser også at de fleste ønsker et åpent arbeidsmiljø der det er mulig å snakke om problemene. Resultatene tyder videre på at mange ønsker seg kolleger og ledere som støttespillere, men at de synes det er vanskelig å ta opp temaet.

Tiltakene i regi av informasjonsstrategien skal bidra til å spre kunnskap og endre holdninger og handlinger, slik at vi får et arbeidsliv med redusert utstøting og økt inkludering. Hovedmålgruppene for strategien er ledere og ansatte i ordinært arbeidsliv, tillitsvalgte, verneombud, verne- og helsepersonale, arbeidsgiverorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner, brukerorganisasjoner, offentlige myndigheter og media. For å nå disse målgruppene og målene i satsingen er det viktig å samarbeide med og involvere en rekke andre aktører og interessenter. De mest aktuelle samarbeidspartnere er det ordinære tjenesteapparatet, bedriftsidrettslag og opplæringsorganisasjoner.

#### Boks 6.8 Tiltak – Informasjonsatsingen «Det nytter i arbeidslivet»

Regjeringen vil gjennom informasjonssatsingen bidra til:

- Gjennomføring av kampanjen *Medmenneske i arbeidslivet* rettet mot ledere og ansatte.
- Etablering av en idebank med informasjon om gode tiltak og prosjekter og et ide- og lærings-torg for å inspirere til «knoppskyting».
- Gjennomføring av undersøkelser om kunnskap, holdninger og behov i offentlige og private virksomheter for å følge utviklingen i de årene satsingen pågår.
- Gjennomføring av konferanser i tilknytning til Verdensdagene for psykisk helse.
- Formidling av gode kulturtiltak som virkemidler for å endre organisasjonskulturer og/eller stimulere til økt oppmerksomhet om spesielle temaer.
- Stimulering av lokale prosjekter med deltakere fra kommune, stat, private virksomheter og brukerorganisasjonene.

## 7 Miljøet rundt oss

Et sunt miljø er en forutsetning for god helse. Miljøpåvirkninger har positive eller negative helseeffekter. Negative miljøpåvirkninger vil kunne forsterke utviklingen av allerede forekommende sykdommer som kreft, arvelige sykdommer, luftveissykdommer og allergier. De kan også føre til svekket immunsystem, nedsatt formeringsevne og skader på en rekke forskjellige organer. For å forebygge må vi kunne vurdere hvilken helserisiko de ulike faktorene utgjør. Dette innebærer å 1) identifisere hvilke iboende skadelige egenskaper en miljøfaktor har, 2) klarlegge hvordan de skadelige effektene påvirkes av mengden og konsentrasjonen, 3) bedømme i hvilken grad vi blir utsatt for påvirkning og 4) beregne hvor stor risikoen er for sykdomsutvikling eller helseskade. På bakgrunn av slike vurderinger tas det stilling til om det er nødvendig å iverksette spesielle tiltak for å begrense mengden vi utsettes for av ulike negative miljøfaktorer. Tiltak kan gi store helsegevinster, men de kan også være svært ressurskrevende. Det er derfor avgjørende at beslutninger bygger på et solid faglig fundament.

Vi har forholdsvis begrenset kunnskap om hvilke virkninger miljøfaktorene har på organismen på kort og lang sikt, særlig med hensyn til hvordan ulike faktorer virker sammen. Det er viktig å videreføre forskning på dette området, samtidig som dette ikke må bli en sovepute for handling. Det faglige grunnlaget vil aldri være helt fullstendig. På enkelte områder må vi derfor følge «føre-var»-prinsippet. Det betyr å sette i verk tiltak eller forhindre miljøendringer når de framtidige følgene mistenkes å være store, selv om kunnskapsgrunnlaget er noe usikkert.

Miljøtrusler rammer ulikt. Når en orkan herjer ute i verden, er det de fattige som blir hardest rammet – de bor i dårlige hus som lettere tillater vind og vann å rasere, hvorpå epidemier lettere får spre seg. Her hjemme vet vi at de som er mest rammet av støy og luftforurensning i Oslo by, også er de som lever under de vanskeligste økonomiske og sosiale kårerne. Dette viser at miljø, helse og samfunnsutvikling ikke kan betraktes adskilt.

### 7.1 Agenda 21

---

I forkant av toppmøtet om bærekraftig utvikling i Johannesburg i september 2002 la regjeringen fram en nasjonal strategi for bærekraftig utvikling. Strategien tar utgangspunkt i en bred oppfatning av bærekraftbegrepet hvor helse er en sentral dimensjon. Arbeidet skal konkretiseres i en handlingsplan, den *Nasjonale agenda 21*, som legges fram høsten 2003. Et «grønt utvalg» av statssekretærer fra de mest berørte departementer og Statsministerens kontor er oppnevnt for å lede denne prosessen. Finansdepartementet skal koordinere arbeidet. I 2005 vil hovedretningene bli etterprøvd, og erfaringer med mål, resultater og samarbeidsformer oppsummert.

### 7.2 Øvrige nasjonale satsinger for miljø og helse

---

Som oppfølging av Helsinkideklarasjonen (1994) ble *Handlingsplanen for miljø og helse* framlagt i 2000 gjennom et samarbeid mellom Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Planen har følgende hovedbudskap: 1) en mer samordnet og effektiv stat, 2) et enklere regelverk, 3) mer myndighet til kommunene og 4) miljø og helse er alle sektors ansvar.

I tillegg til prinsipper og målsettinger for en mer samordnet forvaltning ble følgende temaer trukket fram: uteluft, inneluft, støy, vannkvalitet, smitte- og fremmedstoffer i mat, helsefarlige kjemikalier, ulykker, stråling, friluftsliv og steds kvalitet – kulturmiljø og byggeskikk. Departementene følger opp resultatmålene i planen. Det skal foretas en evaluering av planen som grunnlag for en revisjon og videreføring. Handlingsplanen omfatter ikke sosiale miljøfaktorer. Dette samsvarer ikke med Verdens Helseorganisasjons utfordring til landene om brede strategier innen miljø og helse. Det internasjonale nettverket av *Healthy Cities* har gått foran i dette arbeidet.

Den tredje ministerkonferansen om miljø og helse i London i 1999 i regi av Verdens helseorganisasjon resulterte blant annet i *London-charteret*

**Boks 7.1 Eksempel – Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner**

- Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner er en del av Verdens helseorganisasjons prosjekt Healthy Cities. Nettverket arbeider for å realisere nasjonale målsettinger for helse- og miljøarbeidet på det lokale plan.
- Helhetstenkning skal gjennomsyre både planer og aktiviteter. Dette betyr at folkehelsesaker må ha en naturlig plass i kommunenes planer. Det er et krav at medlemskommunene etablerer en tverrfaglig koordineringsgruppe som ivaretar det interne helse- og miljøarbeidet og sørger for at ulike fagfolk arbeider sammen. Nettverksmedlemskapet innebærer også en forpliktelse til å samarbeide aktivt med frivillige organisasjoner og næringslivet lokalt.
- Det norske helse- og miljønettverket ønsker flere medlemmer. I nettverk kan kommunene dele erfaringer og finne løsninger i helse- og miljøarbeidet. Nettverket vil i tiden som kommer målrette innsatsen innenfor følgende områder: kosthold og fysisk aktivitet, røyking og rus, sunt innemiljø, trygghetsfremmende arbeid og Lokal Agenda 21.

om transport, miljø og helse. Samferdselsdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedepartementet samarbeider om oppfølgingen av chartret herunder om de prosesser som pågår internasjonalt med å samkjøre oppfølgingen av charteret med oppfølgingen fra miljør siden i regi av FN's økonomiske kommisjon for Europa (UNECE).

Sentralt i arbeidet er å integrere miljø- og helsehensyn i areal- og transportpolitikken, bl.a. ved å begrense de negative konsekvensene av transport som støy, luftforurensning og trafikkulykker, og ved å fremme hverdagsaktivitet gjennom bedre tilrettelegging for syklister og gående. Grunnlaget for en balansert ivaretagelse av disse hensynene ble lagt gjennom et *Pan-europeisk program for transport, miljø og helse* som ble vedtatt i Geneve i juli 2002.

**Handlingsplanene for ulykkesforebygging og astma/allergi**

Skader etter ulykker er fortsatt et stort folkehelseproblem. Samtidig er dette et felt hvor det er

**Boks 7.2 Eksempel – Trygge Lokalsamfunn**

- Trygge Lokalsamfunn er nettverk av kommuner som arbeider systematisk med ulykkesforebygging etter kriterier anbefalt av Verdens helseorganisasjon. Sentralt står følgende kriterier:
- Tverrsektorielt samarbeid og forankring i kommunens øverste politiske og administrative organer
- Langsiktig perspektiv med forankring i kommunens plansystemer
- Fremme trygghet og sikkerhet for begge kjønn, alle aldre, alle miljøer og ulykkesområder, med særlig innsats mot høyrisikogrupper og –miljøer
- Dokumentere hyppighet og årsaker til skader og vurdere effekter av tiltak og prosesser
- Deltakelse i nasjonale og internasjonale nettverk som arena for informasjons- og erfaringsutveksling mellom kommuner.
- 12 norske kommuner har i løpet av handlingsplanperioden oppnådd status som Trygt Lokalsamfunn og er tatt opp i Verdens helseorganisasjon sitt internasjonale nettverk. Totalt arbeider om lag 50 kommuner i Norge innenfor rammen av Trygge lokalsamfunn-konseptet i et nasjonalt nettverk.
- Ulykker og skader blant barn og unge er sammen med fallulykker-/skader blant eldre prioriterte områder. Flere kommuner kan vise til sterk reduksjon i skadeomfanget, som for eksempel Harstad når det gjelder voldsskader og brannskader, og bydel Stovner når det gjelder lårhalsbrudd.

god kunnskap om årsaker og effektive forebyggende tiltak, og hvor det er et forbedringspotensial gjennom innsats i flere sektorer. Det er behov for å videreutvikle strategien.

Når det gjelder handlingsplanen for astma og allergi, var usikkert kunnskapsgrunnlag en viktig årsak til at den ikke nådde sine mål. Det er derfor behov for å utvikle en ny strategi basert på et revidert kunnskapsgrunnlag.

**Støy og lokal luftkvalitet**

Støy påvirker folks helse og trivsel og er et av de store gjenværende miljøproblemene i landet. Rundt en halv million mennesker er sterkt eller mye plaget av støy ved boligen sin. De enkelte

sektormyndighetene har et selvstendig ansvar for å redusere støyplagene fra sin sektor. Norske miljø-, helse- og samferdselsmyndigheter samarbeider også for å bekjempe støy. En ny forskrift innen miljørettet helsevern med veileder skal bidra til å styrke den lokale kompetansen og sørge for mer ensartet forvaltning (se kapittel 8.5 om miljørettet helsevern).

Forskrift om lokal luftkvalitet som implementerer tre EU-direktiv, ble vedtatt oktober 2002. Kravene i forskriften er strengere enn kravene i forskrift om grenseverdier for lokal luftforurensning og støy fra 1997, som avløses av den nye forskriften. Grenseverdiene skal være oppfylt innen henholdsvis 2005 og 2010, avhengig av hvilket stoff det dreier seg om. Kommunen gjøres gjennom forskriften til forurensningsmyndighet for lokal luftkvalitet. I tillegg til å påse at forskriftens krav overholdes, skal kommunene sørge for målinger, beregninger, tiltaksutredninger og rapportering. Kommunene gjøres dessuten ansvarlige for forurensning fra mindre fyringsanlegg. Slik forurensning har ikke tidligere vært regulert.

Regjeringen ønsker miljøsoner i noen byer og tettsteder som et virkemiddel i arbeidet for å redusere luftforurensning og støy, jf. St. meld. nr. 23 (2001-2002) *Bedre miljø i byer og tettsteder*. Pilotprosjekter med miljøsoner vil spesielt legge vekt på å løse lokale miljøproblemer knyttet til luftforurensning og støy, men vil samtidig forsøke å bedre forholdene knyttet til nedslitte grøntområder, offentlige rom, trafikkfarlige områder, dårlig tilgjengelighet, kulturminner og kulturområder som trues av miljøødeleggende påvirkning.

### Stråling

I samfunnet utsettes mennesker og miljø for forskjellige kunstige og naturlige strålekilder. Solen er den viktigste strålekilden. Noen strålekilder er knyttet til planlagt strålebruk i samfunnet, mens andre er knyttet til utslipp, nedfall og lignende som er mindre klart lokalisert, men kan finnes spredt som forurensning i hav, luft og på jordoverflaten. Forebyggingspotensialet for å redusere skadevirkninger av stråling er størst når det gjelder allmennhetens UV-eksponering fra sola og solarier, diagnostisk og terapeutisk strålebruk i helsesektoren og radoneksponering i boliger og på arbeidsplasser.

Det er etablert et norsk UV-målenettverk for å framskaffe sikrest mulig UV- data om den helse- og miljømessige betydningen av det naturlige strålingsklimaet og påvise endringer i dette. Data

fra nettverket kan brukes i informasjonsarbeid, i studier av hudkreftforekomst og i forskningsprosjekter.

Formidling av kunnskap til befolkningen om negative helseeffekter av UV-stråling skal prioriteres. Målet er å redusere forekomsten av hudkreft og andre skader gjennom å endre folks solingsvaner både i naturlig og kunstig sol, og gjennom å begrense bruken av de sterkeste solariene. De som ønsker å beskytte seg mot uheldige solingseffekter, må derfor få nødvendig informasjon.

Det er behov for et bedre varslingsnett som når ut til hele befolkningen. Dette fordrer et samarbeid med både TV-kanalene som presenterer værmelding og de som leverer værprognoser, samt radio, aviser og reiseselskaper. For å sikre høy nytteverdi må varslene ledsages av informasjon bl.a. om hvordan varslet skal forstås i forhold til den enkeltes helse, hva som er normal intensitet for årstiden og i forhold til ulike reisemål og hvordan den enkelte bør beskytte seg. En spesielt viktig målgruppe vil være alle med daglig ansvar for barn og tenåringer. Studier indikerer at soling i barneårene er av betydning for hudkreftutvikling senere i livet.

### Boks 7.3 Tiltak – Miljø og helse

Regjeringen vil:

- Revidere nasjonal handlingsplan for miljø og helse og sørge for at sosiale miljøfaktorer inngår som tema i den videre oppfølgingen.
- Videreføre arbeidet med handlingsplanen for ulykkesforebygging i 2003, inkludert sekretariatet for trygge lokalsamfunn, samtidig som Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle ny strategi for det ulykkesforebyggende arbeidet.
- Sørge for at ny strategi for forebygging av astma og allergi baseres på et revidert kunnskapsgrunnlag. Sosial og helsedirektoratet skal utvikle en slik strategi i løpet av 2003.
- Etablere et system for varslingsnett av høye UV-nivåer, som bør melde forventede verdier, maksimalverdier og normalverdier for Norge og i kjente feriemål.
- Gjennom regelmessig tilsyn og bedre informasjon legge til rette for kvalitetsforbedring i solariebransjen.

### 7.3 Smitte

Vi har i de siste tiårene hatt god kontroll over de infeksjonssykdommene som er aktuelle i vårt land. Det skyldes vedvarende og målrettet innsats på mange nivåer og i mange sektorer i samfunnet. Trapper vi ned innsatsen vil infeksjonssykdommene raskt komme tilbake. Med dagens utbredte reise- og handelsaktivitet blir slike sykdommer raskt spredt fra en verdensdel til en annen. Innsatsen må derfor være grenseoverskridende. EU's tiltak mot kugalskap er et slående eksempel på nødvendigheten av internasjonal samordning. Derfor har Norge i lengre tid tatt aktivt del i det internasjonale smittevernarbeidet.

Hovedstrategiene som har vært benyttet de siste tiårene, har fortsatt gyldighet: tiltak for forhindre at mennesker kommer i kontakt med smittestoff, tiltak for å styrke det enkelte individets motstandskraft mot smittestoffer, og tiltak for å slå ned smittestoffer når det har oppstått sykdom. Særlig er det viktig å opprettholde en høy vaksinasjonsdekning i befolkningen, sikre gode diagnostiske systemer som kan avdekke og identifisere infeksjonssykdom og deres årsaker, overvåke forekomsten av infeksjonssykdommer og iverksette smitteforebyggende tiltak som vi vet virker.

#### *Styrke overvåkingen av infeksjonssykdommer*

Nasjonalt fokehelseinstitutt skal overvåke den nasjonale og delta i overvåkingen av den internasjonale situasjonen på smittevernområdet. Disse lovpålagte oppgavene ivaretas på flere måter:

Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) skal bidra til overvåkingen gjennom systematisk innsamling, analyse og rapportering av opplysninger om forekomst. Systemet skal bidra til oppklaring av utbrudd, råd om smitteverntiltak og forskning. Det utvikles nå et elektronisk meldingssystem.

Nasjonalt system for registrering av sykehusinfeksjoner skal holde oversikt over forekomsten, tilby assistanse ved utbrudd, utarbeide statistikk og drive undervisningsvirksomhet. Systemet inneholder både endagsundersøkelser som gir et øyeblikksbilde, og data om alle nyoppståtte infeksjoner i en periode. Det er nå et mer brukervennlig program under utarbeiding. Programmet skal gjøre det mulig for institusjonene å sende data elektronisk.

I henhold til forskrift skal utbrudd eller mistanke om utbrudd av sykehusinfeksjoner meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Dent-O-Sept

#### **Boks 7.4 Fakta – Sykdommer på frammarsj**

- I løpet av de siste 20 årene er antall tilfeller med alvorlig infeksjon (hjernehinnebetennelse og blodforgiftning) med pneumokokkbakterier nær tidoblet. I Europa er mange av disse bakteriene motstandsdyktige mot penicillin.
- De siste ti årene har alvorlig infeksjon med gruppe-A streptokokker økt sterkt. Denne bakterien har vært omtalt i mediene som «kjøttspiser-bakterien» fordi den kan trenge dypt inn i kroppen og ødelegge livsviktige organer.
- Antallet tilfeller av importerte infeksjonssykdommer har vist en klar økning de siste årene. De fleste tilfellene skyldes smitte fra matvarer eller drikkevann, for eksempel diare forårsaket av bakteriene Salmonella eller Campylobacter.
- De siste årene har antall tilfeller av tuberkulose som er motstandsdyktig mot flere av de midlene som brukes til å behandle sykdommen, økt både her i landet og nære naboland som Russland og Baltikum. På verdensbasis er tuberkulose fortsatt en av de største folkesykdommene, og det er flere tilfeller av denne sykdommen nå enn noen gang.

saken viste at det har vært noe usikkerhet rundt meldesystemet og mangelfull etterlevelse av forskriften. Det er behov for å evaluere eksisterende og planlagte melde- og registreringsrutiner for å sikre etterlevelse av regelverket.

Det er også behov for å styrke og formalisere ordningen med innsending av stammer av bakterier og virus isolert fra pasienter til et referanselaboratorie. Med noen unntak bygger ordningen på frivillig samarbeid. Dekningen har så langt ikke vært fullstendig og rapporteringen er blitt for tilfeldig.

Spesialiserte undersøkelser er nødvendige for å kunne følge smitteveiene og gripe inn med forebyggende tiltak. Den brede kompetanse som kreves til dette vil det bare være mulig å bygge opp ved å organisere landets samlede ressurser som et samarbeidende laboratorienett. Et framtidig system vil baseres på at Folkehelseinstituttet står for spesialanalyser som er særlig viktige i et folkehelseperspektiv, mens de mikrobiologiske laboratoriene i helseforetakene utvikler spesialkompe-

tanse på områder som er særlig relevante for egen virksomhet. Nettverket koordineres av Folkehelseinstituttet som bør fungere som et sentralt kompetansemiljø med rådgivningsoppgaver overfor Helsedepartementet.

Fraværet av en rekke alvorlige smittsomme sykdommer i Norge skyldes i stor utstrekning et omfattende og vedvarende nasjonalt vaksinasjonsprogram. Men fravær av selve smittestoffet kan gi en sykdomsfri befolkning selv om den egentlig er dårlig beskyttet. I en slik situasjon vil det kunne oppstå en ny epidemi hvis smittestoffet innføres i befolkningen igjen. Derfor er det viktig å ha oversikt over befolkningens immunitet mot de sykdommene vi vaksinerer mot.

#### *Redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner*

Mange mennesker med svekket helse og dermed øket mottakelighet for infeksjoner er samlet i helseinstitusjoner. Om lag 50 000 av pasientene som hvert år innlegges i sykehus, får en sykehusinfeksjon. Disse påfører pasientene ekstra lidelser, og de forlenger i gjennomsnitt oppholdet med fire dager - til sammen 200 000 sykehusdager. De direkte kostnadene anslås til mer enn en halv milliard kroner. Kostnadene vil stige etter hvert som motstandsdyktige bakterier blir en hyppigere

årsak til sykehusinfeksjoner. Det er grunn til å anta at 30 prosent av sykehusinfeksjonene kan forebygges ved effektive programmer for infeksjonskontroll. En slik reduksjon ville frigjøre behandlingsskapasitet til 5000-8000 årlig.

De regionale helseforetakene har etter smittevernloven plikt til å utarbeide en plan for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. De har det overordnede ansvar for etablering og oppfølging av infeksjonskontrollprogrammer ved statlige helseinstitusjoner. Foretakene skal også sørge for at det tilbys nødvendig bistand til kommunale helseinstitusjoner innen helseregionen (sykehjem mv.).

Disse ordningene har eksistert siden 1996, men har så langt ikke ført til målbar nedgang i antallet sykehusinfeksjoner. Siden dette ikke er oppgaver som fremmes direkte ved innsatsstyrt finansiering, vil Helsedepartementet i sterkere grad benytte sin eierposisjon til å styrke sykehusesenenes smittevernarbeid - spesielt arbeidet for å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner.

#### *Smittevernberedskap*

Terrorhandlingene i USA 11. september 2001, og senere forsøk på å spre livsfarlige mikrober (miltbrannbakterier), har aktualisert spørsmålet om bruk av biologiske stridsmidler også i fredstid. Vi må også være beredt på at vi kan bli rammet av alvorlige naturlig forekommende epidemier.

Det er nødvendig med klare ansvarslinjer og et beredskapsplanverk som tar høyde for slike trusler. En godt utbygd smittevernberedskap, som er rustet til å møte de naturlig forekommende epidemiene, utgjør det beste grunnlaget for å beskytte samfunnet også mot bevisst spredning av sykdom.

Etter terrorhandlingene høsten 2001 ble det foretatt en kritisk gjennomgang av ressursituasjonen bl.a. innen den sivile beredskapen. Dette ga støtet til en styrking av arbeidet med å oppspore og identifisere sykdomsutbrudd, styrking av analysekapasiteten og etablering av en gruppe som kan rykke ut og bistå lokale helsemyndigheter ved utbrudd av smittsomme sykdommer. Det er kjøpt inn verneutstyr til helsepersonell, og et beredskapslager av spesielle medisiner er under opprettelse.

#### *Reisemedisin*

Import av smittsomme sykdommer fra utlandet som følge av utenlandsreiser er et stort og økende

#### **Boks 7.5 Fakta – Seksuelt overførbare sykdommer og kroniske virusinfeksjoner**

- Smittevernarbeidet med seksuelt overførbare sykdommer og kroniske virusinfeksjoner er spesielt utfordrende på grunn av smittemåte og viktig fordi disse infeksjonene har så alvorlige konsekvenser.
- I dag er det få som smittes med syfilis og gonorré i Norge. På den annen side øker forekomsten av chlamydiainfeksjoner, til tross for at helsemyndighetene hadde som målsetning å utrydde chlamydia før år 2000.
- I Norge synes hiv infeksjoner å være delvis under kontroll, men hvert år registreres mer enn 150 nye hiv tilfeller, de fleste hos mennesker som kommer til Norge fra utlandet.
- Kroniske hepatitt B og C virus infeksjoner kan gi alvorlig leverbetennelse som krever behandling. Det er i dag ikke noen vaksine mot hepatitt C, som er utbredt blant stoffmisbrukere.

problem. En del av mikrobenes innførelse er motstandsdyktige mot flere av medikamentene vi benytter. Selv om sykdommene erverves i et annet land, utgjør de likevel et problem for folkehelsen i Norge. Det er behov for å styrke det offentlige reisemedisintilbudet i samarbeid med smittevernlegene i kommunehelsetjenesten.

### Vaksinasjon

Vaksinasjon er blant de aller mest effektive forebyggende helsetiltak vi har. Det er også billig målt i kostnader per antall sparte sykdomstilfeller og dødsfall. Derfor er vaksinasjon ryggraden i et hvert lands smittevernarbeid.

Norge har som de fleste vestlige land innført et landsdekkende vaksinasjonsprogram for barn. Dette gir god beskyttelse mot barnesykdommer som meslinger, røde hunder og kuma og mot alvorlige infeksjonssykdommer som poliomyelitt, difteri, stivkrampe, tuberkulose og hemofilus influensa type b. Det anslås at programmet hvert år redder livet til flere titalls barn, og at det forhindrer alvorlig hjerneskade eller andre komplikasjoner hos mange flere. Bestemmelser om barnevaksinasjonsprogrammet vil formelt bli tatt inn i ny felles forskrift om kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Regjeringen legger til grunn at vaksinasjon tidlig i livet også i framtiden skal til-

### Boks 7.6 Fakta – Meslinger kommer tilbake

- Takket være omfattende vaksineringskampanjer var meslinger inntil for kort tid siden nesten utryddet her i landet.
- Etter omtale i mediene av mulig sammenheng mellom vaksine og autisme, valgte mange foreldre å ikke la sine barn vaksineres. Fordi vaksinasjonsdekningen sank fra 95 til 80 prosent, er risikoen for nye tilfeller av meslinger nå betydelig høyere enn før. Flere større vitenskapelige undersøkelser har gjennom de siste fire årene avkrefte mistanken om sammenheng mellom vaksine og autisme.
- Meslinger er en alvorlig sykdom som i enkelte tilfeller kan føre til både hjerneskade og dødsfall, og Verdens helseorganisasjon ønsker derfor å utrydde sykdommen fullstendig før 2007.

bys som gratis tiltak for tilstander som utgjør et problem for folkehelsen.

Det kan få alvorlige følger for folkehelsen hvis vi ikke klarer å opprettholde den høye vaksinasjonsdekningen for barn som vi har hatt de siste ti

### Boks 7.7 Tiltak – Smitte

Regjeringen vil:

- Evaluere eksisterende og planlagte melde- og registreringsordninger, og vurdere hvordan systemene kan sikre rask respons ved sykdomsutbrudd eller høynet helserisikovurdering.
- Holde vaksinasjonsdekningen på et høyt nivå ved bl.a. å utarbeide en egen informasjonsplan på vaksinefeltet, sikre en god kommunikasjon med smittevern- og kommunelegene, og generelt styrke informasjonsarbeidet for å oppnå en riktigere bruk av vaksiner i befolkningen.
- Ut fra nasjonale overvåkingshensyn, formalisere en ordning som organiserer landets samlede ressurser innen mikrobiologi som et samarbeidende laboratorienett, koordinert av Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Vurdere å etablere et program for systematisk overvåkning av immunitet mot utvalgte smittsomme sykdommer i befolkningen, som grunnlag for å fastsette framtidige nasjonale vaksinasjonsprogrammer.
- Benytte sin eierposisjon til å styrke sykehuses smittevernarbeid, ved bl.a. å gjøre dette til et strategisk område der det stilles resultatkrav i styringsdokumentet til helseforetakene.
- Med utgangspunkt i forslag til plan utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet, vurdere behovet for endringer av organisatorisk karakter innenfor smittevernberedskapen.
- Bistå utviklingen av beredskapsplaner i kommunene og styrke den lokale reisemedisinen ved å styrke kompetansen hos smittevernlegene bl.a. gjennom regelmessige smittevernkonferanser og kurs.



til tyve årene. Det er derfor behov for målrettede tiltak for å få flere foreldre til å la sine barn vaksinere.

#### *Nasjonal vaksineproduksjon*

I St. prp. nr. 61 (2000-2001) ble det redegjort for forutsetningene for nasjonal vaksineproduksjon, og konkludert med at: «Både ut i fra faglige og beredskapsmessige hensyn er det likevel viktig å opprettholde vaksineproduksjonen på Folkehelsa». Det er per i dag ikke grunnlag for å endre denne vurderingen. Det er et overordnet mål å sørge for at landet har en tilfredsstillende beredskap mot smittsomme sykdommer som det finnes eller kan utvikles vaksine mot. Muligheten for vaksineproduksjon ved Folkehelseinstituttet bør derfor opprettholdes. Dette kan skje ved å benytte deler av kapasiteten til oppdragsproduksjon. Slike oppdrag kan bl.a. være å utvikle vaksiner for den tredje verden, for eksempel i regi av internasjonale organisasjoner.

## 7.4 Trygg mat

Generelt er mattryggheten i Norge god. Langvarig regulering og godt tilsyn med næringsmidler har bidratt til at helseskader som følge av fremmedstoffer i mat ikke kan påvises i befolkningen generelt. I forhold til mange andre land har vi også mindre sykdom på grunn av smittestoffer i mat og drikke. Vi stilles imidlertid stadig overfor nye utfordringer, og det blir mer ressurskrevende å opprettholde denne gunstige situasjonen for Norge.

Produksjon og frambud av mat og drikke må foregå på en måte som sikrer at produktene er helsemessig trygge. Beredskap er viktig i forhold til mat og drikkevann, og ofte kreves handling på kort varsel. Deltakelse i internasjonale meldesystemer for sykdomsutbrudd eller omsetningsforbud for næringsmidler er i denne sammenheng helt vesentlig.

#### *En effektiv matforvaltning*

Kravene til en offentlig matforvaltning blir større i takt med økende kunnskap om stoffene i matvarene, endringer i produksjons- og markedsituasjonen og ikke minst sterkere interesse for mat og matvarer. Negative tendenser på smittestoffområdet og nye sykdommer som overføres fra dyr til mennesker, er områder som krever ekstra kom-

petanse og økt innsats. Når det gjelder tilsetningsstoffer i mat og miljøgifter, er overvåkning og informasjon til befolkningen viktig. Dette fordrer en åpen forvaltning, god kontakt med media, næringen og forbrukerne og tilgang på aktive forskningsmiljøer. Overvåkings- og kartleggingsprosjekter må videreføres på samme nivå, og for enkelte områder styrkes.

I det pågående arbeidet med ny matlov, nytt mattilsyn og ny vitenskapskomite vektlegges behovet for helhetlige vurderinger og tiltak langs hele næringskjeden, fra jord og fjord til bord. Det skal legges til rette for et godt samarbeid mellom lokale enheter i det nye mattilsynet og kommunenes miljø- og smittevernarbeid. De lokale tilsynene må også ha kompetanse og ressurser til å håndtere krisene der de oppstår.

Den nye matforordningen i EU (Food Law) har krav om at de som produserer næringsmidler skal være ansvarlige for mattryggheten i sin produksjon. Dette må følges opp i Norge.

I arbeidet med ny matlov vil det også på andre måter legges vekt på ansvarliggjøring av de som produserer og frambyr mat. I den senere tid har det blitt avdekket overtredelser av næringsmiddeloven i restauranter, kafeer og i dagligvarehandelen. På enkelte steder er det funnet dårlig hygieniske forhold på kjøkkenet, smuglerkjøtt og smuglersprit. På bakgrunn av dette har tilsynsmyndighetene gått til det skrittet å stenge flere etableringer både på grunn av helsefare og ulovlig omsetning av sprit og smuglet kjøtt. Regjeringen vil se nærmere på bestemmelser om offentliggjøring av funn og sanksjonsmuligheter i forbindelse med utarbeidelse av ny samlet matlov.

#### *Internasjonalt arbeid og regelverksutvikling*

EØS-avtalen og Norges forhold til EU har lagt de viktigste føringene for arbeidet med helsemessig trygg mat på 1990-tallet. Det arbeides kontinuerlig med gjennomføring og oppfølging av direktiver og forordninger. Det meste av dagens regelverk er harmonisert med EU-regelverket. Det er et mål for norske myndigheter å delta tidlig i planleggings- og beslutningsprosesser i EU for å påvirke utviklingen på matområdet.

Arbeidet i Codex Alimentarius, som er FNs matvareorganisasjons (FAO) og Verdens helseorganisasjons felles organisasjon for arbeid med regelverk og standarder for matvarer er, også svært viktig å følge opp. Codex-standardene vil benyttes i forhold til den internasjonale handelsorganisasjonen WTO. Arbeidet i forhold til WTOs

avtale om folke-, dyre- og plantehelse (SPS-avtalen) er også sentralt.

Det arbeides nå med vurdering av EUs forslag til hygiene- og kontrollregelverk og til regelverk for genmodifisert mat- og fôrvarer. Utviklingen i EU har vært positiv i retning av gjeldende norsk regelverk for genmodifisert mat. Det er grunn til å tro at EUs kommende regelverk på området i hovedsak vil bli akseptabelt for Norge. Oppfølging av EUs barnematdirektiv vil ha prioritet også i de kommende årene.

Det skal parallelt legges til rette for norsk deltakelse i internasjonale vitenskapskomitéer og annet samarbeid. Deltakelse i European Food Safety Authority (EFSA) vil her stå helt sentralt.

### Mat og smittevern

Smittestoffer i mat og drikkevann er den viktigste kilden til alvorlige infeksjoner og epidemier i verden. Økt internasjonal handel med matvarer og større reisevirksomhet utfordrer dagens systemer når det gjelder å forebygge sykdom. Verdens helseorganisasjon og FNs matvareorganisasjon er bekymret over økningen og utbredelsen av mat- og vannbåren sykdom. Også i Norge øker antall registrerte sykdomstilfeller som følge av smittestoffer i mat og drikkevann, og andelen innenlandssmittede er større enn tidligere. Dette til tross for at det pågår omfattende kartlegging og forskning for å finne smitekildene. Det er derfor et stort behov for å avdekke årsaksforhold for å kunne sette inn de rette tiltakene og måle effekten av disse. Det er også viktig å følge forekomst av antibiotikaresistente bakterier i næringsmidler over tid og skaffe relevant kunnskap og bakgrunn for eventuelle tiltak.

Mange sykdomsutbrudd skyldes dårlig personlig hygiene eller dårlig kjøkkenhygiene. Dette viser at grunnleggende kunnskap om hygiene og smittevern må ivaretas. Målrettet opplæring om hygiene bør derfor innarbeides i heimkunnskapsfaget og vektlegges i næringsmiddelrelatert utdanning. Det vurderes nå å forskriftsfeste hygienekompetanse for de som arbeider med eller ønsker å starte opp med produksjon eller omsetning av mat.

Det er en utfordring for relativt små norske miljøer å følge opp faglig utvikling internasjonalt og utvikling av regelverk på området. Det er behov for en samlet plan for hvordan området mat og smittevern skal møte framtidige utfordringer.

### Nye utfordringer innen mattrygghet

Bruk av helsekostprodukter, som kosttilskudd og naturlegemidler, øker. Også næringsmiddelindustrien benytter seg av naturstoffer. Såkalt «functional food» har kommet for å bli og reiser nye problemstillinger. På samme måte som for genmodifisert mat, krever slike produkter godkjenningsordninger inkludert helserisikovurderinger.

Tilsetting av næringsstoffer til matvarer, såkalt beriking, har til nå kun vært tillatt når myndighetene har vurdert dette som nødvendig for å dekke behovet for et næringsstoff i befolkningen eller deler av befolkningen. Framover vil myndighetene bare kunne forby beriking dersom det kan påvises mulig helseskade. Dette vil gjøre det mer problematisk å få oversikt over hvilken belastning berikete næringsmidler vil utgjøre for befolkningen. Det blir framover like viktig å rette søkelyset mot for høy tilførsel av enkelte næringsstoffer, som på mangelfullt inntak. Saken med akrylamid i matvarer er eksempel på en annen ny problemstilling som krever innsats. Forskning, kunnskapsutvikling, overvåking og tilsyn er prioriterte virkemidler.

Et annet satsingsområde - som vil følges opp i

### Boks 7.8 Tiltak – Trygg mat

Regjeringen vil:

- Sikre at den nye matforvaltningen skal få gjennomført nødvendige risikovurderinger og få god faglig støtte gjennom bl.a. tilstrekkelige ressurser og kompetanse for den nye vitenskapskomiteen.
- Iverksette kompetansehevingstiltak for de som er ansvarlige for produksjon og frambud av næringsmidler og innsatsfaktorer, herunder forskriftsfeste krav til kompetanse.
- Intensivere deltakelsen i internasjonalt faglig samarbeid og i arbeid med regelverksutvikling.
- Utarbeide en samlet plan for framtidig arbeid med mat og smittevern.
- Styrke tilsynet med helsekostbutikker.
- Styrke tilsynet med vannverkene for å oppnå bedre etterlevelse av regelverket.
- Vurdere strengere reaksjoner ved brudd på næringsmiddelregelverket i den nye matloven.

bl.a. en ny stortingsmelding om politikken for funksjonshemmede og i en ny strategi mht. astma og allergi i 2003 - er produktinformasjon til allergikere.

### Drikkevann

Vannbårne sykdommer er årsak til et stort antall sykdomstilfeller på grunn av smittestoffer. Det nye statlige Mattilsynet vil ha et større ansvar for drikkevannsforvaltningen enn dagens næringsmiddeltilsyn. Økt tilsyn med vannverkene vil være nødvendig for å oppnå bedre etterlevelse av regelverket. Program for vannforsyning skal videreføres med årlige bevilgninger i første omgang fram til 2005. Nasjonalt folkehelseinstitutt er sekretariat for programmet.

## 7.5 Arbeidsarenaen

Arbeidsliv og næringsliv preges av store endringer. Færre arbeider i tradisjonelle industriyrker og flere innen tjenesteyting, og spesielt innenfor omsorgsykker. Mens deler av arbeidslivet fortsatt sliter med tradisjonelle fysisk-kjemiske arbeidsmiljøproblemer, kan vi registrere nye utviklingstrekk som

- økt intensivitet (tempo, informasjonsmengde, omstilling/læringsbehov)
- økt kompleksitet (arbeidsformer, styringsformer, eierformer)
- opphevelse av grenser (mellom nasjoner, kunde og produsent, jobb og fritid)

De fleste norske arbeidstakere opplever et positivt arbeidsmiljø og lite trakassering eller mobbing. Jobben er en kilde til overskudd, arbeidsmengden er passende og de har en tilfredsstillende fleksibilitet og kontroll over arbeidet. Omtrent en tredjedel (omkring 700 000 arbeidstakere) opplever imidlertid ikke situasjonen slik.

I følge Sandmanutvalget (NOU 2002:27) tyder lite på at det fysiske arbeidsmiljøet har forverret seg de siste årene. Derimot er det tegn på at flere opplever jobbsituasjonen som negativt stressende – noe som kan være en medvirkende årsak til økningen i sykefravær og uførepensjonering. Et psykisk belastende arbeidsmiljø kan henge sammen med dårlig organisering og tilrettelegging, tidspress, dårlige samarbeidsforhold, kryssende forventninger og mobbing og vold på arbeidsplassen. Vanskelige omstillinger og nedbemanning kan bryte ned relasjoner og skape

utrygghet. Stadig flere har et arbeid som innebærer samspill med kunder, pasienter, brukere eller elever. Arbeidstakere med «relasjonelt arbeid», føler seg ofte mentalt slitne og tenker mye på arbeidet i fritiden. Det gode arbeidsfellesskap som finnes i store deler av arbeidslivet, er imidlertid en buffer mot problemer og en kilde til overskudd. Utviklingen synes ikke å være entydig negativ eller positiv. Det er imidlertid de organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorene som utgjør den største utfordringen i dag.

I likhet med Sandman-utvalget ser regjeringen arbeidslivet som den viktigste arenaen for å redusere utstøting. Målet er et langt mer inkluderende arbeidsliv - det skal gi plass til alle. Terskelen inn må senkes, mens terskelen for å falle ut skal heves. Arbeidsmiljøloven er her et viktig virkemiddel. Skal målene nås, fordres imidlertid også ansvarsbevisste arbeidsgivere og arbeidstakere og gode samarbeidsrelasjoner.

Utgangspunktet for Arbeidstilsynets arbeid er arbeidsmiljølovens målsettinger. Loven sier at virksomhetene skal kartlegge arbeidsmiljøet og sette i verk tiltak, og at arbeidet skal tilrettelegges slik at arbeidstakeren ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger. Undersøkelser viser at det er store forskjeller mellom bransjer og mellom små og store virksomheter når det gjelder hvor langt de har kommet med å realisere målsettingen om et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

### Boks 7.9 Fakta – Utviklingstrekk i arbeidslivet

- Sykefraværet og nytilgangen til uførepensjon har økt kraftig på slutten av 1990-tallet. Sykefraværsprosenten er nå høyere enn noengang. Utgiftsveksten her har de siste årene lagt beslag på om lag en tredjedel av utgiftsveksten i de offentlige budsjettene.
- Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser dominerer, med nærmere 7 av 10 sykemeldinger i 2001 og 6 av 10 nye uføretrygdede i 2000. Disse diagnosene kan i noen grad knyttes til forhold i arbeidet.
- 37 mennesker døde i arbeidsulykker i 2001. Det har vært en nedgang i tallet på dødsulykker de seneste årene. Levekårsundersøkelser viser at også antallet arbeidsskader går ned.

**Boks 7.10 Fakta – Sykdoms og skadeforebyggende arbeid**

- Et flertall av norske virksomheter med mer enn 10 årsverk arbeider systematisk med helse, miljø og sikkerhet (HMS) - også kjent som internkontroll. Siden innføringen av internkontroll i 1992 har dette blitt introdusert i alle bransjer, men sterkest og raskest blant de største virksomhetene.
- Øvrige ressurser som arbeidsmiljøutvalg, verneombud, opplæring i HMS og tilknytning til verne- og helsepersonale er mer stabile over tid.
- Anslagsvis åtte av 10 virksomheter er små bedrifter med under 10 ansatte. 78 prosent av disse har ikke bedriftshelsetjeneste.

Tilsynet legger nå økt vekt på informasjon og veiledning, selv om kontrollaspektet fortsatt vil være det mest sentrale. Etaten skal utvikles til en kunnskaps- og kompetanseetat for forståelse av utviklingen i arbeidslivet. I tilsynets nye strategiske plan er det en sterkere prioritering av psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og ergonomisk tilrettelegging, med henblikk på omfanget av muskel- og skjelettlidelser, stress og psykososiale problemer. Det skal utvikles nye metoder for informasjon, veiledning og tilsyn som fokuserer på slike problemer. I 2003 er det bevilget 10 millioner kroner til arbeidet med ergonomi og muskel-skjelettlidelser.

Arbeidslivslovutvalget som ble nedsatt i 2001, skal arbeide fram til 1 desember 2003. Utvalget er sammensatt av representanter for partene i arbeidslivet og av eksperter. Det skal bidra til et enklere regelverk, videreutvikle loven slik at den bedre bidrar til et arbeidsliv med plass for alle, og tilpasse den til utviklingen i arbeidslivet. Utvalget skal vurdere bestemmelsene om forebygging og systematisk HMS-arbeid med sikte på å klargjøre arbeidsgivers og arbeidstakers plikter, og vurdere styrking av lovverket som kan bidra til å bedre forebyggingsarbeidet på arbeidsplassen og redusere slitasje og helseskader.

Vi kan iaktta en utvikling mot større forskjeller i arbeidsmiljø og arbeidsvilkår blant grupper av arbeidstakere. Det er også store forskjeller i arbeidsmiljøarbeidet, bl.a. mellom bransjer og mellom små og store virksomheter. Det viktigste virkemiddelet for å utjevne ulikheter er lovens minimumskrav til arbeidsmiljø, som alle skal opp-

fylle. Arbeidstilsynets risikobaserte tilsyn har også en utjevne funksjon, ved at søkelyset rettes mot bransjer og virksomheter hvor situasjonen og viljen til å gjøre noe med problemene er minst – dvs. der etatens innsats vil ha størst betydning for de mest risikoutsatte arbeidstakerne.

Risikovurderingen vil innebære at det rettes et spesielt fokus på kvinnedominerte bransjer. På bakgrunn av kunnskap om ergonomiske og organisatoriske belastninger gjennomføres det nå for eksempel landsdekkende kampanjer i hjemmebaserte tjenester og nærings- og nytelsesmiddelindustrien.

Det er generelt viktig at også kjønnsespesifikk kunnskap om arbeidshelse og arbeidsmiljø legges til grunn i overvåkingssystemer, utforming av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid og planlegging og organisering av arbeid, og utvikling av internkontrollsystemer som er tilpasset pleie- og omsorgssektoren.

Pleie- og omsorgssektoren og deler av service-næringen er sektorer dominert av kvinner. Omsorgsyrkene sysselsetter ca. 40 prosent av kvinnelige arbeidstakere i Norge. Disse yrkene karakteriseres ved tungt arbeid og liten kontroll over egen arbeidssituasjon. Dette er også yrker med høyt sykefravær.

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell har et særlig fokus på alle yrkesgruppene som har sin arbeidsplass i pleie- og omsorgstjenestene. Planen har bidratt til kompetanseheving for alle yrkesgrupper innen sektoren, og det er overført betydelige midler til kommuner og høgskoler.

Arbeidsmiljøloven har et sterkt fokus på risiko, beskyttelse og negative påvirkningsfaktorer. Mye er oppnådd når det gjelder å beskytte arbeidstakere mot fysiske risikofaktorer. Mulighetene arbeidslivet gir for å fremme helse, har imidlertid kommet noe i skyggen av dette. I tillegg til sykdomsforebyggende tiltak, er det i arbeidsmiljøpolitikken framover behov for å rette et skarpere søkelys mot de positive faktorene i arbeidsmiljøet, og å gjøre disse til en tydeligere del av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. I november 2002 samarbeidet bl.a. Statens arbeidsmiljøinstitutt, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Helsedepartementet, Landsorganisasjonen og Næringslivets Hovedorganisasjon om en nasjonal konferanse om hvordan helsefremmende arbeidsplasser kan utvikles i Norge.

De samme risikobetraktningene som styrer prioriteringen av tilsynsvirksomheten, legges til grunn for vurdering av hvilke bransjer som skal ha bedriftshelsetjeneste. Problemstillinger knyt-

tet til den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten drøftes nå i det partssammensatte Arbeidslivsutvalget. Hvilke bransjer som skal ha plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste, vil bli vurdert etter at utvalgets innstilling foreligger i desember 2003.

Kvinnehelseutredningen (NOU 1999:13) foreslo et mer generelt sykdomsvilkår som ikke diskriminerer belastningslidelser ved vurdering av rett til yrkesskadeerstatning. Arbeidsulykker, såkalte yrkesskader, gir i dag særfordeler etter folketrygdloven og rett til erstatning etter den nye arbeidsgiverfinansierte yrkesskedeforsikringsloven. Enkelte arbeidsrelaterte sykdommer er gjennom forskrifter likestilt med yrkesskade, bl.a. yrkesbetinget kreft. Derimot har arbeidsrelaterte sykdommer som utvikles over tid, for eksempel belastningslidelser, trygdedekning som sykdommer ellers. Dette er arbeidsrelaterte sykdommer som det vanligvis er mulig å motvirke med forebyggende tiltak.

Det er nedsatt et offentlig utvalg som bl.a. skal vurdere om folketrygdens særfordeler ved yrkesskade bør slås sammen med den forsikringsbaserte ordningen. Utvalget som ledes av professor dr. juris. Asbjørn Kjønstad, skal avggi sin innstilling i mai 2003. På denne bakgrunn bør det ikke gjøres endringer på yrkesskadeområdet før det er tatt stilling til den framtidige finansiering, organisering og administrasjon av særordninger på dette felt.

### *Nærvær og inkludering*

Sandman-utvalget vurderte årsaker til økningen i sykefraværet og uførepensjonering og tiltak som kunne bidra til å motvirke utviklingen. Det understreket at tiltak må bidra til å forsterke arbeidstakerenes tilknytning til arbeidslivet. Det er iverksatt en rekke tiltak i tråd med utvalgets forslag (Ot. prp. nr. 18 2002-2003).

Regjeringen har nylig fremmet en proposisjon for Stortinget som bl.a. foreslår en tydeliggjøring av arbeidsgivers plikter til systematisk sykefraværsoppfølging og tilrettelegging for arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Det foreslås å innføre en ny plikt til å utarbeide oppfølgingspla-

ner for syke arbeidstakere og en presisering av arbeidstakers medvirkningsplikt. Fordi temaene vil være sentrale i det pågående utvalgsarbeidet for å revidere arbeidsmiljøloven, forutsettes det at lovendringene vil være midlertidige.

Høsten 2001 ble Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv inngått mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. Avtalen gir partene et større handlingsrom og stiller flere virkemidler til rådighet. Det offentlige støtter i større grad opp om arbeidslivets egeninnsats. Regjeringen og partene er blitt enige om å redusere sykefraværet med minst 20 prosent i avtaleperioden, å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne og å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen fra arbeidslivet.

For å støtte opp om denne dugnaden, er Regjeringen og partene blitt enige om en tiltakspakke. Avtaleperioden er vel fire år. Ved den første milepælen, andre kvartal 2003, skal avtalen grundig evalueres. Er det åpenbart ikke mulig å nå målene med avtalte virkemidler, vil avtalen opphøre med mindre partene blir enige om noe annet. Regjeringen har derfor oppfordret partene og den enkelte virksomhet til et felles løft for å få flere arbeidsplasser til å bli inkluderende arbeidslivsvirksomheter.

Å ha og beholde et arbeid er viktig for den enkeltes verdighet og selvrespekt, for deltakelse i et sosialt liv og for å motvirke sosial utestenging og fattigdom. Også arbeidsmarkedspolitikken har derfor en viktig funksjon i et bredt folkehelsearbeid.

I dagens krevende arbeidsliv er det flere grupper som får problemer med å skaffe eller å bli værende i en jobb – bl.a. ungdom som dropper ut av videregående skole, andre med svak utdanning, innvandrere, eldre og yrkeshemmede. Mange trenger imidlertid personlig og ofte relativt omfattende oppfølging for å komme i arbeid. For disse foretar Aetat en kartlegging og avklaring av kompetanse og forutsetninger, gjerne knyttet til en handlingsplan. For å styrke mulighetene på arbeidsmarkedet gjennomføres ulike arbeidsmarkedstiltak. Tiltakene retter seg i hovedsak inn mot opplæring og arbeidstrening.

### **Boks 7.11 Tiltak – Arbeidsarenaen**

Regjeringen vil:

- Iverksette og evaluere tiltakspakke om et inkluderende arbeidsliv, som regjeringen og partene i arbeidslivet er enige om:
- Gi trygdeetaten et utvidet ansvar for oppfølging av sykefravær og bedriftsintern attføring.
- Arbeidsgiver får kompensert merinnsats og merutgifter til bedriftsinterne tilretteleggingstiltak.
- Arbeidstakerne og legene har plikt til å gi arbeidsgiveren opplysninger om funksjonsevne.
- Folketrygden dekker utgifter til sykepenger i arbeidsgiverperioden når årsaken til sykefravær er svangerskap og omplassering ikke er mulig.
- Arbeidsgiveravgiften for arbeidstakere over 62 år er redusert. I tillegg tilgodeses virksomheter som inngår avtale med trygdekontoret om å bli «inkluderende arbeidslivsvirksomheter».
- Tydeliggjøre arbeidsgivers plikter til systematisk sykefraværsoppfølging og tilrettelegging for arbeidstakere med redusert funksjonsevne (Ot. prp. nr. 18 2002-2003)
- Utrede en helhetlig og framtidig seniorpolitikk med fokus på befolkningsgruppen 50-74 år. Forholdet mellom arbeidslivet og pensjonssystemet vil bli tillagt særskilt vekt.
- Styrke mulighetene for grupper som stiller svakt gjennom en aktiv arbeidsmarkedspolitik. Aetat står for den operative gjennomføringen.

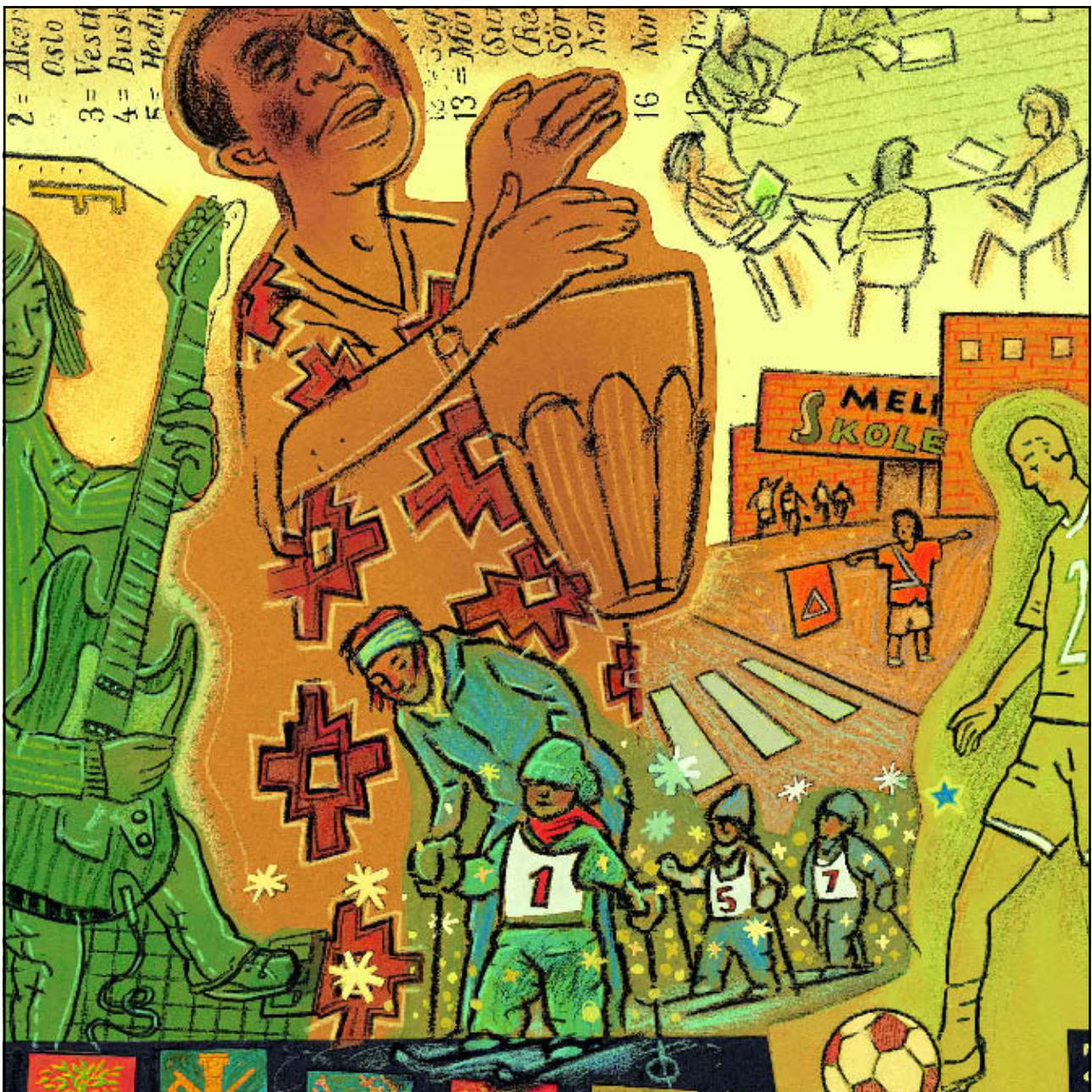
*Del II*  
*Bygge allianser for folkehelse*





## 8 Sammen om folkehelsen

«Målet er et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid.  
Skal vi lykkes må mange aktører i samfunnet mobiliseres.»



Figur 8.1 Sammen om folkehelsen

Påvirkningsfaktorene på helsen befinner seg i alle samfunnssektorer. Folkehelsearbeidet favner derfor langt bredere enn det helsesektoren skal ta seg av. Arbeidet er nødvendigvis tverrfaglig, sektorovergripende og avhengig av politisk forankring og vilje på alle nivåer. Frivillige aktører er sentrale alliansepartnere for det offentlige.

Mange av forholdene som påvirker helsen ligger utenfor lokaldemokratiets rekkevidde. Statens ansvar for å synliggjøre helsekonsekvenser i alle sektorer er derfor sentralt. Innen folkehelsearbeidet er det samtidig viktig å betrakte stat og kommune, offentlig og frivillig sektor som partnere som skal dra i samme retning. Vi skal jobbe for det samme, men ha ulike roller og ansvar. Det kanskje viktigste perspektivet for den statlige folkehelsepolitikken vil være å legge rammebetingelsene til rette og å bistå og støtte de lokale aktivetene.

I NOU 1998:18 *Det er bruk for alle* blir det understreket at skal folkehelsearbeidet gi resultater, må det forankres lokalt. Det er i kommuner og lokalsamfunn at folkehelsen utvikles og vedlikeholdes fordi det er her folk virker og bor. Fra svært mange hold pekes det imidlertid på et gap mellom idealer og realiteter på det lokale nivået. Det foregår svært mye positivt lokalt folkehelsearbeid, og det er mye lokal entusiasme og kreativitet. NOU 1998:18 gir ikke minst en lang rekke eksempler på dette. Det synes likevel å være konsensus om at dette er spredte eksempler, og at arbeidet ikke i tilstrekkelig grad preges av forankring, kontinuitet og systematikk. NOU 1998:18 slo fast at folkehelsearbeidet i stor grad dreier seg om politiske valg og prioriteringer og at det er nødvendig med mer varige strukturer for organisering av folkehelsearbeidet.

Det er en rekke utfordringer knyttet til folkehelsearbeid lokalt. Noen er knyttet til i hvilken grad kommunene ser seg tjent med å prioritere forebyggende helsearbeid, når konsekvensene av passivitet i stor grad gjenfinnes i statens trygde- og sykehusbudsjetter. Kommunene er også under press fra bl.a. en voksende pleie- og omsorgssektor som nødvendigvis må ta mye av oppmerksomheten og energien.

Kommuner og fylkeskommuner som har kommet langt når det gjelder et bredt, tverrsektorielt folkehelsearbeid, er kjennetegnet ved at de sørger for forankring av arbeidet i politisk og administrativ ledelse samt i de overordnede plansystemene. Frivillig sektor og befolkningen selv er aktive deltagere i tiltaksutformingen.

Regjeringen vil legge føringer for folke-

helsearbeidet slik at det som i dag er for ekstraordinært og tilfeldig, framover blir noe som har forankring i de ordinære politiske og administrative prosessene. Folkehelsearbeidet skal gi rom for ildsjelene, men ikke være avhengig av dem. Det skal bevege seg fra det prosjektbaserte til det integrerte. En viktig strategi for å oppnå dette vil være å stimulere til partnerskap for folkehelse mellom stat, fylkeskommuner og kommuner i samarbeid med næringsliv, frivillige organisasjoner, arbeidslivets organisasjoner og høyskole- og forskningsmiljøer.

## 8.1 Partnerskapsmodellen i lokalforvaltningen

Regjeringen ønsker å stimulere til en nasjonal, offentlig folkehelsekjede, som også skal være et utgangspunkt for å etablere et langt mer systematisk samarbeid med frivillige organisasjoner, utdanningsinstitusjoner og andre instanser. Det lokale leddet vil være det viktigste i denne kjeden. Folkehelsekjeden med regionale partnerskap kan favne om alle temaer i folkehelsearbeidet. For at dette skal kunne være livskraftig, viser erfaringer at nødvendige støttefunksjoner må være på plass.

Fylkeskommunen kan innta en sentral rolle i folkehelsearbeidet gjennom sin posisjon innen regional planlegging og som regional utvikler. Vi har flere eksempler på at fylkeskommuner har tatt en aktiv pådriverrolle – at de har vært fødselshjelper og motor for systematisk og vedvarende positivt folkehelsearbeid i en rekke av kommunene. Dette engasjementet knyttes til ansvar for samfunnsplanlegging og samfunnsutvikling, noe som gir en helhetlig og meningsfull innfallspport til folkehelsearbeid. Folkehelsearbeidet handler ikke minst om hvordan utvikle gode og inkluderende lokalsamfunn, hvordan tilrettelegge for fysisk aktivitet i dagliglivet, hvordan kultur og helse henger sammen, og om skolene som helsefremmende arenaer. Fylkeskommunen har også en bistands- og rettledningsplikt overfor kommunene når det gjelder kommuneplanarbeidet. Det er derfor naturlig å spille på regionale utviklingsaktører.

Fylkesplanen skal samordne statens, fylkeskommunens og hovedtrekkene i kommunenes virksomhet i fylket. Denne kan videreutvikles som et operativt verktøy i regionalt folkehelsearbeid fordi den skal være samordnende, fordi den utformes på en arena der kommune og fylkeskommuner møtes, og fordi den er et naturlig

**Boks 8.1 Eksempel – Østfoldprogrammet**

- Østfold har gjennom sitt Folkehelseprogram klart å etablere et kontinuerlig og godt organisert folkehelsearbeid, gjennom det som kalles en «Folkehelsekjede».
- Ti kommuner sammen med fylkeskommunen har inngått en «folkehelseavtale» om å gjennomføre folkehelsemålene i fylkesplanen «Østfold 2000+». Avtalen har et utgangspunkt i statlige satsinger og politikk, men er tilpasset regionale og lokale utfordringer og behov. Programmet gir gjensidige forpliktelser mellom likeverdige parter. Formålet er å redusere den totale risikobelastningen befolkningen utsettes for og vise at folkehelsearbeid gir positive resultater for den enkelte og samfunnet.
- Hovedmålene er å:
  - Fremme en helhetstenkning der folkehelseperspektivet er med i all planlegging.
  - Skape grunnlag for samarbeid på tvers av sektorer, nivåer og profesjoner.
  - Utvikle praktiske metoder i folkehelsearbeidet.
  - Mobilisere nærmiljøene til innsats.
  - Bygge opp kunnskap.
  - Dokumentere effekten av innsatsen.
- Fylkeskommunens og kommunenes deltakelse er forankret i fylkestings- og kommunestyrevedtak. Sentralt sitter et Samhandlingsforum satt sammen av representanter fra statlige, fylkeskommunale og kommunale instanser. Arbeidslivs- og frivillige organisasjoner deltar også.
- Fylkeskommunen delfinansierer programmet og har hovedansvar for koordinering og kvalitetssikring av planutvikling, kontroll, oppfølging og rapportering. Et fylkeskommunalt sekretariat er ansvarlig for den daglige drift og ledelse.
- Kommunene forplikter seg til å synliggjøre folkehelsearbeidet i egne planer på kort og lang sikt, og de har ansvar for planlegging, medvirkning og medfinansiering av lokale prosjekter. Kommunene har folkehelsekomiteer, og en lokal folkehelsekoordinator i hel eller delt stilling.
- Gjennom strategiene «Trygge», «Sunne» og «Levende Østfold» blir folkehelsemålene satt ut i livet. Bl.a. skal antall røykere i Østfold reduseres fra 37 prosent av befolkningen til 25 prosent. I samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen skal det etableres Folkestier i Østfold for å få folk i bevegelse.

utgangspunkt for å opprette forpliktende samarbeidsavtaler på tvers av nivåer og sektorer.

Partnerskap tar utgangspunkt i likeverdighet, klare avtaler og tydelige, gjensidige forventninger og forpliktelser. Med dette som utgangspunkt vil det være en statlig strategi for folkehelsearbeidet framover å stimulere til regionale partnerskap og nettverksbygging, der fylkeskommunen ivaretar oppgaver av interkommunal karakter.

Der regioner ønsker å satse forpliktende, systematisk og langsiktig som folkehelsepartner, ønsker regjeringen på sin side å tre støttende til. Der de lokale politiske nivåene er villige til å satse, vil staten også stille opp. Partnerskap med regionale nettverk eller kjeder vil innebære følgende forpliktelser fra statens side:

- *For det første* vil det bli stilt til rådighet stimuleringsmidler som et motsvar til lokale ressursinnsatser.
- *For det andre* vil den lokale formidlingen av midler knyttet til tematiske, nasjonale satsin-

ger (for eksempel som gjennom Nasjonal kreftplan) utløses gjennom det regionale partnerskapet.

- *For det tredje* vil regionalt folkehelsearbeid bli tilgodesett når det gjelder faglig støtte og rådgivning fra sentralt hold. I Sosial- og helsedirektoratet og ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt er det samlet svært mye kompetanse som framover skal utnyttes bedre til fordel for det lokale og regionale folkehelsearbeidet. Sosial- og helsedirektoratet skal bidra til å iverksette nasjonal politikk. De statlige etatene skal ha støttefunksjoner – fungere som kompetansesentre og pådrivere - for de lokale og regionale nivåene. Viktige oppgaver vil være kunnskaps-håndtering – å samle og spre kunnskap om effekter av forebyggende tiltak, formidling av eksempler og utvikling og formidling av verktøy for arbeidet. Det vises til kapittel 10 for en nærmere omtale av dette.

En vesentlig suksessfaktor for folkehelsearbeid er en tydelig og forpliktende forankring i kommunene. Erfaringer fra *Lokal Agenda 21* viser at administrativ kapasitet i form av miljøvernmedarbeider i kommunene var avgjørende for det lokale arbeidet. I en presset situasjon, der mye handler om å levere lovpålagte tjenester innenfor stramme økonomiske betingelser, viser erfaringene at det må avsettes spesielle ressurser for å gi mulighet for et tverrsektorielt folkehelsearbeid. En koordinator for folkehelse kan bidra til å utløse lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid, og koordinere ulike aktørers innsats. En folkehelsekoordinator fungerer som «lim» i det lokale folkehelsearbeidet.

Forventninger til det lokale partnerskapet vil være:

- ivaretagelse av lokale koordinatorfunksjoner som er sentralt administrativt forankret og har nærhet til det politiske nivået
- en organisering som ivaretar det tverrsektorielle perspektivet
- politisk forpliktelse og forankring av virksomheten i kommunenes og fylkeskommunens planverk
- at en utvider samarbeidet til også å omfatte andre viktige aktører.

Det er vesentlig at det regionale partnerskapet inkluderer alle krefter som kan bidra i folkehelsearbeidet. Det gjelder ikke minst de frivillige organisasjonene som må trekkes med i ulike former for samarbeid og partnerskap. Det er grunn til å anta at en ryddig folkehelsekjede innen det offentlige vil gi et langt bedre grunnlag for frivillige organisasjoner til å kaste inn sine krefter i samordnede innsatser.

De gode erfaringene fra bl.a. LA21-arbeidet tilsier at også Kommunenes sentralforbund (KS) vil kunne være en viktig partner i dette arbeidet. Det vil derfor legges vekt på å invitere KS med når folkehelsekjedene skal etableres.

#### *Folkehelserådgivere i alle fylker*

Fra begynnelsen av 1990-årene har fylkeslegene vært involvert i statlige programmer knyttet til folkehelsearbeid - *Samlet plan, Aksjonsprogrammet barn og helse* og *Nasjonalt kreftplan*. I tilknytning til programmene har det vært tilsatt rådgivere som formidlere og pådrivere innen feltet. Rådgiverne er nå permanente stillinger i den regionale statsforvaltningen.

Fylkeslegen og Statens utdanningskontor inte-

greres i fylkesmannsembetet og utgjør et samlet embete fra og med 1. januar 2003. Sammenslåingen gir den statlige forvaltningen et bedre utgangspunkt for å bidra til det lokale folkehelsearbeidet. Når regional stat samles under én paraply, kan staten i større grad samordne sin virksomhet, og derved bedre samarbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. En bredere plattform blant annet innen miljø og helse, vil gjøre det nye fylkesmannsembetet til kompetente regionale rådgivningsorgan i folkehelsearbeidet.

Det kan være enkelte begrensninger i den rolle fylkeslegen i dag har som pådriver for lokalt folkehelsearbeid. Statlige instanser på fylkesnivå kan ha en «sektor-slagside», noe som kan være problematisk i et folkehelsearbeid som har en utpreget tverrsektoriell karakter. Det kan videre være vanskelig å balansere en pådriver- og rådgiverrolle innen folkehelsearbeidet med embetets myndighetsutøvelse overfor kommunene og tilsyn med helsetjenester.

Ved å stimulere kommunesektoren til partnerskap som angitt ovenfor, ønsker regjeringen å understreke at folkehelsearbeid er noe som bør inngå i de lokale demokratiske prosessene. Partnerskapsarbeid i fylkene innebærer en ny rolle for dagens forebyggingsrådgivere hos fylkeslegene. Forebyggingsrådgiverne skal forme sin nye rolle som *folkehelserådgivere* til støtte for partnerskapet og de aktiviteter som partnerskapet prioriterer. Rådgiverne skal bidra til å koordinere folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. De skal formidle kunnskap, kompetanse og statlig politikk. De skal være en støtte i et tverrsektorielt folkehelsearbeid som arbeider nedenfra og opp. Dette betyr at fordelingen av midler knyttet til tematiske, nasjonale satsinger (som for eksempel gjennom dagens *Nasjonalt kreftplan*) skal skje gjennom det regionale partnerskapet. Fordi rådgiverne vil være

#### **Boks 8.2 Tiltak – Partnerskapsmodell i lokalforvaltningen**

Regjeringen vil:

- Stimulere utvikling av lokale og regionale partnerskap for å styrke infrastrukturen for folkehelsearbeidet, og for å gi arbeidet en sterkere lokal og demokratisk forankring. Dette vil innebære en omfattende alliansebygging både mellom ulike offentlige etater, og mellom offentlige instanser, det frivillige Norge og næringslivet.

lokalisert i et helsefaglig miljø, vil de være pådriverer for at folkehelsearbeidet baseres på oppdatert helsefaglig kunnskap.

## 8.2 Et kommune- og oppgaveperspektiv

Regjeringen vil med denne meldingen fremme et kommuneperspektiv framfor et sektorperspektiv på folkehelsearbeidet. Det er nødvendig å klargjøre kommunens totale og helhetlige politiske ansvar for folkehelsearbeidet.

Tidlig på 1990-tallet gjennomførte sentrale myndigheter det omfattende, 5-årige programmet *Samlet Plan for helsefremmende og forebyggende tiltak*. 140 millioner kroner ble fordelt på 353 prosjekter i 141 kommuner. Erfaringene viste at de prosjektbaserte innsatsene i stor grad ble midlertidige aktiviteter utenfor de ordinære kommunale prosessene – og utenfor politikernes synsvidde. Aktiviteten fikk en særegen organisering og ble i for liten grad en integrert del av kommunens generelle arbeid. Forankring i et lokalt helsetjenestesystem frikoblet fra det øvrige kommunale systemet er et ugunstig utgangspunkt for å utvikle det lokale folkehelsearbeidet.

Et helhetlig kommuneperspektiv på folkehelsearbeidet vil innebære at kommunehelsetjenesteloven i større grad bør tilpasses kommuneloven. Dette vil ikke innebære nye oppgaver, men en klargjøring av kommunens – i motsetning til helsetjenestens – oppgaver og ansvar.

I forlengelsen av dette ønsker regjeringen også å klargjøre oppgaver framfor å peke ut bestemte lokale aktører eller profesjonsgrupper. Det viktige er hva som skal gjøres – og ikke hvem i kommunen som gjør det.

## 8.3 Folkehelse i samfunnsplanleggingen

En forutsetning for at folkehelse skal forankres politisk og administrativt i kommuner og fylkeskommuner er at folkehelse inngår i sentrale plan- og beslutningsprosesser. Erfaringene med helsetjenesten i kommunene viser at dette arbeidet er for isolert. I Samlet Plan-perioden utviklet for eksempel en del kommuner egne planer innen miljørettet helsevern. Disse var imidlertid i liten grad integrert i kommunenes overordnede plan- og beslutningsprosesser og ble derfor i liten grad fulgt opp.

Planleggere trenger innspill fra helsetjenesten om helsetilstand og om forhold som har innvirkning på helse, men aktører innenfor helsesektoren mangler ofte kompetanse til å gi systematiske bidrag i slike planprosesser. Fylkeslegenes tilsyn viser at helsetjenesten trenger støtte for å realisere intensjonen om å gi systematiske bidrag i planprosesser, og for å fungere som pådriver overfor andre sektorer slik §1-4 i kommunehelsetjenesteloven forutsetter. Der helsepersonell har denne kompetansen, uttrykker de at planregelverket ikke er tydelig nok når det gjelder hensyn til folkehelsen.

### 8.3.1 Plan- og bygningsloven

Plan- og bygningsloven er den sentrale loven for samordnet, sektorovergripende samfunns- og arealplanlegging i kommunene. Kommuneplanarbeid skal være hovedarenaen for prioritering i kommunene og omfatter både utviklingen i kommunen som helhet, de enkelte sektorer og virksomhetsområder. Plankrav i sektorlover bør derfor begrenses. Med Ot.prp. nr. 54 (2001-2002) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og enkelte andre lover* foreslår regjeringen å oppheve lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene og de fleste planbestemmelsene i helsetjenestelovgivningen rettet mot kommunesektoren.

Planlovutvalget sluttuttreder i disse dager forslag til endringer i plan- og bygningsloven og vil komme med forslag til lovendringer ved sin andre og avsluttende delutredning. I sin første delutredning NOU 2001:7 *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven* drøfter utvalget viktige sektorinteresser og deres forhold til planlegging etter plan- og bygningsloven. Utvalget uttrykker at de er «innstilt på at plansystemet skal utformes på en måte som gjør det til et godt egnet redskap for å ivareta og samordne alle de ulike interessene som er nødvendige ledd i planleggingen og utviklingen av samfunnet.» Utvalget trekker videre fram to forutsetninger for å nå målet om at planlegging skal virke samordnende: «For det første må alle viktige interesser og sektorinteresser delta i planleggingen. For det andre må vedtatt plan legges til grunn og følges av sektormyndighetene når de skal treffe vedtak etter egen lovgivning».

Det er viktig å slå fast at folkehelse må være et hovedhensyn ved all areal- og samfunnsplanlegging. Dette må gå klart fram av plan- og bygnings-

loven, og regjeringen går inn for at hensynet til folkehelse skal gå fram av lovens formålsparagraf.

### 8.3.2 Helseprofiler (kommunehelsetjenestelovens §1-4)

Kommunene trenger støtte for å kunne sette folkehelse spørsmål på dagsordenen på en meningsfull måte. Det er nødvendig å utvikle planprosesser og en bedre plan- og prosesskompetanse som gjør at folkehelse spørsmål blir gjenstand for politisk og folkelig debatt i kommunene. §1-4 i kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som virker inn på denne. Det er utviklet flere helseprofiler i Norge som har vært nyttige for kommunene, bl.a. Helse- og levekårsatlas for Hordaland og Norge, Østfold helseprofil, Oslo-helsa, Helseprofil i Akershus, Norgesprofilen 2000 og Helseprofil for Oslo fra høsten 2002. Det er imidlertid et generelt behov for verktøy og en metodisk bedre som kan frambringe grunnlagsmateriale for beslutninger.

*For det første* handler dette om å sammenstille objektiv statistikk om helsetilstand og forhold som påvirker denne. Det eksisterer allerede mange kilder som for eksempel Styrings- og informasjonssystemet («hjulet») for helse- og sosialtjenesten i kommunene, Kostra (kommune-stat-rapportering) og Norgeshelsa. Problemet for kommunene er at informasjonen er for lite samordnet og tilgjengelig. Anvendelig statistikk er avgjørende for en god planlegging av kommunenes tjenester og aktiviteter for befolkningen.

*For det andre* handler det om hvordan den kunnskapen de kommunale helsetjenestene har om helsetilstanden og de faktorer som virker inn på denne, skal formidles og legges til grunn i kommunens sentrale plan- og beslutningprosesser. Hvis skolehelsetjenesten for eksempel avdekker en stor økning i rusmisbruk og mobbing i skolen, samtidig som elevene gir uttrykk for at de mangler arenaer for sosialt samvær etter kommunens nedtrapping av ungdomstilbud, bør dette være en informasjon som tilflyter kommunen sentralt. Det samme gjelder dersom det lokale miljørettede helsevernet gjennom tilsyn registrerer en gjennomgående forverring av støysituasjonen, en forbedring når det gjelder ulykkesforebyggende arbeid i barnehager eller en bekymringsfull utvikling når det gjelder renhold i kommunale skoler.

*For det tredje* dreier det seg om å få en oversikt

over hvordan innbyggerne i kommunen opplever egen helse og kommunens tilrettelegging. Ved planlegging i samspill med befolkningen legges forholdene til rette for en felles innsats som forplikter mange aktører. En god begynnelse for å mobilisere befolkningen er å spørre innbyggerne selv. Den oversikten som slike undersøkelser gir, vil være et viktig grunnlag for kommunens politikk og tiltaksutforming. Slike undersøkelser vil i tillegg være et viktig signal om at det offentlige tilstreber en mer likeverdig dialog med innbyggerne.

Skal § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven i større grad følges opp, er det behov for veiledning og redskaper på alle de tre områdene som er nevnt over.

#### Boks 8.3 Tiltak – Folkehelse i samfunnsplanleggingen

Regjeringen vil:

- Gå inn for at hensynet til folkehelsen skal gå fram av plan- og bygningslovens formålsparagraf. Dette skal følges opp med systematisk oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren.
- Videreutvikle Norgeshelsa i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt til å bli et samordnende verktøy overfor kommunene. Kommunene må kunne gå inn i Norgeshelsa og hente ut helseprofiler for sine kommuner. Slike profiler vil også kunne gi muligheter for sammenligninger mellom kommuner. Det skal utvikles forslag til forskjellige datasett til bruk i forskjellige sammenhenger (for eksempel for planlegging av tjenester og planlegging av forebyggingsaktiviteter).
- Bygge videre på erfaringene fra arbeidet med Norgesprofilen 2000. I samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt skal Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner stimuleres til å videreutvikle undersøkelser med fokus på opplevd helse, og sørge for formidling (innhold, prosess og design) til andre kommuner.
- Sørge for veiledning til kommunene om helse i kommunal planlegging. Veiledningen skal inkludere hvordan helsetjenestens medvirkning i planarbeid kan skje.

## 8.4 Helse på vektskålen – en strategi for konsekvensutredninger og helse

Fordi svært mange av de faktorene som påvirker helsen befinner seg utenfor rekkevidden til helsesektoren selv, må hensyn til helse synliggjøres og ivaretas også i andre sektorer. Til dette trenger vi sektorovergripende verktøy. Konsekvensutredning (KU) er et slikt verktøy. Det kan gi systematisk oversikt over hvilke konsekvenser forskjellige beslutninger har for hele eller deler av befolkningen. En konsekvensutredning anviser ikke løsningen, men bidrar til et bedre opplyst beslutningsgrunnlag. Konsekvensutredninger innebærer å vurdere forhold som virker inn på helsen, som for eksempel

- livsstil (ernæring, tobakk, alkohol, fysisk aktivitet etc.).
- sosioøkonomiske faktorer (ulikhet, tilgang til helsetjenester, arbeidsmarked, fattigdom, sosial inkludering etc.).
- miljøfaktorer (forurensning, støy, ulykker, sosiale møteplasser, grønne «lunger» i byer og tettsteder, naturkontakt og andre fysiske, kjemiske, biologiske eller sosiale faktorer).

En kan også se på virkninger for spesielle grupper i befolkningen som måtte bli berørt (sårbare grupper, spesielle aldersgrupper, kjønn). En konsekvensutredning kan derfor hjelpe oss til å forutse om en beslutning vil føre til økte ulikheter i helse eller ikke.

Å utrede helsekonsekvenser betyr ikke at helse er et mål som overskygger alle andre samfunnsmessige mål. Helse må veies opp mot andre samfunnshensyn. Helsekonsekvensutredninger er derfor et middel til å sikre at helse legges på vektskålen når hensyn skal balanseres.

### 8.4.1 Typer av konsekvensutredninger og erfaringer

Vi kan skille mellom typer av konsekvensutredninger ut fra hva slags beslutning eller endring som vurderes. Et hovedskille går mellom enkelttiltak og prosjekter på den ene siden, og planer, programmer eller politikkenringer på den andre. De siste omtales som strategiske konsekvensutredninger. Både plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven hjemler konsekvensutredninger for enkelttiltak. På nasjonalt nivå har vi krav om strategiske konsekvensutredninger ved arbeid med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget (utredningsinstruksen).

### Konsekvensutredninger av enkelttiltak

Formålet med en konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven er å klargjøre virkninger av tiltak som kan ha vesentlige konsekvenser for miljø, naturressurser eller samfunn. Helse inngår her som et av hovedhensynene. I perioden 1991-1996 ble det i gjennomsnitt registrert 36 tiltak årlig som ble konsekvensutredet. I 2000 og 2001 var tallene hhv 68 og 53. Eksempler på tiltak som har vært utredet er vegprosjekter, kaianlegg, næringsutbygging, kraftverk, sykehusutbygging og avfallsdeponier. I 1997-1998 gjennomførte Riksrevisjonen en undersøkelse av miljømessige utredninger og konkluderte med at kravet om konsekvensutredninger «har ført til grundigere planlegging, flere tilleggsutredninger samt endringer i gjennomføringen og utformingen av tiltaket for å oppnå miljøforbedringer. Konsekvensut-

#### Boks 8.4 Eksempel – Helsekonsekvensutredninger

- I en del tilfeller har det blitt fattet vedtak om konsekvensutredning fra helsemyndighetenes side etter at en konsekvensutredning i henhold til plan- og bygningsloven er gjennomført:
- *Flystøysoner for Gardermoen*: Lokale helsemyndigheter fattet vedtak om konsekvensutredninger som ble påklaget av utbygger. Fylkesmannen var enig i at helsemessig konsekvenser måtte utredes bedre, men påpekte at dette burde skje som en del av utredningen i henhold til utredningsinstruksen når flystøysonene skulle fastsettes i en forskrift hjemlet i luftfartsloven. Dette ble fulgt opp i forskriftsarbeidet.
- *Nytt dobbeltspor for jernbanen*: Konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven var allerede godt i gang da lokal helsemyndighet i 1996 fattet vedtak om helsekonsekvensutredning. Jernbaneverket vurderte å påklage vedtaket, men gikk i dialog med Bærum kommune for å løse saken. Et hovedproblem var at det var få kompetente aktører som kunne påta seg utredningen og manglende metodegrunnlag for helsekonsekvensutredningen. Resultatet ble likevel en egen delutredning om helse. Det alternativet som kom best ut i denne, ble til slutt valgt.

**Boks 8.5 Eksempel – Helsekonsekvensutredninger i Nederland**

- Ut fra erkjennelsen av at folkehelsen påvirkes av politikkkutiformingen i flere departementer, ønsket Nederland i 1995 å utvikle metodikk for å identifisere departementsforslag som ville ha innvirkning på folkehelsen. Motivasjon sprang blant annet ut av studier om sosiale forskjeller i helse.
- Målene for å innføre helsekonsekvensanalyser var å:
  - påvirke politikkkutforming slik at hensyn til helse ble ivaretatt, dvs. å unngå helse-skade og om mulig oppnå forbedringer i folkehelsen
  - øke bevisstheten om langsiktige helseeffekter av nasjonale satsinger og veivalg.
  - etablere og opprettholde helse på dagsordenen.
  - øke sannsynligheten for at helsehensyn får oppmerksomhet.
- I 1995–1996 sluttet parlamentet seg til et forslag til en slik strategi fra helseministeren. Et «intersectoral policy office» ble etablert for å gjennomføre strategien for analyse av helsekonsekvenser. Metoder ble utviklet. Indikato- rer for risikofaktorer ble plassert i hoved- gruppene livsstil, fysisk miljø, sosioøkono- misk miljø og helsetjenesten.
- Helsekonsekvensutredninger har siden blitt utført som eksperimenter på forslag til miljø- skatter, planer om innføring av høyfartstog, tobakkspolitikk, alkohollovgivning m.m.
- Det ble også gjennomført helsekonsekvens- utredninger av statsbudsjettet i 1997, 1999, 2000 og 2001. Noen eksempler på temaer er: energiavgift (resulterte i kompensasjoner til kronisk syke og funksjonshemmede), stren- gere tobakksregelverk (synliggjorde at tap for tobakksindustrien ble kompensert økono- misk på samfunnsnivå og at det var gevinster å hente for politi og brannvesen) og liberali- sering av alkoholpolitikken (utredningen ble en motvekt til ensidig markedsvurdering).
- Arbeidet i Nederland er på forsøksstadiet. Det vurderes nå å få dette inn i fastere former.

redningsprosessen synes også å ha gitt økt fokus på miljø, høyere bevissthet om miljøeffekter og høyere engasjement hos berørte parter». Av negative sider trekker undersøkelsen fram svakheter ved oppfølgingen av tiltak i etterkant.

Det har lenge vært behov for å bedre ivareta helsehensyn i konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Noen helseaspekter har tradi- sjonelt vært ivaretatt, for eksempel støy og foru- rensning, hvor anbefalte eller fastsatte grensever- dier er basert på helserisiko. Håndteringen av hel- sehensyn har likevel vært fragmentert, tilfeldig og ufullstendig. Dette skyldes blant annet man- glende veiledning fra helsemyndighetenes side. Konsekvensutredninger er derfor et sentralt tiltak i Nasjonal handlingsplan for miljø og helse.

Vi har begrenset kjennskap til bruken av kon- sekvensutredninger etter kommunehelsetjeneste- loven. Sannsynligvis er bestemmelsen lite brukt, og da gjerne knyttet til arealspørsmål og fysiske miljøfaktorer.

Eksempelene (se boks 8.4) viser at conse- kvensutredninger i henhold til kommunehelsetje- nesteloven kan fungere som et sikkerhetsnett når helse ikke blir godt nok ivaretatt av andre. Man- gel på retningslinjer, veiledning og et støtteappa- rat for kommunene, gjør likevel at vi i dag er for

avhengige av initiativer fra spesielt engasjerte per- soner i den lokale helsetjenesten. Helsekonse- kvenser bør derfor inngå samordnet i conse- kvensutredninger etter plan- og bygningsloven.

*Strategiske konsekvensutredninger*

Utredningsinstruksen har krav om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeid med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjo- ner og meldinger til stortinget. *Konsekvenser for befolkningens helse* er et tema i instruksen. Imid- lertid har vi i dag ikke veiledere for hvordan slike utredninger skal foretas, slik for eksempel Miljø- verndepartementet har veileder på miljøområdet, og Barne- og familiedepartementet har på likestil- lingsområdet.

Lokalt er det i dag ikke krav til strategiske konsekvensutredninger, dvs. konsekvensutred- ning av lokale planer og politikkkutforming gene- relt (kommuneplanens samfunnsdel, planer for lokal skolepolitikk, barne- og ungdomsplaner etc.). For folkehelsen vil helseaspektene ved slike planer være vel så viktige som helseaspekter ved enkelttiltak som veianlegg, etablering av nærings- virksomhet o.l. Planlovutvalget vurderer i disse dager å fastsette krav til konsekvensutredninger



av planer etter plan- og bygningsloven. Dette vil også omfatte helsemessige forhold.

#### 8.4.2 Konsekvensutredninger på den globale dagsorden

FNs økonomiske komité for Europa har startet arbeidet med å utforme en protokoll om strategiske konsekvensutredninger knyttet til konvensjonen om «*Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context*». Miljøverndepartementet leder arbeidet. Verdens helseorganisasjon har engasjert seg i prosessen for å få helsehensyn med i teksten. Protokollen skal vedtas på miljøkonferansen i Kiev i 2003.

Helsekonsekvensutredning er et verktøy som lanseres på flere politikkområder. Innenfor transport og helse er metoden benyttet ved flere anledninger. Når det gjelder helse og ulikhet er konsekvensutredninger blant et knippe handlingsprinsipper som trekkes fram for å håndtere ulikheter i helse.

Artikkel 152 i EU-traktaten fastslår at: «A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities.» Som en oppfølging av denne forpliktelsen er helsekonsekvensutredninger et virkemiddel som lanseres i «*Health strategy for the European Community*» og det tilhørende «*Action programme for 2003 – 2008*». I tillegg finnes allerede et EU-direktiv om konsekvensutredninger av tiltak. Direktivet har primærfokus mot miljø, men omfatter også helse.

#### 8.4.3 En norsk strategi

For å institusjonalisere helsekonsekvensutredninger må det legges en klar strategi med et veldefinert sett av virkemidler. Dette kan ikke gjøres stykkevis og delt. Viktige virkemidler vil være juridisk og institusjonell forankring, metodeutvikling og kompetansebygging.

Det juridiske rammeverk for helsekonsekvensutredninger ved plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven (tiltak) og utredningsinstruksen (statlige strategiske konsekvensutredninger) eksisterer allerede. En bedre samordning mellom plan- og bygningslov og kommunehelsetjenestelov må skje gjennom veiledning.

Rapporten *Helse og trivsel i konsekvensutredninger* som Asplan Viak har utarbeidet på oppdrag fra Helsedepartementet, er et første steg i utviklingen av et metodeverktøy som angir framgangsmåter i helsekonsekvensutredninger. Mer kon-

krete verktøy skal utarbeides og knyttes til veiledning rettet mot lokale helsemyndigheter. Dette betyr ikke at helsemyndighetene selv skal gjennomføre konsekvensutredninger. Ansvaret hviler på den som foreslår og vil gjennomføre et tiltak. Helsemyndighetene må imidlertid stille krav og sikre at helsemessige hensyn er tilstrekkelig utredet.

For å bygge opp den nødvendige kompetanse og sikre kontinuitet, er det nødvendig at helsekonsekvensutredninger tas inn i læreplaner for bl.a. legespesialiteten samfunnsmedisin, samfunnspsykologi, studier i folkehelsevitenskap, ingeniør/plan-studier, studier i miljørettet helsevern m.m.

Dersom helsekonsekvensutredninger skal bli et viktig verktøy sentralt og lokalt, viser erfaringer fra andre land at det er avgjørende med et nasjonalt kompetansemiljø som følger opp arbeidet i samarbeid med utdanningsinstitusjoner på en systematisk måte.

#### Boks 8.6 Tiltak – Konsekvensutredninger

Regjeringen vil:

- Tydeliggjøre i planregelverket at helseaspekter skal synliggjøres i kommunale planer. Ved gjennomgangen av kommunehelsetjenesteloven vil det vurderes å gi hjemmelen for konsekvensutredninger et bredere virkefelt.
- Utgi veiledning til plan- og bygningsloven, kommunehelsetjenesteloven og utredningsinstruksen, og etter noe tid gjennomføre en evaluering med henblikk på metodeforbedring.
- Sikre at helsekonsekvensutredninger kommer inn i relevante fagplaner.
- Opprette en sentral kompetansenhet som skal arbeide med:
  - metodeutvikling og erfaringsoppsummering
  - kompetansebygging, nettverksarbeid og veiledning overfor regionalt og kommunalt nivå
  - faglig støtte og rådgivning overfor Helsedepartementet i forbindelse med konsekvensutredninger etter utredningsinstruksen og integrering av helsehensyn i verktøy som utvikles av Miljøverndepartementet

## 8.5 Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern er en oppgave som er tillagt kommunene gjennom kommunehelsetjenesteloven. Det omfatter de fleste faktorene i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, både biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale. Et fungerende miljørettet helsevern er derfor avgjørende for et godt lokalt folkehelsearbeid.

Ot. prp. nr. 40 (1986-87) *Om lov om endring i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m.* lanserte 18 temaer som er mye brukt for å definere hva som inngår i miljørettet helsevern. En noe enklere angivelse av gruppene av temaer er:

- fysisk, kjemisk og biologisk forurensning
- ulykkesforebygging og
- sosiale miljøfaktorer og bærekraftig utvikling.

Loven stiller særlig to krav til hvordan arbeidet innen miljørettet helsevern skal foregå. Det gjelder for det første *kontroll- og tilsynsoppgaver* etter lovens kapittel 4a. For det andre er det *samarbeidsoppgaver* etter lovens §1-4 som handler om oversikt over helsetilstanden, forslag til tiltak og medvirkning for å sikre at helsemessige hensyn ivaretas i andre sektorer og i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Denne siste bestemmelsen omtaler kommunens ansvar for å integrere hensyn til helse i planer og aktiviteter. Alle deltjenester i henhold til kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern, må gi sitt bidrag til dette arbeidet.

### 8.5.1 utfordringer

#### *Samarbeidsoppgaver*

Et helsemessig godt livsmiljø bør først og fremst sikres gjennom god planlegging og samarbeid mellom sektorer framfor gjennom kontroll og tilsyn. Erfaringer viser likevel at arbeidet innen miljørettet helsevern mange steder i stor grad er konsentrert om tilsynsoppgavene. De som arbeider med miljørettet helsevern, opparbeider seg innsikt om helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Denne innsikten er et viktig bidrag til kommunens overordnede fysiske og samfunnsmessige planlegging og i enkeltsaker. Det er behov for sterkere faglig og metodisk støtte til lokale instanser for at disse skal kunne komme tidlig inn i plan- og beslutningsprosesser slik §1-4 i kommunehelsetjenesteloven forutsetter. Det samme gjelder konsekvensutredninger etter plan-

og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven.

#### *Sosiale miljøfaktorer*

Arbeidet med sosiale miljøfaktorer vies i dag utilstrekkelig oppmerksomhet, både på grunn av usikkert kunnskapsgrunnlag og manglende kompetanse. Arbeid med sosiale miljøfaktorer innebærer å ha oppmerksomhet rettet blant annet mot bomiljø, velferd, fordeling, sosiale nettverk, rusmiddelmisbruk, vold og kriminalitet og sysselsetting. Det er viktig med generell innsikt i hvordan slike faktorer bidrar til å påvirke helsen i befolkningen.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. har en bestemmelse om psykososiale forhold. Dette betyr at det skal føres tilsyn med at skolen eller barnehagen driver et systematisk arbeid for å sikre et godt sosialt miljø.

Det er et behov for å utdype sosiale miljøfaktorens betydning for helsen og hvilke implikasjoner det har også for kommunenes arbeid.

#### *Tilsynsoppgaver*

Det varierer hvordan kommune prioriterer og ivaretar miljørettet helsevern, også der tilsynsoppgavene er veldefinerte som i forskrifter for drikkevann, skoler og barnehager og for røyking på serveringssteder. Noen kommuner driver et godt og systematisk tilsyn, mens andre mangler et fungerende apparat. Mange små kommuner har ikke selv kapasitet til å ansette eget personell i fulle stillinger. Flere kommuner har derfor valgt å inngå interkommunalt samarbeid om tilsynsoppgaver, ofte tilknyttet det interkommunale næringsmiddeltilsynet.

Selv om det siden 1995 har kommet sentrale helseforskrifter innen flere områder, gjenstår det å vedta en landsomfattende generell forskrift innen miljørettet helsevern. Det er lagt opp til at det våren 2003 skal fastsettes en ny generell forskrift om miljørettet helsevern i kommunene, som skal erstatte en rekke gjeldende sentrale og lokale forskrifter. Denne forskriften utdyper også samarbeidsoppgavene.

#### *Spesielt om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. regulerer barn og unges «arbeidsmiljø». I 1999 gav Sosial- og helsedepartementet

Asplan Viak i oppdrag å evaluere forskriften. Evalueringen viste at forskriften var godt kjent og at det store flertall av kommuner var godt i gang med en prosess for å etterleve kravene i forskriften. En fjerdedel kunne imidlertid ikke redegjøre for når de ville få barnas arbeidsmiljø opp på et tilfredsstillende nivå. Evalueringen og fylkeslegenes tilsyn i samme periode pekte på at det burde ses nærmere på elevenes egen rett til medvirkning og klage og på tilsynsfunksjonen. Senere tilsyn har avdekket at det går langsomt med å realisere planer for opprusting av skolemiljøet og at innsatsen varierer mye fra kommune til kommune.

Med Ot.prp.nr. 72 (2001-2002) *Om lov om endringar i lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa* la regjeringen fram nye forslag til bestemmelser i opplæringsloven om skolemiljøet til elevene. Loven, som ble vedtatt i Stortinget 7. november 2002, innebærer en videreføring av gjeldende krav til skolemiljøet med vekt på konkretisering av krav til det psykososiale miljøet og styrkede rettigheter for elever og foresatte. Regjeringen vil komme tilbake til oppfølging av Stortingets vedtak om en uavhengig tilsynsordning med sanksjonsmyndighet. Det er behov for nærmere å avklare praktisk oppgavefordeling og roller mellom tilsyn med skolemiljø etter opplæringsloven og helselovgivningen.

Når det gjelder barnehager, ser miljøforholdene ut til å være bedre enn i skolene. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring har utført en undersøkelse mot barnehagestyrere om kvalitetssatsingen i barnehagene. Undersøkelsen viser at nær tre av fire barnehager er godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. Tre av fire oppga at barnehagen var tilrettelagt for alle barn og hele 95 prosent at de utarbeider eller har utarbeidet en plan for internkontroll. Tallene kan tyde på at barnehagestyrerne er godt kjent med forskriften og at den fungerer både når det gjelder etterlevelse av kravene og kommunens myndighetsutøvelse overfor barnehagene.

### 8.5.2 Forslag om interkommunale enheter

Kommuner som har valgt å bygge opp miljørettet helsekompetanse i tilknytning til interkommunale næringsmiddeltilsyn, står nå overfor nye utfordringer når de lokale næringsmiddeltilsynene går inn i det statlige mattilsynet fra 2004. Helsedepartementet opprettet derfor et utvalg for å vurdere forholdet.

En undersøkelse gjennomført av utvalget viste

at kommunene totalt har valgt å legge ca. 60-70 årsverk av sitt arbeid med miljørettet helsevern til de kommunale næringsmiddeltilsynene. Utvalget anbefaler at norske kommuner inviteres til å legge deler av sitt arbeid med miljørettet helsevern til interkommunale enheter for miljørettet helsevern samlokalisert med de lokale statlige mattilsynene. Videre mener utvalget at kommunene bør vurdere å gå sammen om å ansette lege med samfunnsmedisinsk kompetanse i den interkommunale ordningen, og at det bør åpnes for å delegerer myndighet til de interkommunale organene. I tillegg ønsker utvalget at staten går inn med økonomiske stimulanser for at kommunene skal gå inn for denne organisasjonsmodellen. Forslaget var på høring høsten 2002.

### Høringsinstansenes synspunkter

Et flertall av høringsinstansene er positive til interkommunalt samarbeid for å løse oppgaver innen miljørettet helsevern. Det vises til at samarbeid i tilknytning til lokale næringsmiddeltilsyn har gitt miljørettet helsevern et løft fordi små kommuner har fått tilgang til kompetent personell. Kommunale næringsmiddeltilsyn viser til gjensidig faglig nytte mellom to tilgrensende fagfelt og mener at et samarbeid mellom miljørettet helsevern og mattilsynet vil kunne utgjøre robuste og kompetente enheter i framtiden. Flere høringsinstanser gjør imidlertid oppmerksom på at kommunene har valgt forskjellige løsninger. Interkommunale enheter kan være knyttet til helsetjenesten, og større kommuner har ofte egne løsninger og knytter miljørettet helsevern tett opp mot plan- og miljøoppgavene. Det blir gitt uttrykk for at interkommunale enheter kan virke styrkende for tilsynsoppgavene, men samtidig svekke samarbeidet med andre sektorer og med planmyndighetene i kommunen. Flere, blant annet KS, påpeker at miljørettet helsevern er et kommunalt ansvar og understreker at kommunene derfor står fritt til å velge hvordan de vil organisere sin virksomhet.

### Vurdering

Interkommunale ordninger gir større faglige miljøer. Det vil være en god løsning for kommuner som er så små at de på egenhånd har problemer med å skaffe kompetent personell. Samarbeid mellom mattilsyn og miljørettet helsevern kan gi gjensidig nytte, for eksempel innen drikkevannsförvaltning og smittevern.

Interkommunalt samarbeid må vurderes i lys av arbeidsmetodene innen miljørettet helsevern, dvs om det gjelder tilsyn (kapittel 4a) eller samarbeid (§1-4). Det er i dag hovedsakelig tilsynssaker som er lagt til interkommunale ordninger. Flere av virksomhetene det føres tilsyn med er kommunale, blant annet skoler og barnehager. Ut fra dette kan det være en fordel med større avstand i form av et interkommunalt organ.

Samarbeidsoppgavene (§1-4) krever nærhet til kommunens plan- og beslutningssystemer og andre sektorer. Interkommunale ordninger som ikke klarer å ivareta denne nærheten, vil kunne svekke dette arbeidet.

Det kan være flere aktuelle modeller for interkommunalt samarbeid. Det er også mange kommuner som ivaretar miljørettet helsevern med eget personell. Dette taler mot å stimulere til en bestemt organisatorisk løsning. Økonomisk stimulering av bestemte interkommunale enheter kan føre til at kommuner med eget kommunalt apparat, bygger dette ned.

Delegasjon til interkommunalt organ kan virke effektiviserende på tilsynet fordi sakene ikke trenger å gå veien om kommunene når det skal fattes vedtak. Interkommunale ordninger må imidlertid ikke utvikle seg til å bli et fjerde forvaltningsnivå. Dette kan kommunene unngå hvis de selv klart definerer innhold og fokus for arbeidet i de interkommunale enhetene. Kommunene bør få muligheten til å delegere myndighet etter hele eller deler av kapittel 4a. Kommunen må imidlertid selv vurdere om de er tjent med en slik løsning og hvilke enkeltbestemmelser de eventuelt vil delegere.

Utvalget argumenterer for å ansette leger med samfunnsmedisinsk kompetanse i de interkommunale enhetene. Utgangspunktet er bl.a. problemene med rekruttering av kommuneleger som kan ivareta medisinsk faglig rådgivning. Heltidsstillinger i et fagmiljø kan være mer attraktive for leger. Oppgaver som kan løses interkommunalt, er smittevern, epidemiologi og overvåkning. Samfunnsmedisiner i interkommunalt organ vil imidlertid ikke fjerne behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Rådgivning overfor helsetjenesten og helsemessig beredskap er blant oppgaver som krever en slik nærhet til kommunen at de vanskelig kan løses i interkommunale enheter med et stort nedslagsfelt.

### Konklusjon

Det er et hovedhensyn for regjeringen at kommu-

nene ved statliggjøringen av mattilsynet ikke mister de ressursene (60-70 årsverk) som de i dag har valgt å organisere interkommunalt. Staten og det nye mattilsynet skal ved denne reformen ikke overta noen av kommunenes oppgaver innen miljørettet helsevern etter kommunehelsetjenesteloven.

Kommuner som på eget grunnlag har problemer med å etablere tilstrekkelig kompetanse innen miljørettet helsevern, oppfordres til å samarbeide med andre kommuner om dette. Der kommunene finner det hensiktsmessig, er interkommunale enheter for miljørettet helsevern tilknyttet de statlige mattilsynene en løsning. Bemanningen ved lokale mattilsyn må være slik dimensjonert at de kan betjene kommunens miljørettede helsevern med utredninger og analyser på en tilfredsstillende måte.

Regjeringen vil åpne for at kommunene kan delegere myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern til interkommunale enheter. Kommunene bør vurdere om interkommunale enheter også kan være en naturlig forankring for kommuneleger som flere kommuner har valgt å gå sammen om å ansette. Staten vil imidlertid ikke gå inn med øremerkede midler som favoriserer en bestemt interkommunal organisasjonsmodell. Dette vil gi uheldige insentiver overfor kommuner som i dag har kommunale ordninger for miljørettet helsevern og for de som måtte ønske andre interkommunale tilknytningsformer.

### 8.5.3 En gjennomgang av miljørettet helsevern

Det er nå 19 år siden miljørettet helsevern ble utredet i sin helhet. Siden den tid har mye skjedd både når det gjelder påvirkningsfaktorer, sykdomsbilde, kunnskapsgrunnlag og ikke minst forvaltningsapparatet. Det synes å være et manglende samsvar mellom bredden og balansen i oppgaver som angis i lovverket, og de faktiske realitetene når det gjelder ressurser, kompetanse og prioriteringer. Bl.a. er det grunn til å vurdere forholdet mellom tilsyns- og samarbeidsoppgavene, og innretningen mot henholdsvis fysiske og sosiale miljøfaktorer. Området bærer også fortsatt noe preg av en sektortankegang som kan være i utakt med moderne forvaltningsprinsipper.

Det kan spesielt være grunn til å nærmere vurdere hvordan vi håndterer de sosiale eller psykososiale faktorene som påvirker helsen. For å få større lokal oppmerksomhet og kompetanse på dette feltet er det bl.a. nødvendig å vurdere hvor-

**Boks 8.7 Tiltak – Miljørettet helsevern**

Regjeringen vil:

- Utvikle og gjøre tilgjengelig verktøy for kommunenes folkehelsearbeid, jfr. meldingens tiltak mht. planlegging, helseprofiler og konsekvensutredninger.
- Sikre at publikasjonen «*Miljø og helse – en forskningsbasert kunnskapsbase*» fra Nasjonalt folkehelseinstitutt utvides til også å omhandle sosiale påvirkningsfaktorer.
- Sikre at egnet materiell om sosiale miljøfaktorer gjøres tilgjengelig for kommunene. Dette gjelder blant annet Verdens helseorganisasjon sin publikasjon «*Social Determinants of Health – The Solid Facts*» som omhandler kunnskapsgrunnlaget og anbefalte tiltak.
- Vedta generell forskrift om miljørettet helsevern, og sørge for at veileder utarbeides og tas i bruk i løpet av første halvår 2003.
- Åpne for at myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern kan delegeres til interkommunale enheter.
- Avklare ansvar og roller når det gjelder tilsyn med elevs skolemiljø.
- Nedsette et utvalg som skal foreta en bred gjennomgang av miljørettet helsevern.

dan både regionale og sentrale myndigheter bedre kan bistå kommunene.

Med utgangspunkt i tilgrensende forvaltningsområder har det skjedd endringer som gir store konsekvenser for kommunens miljørettede helsevern. Eksempler er statliggjøring av mattilsyn, statliggjøring av godkjenning av drikkevann og et eventuelt statlig tilsyn med skoler. Disse endringene har utgangspunkt i helhetlige strategier på andre forvaltningsområder, men utgjør på mange måter stykkevisse endringer sett fra et miljørettet helsevern-ståsted.

Det er behov for en bred og grundig vurdering av miljørettet helsevern. En slik gjennomgang bør omfatte bl.a. lovgrunnlag, faglig innhold, kompetanse og forvaltning.

## 8.6 Allianser med frivillig sektor

De frivillige organisasjonene er en viktig del av samfunnet og betyr mye for å opprettholde levende, aktive og trygge lokalsamfunn. Frivillige

organisasjoner og sammenslutninger inkluderer halvparten av den voksne befolkningen og tre fjerdedeler av barn og ungdom i meningsfulle fellesskap. Mangfoldet i frivilligheten speiler folks interesser. Medlemmene utgjør ryggraden i organisasjonenes interne demokrati og virksomhet. Organisasjonene involverer et bredt lag av befolkningen i verdibasert påvirkning av samfunnsutviklingen, og de kan på en annen måte enn det offentlige nå fram til og engasjere enkeltmennesket, og utvikle og påvirke holdninger.

Deltakelse i frivillig virke kan i seg selv gi helsefordeler, samtidig som den ideelle kraften er viktig i arbeid for å fremme helse og livskvalitet. Det er også vist at de frivillige organisasjonene har en sosialt integrerende evne, bl.a. ved å være arenaer for et aktivt sosialt samkvem og ved å gi mulighet for tilhørighet og fellesskap. Den nye ordningen med skattefradrag for gaver til frivillige organisasjoner, er et uttrykk for at regjeringen ser verdien i de frivillige organisasjonene og ønsker å stimulere frivillig virksomhet.

I folkehelsearbeidet vil de frivillige organisasjonene ha to viktige roller: For det første rollen som iverksetter og tilrettelegger av tiltak. Medlemsorganisasjonene innen kultur, fritid og livsstil, brukerorganisasjoner og de brede folkehelse-

## Boks 8.8 Eksempel – Folkebevegelse i nærmiljøet

- «Folkebevegelsen» er et offensivt motsvar til fysisk inaktivitet med overvekt og fedme og økt sykdomsrisiko som konsekvens. Målet er å fremme fysisk aktivitet gjennom lett tilgjengelige lavterskelaktiviteter i folks nærmiljø, som for eksempel stavgang.
- Innsatsen rettes mot «alle som trenger å bevege seg mer, beslutningstakere og organisasjonene selv». Bak initiativet står de to brukerorganisasjonene Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Norges Diabetesforbund i samarbeid med Norges Mosjons- og bedriftsidrettsforbund.
- «Folkebevegelsen» er også et eksempel på at samarbeid mellom flere organisasjoner med kompetanse på hvert sitt område kan gi synergier i arbeidet mot felles mål. Initiativtakerne er åpne for samarbeid med flere. Involvering av organisasjoner med et bedre utbygd lokalt nettverk vil kunne bidra til at den gode sak når fram til flere.

organisasjonene er viktige partnere i folkehelsearbeidet for å påvirke og legge til rette for en sunn og aktiv livsstil i befolkningen. For det andre vil de være viktige bidragsytere til utforming av folkehelsepolitikken på vegne av medlemmene, og på den måten være et korrektiv til administrativ og politisk planlegging på folkehelseområdet.

Frivillige organisasjoner vil være verdifulle partnere for kommuner og fylkeskommuner i folkehelsekjeden som regjeringen ønsker å stimulere til. På samme måte er det behov for arenaer i møte med staten.

#### *Dialog mellom staten og frivillig sektor*

En helhetlig utvikling av folkehelsepolitikken vil være tjent med en strukturert dialog mellom de frivillige organisasjonene og statlige myndigheter. Samtidig har flere organisasjoner uttrykt behov for møteplasser mellom frivillige organisasjoner og mellom statlige myndigheter og frivillige organisasjoner om folkehelsearbeidet. Regjeringen vil ta initiativ til å opprette dialogfora mellom staten og frivillig sektor på folkehelseområdet med forankring i Sosial- og helsedirektoratet.

Hensikten med slike dialogfora vil være gjensidig informasjonsutveksling, faglig diskusjon og utvikling av en felles forståelse av utfordringene innenfor ulike fagfelt, og å bidra til økt oppmerksomhet mot virksomme tiltak i folkehelsearbeidet. Partene har et gjensidig ansvar for å gi konstruktive bidrag. Det kan videre være aktuelt å vurdere ulike typer dialogfora. For det første et forum som baseres på fagfellesskap, som for eksempel tiltak rettet mot rusmisbruk, hvor fokus vil være virksomme forebyggende tiltak. Alle frivillige organisasjoner og statlige instanser som arbeider på det aktuelle fagfeltet inviteres til å delta. Som en ny og annerledes dialogarena vurderes å opprette et årlig stevne – «en børs» – der frivillige organisasjoner og andre aktører kan presentere forslag til tiltak i folkehelsearbeidet. Mange gode ideer blir aldri satt ut i livet av mangel på finansiering. Slik er det også på dette området. Aktører i folkehelsekjeden er aktuelle målgrupper for børsen og som «kjøpere» av tiltak. I forbindelse med børsen kan det legges fagseminarer, møter for ulike nasjonale nettverk med folkehelsefokus, hvor formålet er å utveksle og spre kunnskap og erfaringer.

#### *Tilskudd til målrettede tiltak*

Når det gjelder rammevilkår og prinsipper for

#### **Boks 8.9 Eksempel – Kultur gir helse**

- Det hevdes at småforbrukere av kulturtiltak er storforbrukere av helsetjenester. Den nasjonale satsingen «Kultur gir helse» (1996-99) var et samarbeidsprosjekt mellom Helsedepartementet og Kultur- og kirkedepartementet ved Norsk Kulturråd og Rikskonsertene. Målet var å prøve ut kulturelle virkemidler i folkehelsearbeidet med innsats rettet mot spesielt utsatte grupper.
- Evalueringen viser bl.a. at kulturdeltakelse kan gi helsefordeler både direkte ved kulturens egenverdi og indirekte ved styrket sosial tilhørighet, bedre livskvalitet og sterkere opplevelse av verdighet. Evalueringen viste også gode resultater i forhold til psykisk helse.
- Prosjektet har siden vært fulgt opp med en nasjonal rådgivningsgruppe og et nasjonalt knutepunkt knyttet til Levanger kommune med ankerfeste for et nettverk for kultur og helse hvor også det nasjonale senter for Natur, Kultur og Helse (NaKuHel) inngår. Kultur og helse er et aktuelt satsingsområde i regionale partnerskap. I Nord-Trøndelag er det etablert samarbeid mellom fylkeskommune, kommuner, statlige etater, forsknings- og utdanningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner.

samordnet politikk overfor de frivillige organisasjonene herunder statlige støtteordninger, vises til St. meld. nr. 27 (1996-97) *Om statens forhold til frivillige organisasjoner* og St. meld. nr. 44 (1997-98) *Tilleggsmeldingen om statens forhold til frivillige organisasjoner*. Staten har tre begrunnelser for å tildele tilskudd til frivillige organisasjoner:

- Styrking av deltakelse og aktivitet
- Utløse frivillige ressurser/aktivitet for å realisere felles mål
- Effektiv velferdsproduksjon

En allianse på folkehelseområdet mellom staten og frivillige organisasjoner vil være særlig knyttet til begrunnelsen om tilskudd for å utløse frivillige ressurser for å realisere felles mål. Dette har bl.a. sammenheng med at organisasjonene har erfaringer, kunnskap og godt utbygde lokale organisasjonsledd på viktige felt som gjelder livsstil og helse. Statlig finansiering vil ofte være avgjørende for at organisasjonene kan sette i verk nye og mål-

rettede tiltak for å fremme helse og livskvalitet. Ofte kommer initiativet til slike felles prosjekter fra organisasjonene. Statens rolle er som regel å delfinansiere prosjekter. Andre ganger kommer initiativet fra staten. Staten finansierer da gjerne hele prosjektet.

De frivillige organisasjonenes viktigste ressurs i slike allianser er muligheten til å utløse frivillig innsats. Ofte kan betydelig, målrettet lokal frivillig innsats for å styrke folkehelsen utløses av små midler. Tiltakene skal utformes slik at forholdene ligger godt til rette for å utløse engasjement og innsats. Avtaler som spesifiserer formål, dokumentasjon og ansvar skal inngås mellom partene.

Det er behov for en gjennomgang av dagens tilskuddsordninger med sikte på en mer helhetlig tilskuddsforvaltning på folkehelseområdet. Regjeringen vil sørge for at tilskuddsordningene på folkehelseområdet blir klart definerte og at de ivaretar både statens og organisasjonenes behov og interesser. Sentrale elementer vil være prosjektfiansiering og krav til målstyring og dokumentasjon. Regjeringen vil sørge for videreutvikling av kriterier og rapporteringskrav som tilfredsstillende kravene i statens økonomireglement, respekterer organisasjonenes frie stilling og reduserer den

### **Boks 8.10 Tiltak – Allianser med frivillig sektor**

Regjeringen vil:

- Etablere faglige dialogfora mellom offentlige myndigheter, fagmiljøer og frivillige organisasjoner for å sikre gjensidig informasjonsutveksling, faglig diskusjon, felles forståelse på ulike fagfelt og oppmerksomhet mot virksomme tiltak.
- Ta initiativ til å arrangere årlige stevner - en børs - der frivillige organisasjoner og andre aktører kan presentere gode forslag til tiltak i folkehelsearbeidet.
- Gjennomgå tilskuddsordningene på folkehelseområdet for å sikre at de er målrettede og effektive, og at de bedre ivaretar både statens og frivillige organisasjoners behov og interesser.

administrative byrden for organisasjonene. Et nært samarbeid med de frivillige organisasjonene er viktig i dette arbeidet.





*Del III*  
*Helsetjenesten: forebygge mer*  
*for å reparere mindre*



## 9 Helsetjenestens bidrag i folkehelsearbeidet

«Mulighetene helsetjenesten har for å hente gevinst ut av forebyggende arbeid er så langt ikke utnyttet godt nok. På mange områder kan det forebygges mer for å reparere mindre.»



Figur 9.1 Helsetjenestens bidrag

## 9.1 Fra piller til grønn resept

Fordi helsetjenesten gjennom fastlegeordningen dekker det aller meste av befolkningen, vil den også nå fram til de gruppene som er sosialt sva-kest stilt. Dette er mennesker som både har flest helseproblemer og som det er vanskelig å nå gjen-nom andre kanaler - for eksempel tradisjonell hel-seinformasjon. Fastlegene er derfor sentrale aktø-rer for å motivere til en sunnere livsstil.

Vi vet at livsstiltak som fysisk aktivitet, kostveiledning og røykeavvenning kan være et alternativ eller supplement til medikamentell behandling av diagnosegrupper som høyt blod-trykk, høyt kolesterol og diabetes type 2. Likevel antyder utviklingen i omsetningen av legemidler på kolesterol- og blodtrykksområdet at leger først og fremst velger medikamenter framfor livsstiltak i møtet med pasienten. Det er derfor en utfordring å dreie fokus fra medikamentell behandling til livsstiltak og egeninnsats som et «første valg».

Legenes valg av behandling i det enkelte tilfellet vil ofte være basert på eget faglig skjønn. Årsaker til økt forskrivning av medikamenter kan imidlertid være for dårlig tilgang til oppdatert kunnskap om livsstiltak som et alternativ eller supplement til medikamentell behandling. Andre årsaker kan være en offensiv legemiddelindustri og pasientenes forventninger om behandling ved hjelp av medikamenter. Det er også slik at legene har svake økonomiske insentiver for å drive livsstilsveiledning. Dessuten vil det å skrive ut resept på medikamenter være mindre tidkrevende både for legen og pasienten. Det er behov for å utrede nærmere potensialet for å kunne redusere medikamentbruken.

### *Dagens takstsystem*

Takstsystemet for leger omhandler undersøkelse og behandling ved sykdom eller mistanke om sykdom. Tiltak for å redusere risikoen for en bestemt sykdom for pasienter som har høy risiko, inngår imidlertid også under trygdens behandlingsbegrep. Konkrete eksempler på dette er medikamentell behandling med blodtrykk- og kolesterol-senkende legemidler for høyrisikopasienter.

Ved takstoppgjøret i 1999 ble det innført en takst for røykeavvenning. Taksten kan bare benyttes der røykeavvenning er et ledd i behandling av sykdom herunder høyt kolesterol og høyt blodtrykk. Den kan ikke brukes som et generelt forebyggende tiltak. Dette er en stimuleringsstakst

### **Boks 9.1 Fakta – Utgifter til medikamenter**

- Omsetningen av medikamenter i Norge er økende. Det ble i 2001 omsatt legemidler for 12,7 mrd kroner. Av dette betalte folketrygden om lag 6 mrd kroner over blåreseptordningen.
- Legemidler mot hjerte- og karsykdommer, astma og psykiske lidelser dominerer. Kolesterol-senkende midler er den største enkeltgruppen og utgjør 7,5 prosent av samlet omsetning målt på AUP-nivå (den pris kunden betaler i apoteket).
- Det ble i 2001 solgt blodtrykk- og kolesterol-senkende medikamenter for 2,5 mrd kroner AUP, hvorav blåreseptandelen anslås å utgjøre om lag 2 mrd kroner.
- Utgiftene til medikamenter på blå resept mot hjerte- og karsykdommer er mer enn fordoblet fra 1995 (906 mill kr) til 2001. Blodtrykk- og kolesterol-senkende medikamenter står for hovedtyngden av økningen. Utgifter til blodtrykk- og kolesterol-senkende medikamenter dominerer folketrygdens utgifter til medikamenter mot hjerte- og karsykdommer.

som utløses ved at legen gir veiledning med basis i et kunnskapsbasert røykeavvenningsprogram. Under oppfølgingen gjelder ordinære takster. Det foreligger flere databaserte røykeavvenningsprogrammer som legen benytter i behandlingsopplegg for pasienter med høy risiko for røykerelaterede sykdommer.

### *Effekt av livsstiltak*

Studier av livsstiltak for å forebygge hjerte- og karsykdommer viser at slike tiltak gir redusert risiko for sykdom. Tiltak som retter seg mot flere risikofaktorer samtidig (røyking, fysisk aktivitet og kosthold), er mer effektive enn tiltak som retter seg mot enkeltfaktorer. Tiltak rettet mot personer med høy risiko for hjerte og karsykdommer gir bedre effekt enn tiltak som retter seg mot personer med lav risiko. Vi vet ikke sikkert om livsstiltak er mer effektive enn medikamentell behandling. Imidlertid vet vi, at jo større del medikamenter utgjør av behandlingen, jo mindre kostnadseffektivt er tiltaket. Effektvurderingene i disse undersøkelsene kan imidlertid være noe beskjedne totalt sett fordi livsstiltak også vil

redusere risikoen for diabetes type 2 og hjerne-slag. Det er heller ikke tatt i betraktning at endring i livsstil hos voksne, kan gi ringvirkninger som fører til endrede kost-, aktivitets- og røykevaner også for andre familiemedlemmer.

Når det gjelder forebygging av diabetes type 2, tegner ferske undersøkelser et langt mer positivt og entydig bilde av nytten av livsstilstiltak. To undersøkelser publisert i 2001 og 2002 fra Finland og USA viser at forekomsten av diabetes type 2 kan reduseres med nærmere 60 prosent i en høyrisikobefolkning ved hjelp av tiltak med vekt på økt fysisk aktivitet, sunt kosthold og vektreduksjon. Over 3000 personer med høy diabetesrisiko deltok i den amerikanske undersøkelsen. I gruppen som fikk kost- og mosjonsveiledning, ble diabetesforekomsten redusert med 58 prosent mot drøyt 30 prosent i gruppen som fikk medikamenter.

#### *Utvidet legetakst og grønn resept*

Kunnskap om effekten av livsstilstiltak gir oss gode argumenter for å utvide røykeavvenningstaksten til også å gjelde livsstilsfaktorene kosthold og fysisk aktivitet. Videre er det ønskelig å vurdere om taksten også bør omfatte alkoholmisbruk. En livsstilstakst forutsetter at det er utviklet effektive intervensjonsprogrammer som legen og pasienten kan bruke. I stedet for blåresepten må en «grønn resept» med spesifikke anbefalinger for pasientens oppfølging være en formalisert del av de intervensjonstiltak som knyttes til taksten. Den grønne resepten vil for eksempel angi type, dosering og intensitet i fysisk aktivitet.

Det er utviklet databaserte programmer til bruk for leger og annet helsepersonell i utredning, diagnostikk og behandling av sykdom. Sosial- og helsedirektoratet utreder nå hvilke elektroniske verktøy som kan være aktuelle å ta i bruk. Et av disse er Norsk elektronisk legehåndbok. Det elektroniske verktøyet skal kunne brukes i den enkelte helse- og sosialarbeiders daglige virksomhet for å nå fram med relevant veiledning til den enkelte pasient.

For å formalisere den grønne resepten, må alle databaserte programmer som skal brukes av legen i livsstilsveiledning inneholde en reseptkomponent.

I tillegg til innledende veiledning og medfølgende resept fra lege vil det i mange tilfeller være behov for en oppfølging som sikrer at den enkelte ikke blir overlatt til seg selv. Vi vet at det er lettere å lykkes med atferdsendring dersom dette skjer i et støttende miljø. Dette kan skje innenfor helse-tjenesten, men også utenfor i regi av private aktører, frivillige organisasjoner eller på arbeidsplassen. Det er under oppbygging et nettverk av instruktører i røykeavvenning rundt i landet. Når det gjelder bistand til endring av aktivitetsvaner, vil idretts- og friluftslivsorganisasjoner, brukerorganisasjoner og andre være aktuelle.

#### **Boks 9.2 Tiltak – Fra piller til grønn resept**

Regjeringen vil

- Innføre en livsstilstakst for leger ved å utvide dagens røykeavvenningstakst til også å omfatte fysisk aktivitet og kosthold. Dette forutsetter at det er utviklet effektive intervensjonsprogrammer som legen kan benytte i sin behandling og oppfølging av pasientene. Intervensjonsprogrammene skal inneholde grønn resept for å bli takstberettiget.
- Videreutvikle effektive databaserte intervensjonsprogrammer for fysisk aktivitet, kosthold og røykeavvenning relatert til ulike diagnoser som høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes type 2 og eventuelt andre diagnoser, som gir mulighet for individuelt tilpassede resepter for aktuell diagnose.
- Iverksette en utredning av forsvarlige krav om forutgående livsstilstiltak før forskrivning av medikamentell behandling på kolesterol- og blodtrykksområdet.
- Iverksette utprøving av samarbeid mellom helsetjenester, private aktører og frivillige organisasjoner om livsstilstiltak overfor mennesker med særskilte behov, basert på systematisk oppsummering av kunnskap og foreløpige erfaringer.
- Evaluere gjennomføringen av livsstilstaksten etter at den har virket en tid.

## 9.2 Bedre forebyggende helsetjenester til barn og unge

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i å forebygge psykiske og fysiske plager og lidelser hos gravide, barn og ungdom, gjennom veiledning, rådgivning, nettverksarbeid og helsekontroller. Tjenesten skal fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriivsel, utviklingsavvik og antisosial atferd. Ved behov skal det henvises til utredning og behandling, iverksette spesielle tiltak, bidra til samarbeid om tilrettelegging av støttetilbud og informere om tiltak fra andre instanser. Tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid er et viktig satsingsområde for tjenestene.

### 9.2.1 Styrking av tjenestene

Det har vært en kraftig vekst i årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten det siste tiåret. Til tross for denne positive utviklingen er tilbudet til ungdom fremdeles for lite utbygd. Tjenestene har heller ikke et tilfredsstillende tilbud til de mest utsatte gruppene, og personellens kompetanse må styrkes og tilpasses dagens behov.

I 2000 gjennomførte fylkeslegene et felles tilsyn med skolehelsetjenesten i 60 kommuner. I videregående skoler manglet tilbudet enten helt eller det var svært lite utbygd i mange av kommunene. Skolehelsetjenesten hadde liten mulighet til å gi et tilbud om individuell oppfølging. Svært få kommuner hadde et system for å identifisere elever som har behov for tettere oppfølging eller for henvisning til utredning og behandling. Omtrent halvparten av kommunene hadde ikke etablert et forpliktende samarbeid med andre etater for å hjelpe elever med sammensatte problemer. En tredjedel hadde ikke oversikt over helseproblemer blant elevene og risikofaktorer som kan ha sammenheng med skolemiljøet. Kun et fåtall hadde regelmessig foretatt kartlegging av trivsel og miljøfaktorer i skolene.

Utredninger på slutten av 1990-tallet viste at det er behov for en nyorientering av tjenestene, fra problem- og risikotekning til større vektlegging av familiens og nærmiljøets ressurser. Dagens og framtidens tjenester må i enda større grad se barn og unges helse i sammenheng med forhold i oppvekstmiljø og samfunn. Det er også en utfordring at vi fremdeles vet for lite om effekten av de forskjellige tiltakene som iverksettes av tjenestene.

Helsestasjonstilbudet for barn når nesten hele målgruppen, og skolehelsetjenesten har potensial

### Boks 9.3 Fakta – Årsverk i skolehelse- og helsestasjonstjenesten

- Fra 1991 til 2001 har det vært en kraftig vekst i årsverkene – fra 1 846 til 3003.
- Kommunene ble fra 1995 pålagt å gi tilbud om svangerskapskontroll på helsestasjon ved jordmor. Fra 1991 og fram til 2001 har antall årsverk av jordmødre i helsestasjonstjenesten økt fra 70 til 251.
- Årsverk av leger i skolehelse- og helsestasjonstjenesten har endret seg lite gjennom perioden 1991 til 2001. Samtidig viser tallene at årsverk av andre yrkesgrupper som fysioterapeuter og ikke minst helsesøstre har økt kraftig.

for å nå ut til hele målgruppen. Erfaringer viser at ungdomshelsestasjonene oppnår å være et lavterskeltilbud for ungdom. Selv om de forebyggende tjenestene omfatter langt mer enn helsekontroller og vaksinasjoner, utgjør dette tilbudet et viktig grunnlaget for virksomheten og bidrar til den store oppslutningen om tjenestene. De forebyggende helsetjenestene til barn og unge gir en unik mulighet til å fange opp utsatte barn og ungdom på et tidlig tidspunkt, nettopp fordi tjenestene når så bredt ut. Det betyr også at de kan oppdage tilstander som medfører behov for habiliteringstjenester, og medvirke i habilitering av funksjonshemmede barn med spesielle behov. Forebyggende arbeid rettet mot mennesker som ikke har forutsetning for å ta ansvar for egen helse krever spesiell oppfølging. Slike problemstillinger vil bli behandlet i en ny stortingsmelding om politikken for funksjonshemmede. Utfordringen er å bygge ut tjenestene slik at de fanger opp problemer så tidlig som mulig, og har et tilbud å gi til dem som har behov for videre oppfølging.

Med bakgrunn i utviklingstrekk i barne- og ungdomsbefolkningen, mangler ved tjenestetilbudet og det store potensialet som ligger i de forebyggende tjenestene, ønsker regjeringen å styrke de forebyggende helsetjenestene til barn og unge og gravide. Barn og unge er også en sentral målgruppe for folkehelsearbeidet fordi mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livsløpet. Målet er at de forebyggende helsetjenestene for barn og unge skal

- bli bedre tilpasset ungdom og nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner. Det vil bl.a. kreve et tettere samarbeid med andre tje-

nester og aktører, rekruttering av personell med mer psykososial kompetanse og oppdatering av kompetansen til eksisterende personell.

- ha et reelt tilbud til all ungdom i aldersgruppen 13 til 20 år. Det innebærer en betydelig utbygging av tilbudet til denne aldersgruppen.
- integrere tiltak rettet mot hele målgruppen 0-20 år og tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper, og bidra til å styrke utsatte foreldre, barn og ungdoms evne og mulighet til å ta vare på egen helse.
- være et sentralt lavterskeltilbud for barn og unge.

Det forebyggende helsetilbudet til barn opp til ungdomsskolealder og gravide skal primært styrkes gjennom kompetanseheving, mer tverrfaglig rekruttering og tettere samarbeid med andre relevante tjenester. Se omtalen av forsøk med familisentre i kapittel 5.

En ny forskrift om forebyggende tjenester til gravide, barn og unge er under utarbeidelse i Helsedepartementet. I det videre arbeidet vil det bli vurdert om det er behov for å tydeliggjøre kommunenes ansvar for å ha et forebyggende helsetilbud til ungdom. Det vil også bli lagt vekt på å se det forebyggende helsetilbudet til ungdom i aldersgruppen 13 til 20 år (skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom) i sammenheng. Det er til slutt dette i kapitlet varslet en gjennomgang av kommunehelsetjenesteloven. I denne sammenhengen vil det bli vurdert om det bør gjøres endringer som utdyper kommunenes ansvar for å tilby forebyggende helsetjenester til barn og unge.

### 9.2.2 Viktige samarbeidspartnere

Barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnevern, tannhelsetjenesten og forebyggende helsetjenester til barn og unge er alle viktige aktører i det forebyggende arbeidet. Skolen er en viktig arena som er omtalt andre steder i meldingen. Det vises særlig til kapittel 4 *Sunne livsstilsvalg* og kapittel 6 *Psykisk helse*.

Det er en stor utfordring å samordne den kompetanse som finnes hos de ulike aktørene, og å etablere forpliktende nettverk. Et tett samvirke er viktig for å styrke den samlede kompetansen og for å ha et apparat å spille på når det blir avdekket problemer og behov for videre oppfølging.

I St.meld. nr. 40 (2001-2002) *Om barne- og ungdomsvernet* (Barnevernsmeldingen) ble det varslet at det skal settes i verk en bred utredning for å

se barnevernet, skolen, fritidssektoren, pedagogisk-psykologisk tjeneste og helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten i sammenheng. Denne utredningen vil ha hovedfokus på det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge, og den må vurdere koordineringsansvar og om kompetanse og ressurser brukes på en best mulig måte. En slik utredning vil kunne gi grunnlag for den videre utviklingen av det samlede tjenestetilbudet til barn og unge.

Barne- og familiedepartementet er i ferd med å gjennomføre nye og lovende familie- og nærmiljøbaserte metoder i arbeidet for å forebygge og behandle alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge: Parent Management Training (PMT) og Multisystemisk behandling (MST). Begge metodene har vist gode resultater.

Senter for studier av problematferd og innovativ praksis er etablert ved Universitetet i Oslo. Senteret skal gjennomføre studier av problematferd, utvikle metoder og teorier for forebygging og behandling, og drive utviklingsarbeid, veiledning og kompetanseheving.

Arbeidet med foreldreveiledningsprogrammet som ble startet opp 1995, har som mål å støtte og styrke foreldrene som oppdragere og omsorgspersoner for egne barn. Både offentlige instanser og frivillige organisasjoner står sentralt, og programmet tar utgangspunkt i eksisterende strukturer og faglig mangfold i kommunene. Det har vært viktig å organisere tilbudene på tvers av ulike faggrupper, offentlige tjenester og etater.

### Barne- og ungdomsvernet

Den viktigste oppgaven til barnevernet er tidlig forebyggende hjelp til barn og familier. For å lyk-

#### Boks 9.4 Eksempel – Foreldreveiledningsprogrammet

- Foreldreveiledningsprogrammet har som mål å styrke omsorgen og oppveksten for barn og unge for å forebygge sosiale- og psykiske problemer.
- Programmet legger vekt på å fremme opplevelse av egen mestring og egenverd både i forholdet mellom barn og foreldre og foreldre og fagfolk.
- En vesentlig del av programmet innebærer tilrettelegging av møteplasser der foreldre kan ta opp spørsmål og utveksle erfaringer når det gjelder oppdragelse av egne barn.

### Boks 9.5 Eksempel – Satsing på barn og unges psykiske helse i Øvre Eiker kommune

- Øvre Eiker kommune har en helhetlig satsing på barn og unges psykiske helse med vekt på forebygging og tidlig hjelp. Helsestasjon, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevernet er organisert i en *Barne- og ungdomsseksjon*, og det er etablert et nært samarbeid med barnehager og skoler.
- Barne- og ungdomsseksjonen vektlegger kompetansebygging og samarbeid på tvers av faggrupper, og har etablert kompetansegrupper om psykisk helse, seksuelle overgrep, tospråklige barn og unge og rus. Seksjonen samarbeider med tjenester som har tilbud til voksne med psykiske problemer, bl.a. om en samtalegruppe for psykisk syke foreldre. En samtalegruppe for barn av psykisk syke foreldre er under planlegging. Seksjonen leder en tverrfaglig handlingsgruppe for familier med barn som har akutte hjelpebehov.
- Kommunen fokuserer spesielt på å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge i aldersgruppen 0-12 år. Dette skjer gjennom deltakelse i prosjektet *Glad oppvekst* i samarbeid med fem andre kommuner. Kommunen har etablert lavterskeltilbudet Familiens hus, med åpen barnehage, babykafé og familiegrupper.

kes er tjenesten helt avhengig av et bredt samarbeid med andre sektorer og tjenester. I Barnvernsmeldingen er hovedvekten lagt på å styrke det forebyggende familiarbeidet og bedre tilbudet til utsatte barn og unge. Det skal satses mer på foreldrenes og familiens egne ressurser.

Det er videre viktig å synliggjøre, styrke og videreutvikle tilbudet til barn og ungdom som er vitne til og/eller blir utsatt for vold i hjemmet. Det er også nødvendig å rette oppmerksomheten mot barn som lever i familier med vold, og som ikke kommer til krisesentrene. Barna har behov for støtte og at noen tar fatt i den situasjonen de lever i. Både Oslo og Bergen har gode erfaringer med at barnevernvakten har gått aktivt inn i saker som gjelder vold i familier med barn. Politiet har her vært en viktig samarbeidspartner.

### *Pedagogisk-psykologisk tjeneste*

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er tilgjengelig i alle kommuner og fylkeskommuner og bistår skoler og barnehager. PPT er også en naturlig samarbeidspartner for de forebyggende helsetjenestene til barn og unge. Tjenesten skal bl.a. bistå skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særskilte behov. PPT skal sørge for at det blir utarbeidet en sakkyndig vurdering i forbindelse med tilbud om spesialundervisning og ved utarbeiding av individuelle opplæringsplaner.

PPT skal både ha fokus på den enkelte elev som har vansker i opplærings situasjonen, og på skolen som system. Gjennom det individrettede arbeidet vil tjenesten også være en sentral aktør i arbeidet med å styrke barn og unges utviklingsmuligheter og psykiske helse. Siktemålet er at all opplæring skal bli bedre tilpasset den enkelte elevs behov for å nå det overordnede målet om en inkluderende skole.

### *Barne- og ungdomsråd*

Barne- og ungdomsråd og liknende innflytelsesorganer i kommuner og fylkeskommuner er viktige aktører og samarbeidspartnere. Barne- og ungdomsrådene tar ofte opp saker overfor politikerne som omhandler forebyggende arbeid, for eksempel rusmiddelmisbruk, røyking, seksuell trakassering og kroppsfiksering. Rådene gir også konstruktive innspill til planer som de får på høring. Et eksempel er ungdommens fylkesting i Nordland som har fattet et vedtak om totalforbud mot røyking i alle de videregående skolene i fylket. Et annet eksempel er at ungdomsrådet i Nordreisa engasjerte seg mot å åpne for ølsalg i butikkene. Rådet brukte sin talerett i kommunestyret og klarte å overtale de usikre representantene til å gå mot et forslag om å åpne for ølsalg.

### *Barnehagen*

Barnehagen er det mest omfattende forebyggende tiltaket samfunnet kan gi barn i førskolealder utenfor hjemmet. De ansatte i barnehagen skal legge til rette for at alle barn får gode utviklings- og aktivitetsmuligheter i trygge og inkluderende omgivelser. En barnehage for alle omfatter også barn med særskilte behov, som tospråklige barn, funksjonshemmede barn eller barn med en vanskelig hjemmesituasjon. Barnehagen



er viktig for disse barna i forhold til likeverdige utviklingsmuligheter og for å motvirke marginalisering og levekårsforskjeller. Barnehagen er et egnet sted for utvikling av barnets sosiale, språklige og fysiske ferdigheter. Ved å kunne tilby alle barn en barnehageplass av god kvalitet kan en tidlig oppdage og forebygge framtidige sosiale og helsemessige problemer. Dette vil spare samfunnet for store sosiale og økonomiske kostnader på sikt.

I 2001 ble det satt i gang en treårig kvalitets-satsing på barnehagesektoren – *Den gode barnehagen*. Hovedmålet er at alle barnehager skal ha etablert systemer og redskaper for å sikre og videreutvikle kvaliteten innen utgangen av 2003. Det legges spesiell vekt på at barnehagetilbudet skal tilrettelegges for barn med behov for særlig støtte og omsorg.

63 prosent av alle barn i aldersgruppen fra 1 til 5 år går i barnehage, mens dekningen bare er 30 prosent for de minoritetsspråklige barna. Regjeringen har som mål å øke antall innvandrerbarn i barnehage, bl.a. fordi tidlig integrering og språkstimulering i barnehagen vil forebygge framtidige problemer og bidra til en bedre skolestart for barn som ikke har norsk som morsmål. Barne- og familiedepartementet skal i 2003 utrede tiltak som kan bidra til økt integrering av minoritetsspråklige barn i barnehage. Utredningsarbeidet skal skje i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet.

Regjeringen har en målsetting om at alle familier som ønsker det skal få tilbud om en barnehageplass. Forutsetningene for at barnehagetilbudet skal bli reelt for alle barn, er full behovsdekning og en rimelig foreldrebetaling som gjør at alle familier har mulighet til å betale for tilbudet.

### 9.3 Samfunnsmedisinen og legerollen

I forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2001-2002 fattet sosialkomiteen følgende romertallsvedtak XV: «Stortinget ber regjeringen om å foreta en gjennomgang av situasjonen for de samfunnsmedisinske fagområdene, både hva angår fagutviklingen og rekrutteringen til disse, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.»

Det er særlig tre problemer knyttet til samfunnsmedisinen: For det første har den medisinske legespesialiteten uklar profil og innhold. For det andre er det liten interesse for samfunnsmedi-

#### Boks 9.6 Tiltak – Forebyggende helsetjenester til barn og unge

Regjeringen vil:

- Styrke de forebyggende helsetjenestene til ungdom.
- Sikre at rekrutteringen i regi av *Opptrappingsplan for psykisk helse* særlig kanaliseres til en styrking av det forebyggende tilbudet til ungdom. Det skal legges vekt på rekruttering av faggrupper som i sin grunnutdanning har kompetanse på psykososialt arbeid. Dette vil bli fulgt opp gjennom krav til kommunen ved tildeling av midler fra opptrappingsplanen for psykisk helse.
- Sette i gang en bred utredning for å se ressursene og kompetansen i barnevernet, skolen, fritidssektoren, PPT og helsestasjon og skolehelsetjeneste i sammenheng.
- Tydeliggjøre/skjerpe kravene til det forebyggende helsetilbudet til ungdom i gjeldende forskrifter, og vurdere om det bør foretas endringer i kommunehelsetjenesteloven.
- Utvikle tiltak for minoritetsspråklige barn i førskolealder.
- Utrede tiltak for å bedre språkforståelsen og øke deltakelsen av minoritetsspråklige barn i barnehage.
- Iverksette kompetansetiltak i regi av Barnevernet rettet mot krisesentrene og tiltak for å sikre oppfølging av barna etter at de flytter hjem.
- Redusere foreldrebetalingen i kommunale og private barnehager, og øke utbyggingen av barnehageplasser bl.a. ved hjelp av et stimuleringsstilsudd.

sin blant legene. For det tredje er det vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger rundt om i landets kommuner.

#### 9.3.1 Spesialiteten samfunnsmedisin

Noe av uklarhetene rundt samfunnsmedisinen skyldes at begrepet både brukes som en betegnelse på en legespesialitet og på et flerfaglig oppgavefelt i folkehelsearbeidet. Dette skaper blant annet uklarhet omkring hva som er legens og hva som er andre aktørers rolle. I denne meldingen er fellesnevneren for disse oppgavene folkehelsearbeid. Samfunnsmedisin betraktes som medisine-

rens – legens - medisinsk- faglige begrunnede arbeid inn mot folkehelsearbeidet og enkelte andre oppgavefelt. En slik tilnærming vil bidra til å klargjøre rollene i folkehelsearbeidet. Et eksempel kan være den kommunale oppgaven å skaffe oversikt over helsetilstand og faktorer som påvirker helsen. Både leger, annet helsepersonell, miljøvernledere, ingeniører, forskere, frivillige organisasjoner, m.fl. kan bidra i dette arbeidet, som ingen av aktørene har spesielt monopol på. Legen bidrar med sin samfunnsmedisinske kunnskap inn mot denne folkehelseoppgaven. Behovet for kompetanse synliggjøres når innholdet i oppgavene konkretiseres.

En annen uklarhet er knyttet til et manglende skille mellom oppgaver som kommunehelsetjenesteloven tillegger kommunelege 1, og hva som inngår i den samfunnsmedisinske spesialiteten. Et eksempel er miljørettet helsevern som inngår i utdanningen til spesialiteten i samfunnsmedisin. Leger med samfunnsmedisinsk spesialitet bør gi viktige bidrag innen miljørettet helsevern, selv om denne oppgaven ikke spesielt er tillagt kommunelege 1 i lovverket. Miljørettet helsevern er lagt til kommunestyret som kan delegere myndighet slik kommunestyret måtte finne det hensiktsmessig.

Spesialiteten i samfunnsmedisin har vært sterkt knyttet til kommunelegefunksjonen. Praksis og veiledning i kommunehelsetjenesten har vært obligatorisk for å kunne bli spesialist i samfunnsmedisin. Det er imidlertid flere arenaer som har behov for å trekke på samfunnsmedisinerens kompetanse. Et eksempel er innen fylkeslegenes rådgivning og overordnede faglige tilsyn med helsetilstand, behov og behovsdekning i fylket.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling gjennomgår nå spesialistutdanningen for samfunnsmedisin. Nasjonalt råds utredning vil omfatte en bred drøfting av samfunnsmedisinerens situasjon og behov for faglig løft for at den skal være en nyttig og attraktiv spesialitet. Hensikten er å sikre at samfunnet og befolkningen har nødvendig medisinsk kunnskap når det tas beslutninger av betydning for folks helse, trivsel og sosiale og miljømessige forhold. Utredningen ferdigstilles i løpet av 2003.

### 9.3.2 Rekruttering til kommunelegestillinger

Legers lave interesse for kommunlegestillinger skyldes i hovedsak

- kommunelegens uklare rolle og manglende status,

- mangel på klarhet om oppgaver og verktøy i arbeidet,
- mangel på fagmiljø i små kommuner og manglende faglig støtte fra overordnede forvaltningsorganer,
- økonomiske insentiver for å gå inn i kurativ virksomhet. Behandling av sykdom som fastlege er i dag mer lønnsomt enn forebyggende arbeid som kommunelege.

Fra kommunenes side kan det stilles krav til at fastlegen deltar i offentlig allmennmedisinsk legearbeid (lege ved helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem og fengselsanstalter) med inntil 7,5 time per uke. Fastlegene kan imidlertid ikke pålegges samfunnsmedisinsk arbeid. Dette må utføres med fastlønn i kommunene. Med nåværende utforming av avlønningsordningene, med 30 prosent kommunal finansiering av det kurative legearbeidet og 100 prosent av det offentlige legearbeidet, stimuleres ikke kommunene til å ansette medisinerer innen folkehelsearbeidet.

Kommunelegenes uklare rolle og status handler blant annet om problemer med å finne en plattform i en kommunal hverdag som har gjennomgått store endringer. Kommunelegene og annet helsepersonell skal nå være rådgivere inn mot kommunale beslutninger på linje med andre ansatte innenfor andre kommunale sektorer. Omstendighetene er i dag andre enn da distriktsleger var viktige pådrivere i folkehelsearbeidet. Legenes tidsbruk på arbeidet er ikke lenger den beste indikatoren på hvordan samfunnet totalt sett driver folkehelsearbeid. Mange av de forholdene som den tidligere distriktslegen alene måtte ta et ansvar for, er nå forankret i andre sektorer både lovmessig og organisatorisk. Et eksempel er sikring av helsemessig betryggende drikkevann til befolkningen som i tidligere tider var avhengig av at en samfunnsmedisiner satte drikkevann på den kommunale dagsorden. I dag har vi en drikkevannsforskrift som ansvarliggjør vannverkseier både mht. krav til vannkvalitet, mengde og et systematisk arbeid (internkontroll) for til enhver tid selv å kunne dokumentere at folk får vann av tilfredsstillende kvalitet. I plan- og bygningsloven stilles plankrav til vannforsyning i kommunen. Et annet eksempel er bolighygiene. I dag har plan- og bygningsloven med byggeforskrifter detaljerte krav til boligstandard som sikrer den hygien som distriktslegen tidligere var alene om å påpeke. Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse er imidlertid fortsatt viktige bidragsytere i dagens folkehelsearbeid. Legens humanmedisin-

ske kompetanse er for eksempel sentral i smittevernarbeidet. Kunnskap om sykdommers utbredelse og årsaker er viktig for å kunne påpeke nye samfunnsmessige drivkrefter som påvirker folkehelsen.

En styrket infrastruktur for folkehelsearbeidet som denne meldingen legger opp til, vil kunne gjøre arbeidet mer attraktivt og spennende for flere enn ildsjelene. Arbeid i partnerskap vil bidra til å sette folkehelse høyere på den politiske dagsorden. Verktøy som helseprofiler og konsekvensutredninger utgjør sentrale verktøy i arbeidet. Lokale koordinatorfunksjoner vil fungere som et «lim» i det lokale folkehelsearbeidet mellom sektorer, nivåer og aktører. Dette vil skape en klarere etterspørsel også etter legens kompetanse i folkehelsearbeidet.

Sterkere fagmiljøer for samfunnsmedisinere kan etableres ved interkommunalt samarbeid, for eksempel knyttet til de nye lokale mattilsynene. I kapittel 9.5 går regjeringen inn for å åpne for delegasjon av kommunale oppgaver til interkommunale organ. Kommunene må selv velge om de ønsker slike interkommunale løsninger.

Når fylkeslegen inkluderes i fylkesmannsambetet fra 2003, blir det skapt en langt bedre plattform for «helse – miljø alliansen». Fylkesmannen vil bli et kompetent rådgivningsorgan overfor kommunene, og en faglig støtte for kommunelevene.

## 9.4 Styrket rolle for helseforetakene i forebygging

Regjeringen ønsker med denne meldingen å styrke forebyggingsinnsatsen i helseforetakene. Spesialisthelsetjenestens ansvar på dette området er forankret både i lovgivningen og vedtektene til de regionale helseforetakene. Samtidig er det viktig å understreke at et sterkere engasjement i det forebyggende arbeidet må ta utgangspunkt i helseforetakenes oppgaver. Ansvaret må avgrensnes og samordnes i forhold til de andre nivåene og aktørene i helsetjenesten.

Rammebetingelsene for det forebyggende arbeidet er gitt gjennom *lov om spesialisthelsetjenesten* hvor det framgår av formålsparagrafen at tjenestene blant annet skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. I forarbeidene til loven ble det forebyggende og helsefremmende arbeidet framhevet som en del av lovens virkeområde selv om det ikke spesifikt er tatt opp i lovens oppgave-

### Boks 9.7 Tiltak – Samfunnsmedisin og legerollen

Regjeringen vil:

- Utvikle og gjøre tilgjengelig verktøy for kommunenes folkehelsearbeid, jfr. meldingens tiltak mht. planlegging, helseprofiler og konsekvensutredninger.
- Sikre at det nye fylkesmannsambetet skal fungere som et kompetent rådgivningsorgan overfor kommunene i folkehelsearbeidet.
- Sikre at utredningen fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning danner grunnlag for en klargjøring av profil og innhold i den samfunnsmedisinske spesialiteten i samarbeid med Legeforeningen.
- Klargjøre hvilke oppgaver som skal gjennomføres av kommunelege 1 i forbindelse med gjennomgang av kommunehelsetjenesteloven (jf. kapittel 9.5).
- Sørge for at det gis ut et rundskriv om kommunelege 1-oppgaver til alle landets kommuner.
- Vurdere organisatoriske og økonomiske sider ved den samfunnsmedisinske legerollen i sammenheng med den kommende evalueringen av fastlegeordningen.

kapittel. *Lov om helseforetak* følger opp dette. Oppgavene er videre forankret i vedtektene for de regionale helseforetakene der det heter at de regionale helseforetakene skal angi hvilke virksomheter som skal løse de enkelte hovedoppgavene, blant annet innen helsefremmende og forebyggende arbeid.

#### 9.4.1 Ressursbruk på forebygging

Sintef Unimed har på oppdrag fra Helsedepartementet gjennomført en kartlegging av forebyggingsaktivitetene i spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge RHF. Hensikten var bl.a. å få et grunnlag for å se utviklingen over tid, anslå ressursbruk og karakteren av forebyggingsinnsatsen. Selv om kartleggingen ikke gir grunnlag for å generalisere, kan den likevel bidra til å gi et bedre grunnlag for å presisere foretakenes forebyggingsoppgaver, og i neste omgang utvikle et begrenset antall indikatorer for forebyggingsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten, og eventuelt for-

mulere krav om en tallmessig økning av denne innsatsen.

Kartleggingen indikerer at sykehusene i Midt-Norge ikke driver med kompetanseoverføring og veiledning til kommunene på forebyggingsfeltet med utgangspunkt i epidemiologiske data, med unntak av forskriftsfestet rapportering om smittsomme sykdommer. Helsedepartementet er kjent med at slik kompetanseoverføring skjer med utgangspunkt i prosjekter ved enkelte andre sykehus i landet. Kartleggingen gir ikke grunnlag for å anslå hvor mye epidemiologisk forskning som er blitt utført ved det enkelte sykehus. Mye av virksomheten ved arbeidsmedisinske avdelinger, som finnes ved landets regionsykehus og ved Telemark sentralsykehus, kan defineres som forebygging.

Smittevernarbeidet er det området på forebyggingsfeltet der det er enklest å fastlå sykehusenes personellinnsats. I følge kartleggingen i Midt-Norge er det satt av ressurser til å oppfylle minimumskravene i smittevernloven. Respondentene oppgir at legeressursene er gjennomgående små.

Flere sykehus har etablert lærings- og mestringssentre som koordinerer opplæringstilbud til pasienter. Samlet tilbyr sykehusene i regionen en rekke ulike tiltak for å bidra til å hindre at pasienter som har hatt sykdom, får tilbakefall. Noen sykehus i Midt-Norge rapporterer om forebyggende tiltak rettet mot enkeltindivider med høy risiko for en bestemt sykdom. Sykehusenes ressursbruk på systematisk samarbeid med og undervisning rettet mot andre instanser er forholdsvis beskjeden – men det er stor bredde i hvilke aktører som får et slike tilbud. Ressursbruken ser ut til å være større innen psykisk helsevern enn i somatiske sykehus.

#### 9.4.2 Sykehusenes ansvar for forebygging

Sykehusene er store og tunge kunnskapsorganisasjoner som har mye kunnskap om risikofaktorer for sykdom, faktorer som reduserer sykdomsutvikling, og utvikling av sykdomsbildet i befolkningen (epidemiologi). Sykehusene vil derfor ha en viktig rolle som kunnskapskilde til det primærforebyggende arbeidet, men det viktigste bidraget vil likevel være det sekundærforebyggende arbeidet. Sykehuspersonellens utstrakte kontakt med mennesker som allerede har et helseproblem, gir dem en sentral posisjon i forhold til å kunne informere om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling.

Sykehusenes ansvar på smittevernområdet er

allerede utdypet gjennom smittevernloven med tilhørende forskrifter. Hendelser som Dent-o-sept saken har bidratt til økt fokus på smittevern i norske sykehus. De regionale helseforetakene tar oppgaven med å ivareta smittevernarbeidet alvorlig. Helse Vest har eksempelvis utarbeidet en omfattende regional smittevernplan, som andre regioner ser som modell for eget arbeid. Se egen omtale av tiltak for å styrke smittevernarbeidet i kapittel 7.3.

Det gjenstår å gi et konkret innhold til lov- og vedtektsformuleringene når det gjelder, helseovervåkning, samarbeidet med/veiledning overfor primærhelsetjenesten, og individrettet forebygging.

#### *Overvåkning av sykdom og risikoforhold*

De regionale helseforetakene har med utgangspunkt i egen virksomhet en rolle i arbeidet med å følge utviklingen i sykdomsbildet i regionen og i nærområdene. Overvåkning av epidemiologiske forhold vil være et viktig grunnlag for forebyggende tiltak. De regionale helseforetakene bør også kunne bidra med oversikter og kunnskap om sykkelighet, dødelighet, risikofaktorer, som er av stor betydning for planlegging i regionen.

Spesialisthelsetjenesten er en sentral kilde til data på nasjonalt nivå gjennom rapporteringen til Norsk pasientskaderegister. Videre vil sykehusenes rapportering fra lokale kvalitetsregistre være en viktig datakilde til eksisterende nasjonale registre og eventuelt nye registre for enkelte sykdomsgrupper. Det er for eksempel satt i gang en utredning om behovet for et nasjonalt hjerte- og karregister, jf. kapittel 10 En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk.

#### *Veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten*

For at kommunen skal kunne ivarta sine folkehelseoppgaver er det viktig at spesialisthelsetjenesten bidrar med sin kompetanse gjennom informasjon og veiledning. På veiledningssiden må det identifiseres områder hvor kommunene kan ha legitime forventninger til kompetanse i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til formidling av epidemiologisk kunnskap kan dette for eksempel gjelde felt som smittevern, hjerte- og karsykdommer, psykososial problematikk hos barn og unge, rusmisbruk, og forebygging av astma og allergi. Sykehusene bør gjennom sin kompetanse om sammenhengene mellom risiko, forebygging og sykdom være en nyttig partner ved gjennomførin-

**Boks 9.8 Eksempel – Skaderegistrering**

- *Klok av skade* er et prosjekt som kommuneoverlegene på Haugalandet i 6 kommuner har iverksatt på bakgrunn av ulykkesregistrering ved sykehuset i Haugesund. Målet for prosjektet er å redusere antall alvorlige ulykker og oppmuntre befolkningen til å tenke på skadeforebygging i egen hverdag. På bakgrunn av dette prosjektet har kommunene satt inn tiltak, for eksempel med tilbud til eldre om gratis saltblandet sand til bruk om vinteren, med utarbeiding av sjekklister med forbyggende tiltak til husstandene og velforeningene i regionen etc.
- Harstad Sykehus (Hålogalandsykehuset) har registrert alle skader som behandles poliklinisk eller med innleggelse fra 1. juli 1985. Registreringen omfatter opplysninger om person, skadested, tidspunkt, hvordan skaden skjedde og om den skyldes ulykke, vold eller er selvpåført. For trafikkulykker gjøres det en geografisk stedfesting som danner grunnlag for å finne ulykkespunkter.
- Ved hjelp av skaderegistreringen er Harstad kommune i stand til å analysere ulykkes- og skadebildet, finne målgrupper for forebygging og evaluere resultatet av iverksatte tiltak. Siden 1989 har sykehuset sendt ut 37 rapporter med lokale anonymiserte data om trafikkulykker og skader. Disse rapportene er et ledd i et forebyggende program i forbindelse med at Harstad har status som *Trygt lokalsamfunn* i Verdens helseorganisasjons nettverk.

gen av primærforebyggende programmer. Når det etableres lokale og regionale partnerskap for folkehelsearbeid (se kapittel 8), er det derfor viktig å trekke spesialisthelsetjenesten med på laget.

**Individrettet forebygging**

Individrettet forebygging omhandler særlig påvirkning av levevaner og styrking av egen mestringsevne, gjennom informasjon, opplæring og oppfølging/samarbeid med kommunale tjenester. Aktuelle områder er:

- forebygging av helseskade hos enkeltindivider med forhøyet risiko, for eksempel barn av pasi-

**Boks 9.9 Eksempel – Forebygging av selvmord: Bærumsmodellen**

- En del av dagens selvmordsforebyggende arbeidet i landets sykehus bygger på Bærumsmodellen. Bærumsmodellen ble etablert i 1983. Arbeidet er basert på en avtale mellom Bærum sykehus og Helsestaten i Bærum. Målsettingen er å forebygge selvmord gjennom forebyggende arbeid rettet mot personer som er blitt tatt i mot i somatisk sykehus p.g.a. selvmordsforsøk.
- Arbeidet drives av et tverrfaglig team med ansatte både fra sykehuset og kommunehelsetjenesten. Sykehuset vurderer selvmordsfare, sykdom og behandlingstiltak. Kommunehelsetjenesten (helsesøster og psykolog) arbeider med den enkelte klient og pårørende.
- Kjennetegnet ved modellen er at den kombinerer tverrfaglig vurdering, og eventuelt behandling, med kvalifisert oppfølging etter utskrivningen. Modellen forutsetter samarbeid som overskrider forvaltningsnivåer og profesjons- og sektorgrenser.
- Myndighetene har anbefalt andre sykehus å praktisere de samme rutinene for registrering (taushetsplikt), ansvarsfordeling, behandling og oppfølging av selvmordsforskere som ved Bærum sykehus. Det er ellers opp til det enkelte sykehus og samarbeidspartnerne å velge en funksjonell, lokal utforming av behandling og oppfølging.

enter med arvelige sykdommer og barn av foreldre som har psykiske lidelser

- treningsprogrammer og opplæring for at pasienter som har eller har hatt sykdom ikke skal få tilbakefall
- organiserte opplæringstilbud til pasienter - lærings- og mestringssentre

Det individrettede forebyggingsarbeidet kan både inngå som en integrert del av pasientbehandlingen, og skje i form av organiserte opplæringstiltak.

Forebyggende tiltak vil være et viktig tema i utarbeidelsen av individuelle planer for framtidige behandlingsopplegg. I utskrivingsnotatet fra sykehuset vil det bli vist til hva som skal følges opp av primærhelsetjenesten.

### Boks 9.10 Eksempel – Diabetesforebygging ved Gjøvik sykehus

- Ved Gjøvik sykehus er det igangsatt et diabetesforebyggende prosjekt i samarbeid med primærhelsetjenesten. Målet er i første omgang å teste ut forebyggende tiltak overfor risikogrupper.
- I samarbeid med primærlegene kartlegges risikogruppen for diabetes og personene innkalles deretter til sykehuset for undersøkelse og behandling. Personer med nedsett glucosetoleranse tilbys livsstilsintervensjoner og fysisk aktivitet. Tidligere undersøkelser har vist betydelig reduksjon av diabetesforekomst ved slike tiltak.

Andre initiativer for å styrke den forebyggende innsatsen ved sykehusene er opprettingen av *Norske helsefremmende sykehus*, som er en del av det internasjonale nettverket *Health Promoting*

### Boks 9.11 Eksempel – Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom

- I 2000 ble Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom etablert ved Aker universitetssykehus HF i Oslo. Kompetansesenteret finansieres med statlige midler og for 2002 ble det bevilget 2,2 millioner til formålet.
- Per oktober 2002 hadde 13 sykehus i Norge lærings- og mestringssentre, og ytterligere 10 var under planlegging. Sentrene formidler kunnskap til mennesker med kronisk sykdom for å bidra til mestring av livssituasjonen og derved forebygge forverring av helsetilstanden.
- Lærings- og mestringssenteret ved Namsos sykehus startet som prosjekt i 1999, og sykehuset i Namsos var et av de første som startet opp. Senteret er organisert under psykiatrisk klinikk ved sykehuset, og ble etablert som et fast tilbud fra mars 2001.
- Tilbudet ved Namsos sykehus omfatter utveksling av brukererfaring og kunnskap gjennom kursvirksomhet, samtalegrupper, ukeopphold for barn og foreldre, informasjonsarbeid og likemannsarbeid.

*Hospitals*, initiert av Verdens helseorganisasjon. Det er foreløpig 6 norske sykehus som er medlem av dette nettverket. Aktivitetene i nettverket skjer i form av prosjekter rettet inn mot forebyggende og helsefremmende arbeid, for eksempel arbeid for røykfrie sykehus.

Røykfrie sykehus er et viktig signal til omgivelsene. Ved de fleste sykehus har ansatte i dag ikke anledning til å røyke innendørs, og mange sykehus har innført røykfrie inngangspartier. Det er imidlertid bare 18 prosent av sykehusene som er helt røykfrie. Vi vet også at det selges tobakk på et flertall av landets sykehus. Det er et mål for regjeringen at alle sykehus skal bli røykfrie og at det ikke skal selges tobakk i sykehuskioskene. Erfaring viser at effekten av restriksjoner er større hvis en samtidig tilbyr hjelp til røykeslutt. Det er derfor et mål at alle sykehusansatte skal ha et slikt tilbud, og at tilbudet skal være tilgjengelig for pasientene. Vel halvparten av landets sykehus har i dag etablert et tilbud om hjelp til røykeslutt for sine ansatte.

### Boks 9.12 Tiltak – Styrket rolle for helseforetakene i forebygging

Regjeringen vil:

- Vurdere om det er behov for å gjøre endringer i spesialisthelsetjenesteloven for å klargjøre/presisere foretakenes ansvar på forebyggingsfeltet.
- Vurdere om det er behov for en veileder til spesialisthelsetjenesteloven, når det gjelder ivaretaging av folkehelsearbeid og veiledning overfor kommunehelsetjenesten.
- Bruke de årlige styringsdokumentene til å tydeliggjøre forventningene til de regionale helseforetakene med hensyn til å sikre at de forebyggende oppgavene ivaretas av sykehusene i regionen.
- Vurdere egnede finansieringsformer som kan stimulere til økt forebyggingsinnsats i sykehusene i forbindelse med oppfølgingen av Hagen-utvalgets innstilling.
- Utvikle en eller flere indikatorer for å avlese og påvirke utviklingen av forebyggingsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten.
- Gjennomføre kartlegginger av den forebyggende innsatsen i spesialisthelsetjenesten etter mønster fra den kartleggingen som er gjennomført i Helse Midt-Norge.

### Aktuelle virkemidler

Med utgangspunkt i den nye statlige styringsmodellen for helseforetakene vil signaler i de årlige styringsdokumentene være et helt sentralt virkemiddel for å styrke forebyggingsinnsatsen.

Sykehusene har i dag begrensede økonomiske insentiver for å prioritere forebyggende arbeid. Det er derfor behov for en nærmere vurdering av finansieringssystemet for å sikre at det i større grad skal fange opp det forebyggende arbeidet.

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal utrede finansieringen av spesialisthelsetjenesten (Hagen-utvalget). Utvalget leverte sin innstilling i desember 2002.

Skal forebyggingsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten styrkes, er det en forutsetning at vi har oversikt over den faktiske utviklingen. Den kartleggingen som Sintef Unimed har gjennomført, vil være et egnet utgangspunkt for en nasjonal kartlegging, og utvikling av eventuelle indikatorer.

## 9.5 En gjennomgang av kommunehelsetjenesteloven

Med kommuneloven av 1992 ble det i større grad enn tidligere lagt opp til at kommunestyret skal stå fritt til å bestemme hvilke organer de ønsker å opprette og hvilke funksjoner de ønsker å legge til de enkelte organer. All kommunal kompetanse etter særlover skulle legges til de øverste folke-

valgte organer med stor frihet for disse til å opprette folkevalgte og administrative organer og tildele dem oppgaver og myndighet tilpasset lokale forhold. Da kommunehelsetjenesteloven ble endret for å tilpasses ny kommunelov, ble kravet om et helse- og sosialstyre opphevet, og myndighet innen miljørettet helsevern ble lagt til kommunestyret. Selv om kommunehelsetjenesteloven ble tilpasset ny kommunelov i 1995, bærer den fortsatt preg av å være en sektorlov for helsetjenesten. Dette er ikke heldig for en virksomhet som er så avhengig av helhetstilnærming og tverrsektorielt samarbeid. I dagens lov står det for eksempel at kommunehelsetjenesten og ikke kommunen skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Kommunehelsetjenesteloven gir i dag en særlig rolle til en aktør – kommunelegen. Det heter i § 3-5 at Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. Innen smittevern er kommunelegen tillagt konkrete oppgaver ved smittevernloven. Når det gjelder miljørettet helsevern, har det tradisjonelt vært kommunelegen som har håndtert dette feltet. I dag er det imidlertid flere aktører som utfører arbeidet og som foretar de nødvendige helsefaglige vurderingene og gir tilråding. Dette gjelder for eksempel mht. drikkevann, innemiljø, renovasjon og arbeid med sosiale miljøfaktorer.

Det er viktig å legge til rette for en fleksibel og effektiv bruk av personellressursene. Det er der-

### Boks 9.13 Tiltak – Gjennomgang av kommunehelsetjenesteloven

Regjeringen vil

- Gjennomgå loven for å ivareta folkehelsearbeidet på en bedre måte. En hovedintensjon er å dreie fokus fra sektor til kommune og fra aktører til oppgaver – dvs. en ytterligere tilpasning til kommuneloven.
- Det skal gå klarere fram at det er kommunen og ikke helsetjenesten som har ansvaret for det helhetlige folkehelsearbeidet. Det bør framgå av kommunehelsetjenesteloven at planlegging skal skje innen rammen av plan- og bygningsloven.
- Det skal vurderes å endre loven slik at det den åpner for mer fleksibel personellbruk når det gjelder tilråding og begrunnelse i den kommunale saksbehandlingen.
- Det skal mer generelt vurderes om lovverket legger grunnlag for hensiktsmessig og smidig utnyttelse av lokalt personell og gode nok føringer for samarbeid mellom sektorer. Dette må ses i sammenheng med at det er varslet en bredere utredning om de kommunale tjenestene overfor barn og unge.
- I forbindelse med den varslede gjennomgangen av miljørettet helsevern vil også kommunehelsetjenesteloven være et tema.
- Det skal bli mulig for de kommuner som ønsker det, å delegerer myndighet innen miljørettet helsevern og eventuelt andre oppgaver til interkommunalt organ.

for aktuelt å vurdere endringer i regelverket slik at det ikke legger begrensninger på hvem som foretar og står ansvarlig for helsefaglige vurderinger i den kommunale saksbehandlingen - så lenge vurderingen sikrer at lokale beslutninger tas på et faglig forsvarlig grunnlag.

Når det gjelder organisering har mange kommuner positive erfaringer med interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern. Det er imidlertid ikke anledning til å delegere myndighet til interkommunalt organ innen dette området i dag.

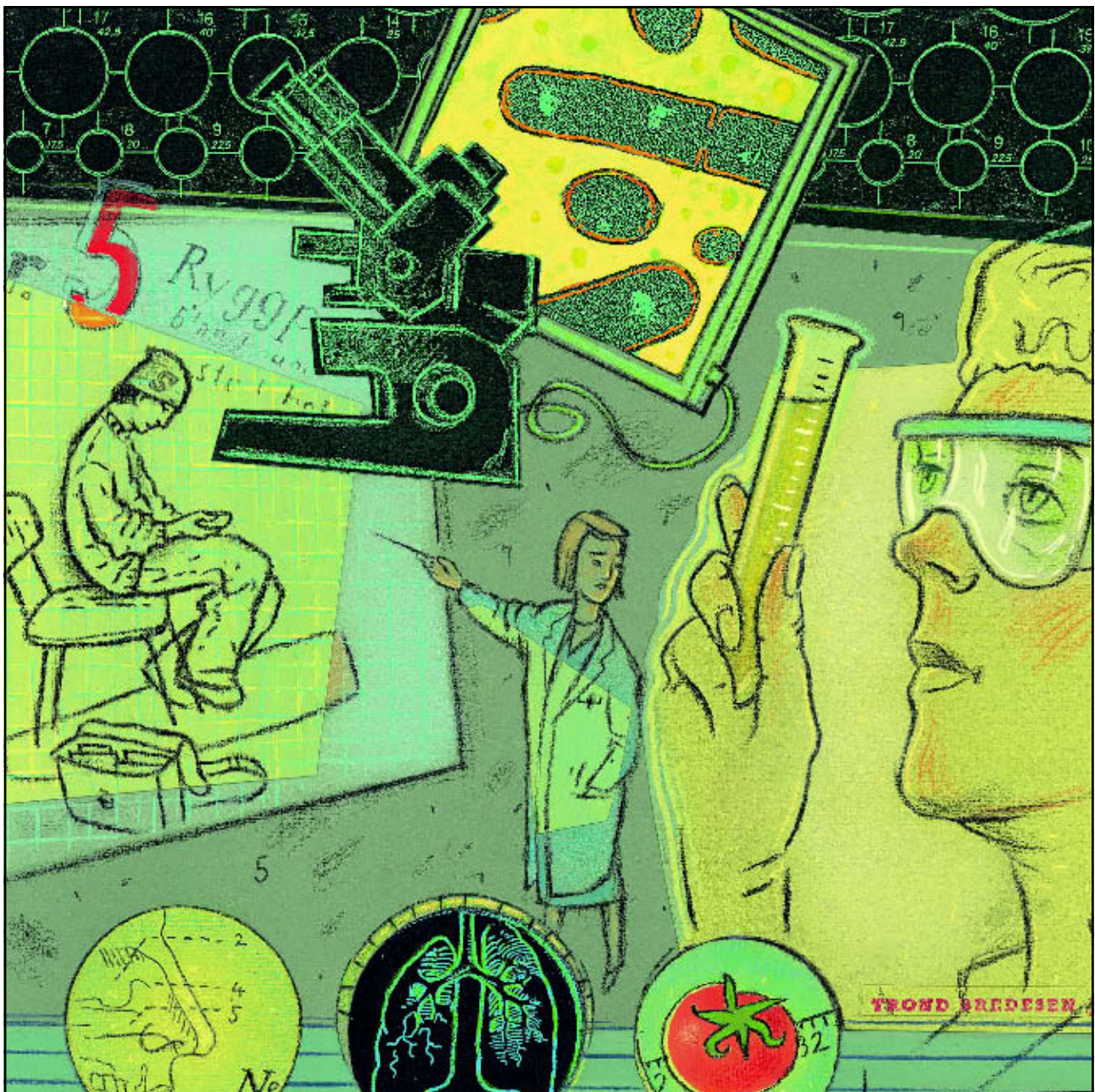


*Del IV*  
*Utvikle ny kunnskap*



## 10 En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk

«En langt mer systematisk oppbygging av kunnskap er nødvendig for at vi skal gjøre de riktige tingene – på rett måte.»



Figur 10.1 En kunnskapsbasert folkehelsepolitikk

Det er et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikktutforming og praksis innen folkehelsearbeidet. Tiltak som planlegges og iverksettes, må så langt som overhodet mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsaker og virkninger.

På en rekke områder, for eksempel når det gjelder vaksinasjon, har vi store mengder sikker kunnskap som blir brukt ved planlegging av tiltak. Kunnskapskravet er lettest å tilfredsstillere der årsakssammenhengene er klare. Når det gjelder noen av de viktigste folkehelseproblemer, som for eksempel muskel- og skjelettlidelser, psykiske problemer og astma/allergier, er årsaksforholdene komplekse og til dels ukjente. Det er for eksempel svært mange veier til psykiske helseproblemer, det er mange faktorer som ligger bak, og det er gjort få systematiske utprøvinger av forebyggende tiltak. Dermed er det vanskeligere å peke ut konkrete tiltak som vil gjøre en forskjell.

Kunnskapsmangel må imidlertid ikke føre til handlingslammelse. Vi må drive utprøvende satsing og iverksette tiltak så snart kunnskapsgrunnlaget er solid nok til å kunne gå ut med anbefalinger og råd. For å heve kunnskapsnivået må det satses på flere fronter. Vi må etablere kunnskap om

- det vi gjør, gjennom en strammere utforming og mer systematisk evaluering av tiltak som iverksettes
- situasjon og utvikling - overvåking
- årsaker
- hva som gjør en forskjell – effektforskning
- forholdet mellom nytte og kostnader

## 10.1 Helseovervåking og forskning

Overvåking er en viktig del av folkehelsepolitikken, og gir et fundament for målformuleringer, planlegging, gjennomføring og evaluering. Overvåking skal støtte planleggere og beslutningstakere. Målet er et mest mulig komplett helseovervåkingssystem som gjør det mulig å følge utviklingen i helsesituasjon og forhold som påvirker helsen, og å sammenligne mellom geografiske områder og mellom land. Et enhetlig system er også viktig for å unngå at det samme datamaterialet framskaffes flere ganger.

I forhold til de fleste andre land er mulighetene for overvåking og forskning gunstige i Norge. Vi har mange og gode befolkningsdata og større og bedre helseundersøkelser enn de fleste andre land.

Datainnsamling og forvaltning av helse- og sykdomsregistre krever kontinuerlig forskning for å kvalitetssikre data. Videre må data om folkehelsen utnyttes bedre for å styrke kunnskapsgrunnlaget på folkehelsefeltet. Slike data må ses på som et samfunnsmessig felleseie. Det er derfor viktig at de datakildene som vi rår over, blir gjort tilgjengelig for forskning både i forvaltningen, i sykehusene, ved universitetene og i forskningsinstitusjonene. For å sikre en bedre utnyttelse må samarbeidet mellom forvaltningen og universitetsmiljøene styrkes.

På folkehelsefeltet er det behov for forskningsbidrag fra mange fag og disipliner – både fra helsefagene, fra samfunnsfag og humaniora og fra naturvitenskap og teknologifag. Forskningsarbeid på tvers av tradisjonelle disiplin- og faggrenser må styrkes for å sikre den tverrfagligheten som er nødvendig på dette området.

### 10.1.1 Overvåking av folkesykdommer

Kunnskap om hvorfor sykdommer oppstår og hvordan helsetilstanden utvikler seg kan vi få ved å samle inn informasjon fra hele eller et utvalg av befolkningen. For å få kunnskap om utbredelsen av sykdommer og risikofaktorer og hvordan dette forandrer seg over tid i ulike grupper av befolkningen (kjønn, alder, sosiale og økonomiske forhold, etnisitet og geografi) må det drives løpende helseovervåking ved hjelp av helseregistre, data fra forskningsprosjekter og helseundersøkelser.

Helsedepartementet ga i 1998 Statens institutt for folkehelse i oppdrag å utvikle et system for helseovervåking som kalles Nasjonalt helseindikatorsystem. Systemet er etablert, og en elektronisk versjon er tilgjengelig på internett under navnet *Norgeshelsa*. Norgeshelsa inneholder en samlet presentasjon av viktige data om helse, sykdom og risikofaktorer i den norske befolkningen. Programets tilgjengelighet og funksjonalitet er i dag ikke god nok. Folkehelseinstituttet har derfor høsten 2002, i samarbeid med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, startet et arbeid med å utvikle Norgeshelsa på nett slik at systemet skal bli så enkelt å bruke at det vil fungere tilfredsstillende for ikke-eksperter.

#### *Helseundersøkelsene og Cohort of Norway (CONOR)*

I løpet av de siste tiårene er det gjennomført store regionale befolkningsundersøkelser flere steder i landet. Undersøkelsene brukes til forskning og helseovervåking, og er viktige kilder til kunnskap

om årsaker til og forekomst av blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, kroniske lungesykdommer og angst og depresjon i befolkningen. Følgende helseundersøkelser inngår i en nasjonal database som kalles Cohort of Norway (CONOR): helseundersøkelsene i Tromsø (Tromsø V), Nord-Trøndelag (HUNT II), Hordaland (HUSK), Oslo (HUBRO) og Oppland og Hedmark (OppHed). CONOR vil i løpet av 2002 inneholde helseopplysninger og blodprøver fra ca 175 000 personer som har gitt samtykke til deltakelse. Målet er å samle opplysninger fra totalt 200 000 personer før 2005.

Innsamling av data skjer i et samarbeid mellom universiteter, fylkeskommuner, kommuner og helsetjenesten, og til nå har mye av datainnsamlingen foregått ved hjelp av spesialtilpassede busser og omreisende arbeidslag. Denne innsamlingsmetoden har hatt mange fordeler. Den har gjort det mulig å undersøke et stort antall mennesker raskt, vært tilgjengelig der hvor folk bor, gitt standardisert informasjon fordi det er de samme teamene som har utført tjenesten i hele landet, og vært forholdsvis billig. I framtiden vil det imidlertid være hensiktsmessig å undersøke utvalgte deler av befolkningen framfor å innkalle alle. Det vil være naturlig å ta i bruk ny teknologi ved innsamling av data, og det er sannsynlig at helseundersøkelsene vil bli mer spesialiserte slik at det kan bli behov for skiftende kompetanse hos personellet. Disse endringene gjør det nødvendig å fornye både arbeidsmåter og organisering slik at de tilfredsstillt framtidens krav.

Det finnes flere titalls medisinske registre ved landets sykehus og en rekke større og mindre befolkningsundersøkelser i tilknytning til ulike forskningsmiljøer. Den største av disse er *Mor og barn-undersøkelsen* som er i ferd med å rekruttere 100 000 gravide, deres partnere og barn. Undersøkelsen er enestående i sitt slag fordi den har opplysninger også om far. Den vil omfatte til sammen ca 250 000 mennesker og vil bli en viktig kilde til forskning nasjonalt og internasjonalt. Målet er å kunne svare raskt og sikkert på spørsmål om årsaker til sykdom og død hos barn og foreldre. Undersøkelsen vil bidra til å finne årsaker til astma og allergier, autisme og andre alvorlige psykiatriske tilstander hos barn, type 1 diabetes, kreft, svangerskapsforgiftning og medfødte misdannelser.

Ved å utvikle CONOR sammen med andre store befolkningsundersøkelser som *Mor og barn-undersøkelsen* og helseregistrene vil Norge i 2005 ha en befolkningsbasert database under offentlig kontroll som omfatter omkring 450 000 men-

nesker. Dette er unikt i internasjonal sammenheng.

Offentlig finansiering av helseundersøkelsene sikrer god forvaltning og demokratisk kontroll. Ved å bygge opp god infrastruktur med gode helsedata og samlinger av biologisk materiale vil norske forskningsinstitusjoner settes i stand til å tiltrekke seg midler fra internasjonale finansieringskilder som EUs rammeprogram for forskning, National Institutes of Health i USA og andre. Dette kan på sikt gjøre det mulig å utvikle nye medikamenter, midler for å stille diagnose og andre produkter som kan patenteres og kommersialiseres. Offentlig satsing på denne type infrastruktur og forskning er derfor også en økonomisk investering.

#### *Helse- og sykdomsregistre*

Når det er ønskelig å avdekke forekomst av sjeldne tilstander, eller finne årsaker som er lite utslagsgivende, kan det være nødvendig å opprette et landsdekkende register. Det er nå seks sentrale nasjonale helseregistre i Norge: Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret, Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS), System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK) og Tuberkuloseregisteret.

Disse samler opplysninger om sykdom, fødsel, død og forhold som kan ha betydning for sykkelighet og dødelighet. Registrene gir løpende kunnskap om forekomsten av ulike kreftformer, dødsårsaker, medfødte misdannelser og fødselskomplikasjoner, og om hvordan disse fordeler seg i forhold til kjønn, alder, geografi og tidsperiode. Opplysningene brukes også til internasjonale sammenligninger og til å studere arveligheten av sykdom over generasjoner.

I tillegg til de sentrale helseregistrene finnes det flere registre som er opprettet for å drive forskning eller overvåking av spesielle sykdommer. For eksempel inneholder Diabetesregisteret opplysninger om alle som får type 1 diabetes før de fyller 15 år. Det er ønskelig å opprette nasjonale sykdomsregistre for flere av de viktigste folkesykdommene. Norge er det eneste landet i Skandinavia som ikke har et pasientregister fra sykehus og poliklinikker som kan analyseres på individnivå. En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet har utredet behovet for et nasjonalt hjerte- og karregister. Arbeidsgruppen foreslår bl.a. å bygge på Norsk pasientregister og at dette registeret gjøres personidentifiserbart.

Ulykker og skader har tidligere vært regis-

trert i et eget skaderegister. Dette har vært organisert som et prosjekt i utvalgte fylker. Framover er det behov for en landsdekkende registrering. Det kan derfor være aktuelt å knytte skaderegistreringen til Norsk pasientregister, dersom dette blir gjort til et personentydig register. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag fra Helsedepartementet å vurdere konsekvensene av en slik løsning.

I 2003 blir det etablert et nytt nasjonalt legemiddelregister basert på informasjon fra resepter ekspedert ved norske apotek. Det er hensynet til folkehelsen som framfor alt begrunner etablering av det nye registeret. Ettersom legemidler også brukes til å forebygge framtidig sykdom hos friske personer, som ved bruk av blodtrykks- og kolesterolsenkende legemidler og legemidler mot osteoporose, bør legemiddelbruken i framtiden belyses og analyseres mer systematisk fra et folkehelseperspektiv. Det reseptbaserte legemiddelregisteret vil være et viktig verktøy i den forbindelse, og vil bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om hvordan legemidler brukes, og hvilke konsekvenser bruken har for helsen til den norske befolkningen.

I dag mangler vi kunnskap om legemiddelforskrivningen til norske pasienter er i samsvar med dokumentert kunnskap og faglige anbefalinger. Opplysninger fra legemiddelregisteret kan brukes til å avdekke uheldige legemiddelforbruksmønstre for enkelte legemiddelgrupper. Slik kunnskap kan danne grunnlag for nasjonale retningslinjer på de aktuelle terapiområdene.

For å utnytte data bedre til forskning og helseovervåkning er det viktig å styrke samarbeidet mellom institusjonene som i dag samler inn og bearbeider data. En av hensiktene med lov om helseregistre og bruk av helseopplysninger, som trådte i kraft 1. januar 2002, er å gjøre det enklere for forskere å få tilgang på data og samtidig sikre personvernet på en tilfredsstillende måte.

### *Biobanker*

Befolkningsbaserte undersøkelser som inneholder både helseopplysninger og biologiske prøver, er ofte en forutsetning for å finne årsaker til sykdom. Alle sykdommer utvikler seg som resultat av et samspill mellom gener, miljø og tilfeldigheter. For å undersøke genetisk disposisjon og effekten av miljøfaktorer som kosthold, medikamenter og miljøgiften, er analyse av biologisk materiale helt nødvendig. Uten opplysninger fra pasientenes journaler, helseregistre eller intervjuer og andre

undersøkelser i forskningsprosjekter er det biologiske materialet lite interessant. Folkehelseinstituttet forvalter flere av de store forskningsbiobankene som er opprettet i tilknytning til helseundersøkelsene, for eksempel Cohort of Norway og Den norske mor og barn undersøkelsen.

Biobanker inneholder potensielt sensitivt materiale. Det er derfor nødvendig for samfunnet å ha kontroll over det som samles inn. Det foreligger i dag flere hundre biobanker rundt om i landet. De er lokalisert i sykehus, universiteter, laboratorier og i Folkehelseinstituttet, og det er i dag ingen samlet nasjonal oversikt over dem.

Forskning knyttet til biobanker kan være en kilde til næringsutvikling. Dette er særlig blitt aktuelt etter at framskrittene i genteknologi har gjort det mulig å studere forandringer i gener ved ulike medisinske tilstander. Biobanker som inneholder både biologisk materiale og helseinformasjon om de personene som inngår, blir i dag brukt av bioteknologisk industri og legemiddelindustrien til å finne årsaker til sykdom og framstille nye medisiner og diagnosemetoder. Bruk av denne forskningen til næringsutvikling forutsetter at biobankene blir brukt på en måte som er i tråd med det verdigrunnlaget vårt samfunn bygger på.

Regjeringen har fremmet et lovforslag om biobanker, jf. Ot.prp. nr. 56 (2001-2002).

### **10.1.2 Årsaks- og risikoforskning**

Norge har et unikt utgangspunkt for å kunne utnytte innsamlet informasjon om helsetilstanden i befolkningen til årsaks- og risikoforskning. Det skyldes at vi har et landsdekkende personregister som gjør det mulig å følge opp enkeltpersoner livet ut, at vi kan framstille slektstrær som gjør det mulig å følge forekomsten av sykdommer gjennom generasjoner, at vi har en rekke helseregistre med høy datakvalitet, at vi har gjennomført regionale helseundersøkelser i en årrekke og at vi driver store befolkningsbaserte forskningsprosjekter. Vi har en relativt stabil og oversiktlig befolkning, et apparat med stor erfaring i innsamling av epidemiologiske data og internasjonalt konkurransedyktige forskere. Samtidig blir personvernet ivaretatt på en betryggende måte, og vi har vært forskånet for tilfeller hvor slike epidemiologiske data er behandlet på en uheldig måte.

De mulighetene vi har, er imidlertid ikke godt nok utnyttet. Det har vært en ubalanse mellom mengden ressurser som har vært benyttet til å samle inn data og ressursene til å utforske de inn-

samlede dataene. Tilgjengeligheten til innsamlet materiale har heller ikke vært god nok, og det har vært vanskelig å samordne datatilfanget fordi registrene og undersøkelsene har vært forankret i forskjellige institusjoner.

I tillegg til helse- og sykdomsregistrene fins det undersøkelser om bruk av tobakk, alkohol og narkotika og om kosthold, matvaner og matvarer. En egen EU-satsing på helseindikatorer skal bidra til å fremskaffe grunnlagsmateriale for gode sammenlignende studier. Her er allerede norske forskere involvert. Et slikt grunnlagsmateriale må videreutvikles gjennom forskning, og norske forskere må ta del i dette for å sikre kontinuerlig metodeutvikling, kvalitetssikring og fornuftig utnyttelse. Det er behov for å se nærmere på de undersøkelsene om helseatferd som i dag gjennomføres på ulike felter (tobakk, rusmiddelbruk, kosthold, fysisk aktivitet) med tanke på en bedre samordning.

Forskningsrådet har utarbeidet en strategi for økt satsing på kreftforskning som oppfølging av Nasjonal kreftplan 1999-2003. Utgangspunktet var en analyse av situasjonen innenfor kreftforskningen som viste manglende fullfinansiering av prosjekter, manglende finansieringsmuligheter for tunge og langsiktige prosjekter, lite samarbeid mellom grunnforskere og kliniske forskere og en mangelfull infrastruktur. Videre ble ikke nasjonale fortrinn som for eksempel offentlige helseregistre utnyttet i tilstrekkelig grad.

### 10.1.3 Effekter av tiltak – forskning og kunnskapsoppsamling

Virkemiddelforskning er et vanskelig forskningsfelt som krever spesiell innsats. I Norge har HEMIL-senteret og ernæringsforskingsmiljøet ved Universitetet i Bergen særlig fokusert på barn og unge som målgruppe. Det vil være viktig å bygge videre på disse miljøene, og sikre langsiktig oppbygging av fagmiljøer. Det skal etableres et nærmere samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og Forskningsrådet/forskningsmiljøene for å planlegge forskning om virkemidler i folkehelsearbeidet.

Kontakt med internasjonale forskningsmiljøer er av stor betydning for å sikre kvalitet i norsk forskning, for å lære av andre og for å få tilgang til resultater fra andre lands innsats. Flere av våre beste forskningsgrupper har allerede etablert samarbeid med sterke utenlandske miljøer. Norge ligger langt framme på mange forskningsfelter, og har derfor også noe å bidra med i internasjonal

#### Boks 10.1 Fakta – Forskningsprogrammer på området Medisin og helse i Norges Forskningsråd

Forskningsrådet har i samarbeid med flere departementer, men særlig Helsedepartementet, utviklet flere forskningsprogrammer og tematiske satsinger med direkte relevans for folkehelsearbeidet. Det er utarbeidet egne programplaner for hvert program med overordnede mål og konkrete arbeidsmål/resultatmål for perioden 2001-2005.

- *Mental helse* inkluderer klinisk behandlingforskning, forskning om barns og unges mentale helse, biologisk forskning, rettspsykiatri, rettspsykologi og spiseforstyrrelser.
- *Arbeid og helse* skal bidra med forskning om belastningslidelser, helsemessige konsekvenser av endringer i arbeidslivet, årsaker til mekanismer for arbeidsrelaterte helseplager, sykefravær mm. Programmet skal styrke kompetansen i forskningsmiljøene og styrke kontakten mellom forskning og arbeidsliv.
- *Helse og samfunn* har fokus på virkemidler i folkehelsearbeidet, helse- og sykdomsoppfatninger, helsevaner, livsstil, risikooppfatninger, forebygging av uønsket svangerskap og abort, rusmiddelbruk, psykososiale problemer, sosial ulikhet mm.
- *Miljø og helse* omfatter forskning om luftforurensing, helse- og miljøfarlige kjemikalier, allergi, fukt i bygninger, stråling, støy, kostnad-nytteforskning mm.

sammenheng. Samarbeidet må bygges ut. Det fins velkvalifiserte miljøer i USA og i flere europeiske land, og det er viktig å dra nytte av de formelle kanaler og muligheter som bygges opp gjennom EU-forskningen. Innenfor EUs 6. rammeprogram er mat og ernæring ett av hovedsatsingsområdene, og problemstillinger knyttet til fedme og utvikling av diabetes II er et sentralt forskningsfelt.

Et viktig fundament for å utvikle politikk bør være dokumentasjon mht. hvilke tiltak som gjør en forskjell, og hvilke som ikke gjør det. Dette har betydning for prioriteringer (å gjøre de riktige tingene), og for effektivitet (å gjøre tingene riktig).

Å svare på hva som er nyttige og kostnadseffektive tiltak er ikke enkelt. Flommen og tilgjengelig-

**Boks 10.2 Tiltak – Helseovervåking og forskning**

Regjeringen vil

- Styrke Nasjonalt folkehelseinstitutt som nasjonalt helseovervåkningsmiljø.
- Sikre at innholdet i Norgeshelsa gjennomgås med aktuelle brukergrupper for å tilpasse utvalg av indikatorer til brukernes behov.
- Sikre enkel tilgang til og helhetlig framstilling av data fra ulike etater, som for eksempel Statistisk sentralbyrå (helsetjeneste-data), Nasjonalt folkehelseinstitutt (data om helsetilstand) og SINTEF Unimed (data om sykehus).
- Vurdere å gjøre Norsk pasientregister personentydig slik at informasjonen kan koples til annen helseinformasjon.
- Vurdere anbefalingene fra arbeidsgruppen som har utredet behovet for et nasjonalt hjerte- og karregister. Lignende utredninger vil bli foretatt for enkelte andre sykdommer, for eksempel diabetes type 2.
- Stimulere til mer forskning på materialet fra de nasjonale helseregistrene og fra de store befolkningsundersøkelsene.
- Opprette et eget register som samler informasjon om hva slags type materiale som finnes i de enkelte biobankene og hva det brukes til. Det gjelder særlig biobanker som brukes til forskningsformål.
- Styrke forskningen om effektive forebyggende tiltak gjennom å gjøre feltet mer attraktivt for forskerne og legge til rette for langsiktig oppbygging av fagmiljøer.
- Utvikle strategier for økt bruk av forskningsbasert kunnskap på folkehelsefeltet i regi av Sosial- og helsedirektoratet.

heten av kunnskap har aldri vært større. Det er derfor behov for å systematisk og kontinuerlig sammenstille, kvalitetsvurdere og tilrettelegge den kunnskapen som foreligger. Samfunnet trenger råd basert på den beste faglige kunnskap om hvilke tiltak som er effektive. De som lokalt driver folkehelsearbeidet trenger de beste faglige råd for sin virksomhet. Det bør være den samme kunnskapen som danner grunnlaget for politiske beslutninger og som ligger til grunn for faglige retningslinjer og anbefalinger. Prioriteringene blir tydeligere og forutsigbare, og gjennomføringen lettes.

Det er derfor også på folkehelsefeltet behov for en instans som gir helseforvaltningen best mulig kunnskap og som har ansvar for spredning av kunnskapen. Best mulig kunnskap må ikke bare samles inn og analyseres, den må også spres på en slik måte at den faktisk tas i bruk. For å sikre en kunnskapsbasert folkehelsepolitikk er det viktig å bygge bro mellom kunnskapsproduksjonen og praksisfeltet. Sosial- og helsedirektoratet vil ha en sentral rolle i arbeidet med å spre kunnskap og effektive forebyggende tiltak, og å gi faglig støtte til gjennomføring av prosjekter.

Når det planlegges store satsinger, er det avgjørende at disse blir gjort til gjenstand for en grundig og forskningsbasert evaluering. Dette kan både dreie seg om evaluering for å støtte opp under planleggingen av tiltakene, og evaluering av selve satsingene, under og etter gjennomføring. Det er her viktig å velge ut spesielt omfattende satsinger og tiltak der mulighetene for å generere ny kunnskap gjennom forskning er spesielt store.

## 10.2 Utdanning og kompetanseoppbygging

Formålet med utdanning i folkehelsearbeid er å kvalifisere yrkesutøvere og beslutningstakere og andre som kan bidra til å fremme folkehelsen. Gjennom forskning, kunnskapsutvikling og praksis er det et mål å utvikle utdanningstilbud som utvikler ferdigheter og holdninger hos yrkesutøvere i ulike sektorer, som direkte eller indirekte arbeider for å opprettholde og/eller bedre folkehelsen.

De fleste helsefaglige grunnutdanninger legger hovedvekten på undervisning i undersøkelse, diagnostikk, sykdoms- og skadebehandling, rehabilitering og pleie av den enkelte. I utdanninger rettet inn mot folkehelsearbeid legges hovedvekten på helsefremmende og forebyggende arbeid med utgangspunkt i befolkningsgrupper eller befolkningen som helhet. Undervisningen er tverrfaglig og bygger på kunnskap fra mange fagområder. De fleste utdanningene innen folkehelse er videreutdanninger og bygger på tidligere grunnutdanning og yrkeserfaring.

### 10.2.1 Grunnutdanning

Tiltak for å styrke forebygging som fagfelt i grunnutdanningene til helsefaglig personell ble fulgt opp etter Stortingets behandling av St.meld.



nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag utarbeidet på midten av 1990-tallet nye rammeplaner hvor forebygging ble styrket i delemner om samfunn og helse. Mål for undervisningen om kropp, helse og livsstil ble også innarbeidet i det nye lærerplanverket for den 10-årige grunnskolen i 1997. Det ble videre utarbeidet veiledningsmateriell for lærerne i miljølære, samliv og seksualitet, og spiseforstyrrelser.

Folkehelsearbeid berører imidlertid mange samfunnsområder, og bør i sterkere grad komme inn i fagplanene til flere utdanninger enn helsefagene. I forbindelse med omleggingen av gradsstrukturen er høgskolene oppfordret til å gjennomgå sine studier for å legge til rette for gode studieløp med bedre yrkesinnretning enn i dag. Høgskolene utfordres derfor til å gå gjennom sine fagplaner med henblikk på å styrke folkehelseperspektivet i grunnutdanningene. Dette vil kunne legge et godt grunnlag for felles forståelse og tverrsektorielt samarbeid senere ute i arbeidslivet.

### 10.2.2 Etter- og videreutdanning

Med etterutdanning forstås kortvarige kurs hvor hensikten er å oppdatere og ajourføre grunnutdanningen. De gir ikke formell kompetanse i form av vektall/studiepoeng. Arbeidsgivere og arbeidstakerne har sammen ansvar for at personellet har tilstrekkelig kompetanse i forhold til de arbeidsoppgavene som skal løses. Det er mange som tilbyr kurs i ulike temaer innen folkehelsearbeidet – både bedriftsinterne og i regi av fagforeninger eller frivillige organisasjoner. Høgskolene har også vært interessert i å arrangere eksternt finansierte etterutdanningskurs innen sine utdanningsområder. Disse tilbudene er viktige og må fortsatt stimuleres for å opprettholde faglig forsvarlig nivå blant personellet.

Videreutdanninger bygger på grunnutdanning og gir formell kompetanse i form av vektall/studiepoeng. Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag utarbeidet på 1990-tallet rammeplaner for videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid og for helsesøsterutdanningen. Disse to rammeplanene trådte i kraft 1. januar 1999. Det lyktes ikke den gang å få integrert helsesøsterutdanningen i den tverrfaglige rammeplanen.

Det finnes i dag mange videreutdanninger på fra et halvt til to års varighet som kvalifiserer til

spesialiserte yrkesfunksjoner, ikke minst innen helsesektoren. I omleggingen av gradsstrukturen for høgre utdanning bør de yrkesrettede videreutdanningene sikres en plass i den nye gradsstrukturen. Fra 1. januar 2003 blir det nye akkrediteringsorganet for høyere utdanning etablert. Det vil blant annet få som oppgave å gi en faglig vurdering av høgskolenes søknader om etablering av studier på mastergradsnivå. Dette organet vil bestemme om og i tilfelle i hvilken grad dagens videreutdanninger kan innpasses i en mastergrad.

Med utgangspunkt i pågående reformer innen høgre utdanning, og under forutsetning av at det fortsatt opprettholdes et system med rammeplaner, er det aktuelt å revidere ovennevnte rammeplaner til en felles rammeplan i folkehelsearbeid hvor hovedvekten av utdanningen er rettet mot barn- og ungdomshelse. Bakgrunnen er behovet for kompetanseoppbygging av personell som driver barn- og ungdomsarbeid med vekt på forebyggende psykososialt arbeid, jf. kapittel 9.2 *Bedre forebyggende helsetjenester til barn og unge*. Det er et spesielt behov for å vektlegge ungdomshelse. Ulike faggrupper trenger økt innsikt i å kommunisere med ungdom.

### 10.2.3 Masterstudier

I St. meld. nr. 27 (2001-2002) *Gjør din plikt – Krev din rett* ble det foreslått en ny gradsstruktur som omfatter de fleste utdanningene på høgre nivå. Den nye strukturen vil ha lavere grad som er normert til tre år, og en høyere grad normert til totalt fem år. Den skal gi yrkeskompetanse og/eller gi opptak til doktorgradsstudier. Den organiserte forskerutdanningen vil fortsatt ha en varighet på tre år. Ny gradsstruktur innføres fra 2002/2003. I St. meld. nr. 11 (2001-2002) er det gjort unntak for enkelte utdanninger som for helsesektorens vedkommende gjelder medisiner-, veterinær- og psykologstudiene. Disse skal fortsatt være seksårige og beholde eksisterende grader og titler.

Masterstudier vil gi en reell faglig fordypning, ha et omfang tilsvarende tidligere hovedfag og gi grunnlag for forskerutdanning. I tillegg åpnes det for erfaringsbaserte mastergrader hvor det er krav til 2 års praksis for opptak, men som normalt ikke gir grunnlag for opptak til forskerutdanning. Disse masterstudiene vil i mindre utstrekning representere en fordypning av grunnutdanningen. Det er også opprettet enkelte masterstudier av mindre omfang, som dermed ikke inngår i den generelle nye gradsstrukturen. Utdannings- og forskningsdepartementet er kommet til at disse

### Boks 10.3 Tiltak – Utdanning og kompetanseoppbygging

Regjeringen vil:

- Henstille høgskolene om å styrke folkehelseperspektivet i sine fagplaner.
- Revidere eksisterende rammeplaner for folkehelsearbeid, herunder rammeplan for helsesøsterutdanningen, og lage en felles tverrfaglig rammeplan for videreutdanning i folkehelsearbeid med hovedvekt på barn- og ungdomshelse. Videreutdanningen må kunne bygge på Bachelor-nivå og legge grunnlag for høyere grad (Master-nivå).
- Utvikle et mastergradsstudium i folkehelsevitenskap som kvalifiserer til videre doktorgradsstudium.

mastergradene likevel i spesielle tilfeller, for eksempel som ledd i internasjonale avtaler, kan bli godkjent etter søknad.

Det er etablert mastergrad i helsevitenskap ved universitetene i Oslo og Bergen. Universitetet i Tromsø har en ettårig videreutdanning folkehelsevitenskap som vil kunne videreutvikles til 2-årig masterstudium. Universitetene har selv myndighet til å opprette studier på masternivå. Også flere høgskoler arbeider med planer om masterstudium innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er en hovedutfordring å få etablert en mastergradsutdanning i folkehelsearbeid som tar utgangspunkt i praktiske utfordringer på feltet. Fagområdene bør omfatte livsstilrelaterte fag som mat, fysisk aktivitet, tobakk og rus, til tradisjonelle fag som smittevern, strålevern, miljørettet helsevern, næringsmiddelhygiene, forebyggende helsetjenester, helseovervåking, epidemiologi og annen metodekunnskap og samfunnsplanlegging. En slik utdanning må innrette seg etter behov og etterspørsel fra flere samfunnssektorer, være flerfaglig, ligge på høyere grads nivå og kvalifisere til videre doktorgradsstudier i folkehelsevitenskap.

## 10.3 Spesielle satsingsområder

### 10.3.1 Livsstil – kosthold og fysisk aktivitet

#### Forskning

Det er etter hvert mye dokumentasjon om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse. Sam-

tidig er det fortsatt for lite kunnskap om hva som påvirker atferd og aktivitetsvaner. Det er behov for mer kunnskap både om effekt og kostnadseffektivitet av tiltak som grunnlag for faglige anbefalinger om fysisk aktivitet for ulike grupper i befolkningen. Feltet preges av små og fragmenterte forsknings- og fagmiljøer, og det er derfor behov for både å samordne og styrke innsatsen. Det er også mangelfull kunnskap om utviklingstrekkene når det gjelder fysisk aktivitet og fysisk form i ulike grupper i befolkningen.

På ernæringsfeltet er det behov for mer kunnskap om næringsstoffenes virkemåte, og om hvordan ubalansert tilførsel kan føre til utvikling av sykdom. Ernæringsrelatert forskning innen biomedisin, klinisk og epidemiologisk forskning bør også styrkes. Samfunnsendringer gir nå store endringer i matvaretilbud og forbruksvaner. Sammen med endringer i regelverk, ny produksjonsteknologi og nye typer kosttilskudd og tilsetningsstoffer øker behovet for oppdatering av kunnskapen. For eksempel øker gjennomføringen av EUs barnematdirektiv behovet for å følge utviklingen av kostholdet til spedbarn og barn.

Den ernæringsmessige sammensetningen av kostholdet har størst betydning for utvikling av kreft. Det trenges imidlertid mer kunnskap om kreftframkallende fremmedstoffer i næringsmidler. Langtidseffekter av stoffer kan være vanskelige å oppdage og måle. Det er også usikkerhet rundt langtidseffektene av genmodifisert mat. Helsedepartementet har de senere årene stimulert til forskning på dette området, og vil videreføre innsatsen for å bygge opp forskningsmiljøer.

Overvåkingen av utviklingen av kostholdsrelaterte helseproblemer og risikofaktorer bør styrkes og systematiseres. Det er behov for å utvikle biologiske markører for ernæringsstatus og inntak av nærings- og fremmedstoffer. Vi trenger bedre kunnskap om hva som påvirker atferd i grupper av befolkningen og om effekten av ulike tiltak.

#### Utdanning

Det er viktig å sikre undervisning om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse i helsefaglige utdanninger, i andre profesjonsutdanninger og i videre- og etterutdanningstilbud for helsepersonell. En kartlegging gjennomført av Sosial- og helsedirektoratet viser at fysisk aktivitet som virkemiddel i forebygging, behandling og rehabilitering i liten grad er ivarettatt i medisinerstudiet. Det er behov for å gå i dialog med de

medisinske fakultetene for å sikre at temaet får en plass i studiet.

Helsetjenesten har et stort potensial for kostveiledning, men mangler tilstrekkelig tilgang til kompetanse. Dette kan svekke behandlingstilbudene og gi økte medikamentkostnader, økt liggetid, økte lidelser og høyere dødelighet. Kostveiledning er viktig i behandling av ernæringsrelaterte sykdommer, sekundærforebygging og forebygging av livsstilssykdommer i høyrisikogrupper. For å styrke dette arbeidet er det nødvendig med økt tilgang på personer med ernæringsfaglig bakgrunn.

Det er store forskjeller mellom de forskjellige utdanningene for helsepersonell når det gjelder hvilken plass ernæringsfaget har i undervisningen. I forhold til behovene får imidlertid flere helsepersonellgrupper mangelfull utdanning i ernæring. Det er derfor behov for å styrke ernæringsfaget i grunnutdanningene til ulike helsepersonellgrupper, og sikre at helsepersonell får et tilbud om videre- og etterutdanning.

### 10.3.2 Ulikhet og helse

Innen dette feltet har det vært lite og spredt forskning i Norge, sett i forhold til en del andre land. Dette er et problem bl.a. fordi internasjonale sammenlignende undersøkelser antyder at årsakene til sosial ulikhet i helse varierer fra land til land.

Det må være ett eller flere miljøer som får anledning til å samle, vurdere og akkumulere kunnskap over en lengre tidsperiode. En slik oppbygging av kunnskap bør også foregå i tilknytning til evaluering av konkrete utprøvinger av virkemidler.

Både internasjonalt og nasjonalt har forskningen så langt i stor grad handlet om å dokumentere helseulikheter, eller å avdekke mekanismene bak. Det er nødvendig å styrke denne forskningen her hjemme. Men i tillegg bør forskningen også på dette området i større grad rettes inn mot å vise hva vi kan gjøre med problemene. Å påvise effekter av helseutjevnerende tiltak vil være en nødvendig premiss for rasjonell og kunnskapsbasert politikktutvikling.

Et annen nødvendig satsingsområde er helseovervåking, som ikke minst er egnet til å gi et tema oppmerksomhet over tid. Det er i gang prosesser i regi av bl.a. Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå med henblikk på å etablere et system for overvåking av sosiale ulikheter i helse og de viktigste risikofaktorene.

### 10.3.3 Psykisk helse

Den viktigste hindringen for å videreutvikle det forebyggende arbeidet rettet mot psykiske problemer og lidelser, er mangel på kunnskap om hva som styrker den psykiske helsen, årsaker til psykiske plager og lidelser og effekter av tiltak. Kunnskapsmangelen gjør det ofte vanskelig å anbefale konkrete tiltak for å forebygge psykiske lidelser, psykiske plager og antisosial atferd. Dette gjelder for eksempel tiltak i arbeidslivet og lokalsamfunn, krisepsykiatriske intervensjoner og tiltak i form av endringer i det fysiske miljøet. Det er også behov for ytterligere forskning for å dokumentere effekten av intervensjoner i regi av helsestasjonene og overfor foreldre med nyfødte barn.

Regionssentrene for barn og unges psykiske helse ble opprinnelig opprettet med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten for å øke forskning, undervisning og veiledning. Mandatet er fra 2003 utvidet til å gjelde kompetanseutvikling også innen forebygging og psykisk helse generelt hos barn og unge. Det er et mål at regionssentrene skal fungere som kompetanseorgan for de forebyggende tjenestene rettet mot barn og unge. Samarbeidet med kompetansemiljøer innen forebygging, barnevern og rus skal styrkes. På sikt vil det bli vurdert om regionssentrene skal styrkes med kompetanse på rusfeltet. Regionssenter for barn og unges psykiske helse i Tromsø har arbeidet med forebyggende tiltak i samarbeid med barnevernets utviklingssenter. Dette arbeidet vil det bygges videre på.

Forskningssamarbeidet om utprøving av foreldre- og lærerprogrammet *De urolige årene* rettet mot risikoutsatte barn med atferdsproblemer, har vist gode resultater. Det er behov for å videreutvikle dette arbeidet og innføre programmene som verktøy for de forebyggende tjenestene.

I dag dekker ett regionscenter både Helseregion Øst og Helseregion Sør, og det vil bli satt i gang et arbeid med å utrede mulighetene for etablering av et eget senter i Helseregion Sør.

Den nasjonale kompetansen på volds- og traumefeltet er utredet på oppdrag av Helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet og Justisdepartementet. Utredningen slår fast at det er behov for å styrke den nasjonale innsatsen med hensyn til kunnskapsutvikling og forskning, undervisning og veiledning. Arbeidet med å utrede og komme med forslag til mandat, forankring, organisering og lokalisering av et nasjonalt senter pågår. Forskning på grupper som har vært

utsatt for eller vitne til grov vold og seksuelle overgrep, familievold, forebygging av voldsatferd og intervensjonsstudier ved ulykker, katastrofer og forskning knyttet til militært personell og annet innsatspersonell, skal prioriteres.

Vi ser nå en økning av unge mennesker som begår selvmord uten at de ha vært i kontakt med hjelpeapparatet eller tidligere fått en diagnose.

Forskning med hensyn til forekomst og årsaker til selvmord blant barn og unge må økes, og det må legges vekt på internasjonalt forskningssamarbeid. Tilgjengelig kunnskap skal formidles til personell som arbeider med barn og unge, for å sikre at de som er i faresonen for selvmord, blir fanget opp så tidlig som mulig.

#### Boks 10.4 Tiltak – Kunnskapsutvikling – spesielle satsingsområder

Regjeringen vil:

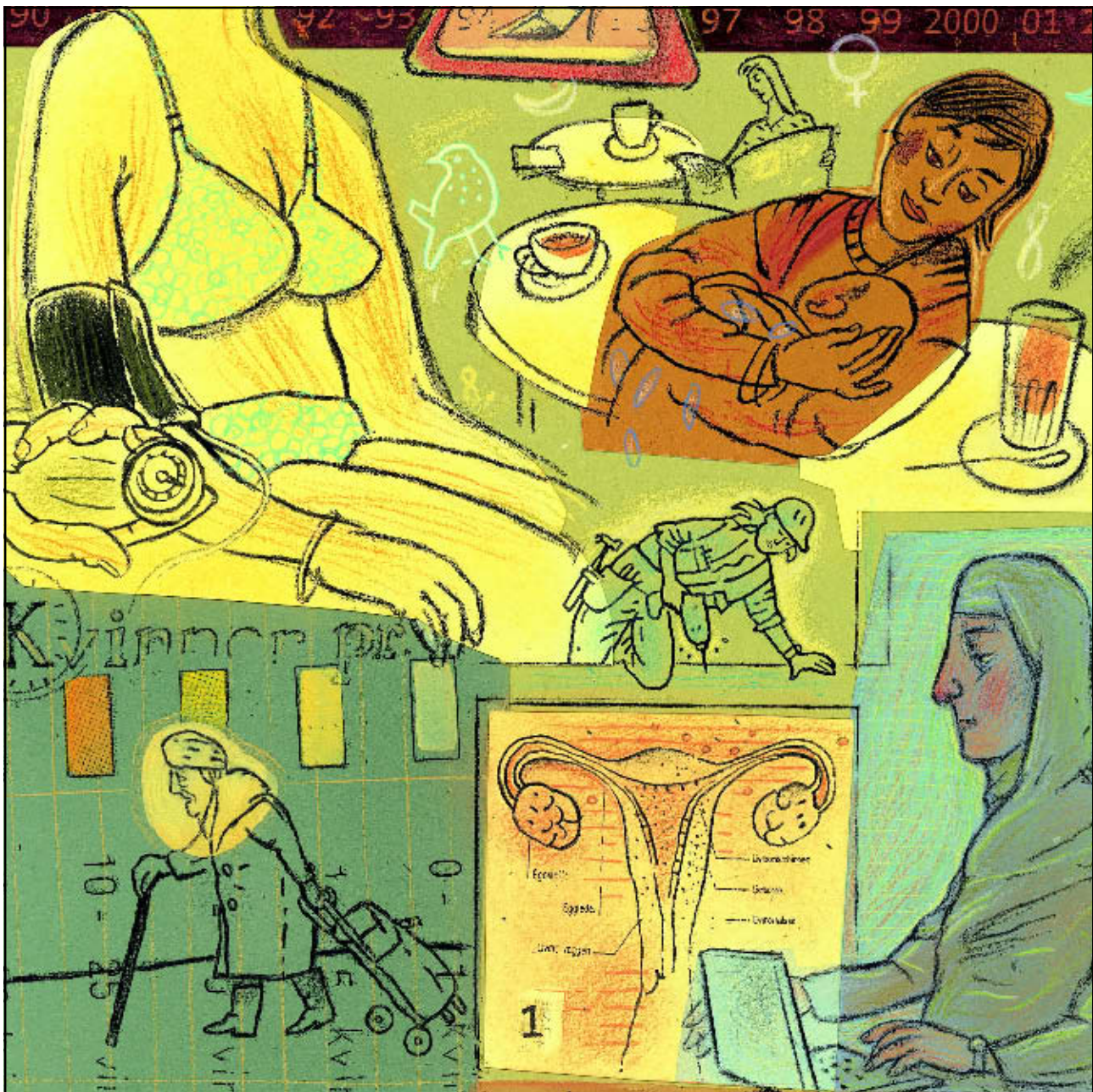
- Styrke forskningen om fysisk aktivitet og helse.
- Øke støtten til forskning om kosthold og helse.
- Prøve ut integrerte livsstilsintervensjoner overfor høyrisikogrupper. Sosial- og helsedirektoratet vil få ansvaret i samarbeid med Norges forskningsråd.
- Vurdere hvordan kunnskap om livsstil og helse kan styrkes i videre- og etterutdanningstilbudene for leger. Dette vil skje i samarbeid med Den norske lægeforening.
- Styrke kunnskapen om fysisk aktivitet og helse i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanningstilbud for ulike helsepersonellgrupper.
- Gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge omfang og innhold av undervisningen om ernæring i grunn- og videreutdanningen for helsepersonell, som grunnlag for å utvikle krav til utdanningene.
- Vurdere behovet for økt kapasitet i utdanning av ernæringsfysiologer.
- Gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utrede organisering og finansiering av klinisk ernæring i helsetjenesten, og utarbeide faglige retningslinjer for ernæring og behandling.
- Styrke forskningsinnsatsene om sosial ulikhet og helse for å sikre kunnskap om årsaker og effektive virkemidler.
- Utvikle et system for å kontinuerlig overvåke utviklingen av sosiale ulikheter i helse.
- Styrke forskningen om forekomst av og årsaker til selvmord blant unge ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, som i løpet av 2003 etablerer en egen enhet for mental helse. Forskning om psykisk helse og psykiske problemer skal prioriteres, spesielt forskning om barn og unge.
- Vurdere å sette i gang en intervensjonsstudie for å prøve ut metoder for forebygging av selvmord.
- Gjennomføre kunnskapsoppsummeringer og etablere en database om effektive forebyggende tiltak.
- Styrke virkemiddelforskningen i regi av programmene Mental helse og Helse og samfunn.
- Etablere en formell videreutdanning i psykososialt arbeid rettet mot barn og unge for høyskoleutdannet sosial- og helsepersonell, lærere og andre relevante yrkesgrupper.
- Etablere en egen avdeling for forebyggende arbeid ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Tromsø.
- Vurdere etablering av et regionsenter for barn og unges psykiske helse i Helseregion Sør.
- Gjennomføre skolering i bruk av foreldre- og lærerprogrammet De urolige årene.
- Sikte mot etablering av et nasjonalt senter på volds- og traumefeltet for å styrke forskning, kompetanseoppbygging og kunnskapsspredning gjennom veiledning og undervisning.
- Styrke forskning og kunnskapsutvikling om forebygging av traumer som følge vold og overgrep.

*Del V*  
*En kvinnehelsestrategi*



## 11 Kvinneperspektiv på helsepolitikken

«Fordi kvinner og menn er forskjellige, vil ulike tiltak kunne ha ulik effekt, og i noen tilfeller må det tas i bruk forskjellige virkemidler overfor kvinner og menn.»



Figur 11.1 En kvinnehelsestrategi

## 11.1 Innledning

---

Likestilling mellom kjønnene er en verdi som det er politisk enighet om. Et kjønnsperspektiv på helse kan synliggjøre uønsket ulikhet mellom kvinner og menn. I dette kapitlet presenteres en kvinnehelsestrategi og en oppfølging av forslagene i NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*. Utredningen avdekket stor kunnskapsmangel og manglende integrering av kjønnsperspektiv i helsepolitikk og -praksis. Utredningen forslår mange tiltak med siktemål å skape strukturer, rutiner og redskaper som kan sikre integrering av kjønnsperspektiv i forskning og annen kunnskapsinnhenting, politikkkutforming, forebyggingsarbeid og helsetjenester og velferdsordninger. I utredningen står brukerperspektiv og tverrfaglig samarbeid sentralt, og det er et hovedpoeng at kjønn som biologi, identitet, symbol og struktur må inngå som premiss for forskning, forebygging og helsetjenester.

Et kjønnsperspektiv innebærer bl.a. å ta i bruk kjønns spesifikk kunnskap der den finnes, og etterspørre eller framskaffe den der den ikke finnes. Fordi kvinner og menn er forskjellige, vil ulike tiltak kunne ha ulik effekt, og i noen tilfeller må det tas i bruk forskjellige virkemidler overfor kvinner og menn. Et kvinneperspektiv innebærer å fokusere spesielt på kvinners helse på de områder hvor vi vet at strukturelle eller biologiske forhold gjør at et slikt fokus er nødvendig. I utredningen ble det påpekt at kvinners helse i Norge først og fremst har et positivt fortegn. Det er fortsatt slik at kvinner i Norge lever lenger enn de fleste andre kvinner i verden. Mange kvinner i Norge har gode forutsetninger for bra helse.

Dette kapitlet tar utgangspunkt i forslagene i utredningen. Tiltakene er ordnet under hovedområdene 1) beslutningsprosesser, 2) kunnskapsutvikling og formidling, 3) helsepraksis, 4) vold og overgrep. Når det gjelder utredningens forslag på områdene velferdsordninger og arbeidsliv, vises til kapittel 7.4 over.

Kjønnsperspektivet er lagt til grunn for meldingen som helhet. Dette kapitlet omhandler derfor de forslagene i NOU 1999:13 som ikke er dekket andre steder i meldingen.

## 11.2 Beslutningsprosesser

---

I NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge* påpekes behovet for åpnere prosesser i beslutninger og prioriteringer i helsetjenesten, der både kjønns-

og brukerperspektivet skal vektlegges sterkere. Det har vært et sentralt innsatsområde etter at utredningen ble lagt fram å innarbeide kjønnsperspektiv i pågående beslutningsprosesser i departementet og dets underliggende organer. Det har vært avholdt lekfolkskonferanser om bestemte helseproblemer slik utredningen foreslår, og de har særlig gitt innsikt i nytten av å anlegge brukerperspektiv. Sosial- og helsepersonell har blitt bevisstgjort i forhold til kjønnsperspektivet gjennom folderen *Kjønnsperspektiv i sosial- og helse-sektoren*. Det er satt i gang arbeid med å integrere kjønns- og likestillingsperspektiv i det statlige budsjettarbeidet. Konsekvenser av tiltak og reformer skal vurderes for begge kjønn. Ved Rokkansenteret, Universitetet i Bergen, er det etablert et treårig prosjekt for å integrere kjønnsperspektiv i saksbehandling og i plan- og budsjettarbeid. I utformingen av denne meldingen har idedugnader med deltakelse fra råd, utvalg og frivillige organisasjoner vært et viktig virkemiddel for å sikre et bredest mulig tilfang av innspill i beslutningsprosessen.

Både kjønns- og brukerperspektivet skal vektlegges sterkere. Områder som Helsedepartementet har ansvar for, vil ivaretas gjennom fortsatt vektlegging av kjønnsperspektivet i sentrale styringsdokumenter til underliggende etater og helseforetakene. Det skal etableres bedre rutiner for årlig statusrapportering om arbeidet med ivaretagelse av kjønnsperspektiv og likestilling på departementets fagområder, for eksempel i rutiner for saksbehandling, utredninger og evaluering. Det skal arbeides videre med kvalitetsvurdering og integrasjon av kjønnsperspektiv i statistikk, indikator- og rapporteringssystemer. På bakgrunn av data fra Norsk Pasientregister vil det kunne lages analyser med utgangspunkt i kjønnsperspektivet. Kjønnsperspektivet vil være et viktig hensyn også i helsekonsekvensutredninger, jf. kapittel 8.4.

## 11.3 Kunnskapsutvikling og formidling

---

Kvinnehelseutredningen foreslo egne fagområder for kvinners helse og sykdom ved de medisinske fakultetene; krav om at kjønnsperspektiv på helse må ivaretas i medisinske, helsefaglige og sosialfaglige utdanninger, og krav til norsk forskning om at kvinner skal inkluderes i kliniske studier dersom det ikke kan gis overbevisende grunn for å utelate dem. Det ble også foreslått etablering av et faglig debattforum som sikrer formidling og



drøfting mellom ulike faggrupper og mellom kliniskere og forskere med hensyn til sentrale kvinnehelseutfordringer.

Universitetene er autonome med hensyn til det faglige innholdet i utdanning og forskning. Ved høgskolene styrer departementet innholdet i enkelte utdanninger ved rammeplaner. Disse er på et overordnet nivå og skal revideres i nærmeste framtid. Kjønnsperspektivet integreres i fag/studieplaner der dette er aktuelt.

Utdannings- og forskningsdepartementet har de senere år opprettet 30 professorstillinger øremerket kvinner. Flere av disse er knyttet til helsefaglige områder. Disse professoratene er imidlertid ikke rettet spesielt mot kvinners helse. Ved det medisinske fakultet i Trondheim er det etablert et professorat i kvinnehelse. Det er viktig å avveie etablering av nye professorater mot gevinsten ved å få i gang en samlet innsats i forsknings- og utdanningsmiljøene på området kjønn og helse.

Forskningsrådet stimulerer til at kjønn og kjønnsforskjeller i helse og sykdom blir adressert og drøftet i alle relevante prosjekter. Dette søkes ivaretatt gjennom spesifikke krav til dokumentasjon. Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin (NEM) har utarbeidet retningslinjer for inklusjon av kjønn som variabel i all medisinsk forskning som omfatter mennesker, slik at kjønnspesifikke analyser blir mulig. Bruk av kjønnsensitive variabler kan gi ny kunnskap som både kan føre til mer målrettet forebygging, behandling og helsetilbud. Helsedepartementet vil vurdere en evaluering av NEMs retningslinjer for medisin. Det vil bli vurdert om tilsvarende retningslinjer som for medisin skal utarbeides og gjøres gjeldende i helseforskning generelt.

Forskning om biologiske kjønnsforskjeller og problemstillinger knyttet til kvinners somatiske og psykiske helse skal innarbeides i strategier for forskningsprogrammer og andre satsinger på kunnskapsinnhenting. Flere av forskningsprogrammene i Norges forskningsråd finansierer allerede forskning om kvinner og helse. Det er behov for mer kunnskap om kjønnsforskjeller i biologiske prosesser, som for eksempel i omsetning og virkning av medikamenter.

## 11.4 Helsepraksis

To trekk framstår som særlig tydelige i beskrivelsen av kvinners helsetjenestebruk. Kvinner har mer kontakt med helsetjenesten enn menn og kvinners møter med helsetjenesten beskrives

oftere som problematiske, konfliktfylte eller lite konstruktive. Nedenfor tas utgangspunkt i de viktigste helseproblemene og målgrupper utredningen nevner når det gjelder kvinners møte med helsetjenesten.

### Fastlegereformen

Forslag i NOU 1999:13 om ivaretagelse av kjønnsperspektiv i evalueringen av fastlegereformen er under oppfølging. Tidligere kartlegging av kvinner og menns forhold til allmennlegetjenesten viser at kvinner oftere går til lege, venter lenger på legetime og oftere er misfornøyd med konsultasjonen enn menn. Kartlegging viser også at kvinnelige pasienter oftere ønsker kvinnelige leger. Data fra legevalget i befolkningen i mai 2001 viste at 35,4 prosent av den kvinnelige og 18,9 prosent av den mannlige delen av befolkningen hadde en kvinnelige lege som sitt førsteønske.

Fastlegeordningen følges opp gjennom en femårig forskningsbasert evaluering koordinert av Norges forskningsråd, og ved kvartalsvise styringsdata fra Rikstrykdeverket. Gjennom disse kildene vil departementet få økt mulighet til å følge med i kjønnsforskjeller i allmennlegetjenesten. I evalueringen av fastlegeordningen er kjønnsperspektivet viktig både på lege- og pasientsiden. Det skal sees nærmere på om kjønnsforskjeller er tydelige i legenes yrkesutøvelse. Blant annet vil SINTEF og Arbeidsforskningsinstituttet se nærmere på dette i en kvalitativ undersøkelse av legers arbeidsvilkår. Kvinner og menn har ulikt forbruk av legetjenester, og evalueringen vil se nærmere på om dette påvirker erfaringene med fastlegeordningen. Dette følges opp bl.a. gjennom et samarbeidsprosjekt mellom SINTEF og Statistisk sentralbyrå som med basis i levekårsundersøkelsen undersøker kvinners og menns erfaringer med fastlegeordningen.

### Spesialisthelsetjenesten

Det har skjedd vesentlige endringer i spesialisthelsetjenestens rammebetingelser de siste årene. De viktigste er omleggingen av finansieringsordningen mot stykkprisordninger, foretaksorganisering av sykehus og styrking av pasientenes rettigheter blant annet gjennom fritt sykehusvalg. Ved nye evalueringer av reformene legges det opp til at kjønnsperspektivet tas inn der dette er relevant.

Høyspesialiserte tjenester etableres når ressursbehov og kompetansekrav tilsier at det vil

være hensiktsmessig å sentralisere behandlingen av visse pasientgrupper. Vanligvis dreier det seg om behandling av sjeldne sykdommer, behandling med teknisk krevende og kostbar teknologi, eller om behandling som krever særlig spesialisert kompetanse. De høyspesialiserte tjenestene er i dag delt inn i henholdsvis landsfunksjoner, der behandling kun skal finne sted ved ett regionssykehus, og flerregionale funksjoner, der pasientbehandlingen er delt mellom to eller tre regionsykehus.

I tillegg er det etablert et system med nasjonale kompetansesentre som skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av kompetanse innen et særskilt fagområde til landets øvrige sykehus. Mange av kompetansesentrene har også ansvaret for å etablere nasjonale kvalitetsregistre. Kompetansesentrenes oppgave er primært å ha rådgivningsfunksjon for andre sykehus. Flere kompetansesentre er opprettet innen fagområder som omfatter mere allmenne helseproblemer enn det som er definert innen landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. Eksempler er kompetansesenteret for hodepine ved St. Olavs Hospital i Trondheim og Nasjonalt kompetansenettverk for rygg sykdommer som er delt mellom Ullevål universitetssykehus og Haukeland sykehus.

Majoriteten av kvinners helseproblemer vil omfattes av de etablerte lands- og flerregionale funksjoner på samme måte som for menn. Siden kvinner også har sykdommer som ikke sees hos menn, er det imidlertid opprettet spesialiserte funksjoner for spesifikke kvinnesykdommer.

Sosial- og helsedirektoratet vil etter råd fra Fagrådet for høyspesialisert medisin fortløpende vurdere behov for slike høyspesialiserte tjenester innen området kvinnesykdommer.

#### Psykisk helse

Opptrappingsplan for psykisk helse omfatter både en kvalitativ og en kvantitativ styrking av tjenestetilbudet. Viktige premisser er å utvikle tjenester på brukernes premisser, og tjenestetilbud som kjennetegnes av helhet, sammenheng og samhandling med andre sektorer. Stimulering til økt forskning er et generelt satsingsområde. Arbeidet med å bedre statistikk over kjønnsfordeling med hensyn til diagnoser og bruk av tjenester skal styrkes. Undersøkelser tyder på at unge jenter med lav selvtillit og et dårlig forhold til egen kropp er en utsatt gruppe når det gjelder utvikling av depresjon, rusproblemer og risikoseksualitet.

Norske og internasjonale undersøkelser viser

at lesbiske jenter er en risikogruppe for utvikling av psykiske problemer, selvmord og rusproblemer. Bakgrunnen er uklarhet og usikkerhet på seksuell identitet, og ikke minst frykt for omgivelsenes reaksjoner på deres legning. Gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse er det øremerket midler til kompetansehevede tiltak for personell innen de forebyggende tjenestene og psykisk helsevern for å styrke kunnskaper om kjønnsidentitet og seksualitet. Videre skal det i oppfølging av prosjektet mot selvmord utvikles et forskningsprosjekt for å forebygge selvmord blant lesbiske og homofile. Resultater fra dette skal benyttes i det forebyggende arbeid framover.

En spesiell sårbar periode i kvinners liv er tiden omkring svangerskap og fødsel. Det er godt dokumentert at langvarige psykiske helseproblemer hos moren kan gi mangelfull psykomotorisk og emosjonell utvikling hos barnet.

#### Spiseforstyrrelser

Strategiplan mot spiseforstyrrelser representerer en samlet plan for videre innsats på dette området og omfatter tiltak under flere departementer og med mange aktører både i fylkeskommuner, kommuner og frivillige organisasjoner. Hovedmål i strategien er å styrke det forebyggende arbeidet mot spiseforstyrrelser, styrke behandlingstilbudet og øke kompetanse og forskning. Det er utgitt veilednings- og undervisningsmaterieell til bruk i skolen, for unge idrettsutøvere, for helsetjenesten generelt og eget materieell spesielt for skolehelsetjenesten.

I november 2000 bevilget Stortinget midler til kjøp av helsetjenester i utlandet. Per oktober 2002 var 90 pasienter med alvorlig spiseforstyrrelser henvist til behandling i samarbeid med andre lands helsetjeneste, hvorav 32 av disse ventet på behandling.

Strategiplan mot spiseforstyrrelser legger opp til at tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser skal gis av det ordinære behandlingsapparatet. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse er det likevel stilt krav til kompetanseheving, etablering av nye behandlingstilbud og samarbeid mellom de ulike nivåene i tråd med intensjonene i St.meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*.

#### Beinskjørhet

Brudd i lårhals, håndledd og ryggvirvel – ofte kalt osteoporotiske brudd – har konsekvenser for helse og livskvalitet for den enkelte, samtidig som lidelsen har store samfunnsøkonomiske konse-

kvenser. Årsakene til beinskjørhet er bare delvis kjent. Det er utarbeidet et forslag til Nasjonal handlingsplan for forebygging av osteoporose og osteoporotiske brudd. Videre er det utarbeidet en faktarapport som sammenfatter tilgjengelig kunnskap om diagnostikk, forebygging og behandling av beinskjørhet (SMM-rapport nr. 4/1999) og en veileder for forebygging og behandling av osteoporose (Statens helseundersøkelser).

### *Brystkreft og lungekreft*

Det er gjennomført en opptrapping av masseundersøkelser av bryst (mammografi), slik at det fra og med 2003 vil være et landsdekkende tilbud. Alle kvinner i aldersgruppen 50-69 år tilbys brystundersøkelser. Deltakelsen på landsbasis er ca 80 prosent. Kvinner som etter bestemte kriterier tilhører en risikogrupper (arvelig brystkreft), tilbys årlige undersøkelser. Ved flere sykehus er det etablert behandlingssentre for brystkreft med tverrfaglig medisinsk kompetanse - noe som sikrer best mulig diagnostikk og behandling. Ved enkelte av disse tilbys brystbevarende kirurgi til opp til 75 prosent av dem som trenger kirurgisk behandling.

I Norge øker antall nye tilfeller av lungekreft blant kvinner. For menn har forekomsten holdt seg stabil de siste ti til femten årene. Mens antall nye tilfeller blant menn er doblet de siste 40 år, har det blant kvinner vært en femdobling. Lungekreft skyldes hovedsakelig røyking. Det vises til kapittel 4.3.

### *Kroniske luftveissykdommer*

Vi antar at det er mellom 250 000 og 300 000 mennesker i Norge med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Over 90 prosent av dem som har KOLS, røyker daglig eller har gjort det tidligere. Dette er en invalidiserende sykdom som kjenntegnes av tung pust, hoste og slimproduksjon. Andelen kvinner med KOLS har økt. Dette kan henge sammen med endringer i kvinners røykevaner (se kapittel 4.3).

### *Alderdomssykdommer*

Innenfor *Handlingsplan 1997-2002 forebygging av ulykker – hjem, skole og fritid* er det satt i verk forskning med oppsøkende hjemmebesøk til eldre og bruk av myke hoftebeskyttere til eldre kvinner. I handlingsplanen er det et viktig mål å formidle erfaringer og kunnskap som bidrar til å forebygge eldreulykker. Satsingen har vært vellykket. Resultatene har vist en reduksjon på 29 prosent hos kvinner 65-79 år på bruddskader oppstått i hjemmet.

tatene har vist en reduksjon på 29 prosent hos kvinner 65-79 år på bruddskader oppstått i hjemmet.

Forløpsstudier kan på lengre sikt bidra til bedre og mer rasjonelle tjenester og til kunnskap om mulige tiltak for å bedre eldre kvinners livskvalitet. Eldre kvinner har vært en taus gruppe, hvis egne synspunkter på økt kontroll og mestring over eget liv hittil har hatt liten gjennomslagskraft.

Regjeringen har besluttet å igangsette et utredningsarbeid om en helhetlig og framtidig seniorpolitikk med fokus på befolkningsgruppen 50-74 år. Kvinners situasjon vil spesielt bli kartlagt. Regjeringen vil våren 2003 legge fram en stortingsmelding om bedre kvalitet i eldreomsorgen som en oppfølging av Handlingsplan for eldreomsorgen. Meldingen vil blant annet vurdere tjenesteutforming i lys av eldre kvinners livssituasjon og behov.

### *Helse og levkår blant samiske kvinner*

Kvinnehelseutredningen påpeker at økt fokusering på samiske kvinners helse er nødvendig. Senter for samisk helseforskning er opprettet for å øke kunnskapen om samers helse og bruk av helsetjenester. I samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt har senteret høsten 2002 satt i gang en bred helse- og levkårsundersøkelse i samiske bosetningsområder i Norge. Dette er den første i sitt slag som tar mål av seg å nå befolkningen i hele det samiske bosetningsområdet. Alle mellom 35 og 78 år samt 30-åringene inviteres til å delta. Her vil data for begge kjønn bli tilgjengelige.

Innenfor rammene av Handlingsplan for forebygging av uønskt svangerskap og abort 1999-2003 er det satt i gang informasjonsprosjekter til samisk ungdom.

Samiske kvinner har uttrykt bekymring over muligheten for langtidsskadevirkninger etter Tsjernobylulykken i 1986. Ulykken medførte nedfall av betydelige mengder av radioaktive stoffer. Undersøkelser av radioaktivitet i reindrifstutøvere viser at stråledosene ikke gir grunn til å iverksette tiltak, men for å hindre unødig engstelse vil Helsedepartementet avholde informasjonsseminar om helserisiko for den samiske befolkningen som følge av radioaktivt nedfall.

### *Kunnskap om helse og levkår blant innvandrerkvinner*

Norge er et flerkulturelt samfunn. Det er et mål at helseopplysning og annet helsefremmende arbeid

skal dekke alle etniske gruppers behov. Forskning om innvandrerkvinner helse og levekår inngår i flere av Norges forskningsråds programmer. Det dreier seg om prosjekter på områdene mental helse, marginalisering, vold og overgrep, seksuell helse, kosthold og fysisk aktivitet. Nasjonalt kompetansesenter for innvandreres helse ved Ullevål sykehus skal bl.a. drive med nettverksbygging mellom ulike grupper som arbeider med innvandrerhelse/ migrasjonshelse. Nasjonalt folkehelseinstitutt samarbeider med Universitetet i Oslo og Oslo kommune om en egen innvandrerundersøkelse. Statens autorisasjonskontor har ansvar for godkjenning av utdanningen til personer med helsefaglig utdanning fra utlandet, og det er satt i gang et eget prosjekt med utvikling av et kvalifiseringsprogram for innvandrere som arbeider eller ønsker arbeid i helse- og omsorgssektoren.

For å yte bedre helsetjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn skal opplæring og veiledning av helsepersonell styrkes innenfor rammen av eksisterende opplæringsprogrammer.

Ødelagt eller manglende jomfruhinne kan være et helseproblem for unge kvinner med muslimsk kulturbakgrunn. Manglende jomfruhinne kan få betydelige konsekvenser for kvinnen, som kan bli utsatt for alvorlige, også livstruende, sanksjoner. Sosial- og helsedirektoratet har foretatt en vurdering av de helsemessige, juridiske, kulturelle og etiske aspekter ved operativ rekonstruksjon av jomfruhinne og anbefaler at rekonstruksjon av jomfruhinne fortsatt kan tilbys.

#### Diabetes

Diabetes er en vanlig svangerskapskomplikasjon hos innvandrerkvinner fra Sør-Asia og Nord-Afrika. Tall fra Aker sykehus viser at 26 prosent av kvinnene med svangerskapsdiabetes fortsatt hadde diabetes etter svangerskapet. Økte ressurser til informasjon til kvinner med svangerskapsdiabetes vil derfor være et viktig forebyggende tiltak mot utvikling av diabetes og mot utvikling av senkomplikasjoner som hjerte-, kar- og nyresykdommer.

#### Kunnskap om funksjonshemmede kvinners helse

NOU 1999:13 legger vekt på utvikling av kunnskap om sammenhengen mellom funksjonshemming, sykdom og levekår knyttet til kjønn. Et forskningsprogram om vold mot funksjonshemmede kvinner, eldre funksjonshemmede kvinner og

kompetanse i helsetjenesten pågår i regi av Norges forskningsråd, og flere større prosjekter er startet opp.

#### Behandlingstilbud for kvinner med rusmiddelproblemer

Kvinnerettede strategier for behandling av personer med rusproblemer skal følges opp ved gjennomføring av regjeringens handlingsplan mot rusmiddelmissbruk. Innenfor rammene av planen er det satt i gang en rekke behandlingstilbud til kvinner med rusmiddelproblemer.

#### Helse, svangerskap, fødsel og barselomsorg

Forebyggende arbeid på dette området skjer gjennom Handlingsplan for forebygging av uønskt svangerskap og abort og Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Regjeringen vil legge vekt på noen grunnleggende forutsetninger for å sikre og forbedre kvinners valgfrihet og en god seksuell helse. Dette innebærer god kunnskap om og lett tilgjengelighet til prevensjon for unge og voksne, god etisk veiledning, et godt utbygd forebyggende helsetilbud til ungdom, sikring av seksual- og prevensjonsundervisning i skolen, god svangerskapsomsorg, trygge fødsler og fortsatt gode velferdsordninger for gravide.

I henhold til gjeldende lov om medisinsk bruk av bioteknologi 5. august 1944 nr. 56 kan befruktede egg lagres i forbindelse med kunstig befruktning. Det har tidligere vært usikkert om det var teknisk mulig å lagre/fryse ned ubefruktede egg for senere bruk til kunstig befruktning. Lagring av ubefruktede egg er følgelig ikke tillatt etter gjeldende rett. I NOU 1999:13 ble det anbefalt å utrede spørsmålet om lagring av ubefruktede egg på nytt med tanke på lovendring. I St.meld. nr. 14 (2001–2002) *Evalueringslov om medisinsk bruk av bioteknologi* framgår det at Helsedepartementet ikke lenger mener det er grunnlag for å opprettholde forbudet mot å lagre ubefruktede egg. I Innst.S. nr. 238 (2001–2002) støtter komiteen regjeringens syn. På bakgrunn av St.meld. nr. 14 (2001–2002) sendte Helsedepartementet utkast til ny lov om bioteknologi m.m. på høring i november 2002. I høringsnotatet foreslås forbudet mot lagring av ubefruktede egg opphevet. Når det gjelder befruktede egg foreslås lagringstiden forlenget fra tre til fem år. Regjeringen tar sikte på å legge en odelstingsproposisjon fram for Stortinget våren 2003.

Kvinnehelseutredningen foreslår at det utarbeides nasjonale anbefalinger for hormonbehandling med østrogen. På bakgrunn nye studier om sammenhengen mellom bruk av hormonsubstitusjon og en rekke ulike sykdommer (hjerte-karsykdom, kreft, beinskjørhet) har det oppstått usikkerhet blant fagfolk og i befolkningen med hensyn til indikasjonene for bruk av hormon-substitusjon. Statens legemiddelverk planlegger et ekspertmøte i løpet av 2003 som eventuelt vil resultere i nasjonale anbefalinger.

Svangerskap og fødsel innebærer av og til en helsemessig risiko. Både internasjonal forskning og erfaringene fra fødestuene i Norge viser at det er mulig å velge ut lavrisikogravide som kan føde trygt med gode resultater på fødestuer og lavrisikoenheter. Dette forutsetter en svangerskapsomsorg med kontinuitet og samarbeid mellom fødeenheten og jordmødre og leger i primærhelsetjenesten. Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal bistå i omstillingsprosessen i forbindelse med innføring av differensieringen av fødselsomsorgen. Rådet har også en sentral plass når det gjelder kvalitets sikring og evaluering av drift ved desentralisert og differensiert fødselsomsorg.

#### *Legemiddelbruk*

I tråd med NOU 1999:13 har regjeringen foreslått at det opprettes et legemiddelregister basert på resepter som ekspederes i apotek. Registeret vil bli hjemlet i helseregisterloven som et pseudo-nymt register, slik at legemiddelbrukernes fødselsnummer ikke vil bli registrert. Det nye registeret vil bli et viktig verktøy i folkehelsearbeidet. En systematisk oppfølging av legemiddelbruken er spesielt viktig ettersom legemidler i dag ikke bare anvendes ved sykdom, men også til å forebygge sykdom hos friske personer, for eksempel innen hjerte- og karsykdommer og beinskjørhet. Registeret vil gi kunnskap om kjønnsforskjeller i legemiddelbruk og bivirkninger av medikamentbruk.

Omkring 60 prosent av alle bivirkninger som rapporteres til Legemiddelverket gjelder kvinner. En oversiktsartikkel i Tidsskrift for den norske legeforening viser at det er liten forskjell på bruk av kvinner og menn i kliniske studier, men at det i svært få studier er publisert kjønns spesifikke resultater. For å få gyldige kjønns spesifikke resultater kreves det at studiene har tilstrekkelig statistisk styrke til en slik subgruppeanalyse.

### **11.5 Vold og overgrep**

Regjeringens handlingsplan Vold mot kvinner pågår til 2003. Den inneholder en rekke tiltak og prosjekter rettet mot kvinner som har vært utsatt for overgrep, og for økt kompetanse i tjenestene. Justisdepartementet har opprettet et kvinnevoldsutvalg, slik det ble foreslått i kvinnehelseutredningen. Utvalgets mandat har en rekke komponenter i forhold til forskning og kartlegging av forekomst av ulike typer vold mot kvinner, håndtering i hjelpeapparatet og av politi- og rettsvesen, og samordning av tjenester. Utvalget tar også for seg forebygging, og behovet til særskilt utsatte grupper som innvandrere, eldre og funksjonshemmede. Utvalget skal vurdere lovverk og gi innspill til endringer, gi innspill som kan bidra til å styrke fagmiljøene, utarbeide forslag til samarbeidsstrukturer i forhold til faginstusjoner og miljøer, og gi innspill til evaluering og videreutvikling av alarmbeskyttelse for voldsutsatte kvinner. Det skal videre vurdere og gi forslag til kriminalpolitiske og andre tiltak som kan redusere volden og frykten for vold hos kvinner, og vurdere hensiktsmessig organisering av krisesentrene. I tillegg skal utvalget – som et viktig ledd i å forbedre det forebyggende arbeidet – se på situasjonen for barn som vokser opp i voldsfamilier. Kvinnevoldsutvalget skal levere sine forslag 01.09.2003.

Det er igangsatt et arbeid med å kartlegge alle voldtekstmottak på landsbasis. NOU 1999:13 legger vekt på at det gjennomføres programmer som skal styrke jenters (og barns) mulighet til selv å forebygge at de blir ofre for vold og seksuelle overgrep. Her har skolen og de forebyggende tjenestene en særlig utfordring. Norsk og internasjonal forskning tyder på at barn og unge jenter med god fysisk og psykisk selvtilitt i mindre grad utsettes for vold og overgrep. Innefor rammene av Handlingsplan for forebygging av uønskt svangerskap og abort er det utviklet og tatt i bruk et veiledningsopplegg med konkrete forslag til hvordan små barns seksuelle selvstendighet kan styrkes. Det har også vært satt i verk egenstyrkingsprogrammer for unge jenter mange steder i landet.

Det gjennomføres en utredning om tilbudet til mennesker med traumer etter vold, ulykker etc. Utredningen skal fremme forslag til kompetanseoppbygging og organisering av tjenestetilbudet både lokalt og regionalt. Utredningsarbeidet om nasjonal kompetanse om vold og traumer er omtalt under kapittel 6 Psykisk helse.

**Boks 11.1 Tiltak – Kvinnehelse**

Regjeringen vil:

- Styrke forskning på kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko, sykdomsutvikling, diagnostikk, optimal behandling og forebygging.
- Utvikle konsensuskonferanser og andre faglige debattfora i tråd med anbefalingene fra kvinnehelseutredningen.
- Styrke jenters selvtillit og bevisstgjøring om egen kropp følge opp arbeidet med utdanningsprogrammet *Sett dine egne grenser*, som legger vekt på nettverksbygging mellom den kommunale og den spesialiserte tjenesten.
- Stimulere til ny forskning om årsakene til og mekanismene bak beinskjørhet og osteoporotiske brudd.
- Sikre kvinner over hele landet god brystkreftbehandling blant annet ved å satse på forskning.
- Styrke kunnskapsutvikling og –formidling om behandling, helsetjenestetilbud og bivirkninger av medikamentbruk til eldre kvinner. Kvinner med minoritetsbakgrunn vil ha et spesielt fokus. Gjennomføring av lekfolkskonferanser kan være en måte å innhente slik kunnskap på.
- Stimulere til studier som ser på kjønnsforskjeller når det gjelder bivirkninger av legemidler.
- Følge opp arbeidet for å hindre vold og seksuelle overgrep mot kvinner, og for at kvinner som har vært utsatt for overgrep skal få et godt hjelpetilbud. Utredningen om organisering og kompetanse om vold og traumer skal følges opp, og det skal utarbeides en ny plan mot vold i 2003.
- Styrke forskning på kvinners psykiske helse.
- Vektlegge vern om kvinners mentale helse gjennom svangerskapet og etter fødselen.
- Satse på forskning om eldre kvinner med minoritetsbakgrunn – deres helse og behov for tjenester, voldsproblematikk, bivirkninger av medikamentbruk og hvordan helsetjenesten kan bli bedre i stand til å ivareta eldre kvinners helseplager.
- Satse på mer forskningsbasert kunnskap og tiltak på områdene helse og levekår samt bruk av helse- og sosialtjenester blant innvandrerejenter og -kvinner.

## 12 Økonomiske og administrative konsekvenser

Kunnskapsgrunnlaget for å anslå kortsiktige og langsiktige økonomiske effekter av satsinger på forebyggingsfeltet er i dag for svakt. Regjeringen vil derfor generelt legge vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget for en sterkere satsing på forebyggende tiltak. Dette vil skje gjennom en bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser innen forvaltningen, og gjennom en prioritering av forskning på effekter og tiltakenes kostnad og nytte.

Et av formålene med en sterkere satsing på folkehelsearbeid er å vri samfunnets samlede innsats på helsefeltet fra det kurative mot det forebyggende. Ved å prioritere opp de forebyggende innsatsene, vil vi på sikt bidra til å bremse eller lette det stadig økende og kostnadskreven presset på de kurative tjenestene. Ved å unnlate å satse på forebygging, vil den langsiktige regningen kunne bli en betydelig belastning og ta stadig større andeler av samfunnets ressurser. Kostnadene vil komme i form av direkte utgifter til behandling, rehabilitering og pleie, eller mer indirekte i form av produksjonstap i arbeidslivet og sykefraværs- og pensjonsutgifter. Derfor er det bl.a. nødvendig med en offensiv satsing forhold til urovekkende utviklingstrekk i ungdomsbefolkningen – hvor vi registerer betydelig vektøkning, flere fysisk passive, høyt tobakksforbruk og økende rusmisbruk.

I denne meldingen foreslås flere grep som kan gjennomføres innenfor de til enhver tid gjeldende rammene for de kurative tjenestene og pågående opptrappingsplaner. Det gjelder bl.a. nye insentiver for legene for «aktive resepter», og en økt satsing på forebygging innenfor spesialisthelsetjenesten og innen den pågående Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Meldingen varsler også en utvikling av egne ressursmiljøer innen forvaltningen for å ivareta nasjonale satsinger på bl.a. helsekonsekvensutredninger og i forhold til sosiale ulikheter i helse. Økonomiske konsekvenser som måtte følge av disse satsingene i tillegg til interne omprioriteringer, vil regjeringen komme tilbake til i de årlige budsjettene.

For å bedre kunnskapsgrunnlaget foreslås en økt forskningsinnsats særlig innen områdene

kosthold, fysisk aktivitet, kvinners helse, psykisk helse og sosial ulikhet i helse. Det vil dels være aktuelt å vri forskningsinnsatsene mot disse prioriterte områdene, og i tillegg legge opp til en prioritering av disse innenfor den pågående opptrappingen av forskningen innenfor medisin og helse etter St.meld. nr. 39 (1998-99) *Forskning ved et veiskille*. I tillegg vil regjeringen styrke kunnskapsoppsummeringen ved omprioritering og bedre utnyttelse av eksisterende ressurser innen forvaltningen.

På en del områder er det varslet betydelige satsinger, noe som over noe tid vil kreve økt ressursinnsats. Et tilbud til alle skoler om en frukt og grønt-abonnementsordning vil over tid ha en kostnad på rundt 70 millioner kroner årlig. Også den varslede opptrappingen knyttet til helsestasjoner og skolehelsetjenesten, og forslaget om stimuleringsmidler til regionale/lokale partnerskap for folkehelsearbeid, vil regjeringen komme tilbake til i forbindelse med de årlige budsjettene. Når det gjelder partnerskap vil regjeringen samtidig vurdere en annen bruk av eksisterende tilskuddsmidler til dette formålet.

Det varsles også at regjeringen vil vurdere ytterligere vektlegging av tilretteleggingstiltak for økt fysisk aktivitet, bl.a. innen transport- og idrettspolitikken. Prioriteringer og konkrete bevilgninger vil tilpasses budsjettsituasjonen det enkelte år.

Øvrige forslag vil dekkes gjennom framtidige omdisponeringer innenfor rammene av eksisterende bevilgninger. Det gjelder bl.a. bevilgningene og innsatsen knyttet til styrking av kommunenes lokale engasjement på forebyggingsområdene kosthold, fysisk aktivitet og tobakk som ledd i oppfølgingen av Nasjonal kreftplan St.prp. nr. 61 (1997-98).

Det legges i denne meldingen stor vekt på å trekke en rekke instanser og aktører, både innenfor og utenfor det offentlige, med i forpliktende og likeverdige partnerskap for folkehelsearbeid. Når det gjelder administrative konsekvenser foreslås ikke endringer i ansvarsforhold e.l. som rokker ved dagens struktur eller allerede vedtatte organisatoriske endringer. Meldingen tar bl.a. utgangs-

Resept for et sunnere Norge  
Folkehelsepolitikken

punkt i, og tilpasser sine forslag til, opprettelsen av et nytt mattilsyn fra 2004 og etableringen av det nye fylkesmannsembetet i 2003. Når det signaliseres at en nærmere vil vurdere samarbeidsforhold og bedre samlet ressursutnyttelse, for eksempel når det gjelder rammebetingelsene for de lokale tjenestetilbudene til barn og unge, vil eventuelle forslag som følger av dette måtte fremmes for Stortinget på vanlig måte.

Helsedepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helsedepartementet av 10. januar 2003 om resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken – blir sendt Stortinget.

---



**Vedlegg 1****Folkehelse rapporten 2002****Nasjonalt folkehelseinstitutt for Helsedepartementet***Redaksjon: Lorentz M Irgens, Per Magnus og Camilla Stoltenberg***Forfattere**

*Folkehelseinstituttet:* Kari Alvær, Erik Dybing, Anders Engeland, Sidsel Graff-Iversen, Ragnhild Hovengen, Lorentz M Irgens, Anne Karin Jenum, Branko Kopjar, Kari Kveim Lie, Martinus Løvik, Per Magnus, Haakon Meyer, Rannveig Nordhagen, Wenche Nystad, Ted Reichborn Kjennerud, Marit Rognerud, Espen Røysamb, Berit Schei, Randi Selmer, Camilla Stoltenberg, Anne Johanne Søgaard, Kristian Tambs, Aage Tverdal, Johs Wiik, Preben Aavitsland.

*Kreftregisteret:* Kristina Kjærheim.

*Senter for samisk helseforskning:* Ragnhild Vassvik Kvalheim.

*Sosial- og helsedirektoratet:* Tone Eriksen, Rita Lindbak, Arnhild Rimestad, Mari Trommald.

**Forord**

Vi trenger kunnskap for å oppnå bedre helse for alle i samfunnet. Målet med denne rapporten er å beskrive helsetilstanden i Norge. En slik beskrivelse bør være utgangspunktet for helsepolitiske beslutninger og prioriteringer på alle nivåer. Dermed må vi også stille høye krav til kunnskapsgrunnlaget. Kunnskapen må være basert på forskning med høy kvalitet, den må være oppdatert og nøktern, og den må være sannferdig. Dette har vi strebet etter å oppnå. Rapporten beskriver viktige dødsårsaker, vanlige sykdommer og risikofaktorer, deres utbredelse, endringer over tid og helseulikheter mellom grupper i befolkningen. De største folkesykdommene som hjerte- og karsykdommer, kreft og psykiske lidelser har fått en sentral plass.

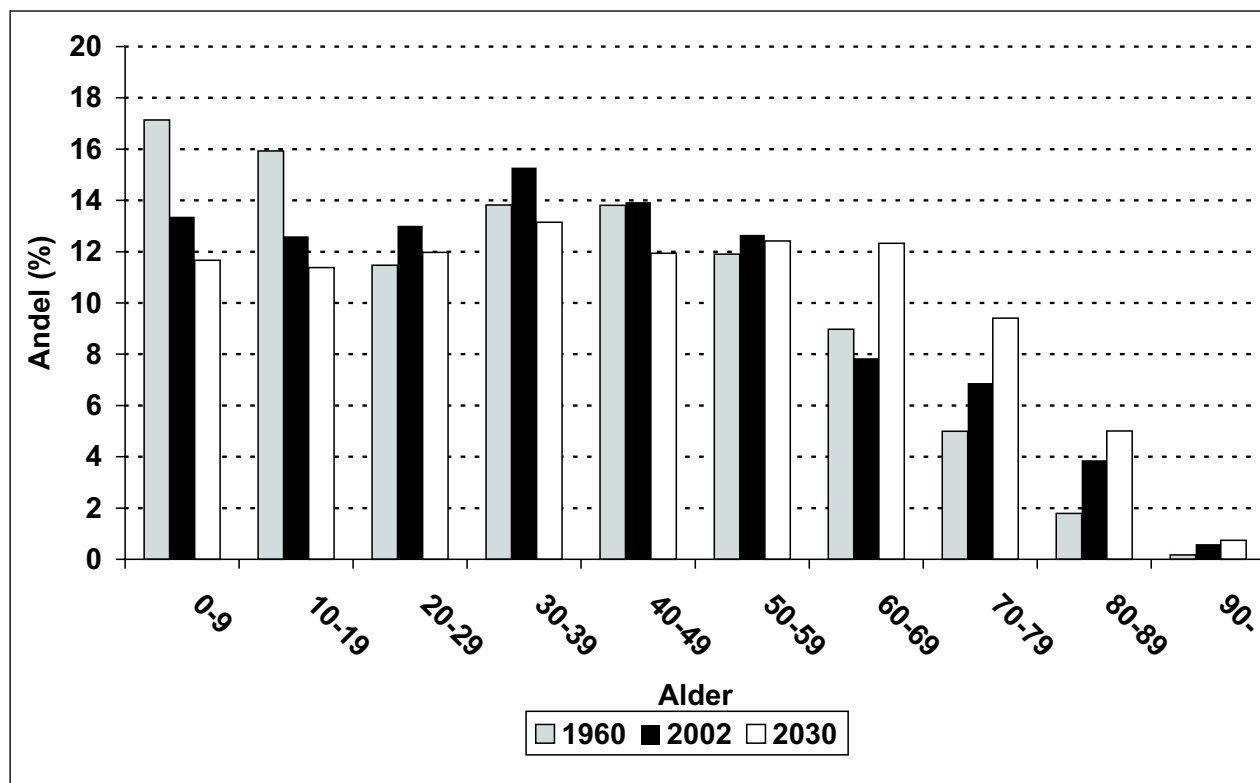
Forrige Folkehelse rapport kom i 1999 og inneholdt en fyldig fakta-rapport fra Folkehelsa (Folkehelse rapporten 1999). Årets rapport er betydelig kortere og fokuserer på emner der det er publisert nye funn siden 1999. Rapporten er strengt beskrivende, det vil si at refleksjoner, vur-

deringer og forslag til tiltak ikke er med i denne delen av meldingen.

Rapporten gir ikke en fullstendig beskrivelse av helsetilstanden i befolkningen. Mange sentrale emner er dekket, mens andre viktige emner er utelatt. For noen emner er det kommet relativt lite ny kunnskap på området siden 1999. Dette gjelder for eksempel kvinners helse der det ble utgitt en omfattende utredning i 1999 (SHD. NOU 13, 1999). Kvinners helse er derfor ikke beskrevet for seg, men ulikheter mellom kvinner og menn er omtalt i samtlige av kapitlene i årets rapport.

For noen sykdommer har vi for lite informasjon om utbredelsen i befolkningen til å kunne omtale dem på en meningsfull måte. Det gjelder blant annet nevrologiske lidelser som Alzheimer, Parkinson, multippel sklerose og andre tilstander som enkeltvis kan være sjeldne, men som samlet gir mye lidelse og mange tapte leveår. Dette illustrerer et gjennomgående problem for norsk helsestatistikk. Vi mangler registre over sykkeligheten i befolkningen. Foreløpig er det kun kreftsykdommer som har et fullstendig, nasjonalt system for overvåking og forskning gjennom Kreftregisteret. For andre sykdommer er kunnskapen usystematisk, og den blir ikke jevnlig oppdatert. De andre nordiske landene har nasjonale personidentifiserbare sykdomsregistre. Helsepolitikken ville fått et vesentlig bedre beslutningsgrunnlag hvis vi også i Norge hadde hatt gode landsdekkende sykdomsregistre som kunne gi kunnskap om sykkeligheten i befolkningen og effekten av helsetjenestens behandling.

Enkelte viktige emner er behandlet i en annen form enn tidligere. Dette gjelder for eksempel sosiale miljøfaktorer der vi i årets rapport konsentrerer oss om å presentere funnene knyttet til en studie av sosioøkonomisk ulikhet og dødelighet (Folkehelseinstituttet 2003). Vi håper at rapporten vil være et grunnlag for helsepolitikken, og at den kan bli et nyttig arbeidsredskap for alle som arbeider med folkehelse spørsmål.



Figur 1.1 Alderssammensetning av befolkningen i 1960, 2002 og 2030

Kilde: SSB

Oslo 19 november 2002

Camilla Stoltenberg

## 1 Befolkning og livslengde

### 1.1 Beskrivelse av befolkningen

Ved inngangen til år 2002 var det 4 525 000 personer bosatt i Norge, dette var 27 % flere enn i 1960. På 1990-tallet var den årlige økningen i folketallet på ca. 0,5 %. Figur 1.1 viser befolkningens alderssammensetning for begge kjønn per 1.1.2002. I dag er 26 % av befolkningen under 20 år og 19 % er over 60 år.

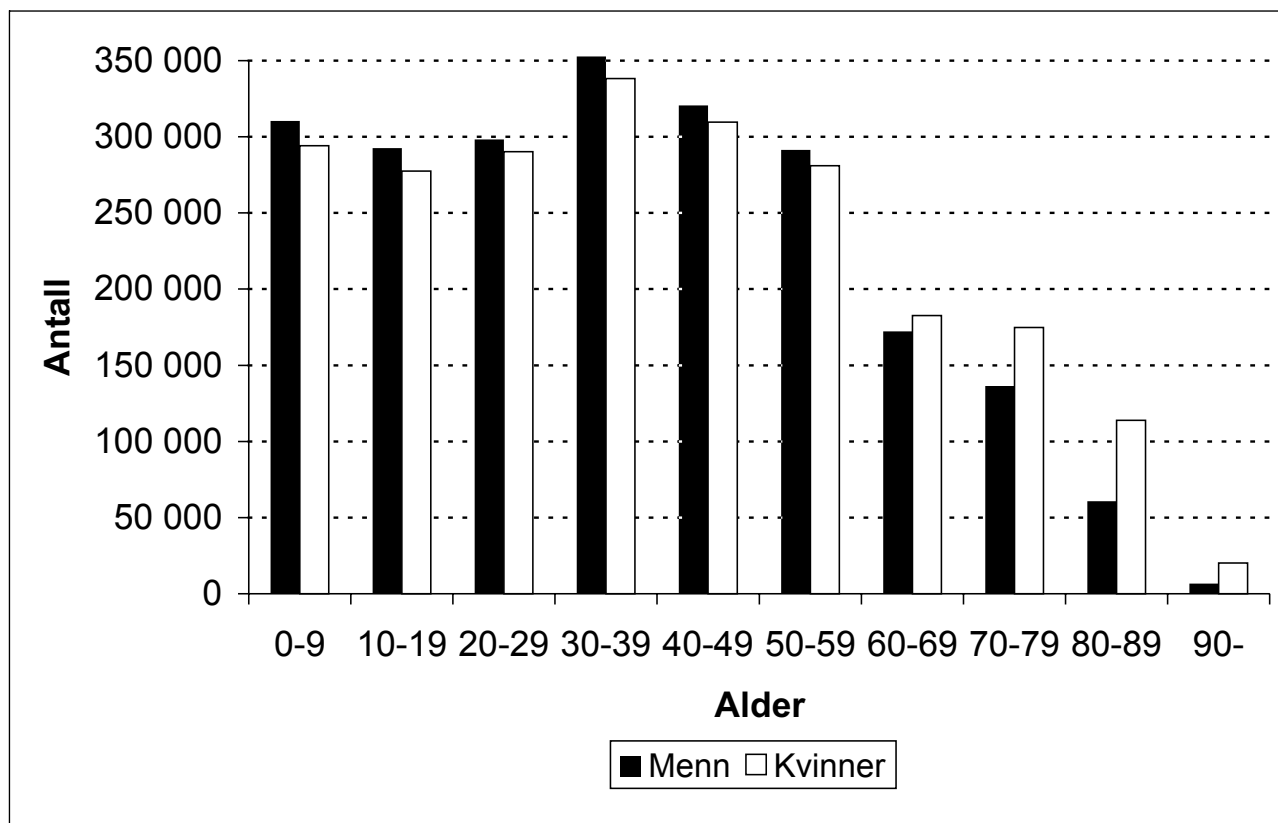
Befolkningen i 2002 er eldre enn befolkningen var i 1960. Gjennomsnittsalderen blant menn har i denne perioden økt med 3,1 år blant menn og 4,0 år blant kvinner til hhv. 37,1 og 39,6 år. I Statistisk sentralbyrås framskriving av befolkningen forventes det at folketallet vil fortsette å stige svakt de neste 30 årene. Usikkerheten er stor i slike prognoser, men i et alternativ med middels nasjonal vekst vil det i 2030 være ca. 5,1 millioner personer i Norge. Aldersstrukturen i befolkningen har endret seg siden 1960 og vil ifølge fram-skrivin-

gen endre seg i samme retning fram mot år 2030 (se figur 1.2). I 1960 var 16 % av befolkningen 60 år eller eldre, i 2002 var 19 % 60 år eller eldre og i 2030 ventes det at 27 % av befolkningen er i denne aldersgruppen.

Andelen av landets befolkning som bor i Oslo/Akershus har økt fra 20 % i 1981 til 22 % i 2002 (se tabell 1.1). Andelen av befolkningen bosatt i Buskerud, Vestfold, Agderfylkene, Rogaland, Hordaland har også økt i perioden. Folketettheten varie-

#### Boks 1.1

- Det bor 4 525 000 mennesker i Norge
- Det er 27 % flere enn i 1960
- Andelen innvandrere er økt fra 2,3 % til 6,3% de siste 20 år
- 65 % av befolkningen er i arbeid, og vi har mer utdanning enn noen sinne
- Av rundt 2 millioner husholdninger består 40 % av bare én person



Figur 1.2 Befolkningen i Norge 1.1.2002, fordelt etter kjønn og alder

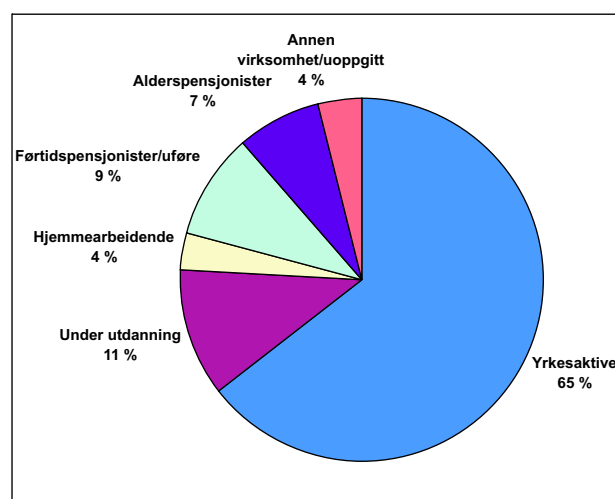
Kilde: SSB

rer mye mellom fylkene, fra 2 innbyggere per km<sup>2</sup> i Finnmark til 1200 innbyggere per km<sup>2</sup> i Oslo. Til sammenligning er det i Sverige og Danmark hhv. 20 og 124 innbyggere per km<sup>2</sup>.

Andelen innvandrere i den norske befolkningen økte fra 2,3 % i 1980 til 6,3 % i 2000. I 1980 var under halvparten fra såkalte «ikke-vestlige» land, det vil si land utenfor Vest-Europa og Nord-Amerika. Andelen av innvandrere fra såkalte vestlige land sank fra 69 % til 34 %. I Oslo økte andelen innvandrere fra 6,1 % til 18,7 % og andelen «ikke-vestlige» innvandrere økte fra 3,0 % til 14,2 %. I 2000 bodde 23 % av de vestlige innvandrerne i Oslo og 39 % av de «ikke-vestlige» innvandrerne.

Det har vært en økning i utdannings-nivået i Norge de siste tiårene. Av befolkningen over 16 år hadde mer enn halvparten kun grunnskole som høyeste fullførte utdanning i 1970. I 2000 var denne andelen sunket til 22 %. Andelen som hadde fullført en utdanning på høgskole-/universitetsnivå var i 1970 7 %. I år 2000 var denne andelen 22 %. Oslo og Akershus har høyest andel med høyskole-/universitetsutdanning (hhv. 36 % og 28 %), og Hedmark og Oppland har lavest andel (16 %).

I 2001 var 65 % av befolkningen mellom 16 og 74 år yrkesaktive, 11 % var under utdanning og 9 % var førtidspensjonister/uføre (se figur 1.3). Av 2 049 000 husholdninger i Norge i 1998, bestod 40 % av bare én person.



Figur 1.3 Personer i alderen 16 til 74 år etter hovedsakelig virksomhet, 2001

Tabell 1.1 Andel av befolkning og folketetthet etter fylke

	1981	2002	Landareal	Innb. Per km <sup>2</sup> 2002
Østfold	5,7	5,6	3 889	65
Akershus	9,0	10,6	4 587	104
Oslo	11,0	11,3	427	1200
Hedmark	4,6	4,2	26 120	7
Oppland	4,4	4,1	23 827	8
Buskerud	5,2	5,3	13 856	17
Vestfold	4,6	4,8	2 140	101
Telemark	4,0	3,7	14 186	12
Aust-Agder	2,2	2,3	8 485	12
Vest-Agder	3,3	3,5	6 817	23
Rogaland	7,5	8,4	8 735	44
Hordaland	9,6	9,7	14 780	30
Sogn og Fjordane	2,6	2,4	17 864	6
Møre og Romsdal	5,8	5,4	14 596	17
Sør-Trøndelag	6,0	5,9	17 839	15
Nord-Trøndelag	3,1	2,8	20 777	6
Nordland	6,0	5,2	36 434	7
Troms	3,6	3,4	25 015	6
Finnmark	1,9	1,6	45 879	2
Hele landet	100,0	100,0	306 253	15

Kilde: Statistisk årbok 2002

Denne andelen varierte fra 34 % i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag til 55 % i Oslo. På landsbasis bodde totalt 19 % av befolkningen alene og 26 % i husholdninger med to personer. Det bodde barn under 17 år i 27 % av alle husholdninger.

slik at jentene ble gitt 5,4 år lenger levetid enn guttene. Forspranget til hankjønnen bevares gjennom hele livet; en 80-årig kvinne forventes å leve i ytterligere 8,6 år mot 6,8 for en 80-årig mann (SSB 2002).

### Referanser

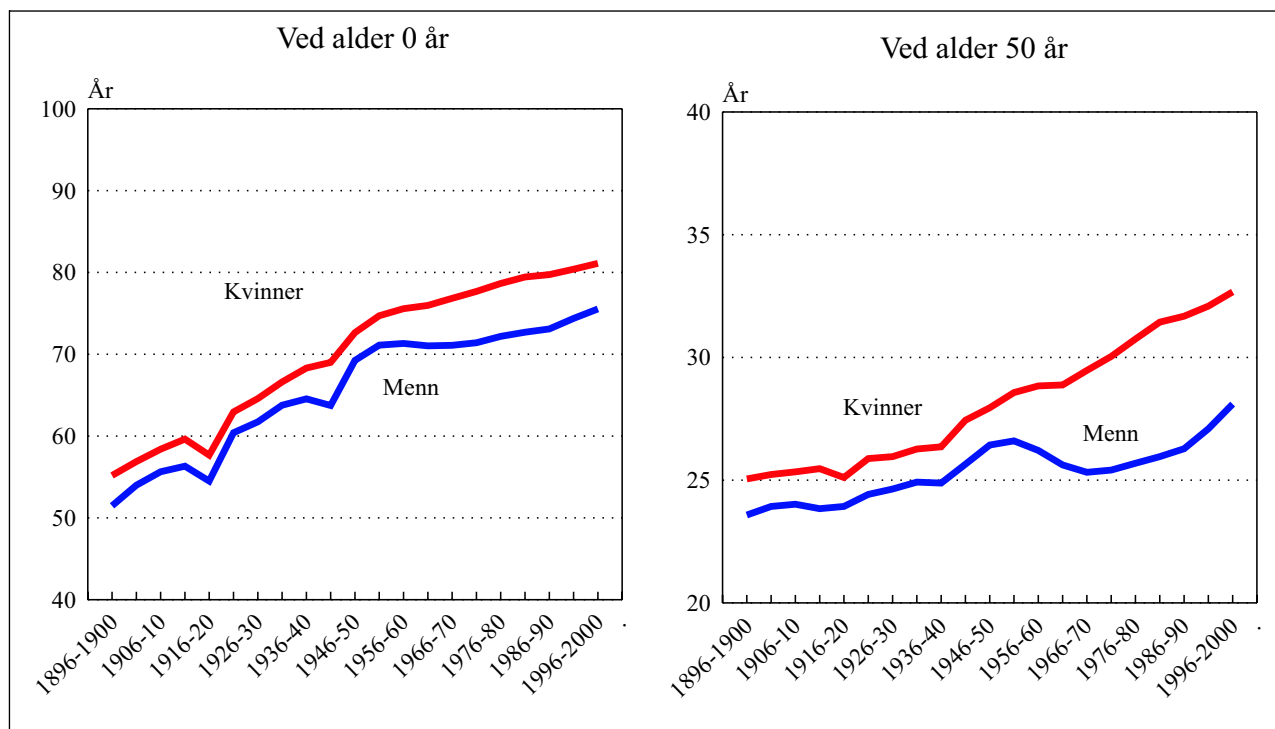
Opplysningene i dette kapittelet er hentet fra ulike publikasjoner fra Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no>) og Norgeshelse (<http://www.fhi.no/tema/nhis>).

## 1.2 Livslengde og dødelighet

En gutt født i år 2000 hadde en forventet levealder på 76,0 år. Beregningen bygger på at gutten gjennom hele livet blir utsatt for de aldersspesifikke dødelighetsratene som vi observerte i år 2000. En mann på 50 år hadde 28,7 år igjen å leve. Jentene har litt gunstigere utsikter med forventet levealder på 81,4 år. 50-åringen hadde en forventet gjensvarende levetid på 32,9 år. Ved fødsel var det altså

### Boks 1.2

- Forventet levealder øker både for kvinner (81,4 år) og menn (76 år)
- Forventet levealder er ikke lik for alle fylker, byer eller bydeler
- Hjerte/karsykdommer er viktigste dødsårsak både for kvinner og menn. Risikoen for hjerte/karsykdommer synker stadig
- Kreft er nummer to på listen over dødsårsaker for begge kjønn. Risikoen for kreft øker, men svært langsomt



Figur 1.4 Forventet gjestående levetid

Figur 1.4 (venstre del) viser forventet levealder ved fødsel i 5-års perioder de siste 100 år. Den har økt med 24,5 år for menn og 25,9 år for kvinner. Det er ingen tydelige tegn på at økningen i forventet levealder er i ferd med å stanse. Hvor lenge den vil fortsette vet ingen. Hvis de neste hundre år blir lik de foregående hundre, så vil forventet levealder for menn være noe over 100 og for kvinner noe over 107 år (SSB 2002)

Det har gjennom 1900 tallet vært flere dødsårsaker som har hatt sterk innvirkning på forventet levealder. Spedbarnsdødeligheten har gått ned fra nær 10 % til 0,4 %. Dødsfall av tuberkulose er nå en sjeldenhet. I første halvdel av forrige århundre var tuberkulosen den vanligste dødsårsaken blant unge voksne. To perioder med nedgang i forventet levealder faller i tid sammen med to krigsperioder.

Fra 1950 kom det en sterk økning i dødeligheten av hjerteinfarkt som kulminerte rundt 1970. I dag er dødeligheten av hjerteinfarkt nesten nede på nivået i 1950. Forventet gjestående levetid for personer som er 50 år er gitt i høyre del av figur 1.4. Kurven er jevnt stigende fram mot 1951 hvor dødeligheten av hjerteinfarkt virkelig skjøt fart og hvor forventet gjestående levetid for 50-åring faktisk gikk ned. Infarktdødeligheten økte også for kvinner, men ikke i samme grad som for menn, og den slår ikke i samme grad inn i kurven for forventet gjestående levetid. I 1946-50 hadde en 50-årig

kvinne 1,5 år lenger gjestående levetid enn menn, i 1996-2000 var dette økt til 4,3 år (SSB 2002).

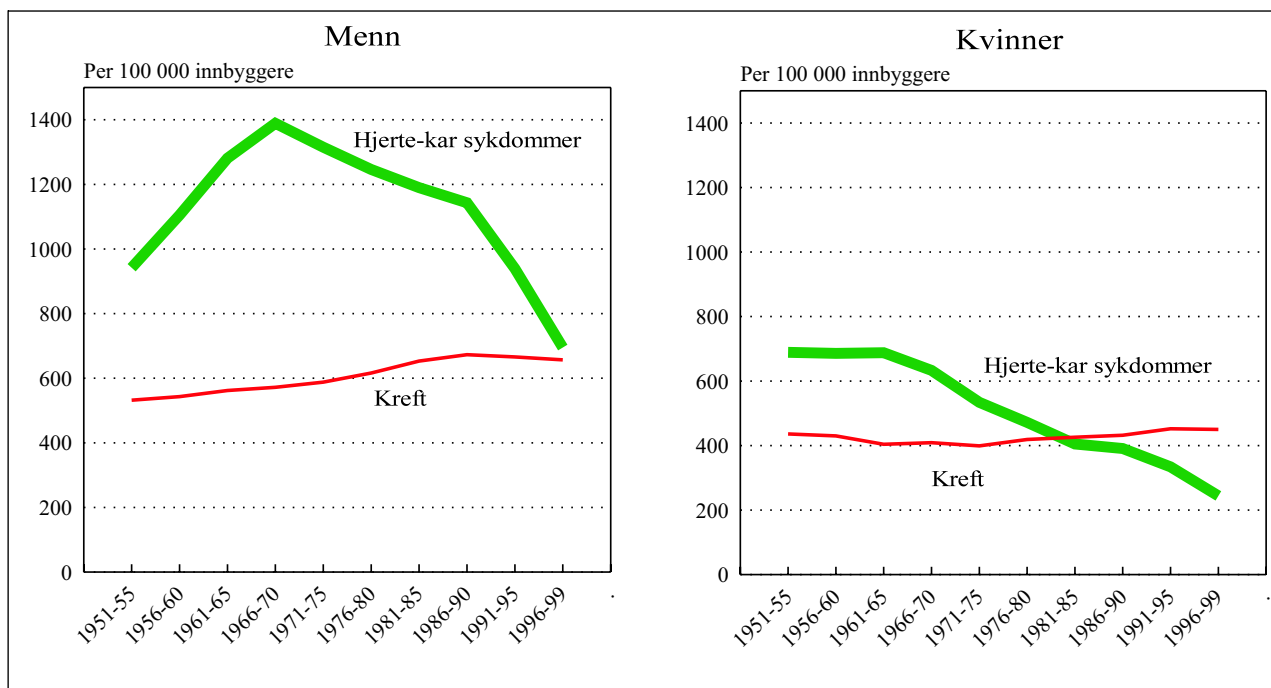
Forventet levealder er forskjellig i fylkene. I 1996-2000 varierte den mellom 72,7 og 76,6 år for menn og mellom 79,9 og 82,8 år for kvinner. Går vi tilbake til 1971-75 var differansen i levealder mellom fylkene med høyest og lavest tall 5,0 år for menn og 2,7 år for kvinner. Differansen mellom ytterlighetene er altså noe mindre i siste periode. Forventet levealder var i Norden i år 2000 høyest på Island (77,6 år) etterfulgt av Sverige (77,4 år), Norge (76,0 år), Danmark (74,3 år) og Finland (74,1 år). For kvinnene var rekkefølgen: Sverige (82,0 år), Norge og Island (begge 81,4 år), Finland (81,0 år) og Danmark (79,0 år).

#### Dødelighet

I 2001 døde 22430 kvinner og 21650 menn, dvs 700 flere kvinner enn menn. 54 % av de døde var 80 år eller eldre. Også i 2000 og i 1999 døde det flere kvinner enn menn. Før 1999 har det i alle år vært flere dødsfall blant menn.

I 1999 var det 45114 dødsfall. Herav var 42,4 % av hjerte- og karsykdommer, 23,1 % av kreft, 4,1 % av ulykker og 1,3 % av selvmord. Det var videre 38 drap og 17 annen voldsm død.

Figur 1.5 viser utviklingen over tid i alder 60-69 år for de to største årsaksgruppene. Det har vært en nedgang siden 1970 for hjerte- og karsyk-



Figur 1.5 Dødeligheten i perioden 1951 - 99, alder 60 - 69 år

dommene. Samme mønster gjelder for de andre aldersgruppene. Dødeligheten av kreft har økt noe i de eldre aldersgruppene, mens det er antydning til en nedgang, eller i hvert fall en utflating, i de yngre aldersgruppene.

Verdens helseorganisasjon presenterer fra tid til annen livstidsrisikoen for å dø av en sykdom. Det er sannsynligheten for å dø av sykdommen før man blir 75 år.

Tabell 1.2 gir livstidsrisikoen i Norge for 10 store årsaker i perioden 1996-98 (Tverdal og Nelson 2001). Årsakene er rangert etter synkende livstidsrisiko. I parentes står livstidsrisikoen 25 år

tidligere, i 1971-75. Hjerteinfarkt er på topp etterfulgt av lungekreft. Så følger hjerneslag og prostatakreft for menn, og brystkreft og hjerneslag for kvinner. Det har vært en klar nedgang i risikoen for å dø av hjerteinfarkt, hjerneslag, plutselige dødsfall av ukjent årsak og magekreft. For kvinner har det også vært nedgang for livmorhalskreft. Sannsynligheten for å dø av et hjerteinfarkt før 75 års alder er nå 6,7 % for menn og 3,0 % for kvinner, mot henholdsvis 19,7 % og 6,4 % i 1971-75. For lungekreft, tykktarmskreft og selvmord har det vært en økende livstidsrisiko. For menn gjelder dette også prostatakreft. Det har ikke vært

Tabell 1.2 Livstidsrisiko (%) eller sannsynligheten for å dø av sykdommen før 75 års alder i 1996-98 og 1971-75 (tallene fra 1971-75 i parentes)

	Menn		Kvinner
Hjerteinfarkt	6,7 (19,7)	Hjerteinfarkt	3,0 (6,4)
Lungekreft	3,9 (2,7)	Lungekreft	2,1 (0,5)
Hjerneslag	3,0 (7,1)	Brystkreft	2,0 (2,0)
Prostatakreft	1,9 (1,5)	Hjerneslag	1,9 (4,8)
Selvmord	1,3 (1,1)	Tykktarmskreft	1,0 (0,8)
Tykktarmskreft	1,2 (0,9)	Kreft i bukspyttkjertel	0,6 (0,6)
Magekreft	0,9 (2,1)	Selvmord	0,5 (0,4)
Endetarmskreft	0,9 (0,8)	Endetarmskreft	0,5 (0,5)
Kreft i bukspyttkjertel	0,8 (1,0)	Magekreft	0,4 (1,0)
Plutselig død	0,8 (2,9)	Livmorhalskreft	0,4 (0,6)

endring i sannsynligheten for å dø av brystkreft før 75 år.

Forventet levealder har altså økt jevnt de siste 100 år. Økningen var noe sterkere i første enn i siste halvdel. Forventet gjenstående levetid ved alder 50 år er også nå økende, men for menn var det en stillstand over en periode på 25 år som i tid faller sammen med økningen i dødelighet av hjerteinfarkt. Av de to store årsaksgrupper er dødeligheten på vei ned for hjerte- og karsykdommer, mens det er beskjedne endringer i dødeligheten av kreft. For de mer spesifikke dødsårsaker er livstidsrisikoen størst for hjerteinfarkt etterfulgt av lungekreft. Dette gjelder både menn og kvinner.

### Referanser

Statistisk sentralbyrå. Statistisk årbok 2002. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå 2002.

NOMESCO. Helsestatistik for de nordiske lande. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komite 2002.

Tverdal A. Nelson E. Dødeligheten i Norge av forskjellige årsaker 1951-98. Oslo: Statens helseundersøkelser 2001.

## 2 Helse i ulike grupper i befolkningen

### 2.1 Sosial ulikhet og dødelighet

En rekke studier har vist sammenheng mellom utdanning og dødelighet. Det samme gjelder for

yrke og dødelighet og inntekt og dødelighet. Gjennomgående er det slik at grupper med høyere sosial posisjon har lavere dødelighet enn grupper med lavere posisjon. Temaet har lenge framkalt stor interesse og stort engasjement og siste nummer av fagtidsskriftet Norsk Epidemiologi var i sin helhet viet til temaet sosial ulikhet og helse. Gjesteredaktørene fastslo tilstanden gjennom tittelen på sin introduksjon: «Helseulikhetene består: hvordan kan de forklares og bekjempes?» (Mæland et al 2002).

Vi kjenner mange av risikofaktorene til de dominerende årsaksgruppene hjerte- og karsykdom og kreft. En innfallsvinkel er å se hvor mye av den sosiale forskjellen i dødelighet som kan forklares ved forskjeller i risikofaktorene. En norsk oppfølgingsstudie viste at de kjente risikofaktorene for hjerteinfarkt forklarte mye, men ikke alt av forskjellen i dødelighet av hjerteinfarkt mellom sosiale grupper (Thürmer 1993).

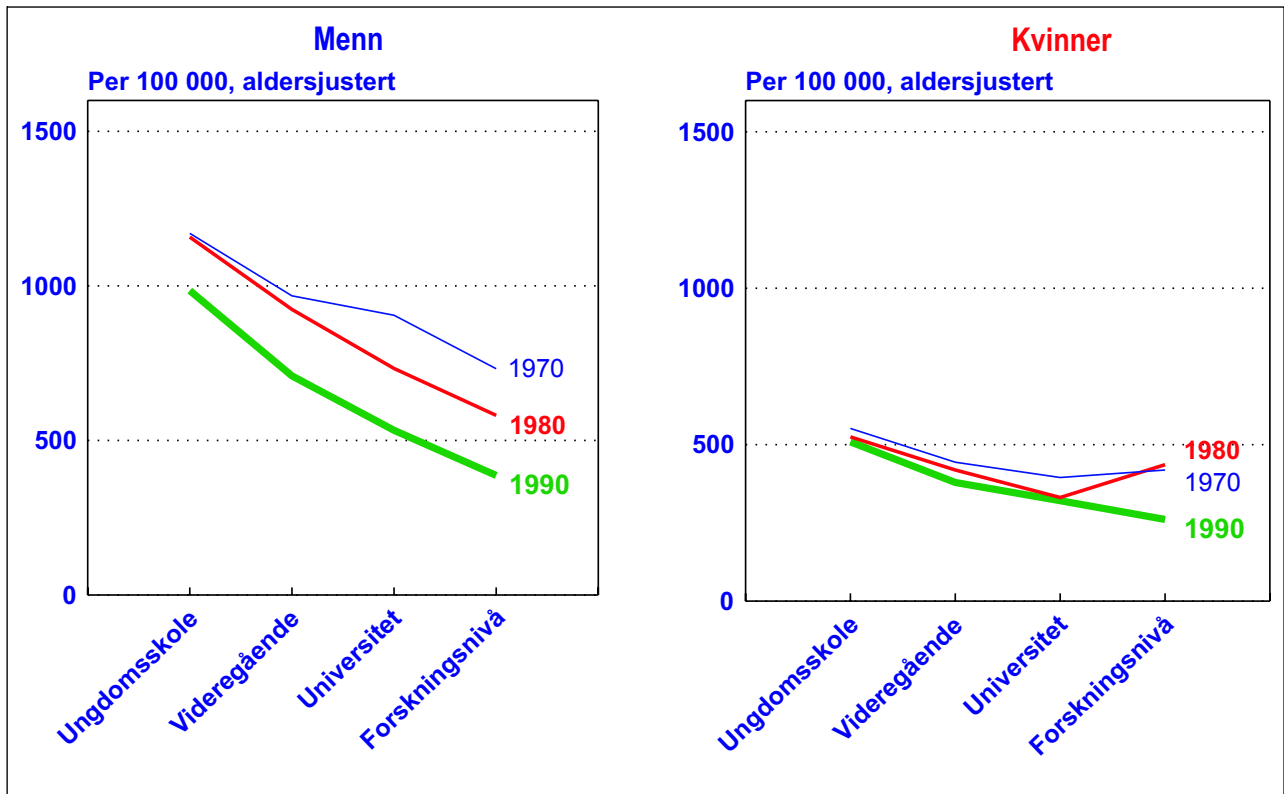
Et spørsmål som har fått stor oppmerksomhet er hvorvidt forskjellene i dødelighet mellom de forskjellige sosiale lag av befolkningen er i ferd med å øke. Det synes også som om forskjellene, målt i prosent, er størst i land hvor dødeligheten er lav som i Norge. Dette temaet studeres for tiden i et prosjekt som nylig har startet. Figur 1.6 viser dødeligheten i tre perioder for alle årsaker samlet, etter utdanning. Personene er fulgt i 7 år fra henholdsvis 1970, 1980 og 1990.

Tre forhold framgår: 1) Dødeligheten avtar med økende utdanningsnivå, 2) Klart høyere dødelighet for menn enn for kvinner og 3) Parallell linjer for 1980 og 1990 bortsett fra på høyeste utdanningsnivå for kvinner hvor det var et beskjedent antall i 1980. Videre er det verdt å merke seg at kurvene for menn og kvinner overlapper hverandre i 1990. Kvinner på laveste utdanningsnivå hadde høyere dødelighet enn menn på høyeste utdanningsnivå. Forskjellen i dødelighet mellom utdanningsgruppene har ikke økt fra 1980 til 1990. Forskjellen var imidlertid noe mindre i 1970. Vi kjenner ikke til risikofaktorene, men ut fra andre norske studier vet vi at hvis 15 % røykte i høyeste utdanningsgruppe og 85 % i laveste, så ville røykevanene forklare hele forskjellen.

Figur 1.7 viser at dødeligheten avtar med økende inntekt. For menn var det 2,5 ganger høyere dødelighet hos de 25 % med lavest inntekt sammenliknet med de 25 % med høyest inntekt. For kvinner var kontrasten litt mindre, ca to gangers forskjell. Også her overlapper kurvene for menn og kvinner i 1990. Kvinner i den laveste fire delen har høyere dødelighet enn menn i den høy-

#### Boks 1.3

- Den som har høy inntekt, høy utdannelse og høy sosial posisjon har utsikt til å leve lengst.
- Velutdannede kvinner med høy sosial posisjon og god inntekt, har best utsikter til å leve lengst
- Enslige har dårligere utsikter til et langt liv enn gifte og samboende
- Hvorfor livslengde henger sammen med disse variablene, forskes det i dag på
  - blant annet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt

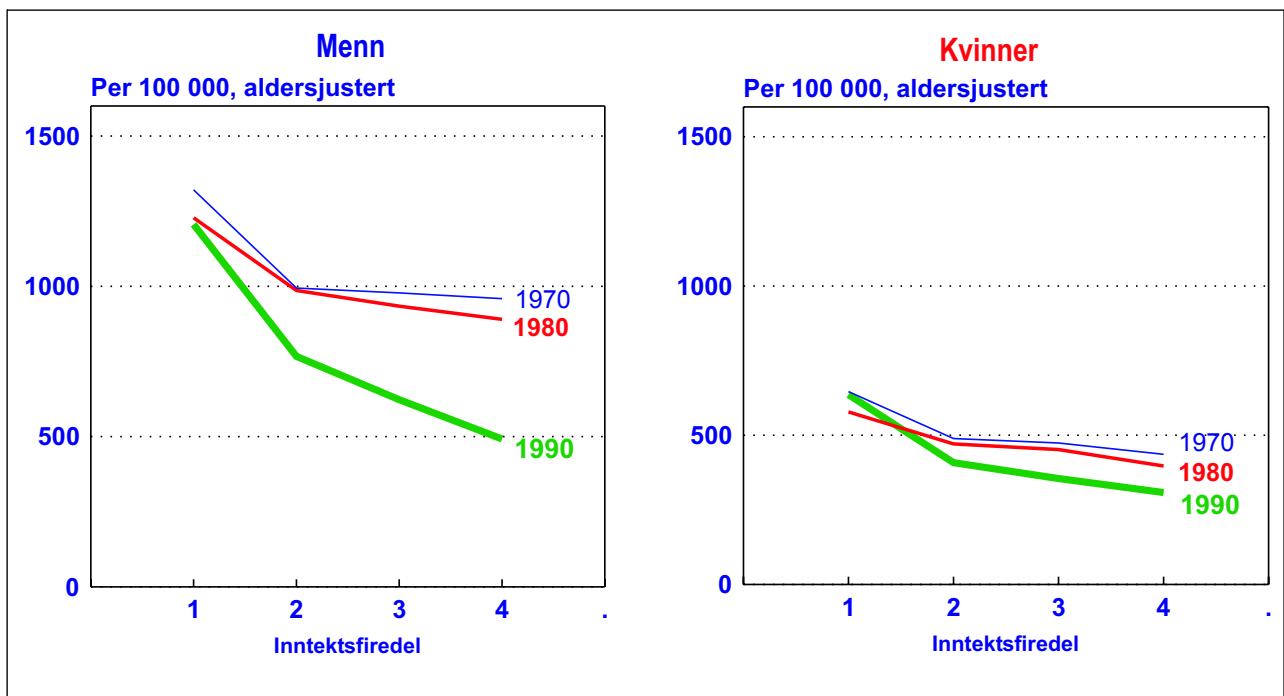


Figur 1.6 Totaldød etter utdanning, 45-59 år

este firedelen. Kurven for 1990 er brattere enn kurvene for 1980 og 1970.

Inntekt er en mer sammensatt variabel enn utdanning. Inntekten kan komme fra flere kilder som lønn, kapital og overføringer. Videre influe-

rer skattesystemet på hva man har disponibelt. I motsetning til utdanning kan inntekten raskt endre seg. Sammenligning over tid er således mer problematisk. Uansett, det er en sammenheng mellom inntekt og dødelighet. Imidlertid vet vi



Figur 1.7 Dødelighet etter inntekt (firedeler), 45-59 år



ikke om den sterkere sammenhengen i 1990 skyldes endring av inntektsbegrepet eller endring i samfunnet. Imidlertid har vi gode holdepunkter for at dødeligheten blant enslige er større enn blant personer med flere i husholdningen. Videre vet vi at andelen enslige er sterkt økende og at de enslige i stor grad har lav inntekt. Denne endringen kan således være en del av forklaringen på den sterkere sammenhengen mellom inntekt og dødelighet. Hvorfor de enslige eventuelt har høyere dødelighet gjenstår som et sentralt forskningsfelt.

Nylig ble det publisert i en studie som studerte dødeligheten etter yrke i Oslo (Claussen og Næss 2002). Ufaglærte arbeidere hadde betydelig høyere dødelighet enn høyere funksjonærer. Det var en avtagende dødelighet med stigende yrkesstatus. Tilsvarende studie har ikke vært gjort tidligere for Oslo slik at vi ikke vet om forskjellen i dødelighet mellom yrkesgruppene har endret seg over tid.

I sum vet vi at det er forskjell i dødelighet etter sosial posisjon. Vi vet ikke helt hvorfor det er slik. Det er også uavklart om forskjellene har økt jevnt over tid. En større forskjell i dødelighet mellom innteksgruppene i 1990-årene enn i 1980-årene kan i stor grad tilskrives en økende andel enslige i samfunnet. Denne gruppen har lavere inntekt og høyere dødelighet enn andre.

### Referanser

Mæland JG, Westin S, Haug K. Helseulikhetene består: hvordan kan de forklares og bekjempes? *Norsk Epidemiologi* 2002; 12(1):3-5.

Thürmer H. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. *National Health Screening Service and University of Tromsø* 1993.

Claussen B, Næss Ø. Dødelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122:1867-9.

## 2.2 Svangerskap, nyfødte og første leveår

### Dødelighet ved fødsel og i første leveår

I Norden er risikoen for perinatal død (dødfødsel og dødsfall i første leveuke) blant de laveste i verden med 6,1 per 1000 i Norge mot 5,6 i Sverige og 5,1 i Finland (tallene gjelder 1999 som er siste sammenlignbare år – Norge 2000: 5,6). Norge har ligget noe over Finland og Sverige de senere årene. Tilsvarende gjelder for spedbarnsdødelig-

### Boks 1.4

- I Norden er risikoen for dødfødsel eller spedbarnsdødelighet blant de laveste i verden
- I år 2000 døde 3,9 av 1000 spedbarn i Norge, mot 3,6 i Finland og 3,4 i Sverige
- Antall tilfeller av krybbedød gikk ned fra 2,6 per 1000 i 1988 til 0,5 per 1000 i 2000 etter at foreldre sluttet å legge barna på magen
- Barn av mødre med lav utdanning og av mødre som røyker, har større risiko for å dø i fosterlivet eller i første uke etterpå
- Mødredødeligheten i Norge er svært lav med 3-4 dødsfall per år (60.000 fødsler)
- For tidlig fødte barn har betydelig økte sjanser til overlevelse sammenlignet med tidligere
- Gjennomsnittsalder på mødre øker stadig. Det samme gjør alder på førstegangsfødende. I 1967 var 26,3 % av alle fødende over 30 år. I 2000 var andelen 46,4 %

heten med 3,9 per 1000 for Norge mot 3,6 og 3,4 i Finland og Sverige. Disse forskjellene utgjør 30-60 flere døde barn i Norge enn dersom vi hadde hatt ratene i Finland.

Selv om ratene er lave i et internasjonalt perspektiv, er fødselen knyttet til en betydelig dødsrisiko; vi må langt opp i alder for å finne tilsvarende tall. Spedbarnsdødeligheten svarer til dødsrisikoen for en person midt i 50-årene mens den perinatale dødelighet svarer til dødsrisikoen midt i 90-årene.

For de fleste dødsårsakene i forbindelse med fødselen har vi sett et jevnt fall de siste 30 årene. Unntak er dødfødte der fallet stoppet opp på slutten av 1980-tallet for dødfødte etter 28 svangerskapsuker med en rate på 3,9 per 1000 (2000). For dødfødte før 28 uker har det vært en økning de senere årene (4,8 per 1000 i 2000).

Dødsfall i første leveuke blant levendefødte har avtatt kontinuerlig til 2,2 per 1000 i 2000. På 1980-tallet opplevde Norge en epidemi av spedbarnsdødsfall som skyldtes krybbedød. Årsaken

var en anbefaling om at spedbarn burde sove på magen. Frem til 1990 døde mer enn 1000 barn i Norge på grunn av mageleie. Da risikoen knyttet til mageleie ble kjent tidlig i 1990, sank andelen barn plassert i mageleie fra ca. 50 % i 1989 til 25 % i 1990. Samtidig sank krybbedødsraten fra 2,6 per 1000 i 1988 til 1,0 i 1990 og ligger nå på ca. 0,5.

Dødeligheten har betydelige sosiale gradienter i Norge. Den perinatale dødeligheten er 50 % høyere blant barn av mødre med inntil 9 års utdanning enn blant barn av mødre med 13 års utdanning eller mer. Denne ulikheten har ikke avtatt de senere årene.

### Mødredødelighet

Internasjonalt sett ligger mødredødeligheten i Norge meget lavt med 3 – 4 dødsfall per år blant ca. 60.000 fødsler. Rundt 1990 var hyppigheten forbigående noe høyere, men er nå igjen nede på 3-4 dødsfall per år.

### Sykkelighet knyttet til fødsel og første leveår

Andelen av for tidlig fødte barn som overlever første leveuke har økt betydelig de siste 30 årene. Blant fødte med fødselsvekt 500-999 gram (ca. 22-28 uker) økte overlevelsen fra 4,7 % i 1967 til 61,2 i 2000. I vektgruppen 1000-1499 gram økte overlevelsen fra 37,7 % til 89,1 %. Dette betyr at ved tusenårsskiftet overlevde nesten 500 barn per år med en fødselsvekt under 1500 gram. Disse nyfødte representerer en betydelig behandlingsmessig utfordring for landets neonatalavdelinger. Prognosen med hensyn på fremtidig funksjons- evne er usikker; selv om forekomsten av cerebral parese ikke synes å ha økt, er det holdepunkter for økt forekomst av lettere kognitiv funksjons- svikt. Den senere tids hypoteser om perinatal pro- grammering av sykdom i voksen alder (hjertekar- sykdom, kreft osv.) tilsier ytterligere oppmerk- somhet rundt nyfødte med lav fødselsvekt.

### Risikofaktorer

I løpet av de siste 30 årene har det funnet sted en enorm demografisk endring blant de fødende. I 1967 var 26,3 % av alle fødende eldre enn 30 år mens andelen i 2000 var 46,4 %. Tilsvarende har det vært en sterk økning i gjennomsnittlig alder for førstegangsfødende fra 26,2 år i 1967 til 29,2 i 2000. Økningen i mors alder startet i 1980 og har sammenheng med at fødslene hos den enkelte mor er utsatt til høyere alder; antall barn per mor

har ikke gått ned. De fleste uønskede svanger- skapsutfall er hyppigere hos eldre mødre. Utvik- lingen vil derfor bety en svær utfordring for norsk obstetrikk i årene som kommer. Samtidig vil vi se et fall i fødselstallet.

Fra 1999 har Medisinsk fødselsregister kjenn- skap til røkevaner hos de fødende. I 2000 røykte 20,7 % av alle gravide ved svangerskapets begyn- nelse. Blant gravide under 20 år røykte 41,4 %. Gjennomsnittlig fødselsvekt var 200 gram lavere hos barn av røykende mødre. Den perinatale døde- lighet var 22 % høyere hos barn av røykende mødre.

På 1990-tallet ble det klart at tilskudd av folsyre (et B-vitamin) hos mor før unnfangelsen kunne redusere forekomsten av medfødte mis- dannelser i sentralnervesystemet med 70 % og misdannelser generelt med 50 %. Fra 1999 har vi i Medisinsk fødselsregister (MFR) også opplysnin- ger om mors bruk av kosttilskudd. I 2000 tok 6,5 % folsyre ved svangerskapets begynnelse mot 21,7 % ved avslutningen. Det er ennå ikke påvist noen sikker nedgang i forekomsten av medfødte mis- dannelser.

## 2.3 Barn

### En barnebefolkning med stadig bedre helse?

I følge FN's definisjon er man barn fra fødselen til man fyller 18 år. Norske barns helse regnes blant

#### Boks 1.5

- Norske barn regnes blant de friskeste i ver- den
- De varsles om en epidemi av overvekt hos barn i verden. Men vi vet ikke om dette stemmer for Norge – vi har i Norge i dag ingen systematisk overvåkning av barns helse
- EU utarbeider nye mål for barns helse. Norge er representert i forskningssamar- beidet rundt dette
- God vaksinasjon holder de alvorlige barne- sykdommene nede
- Barn av foreldre med høy sosioøkonomisk status er også de friskeste

de beste i verden. Spedbarnsdødeligheten (første leveår) og barnedødeligheten (0-5 år) brukes som mål for å sammenligne barns helse i ulike befolkninger. Barnedødeligheten er nå ca 4 per 1000 barn. Dette er blant de laveste i verden. I de første barneårene, opp til 15 år, er også dødeligheten blant barn den laveste i hele livsløpet (25,2 per 100 000 alderen 1-6 og 11,4 i alderen 7-14).

#### *Er himmelen helt skyfri?*

Mens dødeligheten er et pålitelig mål, er det vanskeligere å få pålitelig kunnskap om barns helse. Hvordan har barna det? Vi har opplysninger om et fåtall sykdommer fra helseregistre (kreft og type 1 diabetes) og enkelte spørreundersøkelser. Slike undersøkelser av barn er oftest rapportert av foreldrene, og kan ha feilkilder. Det er i dag ingen systematisk overvåking av barns helse etter fødselen i Norge. EU utarbeider en serie spesifikke helseindikatorer for barn, der Norge er representert i forskningssamarbeidet. Dette kan bedre grunnlaget for kunnskap om barns helse. Så lenge vi har god vaksinasjonsdekning i barnebefolkningen, holdes de fleste mer alvorlige barnesykdommene borte. Til gjengjeld sliter en del barn med kroniske lidelser. Noen av disse beror på medfødte tilstander, for eksempel misdannelser, mens andre er ervervede. Halvparten utgjøres av sykdommer i åndedretsorganene, spesielt av astma. Dette speiles også av diagnosene for sykehusinnleggelse, samt av trygdedata. Sykdommer i åndedretsorganene utgjorde 20 % av alle utskrivninger fra sykehus i aldersgruppen 1-17 år, og astma utgjorde 11,5 % av alle barn med grunn- og hjelpestønad (t.o.m. 18 år).

Epilepsi og diabetes er sjeldne, men belastende sykdommer. Kreft i tidlige barneår er alvorlig for barna og familiene. I de tidlige barneår utgjør kreftdødeligheten den største andelen når det gjelder død av sykdom selv om denne er betraktelig redusert for enkelte kreftformer, som leukemi. Likevel var kreft årsak til 24 av i alt 95 dødsfall på grunn av sykdom i aldersgruppen 1-14 år i 1999. Mens andel som dør av ulykker er lav i de første leveår, tiltar andelen av ulykker og skader med årene. Dette gjelder spesielt trafikkskader, og følgene av disse utgjør nesten halvparten av den totale dødelighet blant eldre barn.

Selv om psykiske lidelser bare utgjør en liten del av de lidelser som rapporteres av foreldrene (0,6 % i en nordisk undersøkelse i 1996), utgjør dette en spesiell belastning for foreldrene. Dette kom tydelig frem i den samme nordiske helseun-

dersøkelsen av barn som ble utført i 1996, og barn med psykiske lidelser utgjør en stor andel av de som får grunn- og hjelpestønad (11 %).

Barns psykiske helseproblemer deles vanligvis inn i to kategorier; utagerende vansker (aggresjon, konsentrasjonsvansker, manglende selvregulering) og innadvendte vansker (depresjon, engstelse, og tilbaketrekning). Samlet sett regner en med at mellom 10 og 20 prosent av alle barn har såvidt store psykiske vansker at det går ut over deres daglige fungering, og at mellom 4 og 7 prosent er behandlingstrengende (Den norske lægeforening, 2001). Noen barn har plager kun i en avgrenset periode, men longitudinelle studier tyder på at alvorlige vansker har urovekkende høy stabilitet. Mens det tidligere var vanlig å finne høyere stabilitet i utagerende problemtyper enn i innadvendte, rapporterer nyere studier like høy grad av stabilitet for begge hovedtypene av vansker (Den norske Lægeforening, 2001).

#### *Barns hverdagsplager*

Forkjølelse og andre luftveisinfeksjoner er en tilbakevendende plage for de fleste barn, med gjennomsnittlig tre til åtte episoder per år, mest blant de yngste. Foreløpig har vi små muligheter for å forebygge dette, men det er en utfordring å redusere unødvendig bruk av antibiotika i slike tilfelle. Flere helseundersøkelser har vist at barn regelmessig har smerter forskjellige steder i kroppen, samt andre mer vage plager som svimmelhet og tretthet. Noe avhengig av spørsmålsstillingen, synes rundt 20 % av skolebarna å angi slike plager. Vi kjenner lite til årsakene. Det er vist at både skolearbeid og trivsel nedsettes på grunn av slike plager.

#### *De rike er friskest*

En spesiell bekymring knytter seg til at også barns helse viser sammenheng med sosioøkonomiske forhold. Barn fra familier med lav utdanning, lavere sosialklasse og inntekt, har for eksempel høyere forekomst av kroniske lidelser enn barn av foreldre med høy utdanning og inntekt.

#### *Noen helsetrusler for fremtiden?*

I hele den vestlige verden rapporteres det om en «epidemi» av overvekt hos barn. I Norge har vi sparsomme data om overvekt hos barn og det er derfor vanskelig å følge utviklingen over tid. En nordisk undersøkelse utført i 1996 viste at om lag 10 % av norske barn i alderen 2-17 år er overvek-

**Boks 1.6**

- Norsk ungdom er fysisk friske og bruker lite helsetjenester
- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viste at fra 13 til 19 års alder økte andelen røykere fra 6% til 33% og andelen som drakk minst to alkoholenheter per uke fra 4% til 67%. Samtidig sank andelen som driver aktiv idrett fra 68% til 33%
- En del studier viser at psykiske lidelser er økende i ungdomsgruppen, men vi mangler gode landsdekkende studier over tid
- Selvmord tar flere liv enn trafikkulykkene gjør samlet i befolkningen, og omlag 10 ganger så mange mennesker dør ved selvmord som ved drap

tige. Ca 2 % av jentene og ca 1.5 % av guttene var fete. Det var liten forskjell mellom de nordiske landene.

**2.4 Unge**

Ungdomsårene er en betydningsfull periode i livet både med hensyn til fysisk og psykisk helse. Denne livsperioden kjennetegnes av delvis dramatiske endringer – fysisk, psykologisk og sosialt.

*Fysisk helse*

Ungdomsårene er generelt preget av god helse og lav utbredelse av alvorlige sykdommer, sammenliknet med befolkningen ellers. Samtidig er denne perioden preget av utprøving og etablering av helse- og risikoatferd. Slik atferd inngår i livsstilmønstre og utgjør viktige beskyttelses- og risikofaktorer for helse senere i livet (Pedersen og Skrondal, 1998; Jessor et al., 1991).

Følgende kategorier av risikoatferd er spesielt sentrale gjennom ungdomsårene:

- Røyking
- Alkoholbruk
- Illegale rusmidler
- Dårlig kosthold
- Fysisk inaktivitet
- Seksuell risikoatferd
- Ulykkesrelatert risikoatferd

Aldersperioden er derfor preget av den paradoksale situasjon at helsetilstanden i gjennomsnitt er svært god, bruk av helsetjenester er lav, samtidig som perioden utgjør en sårbarhetsalder med hensyn til at de atferdsmønstre som etableres kan ha betydelige effekter på senere helse.

Figur 1.8 viser endring av enkelte atferdstyper og tilstander fra 13 til 19 års alder (basert på spørreskjemaopplysninger fra ca 8000 ungdommer fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag). Andelen røykere øker fra 6 % til 33 % i denne perioden, og andelen som drikker minst 2 alkoholenheter (f.eks. 2 halvflasker øl) per uke øker fra 4 % til 67 %. Samtidig går andelen som driver aktiv idrett ned fra 68 % til 33 %.

Endringene i løpet av seks år er betydelige, og må sees i lys av både de veldokumenterte langtids effektene av f.eks. røyking og fysisk inaktivitet, og tidligere studier som har vist at atferdsmønstre som etableres i ung alder ofte videreføres inn i voksenlivet.

*Psykisk helse*

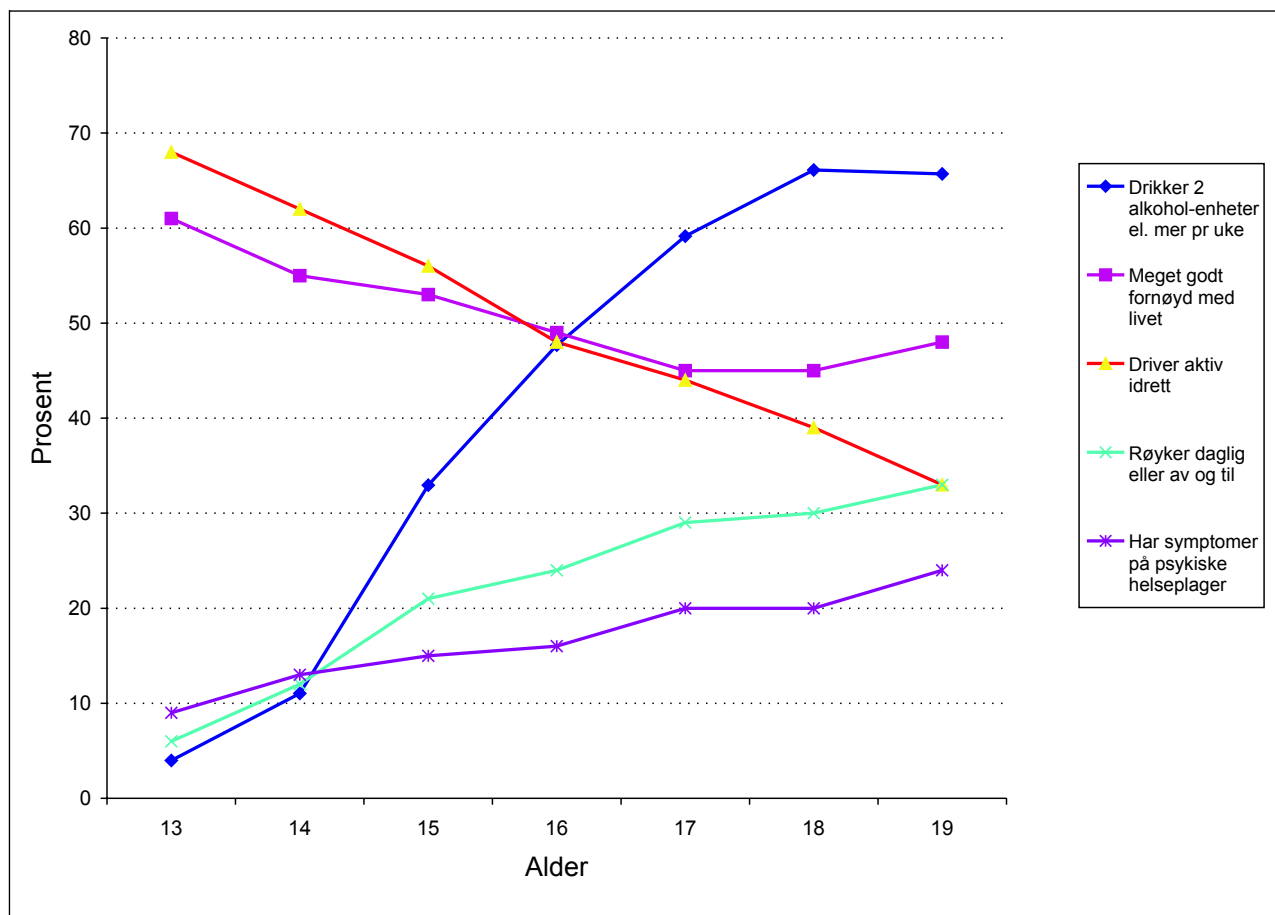
Ungdomsårene er preget av en betydelig økning i andelen som rapporterer psykiske vansker. Mens estimatene er noe usikre når det gjelder spørsmålet om ulike typer psykiske plager faktisk har økt de siste årene, er det ingen tvil om at en rekke vansker øker gjennom ungdomsårene, og at denne livsperioden er preget av en høy utbredelse av visse typer vansker.

*Angst og depresjon*

Flere nye norske studier har kartlagt grader av psykiske helseplager i form av tendenser til angst og depresjon, ved hjelp av Hopkins Symptom Check List (HSCL). En høy skåre (over 1.85) innebærer ingen klinisk diagnose på depresjon, men indikerer symptomer av et slikt omfang at det virker inn på daglig fungering.

I Helseprofil for Oslo (Grøtvedt & Gimmestad, 2002) fant man at 10 % av guttene og 26 % av jentene (15-16 år) rapporterte en slik grad av plager. Tilsvarende fant man i Helse- og levekårsundersøkelsen 1998 (SSB) at 4 % av guttene og 23 % av jentene (16 år) hadde samme grad av vansker. I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) rapporterte 10 % av guttene og 21 % av jentene (13-19 år) slike psykiske plager.

En ny rapport fra Den norske Lægeforening (2002) konkluderer med at i en gjennomsnittlig 10. klasse, er det seks elever som har en eller



Figur 1.8 Alkoholbruk, livstilfredshet, idrettsaktivitet, røyking, og psykiske helseplager gjennom ungdomsårene (Fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag)

flere daglige helseplager. Typiske plager er angst, depresjon, hodepine, magesmerter og søvnproblemer.

Mens selvrapporterte psykiske plager ikke innebærer kliniske diagnoser, har andre studier funnet at mellom 0,4 % og 5,7 % har opplevd en alvorlig depressiv episode. Det er imidlertid et viktig poeng at ungdommer som rapporterer betydelige psykiske vansker uten å tilfredsstillende diagnosekriteriene likevel utgjør en risikogruppe for å utvikle en klinisk tilstand.

Selv om tallene varierer noe på tvers av studier, og den eksakte utbredelsen er avhengig av hvilket terskelkriterium som benyttes, gjenstår to klare funn: Omlag dobbelt så mange jenter som gutter rapporterer slike vansker, og andelen som har plager øker betydelig gjennom ungdomsårene. Som også vist i figuren (se over) øker andelen ungdommer med psykiske plager fra 9 % blant 13-åringene (begge kjønn inkludert) til 24 % blant 19-åringene (HUNT-studien).

Videre viser det seg at i tillegg til en gjennomsnittlig økning gjennom ungdomsår, er det en betydelig grad av individuell stabilitet i psykiske

vansker. De som på ett tidspunkt har høy grad av rapporterte plager har en høy sannsynlighet for å ha plager også på et senere tidspunkt (Klepp, 1996). I HUNT-undersøkelsen var det en ca 4 ganger forhøyet risiko for å ha høy skåre på ett tidspunkt dersom man hadde høy skåre fire år tidligere. Dette tilsier at mye av prognosen for psykiske vansker sent i tenårene er å finne i psykisk helse tidlig i tenårene.

#### Atferdsproblemer og mobbing

Undersøkelser viser at omtrent 10 % av elevene har atferdsproblemer i skolen (Den norske lægeforsking, 2001). En mindre gruppe har så store problemer at skolen har vanskeligheter med å mestre disse elevene.

Mens jenter gjennomgående rapporterer høyere grad av internaliserende problemer, som angst og depresjon, har gutter høyere grad av eksternaliserende problemer, som atferdsvansker.

Når det gjelder mobbing viser en tidligere landsomfattende studie at 15 % av elevene er inn-

blandet i mobbing – omlag 9 % var utsatt for mobbing, knapt 7 % mobbet selv, og 1,6 % både ble mobbet og mobbet andre (Olweus, 1992). En nyere studie tyder på at det også har funnet sted en økning i forekomsten av alvorlig mobbing (Olweus, 1999).

#### *Spiseforstyrrelser*

Internasjonale og norske studier anslår at alvorlige spiseforstyrrelser rammer ca 2 % av den kvinnelige befolkningen mellom 15 og 45 år. Mens bulimi ofte debutterer tidlig i 20-årene, er anoreksi i større grad en lidelse som debutterer i tenårene. Det er anslått at ca. 1 400 ungdommer mellom 15 og 19 år har behandlingstrengende anoreksi. (Den norske lægeforening, 2001, 2002). Det eksisterende tallmaterialet gir ikke sikkert grunnlag for å si noe om hvorvidt, og eventuelt i hvor stor grad, spiseforstyrrelser har økt de siste årene.

#### *Selv mord og selvmordsforsøk*

I 1990 var det registrert 8,4 selvmord per 100.000 jenter. Det tilsvarende tallet for gutter var 16,8. (Den norske Lægeforening, 2001). Dette representerer en betydelig økning sammenliknet med tall fra 1960 tallet, men det ser ikke ut å ha funnet sted en ytterligere og entydig økning gjennom 90-tallet. Det er imidlertid en tendens til at blant gutter i alderen 15-19 år har selvmordsratene økt i perioden 1996-2000.

Uavhengig av om selvmordsratene er stabile eller ikke, er det verdt å påpeke at selvmord tar flere liv enn trafikkkulykkene gjør samlet i befolkningen, og at omlag 10 ganger så mange mennesker dør ved selvmord som ved drap.

Når det gjelder selvmordsforsøk så eksisterer ingen landsdekkende oversikter, men ulike studier har vist at jenter har omlag dobbelt så høy forekomst som gutter, og nye tall fra Sør-Trøndelag viser en økning i selvmordsforsøk blant kvinner i alderen 15-24 (Hjelmeland, 2002). Se ellers kapittel 3.3 om psykisk helse for mer informasjon om selvmord og selvmordsforsøk i befolkningen generelt.

#### *Trender og nye utfordringer*

Flere store ungdomsundersøkelser om psykisk helse generelt er gjennomført de senere år, blant annet ved Folkehelseinstituttet, NTNU, NOVA, og Hemilsenteret. Det er imidlertid mangel på landsdekkende studier som kartlegger trender og end-

ringer i helse over tid. Ofte er det også forskjeller i måleinstrumenter i ulike undersøkelser som gjør at direkte sammenlikning på tvers av region, aldersgrupper eller tidsperiode vanskeliggjøres. Ett eksempel på undersøkelser som avdekker endringer over tid er imidlertid Hemilsenterets rapport basert på en WHO studie (Wold et al 1999), som viser at andelen 15 åringer som rapporterer psykiske og psykosomatiske plager har økt betydelig fra 1983 til 1997 (fra 29 % til 40 % hos gutter, og fra 40 % til 54 % hos jenter). Imidlertid har andre studier konkludert med at det ikke har funnet sted en økning av psykiske problemer fra 70- og 80- årene til i dag (Sosial og helsedepartementet 2000).

I tillegg til de mer tradisjonelle problemer og risikofaktorer er det også viktig å peke på forhold som preger dagens samfunn i sterkere grad enn for bare 10 år siden. Introduksjonen av nye narkotiske stoffer som ecstasy representerer en åpenbar trussel mot ungdoms helse, både på kort og lang sikt. Fra klinisk hold rapporteres det om en økende andel ungdom med blandingsproblemer. Typisk ser man rusmisbruk i kombinasjon med tradisjonelle problemer som angst, depresjon og atferdsvansker.

Den økende andelen ungdom med innvandrerbakgrunn representerer også et viktig felt. Nye studier indikerer at innvandreringdom opplever mer psykiske plager enn etnisk norsk ungdom, og denne forskjellen må sees i lys av både tilpasningen til det norske samfunnet og den ordinære ungdomsutvikling.

Til tross for grunnleggende problemer med sammenlikning på tvers av tidspunkter og studier, gir de ulike undersøkelsene samlet et bredt bilde av helsetilstanden hos ungdom. Bildet tyder på at det er et betydelig potensiale for forebygging av både psykiske og fysiske helseplager. Samtidig er det viktig å hverken sykeliggjøre ungdomsårene i seg selv, eller de vanlige utviklingsutfordringer som følger med.

#### *Referanser*

Pedersen, W. & Skrondal, A. (1998). Alcohol consumption debut: Predictors and consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 32-42.

Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Grøtvedt, L. & Gimmestad, A. (2002). Helse-

profil for Oslo. Barn og unge. Nasjonalt folkehelseinstitutt og Oslo kommune.

Klepp, et al. (1996). Selvrapportert helse blant yngre tenåringer. En treårs oppfølgingsundersøkelse. Tidsskrift for Norsk Lægeforening, 116, 2032-7.

Den Norske Lægeforening (2001). Forskning og fagutvikling i forebyggende helsearbeid blant barn og unge. Rapport.

Den Norske Lægeforening (2002). Mot i brystet .. stå i ben og armer. En statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom fra Den norske lægeforening.

Olweus, D. (1992). Mobbing i skolen. Hva vet vi og hva kan vi gjøre? Universitetsforlaget.

Olweus, D. (1999). Noen hovedresultater fra det nye Bergensprosjektet mot mobbing og anti sosial atferd i skolen. Bergen: Hemilsenteret, Universitetet i Bergen.

Wold, B., Hetland, J., Samdal, O., Torsheim, T., & Aarø, L.E. (1999). Helse, livsstil og skolemiljø blant barn og unge i Norge: Trender og internasjonale sammenlikninger. Hemilrapport 4, Bergen: Hemilsenteret.

Sosial og helsedepartementet (2000). Fakta-rapport om årsaker til psykiske plager og lidelser.

## 2.5 Den samiske befolkningen

Senter for samisk helseforskning ble etablert 1. januar 2001. Senteret er organisert som en avdeling under Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, men lokalisert til Kárášjohka/Karasjok.

Senter for samisk helseforskning ble etablert for å kartlegge og fremskaffe vitenskaplige kunnskap om samenes helse og levekår i Norge. Et viktig prinsipp som har ligget til grunn er at urfolk

selv skal produsere data om egen helse og sosiale forhold.

Regjeringsdokumentet fra 2001 «Mangfold og likeverd» handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge 2002 – 2005 foreslår en opptrappingsplan for bevilgninger til senteret. Helsedepartementet finansierer arbeidet med en helse- og levekårsundersøkelse i det samiske bosetningsområdet i Norge. Det er lite spesifikk kunnskap om den samiske befolkningens helse, livskvalitet og sosiale forhold. Tidligere gjennomførte nasjonale helse- og levekårsundersøkelser har imidlertid gitt indikasjoner på at helse- og levekårsforhold i samiske områder er noe dårligere enn landsgjennomsnittet.

Senter for samisk helseforskning har i lengre tid drevet planleggingen av ovennevnte undersøkelse i samarbeid med Nasjonalt Folkehelseinstitutt og igangsetter denne i løpet av oktober inneværende år. Det er første gangen det gjennomføres en omfattende undersøkelse av helse- og levekår i områder med samisk bosetning.

## 2.6 Innvandrere

Innvandrerbefolkningen er definert av SSB som innvandrere og deres barn. Innvandrerbefolkningen utgjorde 6,3 % av befolkningen i Norge i år 2000 (se kapittel 1). Generelt viser studier av innvandreres helse at det er større forskjeller mellom ulike innvandrergrupper enn mellom de enkelte innvandrergruppene og den etnisk norske gruppen. Det er misvisende å snakke om hvorvidt innvandrerbefolkningen som helhet har bedre eller dårligere helse enn etnisk norske. Det er fremdeles få studier av innvandreres helse, men Helseprofil for Oslo gir de første resultatene fra helseundersøkelsen i bydelene og regionene i Oslo (Grøtvedt 2002 a, b). I tillegg vil det komme data fra innvandrerundersøkelsen i Oslo som fremdeles pågår, og fra prosjektet Mosjon på Romsås som skal avsluttes våren 2002. Dette vil gi de første befolkningsbaserte studiene av helse i innvandrerbefolkningen med spørreskjemaer, intervjuer, kliniske målinger og blodprøver som kilde til informasjon.

### Dødelighet

Dødfødsel og død i første leveuke er sjeldnere hos barn av mødre fra Vietnam (8,2 per 1000 fødte) og hyppigere blant barn av mødre fra Pakistan (14,9 per 1000 fødte), sammenliknet med barn av etnisk norske mødre (9,5 per 1000 fødte) og barn av

### Boks 1.7

- Senter for samisk helseforskning ble etablert i Karasjok 1 januar 2001
- Vi har lite spesifikk kunnskap om den samiske befolkningens helse, livskvalitet og sosiale forhold
- Helsedepartementet finansierer en helse- og levekårsundersøkelse det samiske bosetningsområdet i Norge som skal gjennomføres i 2003

Tabell 1.3 Andel (%) som rapporterer å ha hatt eller ha en sykdom etter fødeland, samt utvalgte risikofaktorer. Alder 59-60 år. Data fra Helseprofil for Oslo – voksne (Grøtvedt 2002)

Fødeland	Kvinner	Menn
Vurderer egen helse som god eller svært god		
Norge	66	76
«Ikke-vestlig»	31	42
Diabetes		
Norge	2	5
«Ikke-vestlig»	15	17
Hjerteinfarkt		
Norge	1	6
«Ikke-vestlig»	6	11
Astma		
Norge	11	7
«Ikke-vestlig»	15	10
Smerter/stivhet i muskler og ledd		
Norge	30	12
«Ikke-vestlig»	54	40
Symptomer på psykiske problemer		
Norge	16	7
«Ikke-vestlig»	42	22
Overvekt (kroppsmasseindeks >30 kg/m <sup>2</sup> )		
Norge	16	19
«Ikke-vestlig»	38	17
Andel dagligrøykere		
Norge	26	25
«Ikke-vestlig»	7	30
Andel fysisk inaktive		
Norge	21	20
«Ikke-vestlig»	49	34

mødre fra Nord-Afrika (9,6 per 1000), viser en studie av alle fødsler i Norge i perioden 1980 til 1995 (Vangen 2002). Inngifte (ekteskap mellom fetter og kusine) er den viktigste årsaken til forhøyet spedbarnsdødelighet i den pakistanske gruppen (Stoltenberg 1998). Informasjonen er hentet fra en kobling mellom Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret og data fra SSB. Dødeligheten blant barn over ett år, ungdom og voksne i innvandrerbefolkningen har hittil ikke vært undersøkt systematisk.

#### *Sykdom, symptomer og risikofaktorer*

Diabetes er langt hyppigere hos innvandrere fra såkalte «ikke-vestlige» land viser helseundersøkelsen i Oslo (Grøtvedt 2002). «Ikke-vestlige» er i denne rapporten definert meget bredt og omfatter personer som er født i Øst-Europa, Nord-Afrika, Afrika sør for Sahara, Midtøsten, det indiske subkontinent (Pakistan, India, Sri Lanka og Bangladesh), Øst-Asia, Stillehavet, Mellom-Amerika og Sør-Amerika. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god er betydelig lavere blant innvandrere fra «ikke-vestlige land enn blant etnisk norske. Rapporten beskriver en



rekke selvrapporterte sykdommer og risikofaktorer der det er forskjeller mellom innvandrere fra såkalte «ikke-vestlige» land og etnisk norske deltagere (tabell 1.3).

Den «ikke-vestlige» gruppen forteller om betydelig høyere forekomst av diabetes, hjerte- og karsykdom, psykiske symptomer hos kvinner, muskel- og skjelettsmerter og fysisk inaktivitet. Det var ingen forskjell i selvrapportert astma og andelen kvinner som røyker er betydelig lavere enn i den etnisk norske gruppen.

Analyse av blodprøvene i helseundersøkelsen i Oslo bekrefter at D-vitamin mangel er utbredt i enkelte innvandrergupper (Meyer 2002). Alvorlig vitamin D mangel ble funnet hos 6.4 % av kvinnene og 3.5 % av mennene med norsk bakgrunn, og hos 23.9 % av kvinnene og 16.7 % av mennene med pakistansk bakgrunn. Alvorlig vitamin D mangel er altså 4 ganger så utbredt hos kvinner og 5 ganger så utbredt hos menn med pakistansk bakgrunn, sammenlignet med etnisk norske.

### Boks 1.8

- Det er større forskjeller mellom ulike innvandrergupper enn mellom de enkelte innvandrerguppene og den etnisk norske gruppen når det gjelder helse
- Dødfødsel og død i første leveuke er sjeldnere hos barn av mødre fra Vietnam (8,2 per 1000 fødte) og hyppigere blant barn av mødre fra Pakistan (14,9 per 1000 fødte), sammenlignet med barn av etnisk norske mødre (9,5 per 1000 fødte) og barn av mødre fra Nord-Afrika (9,6 per 1000)
- Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god er betydelig lavere blant innvandrere fra såkalte «ikke-vestlige land» enn blant etnisk norske
- Diabetes, hjerteinfarkt og smerter i muskel- og skjelettsystemet rapporteres hyppigere av 59-60 åringer med bakgrunn fra «ikke-vestlige land» viser de første analysene fra Helseundersøkelsen i Oslo
- Bare 7% av 59-60 år gamle kvinner fra «ikke-vestlige land» røyker daglig, mot 24% av de etnisk norske

### Barn og unge

I Helseprofil for Oslo – barn og unge er deltagerne inndelt i syv grupper etter mors fødeland. Langt de fleste i alderen 15-16 år vurderte sin egen helse som god eller svært god uavhengig av mors fødeland (85 %-93 %). Upubliserte data fra helseundersøkelsen i Oslo viser at 15-åringer i Oslo med innvandrerbakgrunn oftere rapporterer symptomer på angst og depresjon som påvirker deres daglige liv (21 % mot 17 %) enn ungdom med norsk bakgrunn (Oppedal 2002, personlig meddelelse). Jenter (29 % med innvandrerbakgrunn, 25 % med norsk bakgrunn) har oftere slike symptomer enn gutter (139 % med innvandrerbakgrunn, 10 % med norsk bakgrunn).

### Abort

I en studie av abortsøknader i Oslo ble kvinner definert som «fremmedkulturelle» hvis de hadde navn som tydet på at de hadde bakgrunn i et land utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oceania. «Fremmedkulturelle» kvinner er overrepresentert i alle aldersgrupper av abortsøkere, men mest blant de som er eldre enn 35 år (Eskild 2002). Årsaken til dette er ikke kjent, men funnet har stor betydning for valg av tiltak for å forebygge abort.

### Referanser

Eskild A, Helgadóttir LB, Jerve F, Qvigstad E, Stray-Pedersen S, Løset Å. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:1355-7.

Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo – Voksne 2002. Oslo Kommune. Nasjonalt folkehelseinstitutt. (a)

Grøtvedt L, Gimmestad A. Helseprofil for Oslo – Barn og unge 2002. Oslo Kommune. Nasjonalt folkehelseinstitutt. (b)

Meyer HE, Søgaard AJ, Falch JA, Pedersen JI, Haug E. The prevalence of secondary hyperparathyroidism in persons with Pakistani and Norwegian background living in Oslo, Norway. IOF World Congress on Osteoporosis, Lisboa, 2002. Osteoporosis Int 2002;13, S6-7 (suppl 1)

Stoltenberg C. Birth defects, stillbirth and infant death. Epidemiological studies of the effects of consanguinity and parental education. Births in Norway 1967-1995. Thesis: Faculty of Medicine, University of Oslo. Nor J Epidemiol (Supplement 2) 1998;8:1-120.

Vangen S, Stoltenberg C, Skjaerven R, Magnus P, Harris J, Stray-Pedersen B. The heavier the better? Birthweight and perinatal mortality in different ethnic groups. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31:654-660.

### 3 Sykdommer og skader

#### 3.1 Hjerte- og karsykdom

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Norge har sunket gjennom de siste 30 år, men er fortsatt den hyppigste dødsårsak i Norge (se avsnittet om livslengde og dødelighet). Nedgangen gjelder både hjerteinfarkt og hjerneslag (Tverdal og Nelson, 2001).

Fordi vi ennå ikke har noe nasjonalt sykdomsregister for hjerte- og karsykdommer, er det usikkert hvor mye av denne nedgangen som skyldes en nedgang i sykkelighet og hvor mye som skyldes bedret behandling og overlevelse. En analyse av innleggelser for hjerteinfarkt ved landets sykehus gir imidlertid visse holdepunkter for at redusert sykkelighet gir et viktig bidrag. Det var en samlet reduksjon på 18 % fra 1991 til 2000, og for aldersgruppen under 80 år var nedgangen 29 % (Reikvam og Hagen 2002).

#### Trender i Norden og Europa

Vi finner nedgang i hjerte- og kardødelighet også i Sverige, Danmark og Finland. Blant menn har Finland stadig den høyeste dødeligheten, mens det bare var små forskjeller mellom de tre skandinaviske landene i 1999. Blant kvinner lå dødeligheten høyest i Danmark, fulgt av Finland, mens Sverige og Norge lå ganske likt i 1999

#### Boks 1.9

- Innleggelser i sykehus på grunn av hjerteinfarkt sank med 18% fra 1991 til 2000
- Vi mangler et nasjonalt sykdomsregister for hjerte- og karsykdommer. Derfor kan vi ikke si sikkert hva nedgangen i dødelighet av disse sykdommene kommer av
- I fjor ble det solgt medisiner mot sykdom i sirkulasjonsorganene for 2,5 milliarder kroner
- Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer varierer sterkt etter geografi og sosioøkonomiske faktorer

(NOMESKO 2002). Ressursbruken i behandling og forebygging varierer også (tabell 1.4)

Frankrike, Spania og Hellas lå lavest blant europeiske land både i 1980-81 og i 1990-91. I begynnelsen av 1990-årene lå de østeuropeiske landene i særklasse høyest, mens Finland, Nord-Norge, Irland og Skottland hadde høyere dødelighet enn det øvrige Vest-Europa (WHO 1997).

#### Bruk av ressurser til behandling og forebygging

Norge har de siste fem årene hatt den største økningen i Norden innen bruk av medikamenter mot sykdom i sirkulasjonsorganene (NOMESKO 2002). En stor del av disse medikamentene brukes forebyggende. I alt ble det i 2001 solgt medikamenter mot hjerte- og karsykdom i Norge for 2,5 milliarder kroner, hvorav 954 millioner kroner

Tabell 1.4 Nøkkeltall om ressursbruk i behandling og forebygging av hjerte- og karsykdom i nordiske land i 2000 (NOMESKO 2002)

	Finland	Danmark	Sverige	Norge
Pasienter behandlet i sykehus per 1000 innbyggere	18,0	16,4	17,7	17,5
Koronare bypass-operasjoner/100,000 innbyggere	65	59	73	76
Perkutan koronar angioplastikk/100,000 innbyggere	55	92	94	117
Solgte hjerte- og kar-medikamenter, døgndoser (DDD)/1000 innbyggere/dag	290	246	289	276
ACE/AII-hemmere, DDD/1000 innbyggere/dag	65,7	45,5	55,3	65,1
Calciumkanalblokkere, DDD/1000 innbyggere/dag	36,7	37,2	34,9	41,5
Statiner (kolesterolsenkende), DDD/1000 innbyggere/dag	32,1	16,2	36,7	59,6

Tabell 1.5 Dødelighet av iskemisk hjertesykdom i 1996-99 (ICD:I20-I25) etter fylke. Menn og kvinner 40-69 år. Prosent av landsgjennomsnittet

	Menn		Kvinner	
	Dødsfall	Prosent	Dødsfall	Prosent
Østfold	291	98	90	115
Akershus	393	78	95	73
Oslo	437	89	144	105
Hedmark	278	117	92	147
Oppland	277	122	57	96
Buskerud	283	106	67	96
Vestfold	232	95	60	93
Telemark	209	111	61	122
Aust-Agder	101	90	33	118
Vest-Agder	172	105	37	85
Rogaland	325	91	73	80
Hordaland	466	102	103	86
Sogn og Fjordane	119	97	26	88
Møre og Romsdal	227	83	64	91
Sør-Trøndelag	307	108	88	119
Nord-Trøndelag	128	87	41	111
Nordland	305	109	80	112
Troms	230	137	53	129
Finnmark	123	143	15	75
Norge	4903	100	1279	100

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt 2002.

gjaldt kolesterolsenkere (Folkehelseinstituttet 2002).

### Geografiske og sosiale forskjeller

Hjerteinfarktdødeligheten varierer mellom regioner i Norge (Tabell 1.5). Finnmark ligger på topp for menn, mens Akerhus ligger lavest for både menn og kvinner. Kvinner i Finnmark ligger under landsgjennomsnittet.

De regionale forskjellene innen Oslo er også store. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer var 50 % høyere i indre øst enn i ytre vest i 1994-98 (Grøtvedt 2002). Dette er i samsvar med hva folk selv oppga av hjerte- karsykdom ved en stor helseundersøkelse utført i Oslo 2000-2001. Rapporteringen av diabetes, mosjon i fritiden, daglig røyking og vektmålingene, viste gunstigere forhold i vest enn i øst. For kolesterolnivå i blodet var forskjellene meget små. I alderen 40-60 år ble gjen-

nomgått hjerteinfarkt i større grad oppgitt av personer med lav utdanning og av personer med fødeland klassifisert som «ikke vestlig».

### Risikofaktorer

Serum totalkolesterol er den viktigste risikofaktoren for hjerteinfarkt. Siden 70-tallet har kolesterolnivået sunket og teoretisk kan en stor del av nedgangen i dødelighet av hjerteinfarkt forklares ved nedgangen i kolesterolnivået. Kolesterolnedgangen startet før de kolesterolsenkende medikamentene kom i bruk (Bjartveit og Wøien 1997). I de senere år har det vært liten endring i gjennomsnittsnivået.

Høyt blodtrykk øker risikoen for både hjerteinfarkt og hjerneslag. Endringen i blodtrykksnivået i befolkningen kan teoretisk forklare 50 % av nedgangen i dødelighet av hjerneslag (Tverdal og Nelson 2002). Nedgangen i dødelighet av hjerne-

slag startet før det var noe særlig omfang av medikamentell blodtrykksbehandling. De siste års nedgang i tobakksrøyking i befolkningen har også bidratt til nedgangen i sykkelighet av hjertekarsykdommer, spesielt blant menn.

Nordmenn blir stadig tyngre. Dette er en viktig årsak til økningen i forekomst av type 2 diabetes (se avsnittet om type 2 diabetes). Diabetikere har en betydelig forhøyet risiko for hjerte- og karsykdom. På sikt kan denne trenden tenkes å kunne veie opp for den gunstige utviklingen for kolesterol, blodtrykk og røyking slik at nedgangen i hjerte- og karsykdom stopper opp eller snur, men her er det fortsatt mye vi ikke vet.

#### Referanser

Tverdal A, Nelson E. Dødeligheten i Norge av forskjellige årsaker 1951-98. SHUS-rapport nr 3/2001. Statens helseundersøkelser, Oslo 2001.

Reikvam Å, Hagen TP. Markedly changed age distribution among patients hospitalized for acute myocardial infarction. *Scand Cardiovasc J* 2002;36(4):221-4.

Helsestatistik for de nordiske lande 2000. *Nordic Medico Statistical Committee* 64:2002. NOMESKO, København 2002.

WHO Atlas of mortality in Europe. Subnational patterns 1980/81 and 1990/91. WHO Regional Publications, European Series, No. 75, 1997.

Legemiddelforbruket i Norge 1997-2001. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo 2002.

Bjartveit K, Wøien G. Risikofaktorer for hjertekarsykdom i Norge. Resultater fra undersøkelser i 18 fylker. Statens helseundersøkelser, Oslo 1997.

Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo. Voksne. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning, Oslo 2002.

### 3.2 Kreft

Årlig rammes mer enn 21 000 kvinner og menn i Norge av kreft. I 1999 fikk henholdsvis 10 103 kvinner og 11 097 menn en kreftdiagnose. Forekomsten av kreft har økt fra 7500 tilfeller i 1955, en årlig økning på 1,2 % for kvinner og 1,6 % for menn fram til i dag. Andelen som lever fem år etter diagnose har i samme periode økt fra 37 til 55 prosent. Tabell 1.6 viser en oversikt over de hyppigste kreftformene.

Tabellen viser også tall for forventet nye tilfeller per år i tidsperiodene 2003-07 og 2018-22 (Møller B et al. 2002). Med bakgrunn i trender for røyking og alkoholkonsum, kosthold og mosjon, kan

#### Boks 1.10

- Rundt 21 000 norske menn og kvinner får nå kreft hvert år. I 1955 var antallet 7500.
- Langt flere overlever med kreft i dag enn i 1955
- Størstedelen av økningen i krefttilfeller skyldes økt andel eldre i befolkningen
- Vil man selv forebygge kreft, er røykfritt liv det aller viktigste
- Noen kreftformer er på retur mens andre øker

man forvente at forekomsten av krefttyper spesielt relatert til disse risikofaktorene kan bli høyere enn det prognosene sier. Nye metoder for tidlig diagnostikk og screeningprogrammer vil også bidra til at forekomsten blir høyere.

Kreft i magesekken har gått vesentlig ned de siste tiårene. Etter å ha vært blant de hyppigste kreftformer har insidensraten (antall nye tilfeller per tidsenhet) gått ned til omkring en fjerdedel, og antallet er redusert fra 910 tilfeller i 1953 til 730 tilfeller i 1998 samtidig som befolkningen er nesten tredoblet.

En tilsvarende reduksjon er sett i hele den vestlige verden. Nedgangen anses å skyldes både kostholdsendringer og en lavere forekomst av infeksjon med bakterien *Helicobacter pylori*. Det er beregnet at 58 % av forekomsten av kreft i magesekken kunne vært unngått dersom denne bakterieinfeksjonen ble forebygget (Olsen et al 1997).

Forekomsten av lungekreft blant menn har flattet av fra begynnelsen av 1980-årene, og er nå den tredje hyppigste med 12 % av alle tilfellene. Fra samme periode har man imidlertid sett en sterk økning blant kvinner, og lungekreft er nå den tredje hyppigste med 6 % av tilfellene. På 1960-tallet var forekomsten av lungekreft fire ganger så høy blant menn som blant kvinner, men yngre kvinner (40-54 år) nærmer seg nå insidensen blant menn. Finnmark fylke har i dag den høyeste insidensraten for begge kjønn. Generelt er risikoen høyest i byene. Forekomsten av lungekreft kan sees som et speilbilde av røykeatferden i befolkningen 20 år tidligere, og et stort flertall av tilfellene ville vært unngått dersom tobakksrøy-

Resept for et sunnere Norge  
 Folkehelsepolitikken

Tabell 1.6 De hyppigste kreftformene i Norge. Utvikling over tid

Lokalisering	Aldersstandardisert* årlig gjennomsnittlig insidens pr. 100 000										Prosent		Forv.		Døde
	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1999	2003-07	2018-22	ant.	ant.	
	-59	-64	-69	-74	-79	-84	-89	-94	-99	endring	årlig	1999	2003-07	2018-22	1999
Tyktarm	K	9,8	10,8	12,7	14,3	16,8	18,7	19,6	21,0	22,8	2,2	1116	1296	1446	538
	M	9,7	11,1	13,2	14,2	16,7	19,6	21,6	24,0	25,0	2,5	941	1062	1261	466
Endetarm	K	4,4	4,5	5,4	6,4	8,1	9,4	9,4	10,2	10,4	2,4	459	469	563	221
	M	6,3	7,0	7,7	9,3	11,7	13,9	14,7	15,3	15,3	2,6	524	579	733	304
Lunge	K	2,6	2,9	3,7	4,9	6,1	8,2	10,9	14,5	17,7	5,2	718	870	1203	506
	M	10,8	14,7	18,6	22,9	27,8	32,3	34,8	35,9	36,4	3,1	1257	1355	1459	1102
Malignt melanom	K	2,5	3,7	4,6	6,9	9,5	12,0	14,7	16,0	15,8	5,1	480	616	705	88
	M	2,1	3,1	4,5	6,3	7,8	9,6	12,3	14,8	14,7	5,1	460	518	585	129
Prostata	M	25,8	28,9	32,2	36,2	40,6	43,2	45,1	54,7	69,6	2,3	2929	3079	4456	
Bryst	K	37,2	39,4	42,4	45,5	49,5	50,8	53,1	56,9	68,0	1,4	2384	2762	3489	816
Livmorhals	K	15,1	15,5	16,7	18,8	17,5	14,3	11,9	12,7	11,2	-0,9	287	350	356	125
Magesekk	K	21,8	17,5	14,6	11,8	9,6	8,8	7,4	6,1	5,0	-3,5	229	242	252	263
	M	36,8	31,0	28,0	22,3	19,1	17,4	14,7	13,1	10,5	-3	375	368	421	357

\* Standard befolkning: verdens befolkning

Kilde: Kreftregisteret

king ble redusert (Olsen et al 1997). Lungekreft er blant de kreftformer som har de dårligste leveutsiktene med en 5-års relativ overlevelse på omlag 9%. Lungekreft tok i 1999 livet av 1707 personer. Det har foreløpig ikke vært tegn til bedring i prognosen.

Tykk-tarmkreft har i alle år vært blant de fem hyppigste kreftformene for begge kjønn. Det har vært en stor økning de senere år, uforklart større i Norge enn i resten av Norden. Økningen har vært noe raskere blant menn, og insidensraten er tredoblet fra 1950-årene. Et magert, kalorifattig kosthold med mye frukt og grønnsaker regnes som forebyggende spesielt mot kreft som oppstår i magetarmkanalen. De fleste tilfeller av kreft i tykk- og endetarm har et forstadium, adenomatøse polypper, som kan påvises gjennomsnittlig 10-15 år før kreften oppstår. I tråd med anbefalingene i Norsk kreftplan (NOU, 1997) pågår det nå en omfattende screeningundersøkelse i Oslo og Telemark for å studere muligheten for å redusere forekomst av kreft i endetarm og tykk-tarm ved hjelp av «tarmkikkertundersøkelse» i et prosjekt av større omfang enn det som tidligere er gjennomført.

Det har vært en stor økning av føflekksvulst de siste tiårene, med en sjudobling av insidensratene. Sykdommen øker raskest av alle kreftsykdommer, og omtrent likt for begge kjønn. Risikoen er knyttet til soleksponeering, muligens spesielt til solforbrenning i barne og ungdomsår, og svulsten oppstår oftest på soleksponte deler av kroppen. Føflekksvulst forekommer vesentlig hyppigere i Sør-Norge enn i Nord-Norge. Det er beregnet at UV-stråler fra sollys kan forklare 95% av tilfellene av ondartet føflekksvulst. Bedre beskyttelse mot solstråler ville med andre ord forhindre de aller fleste tilfeller av slik hudkreft (Olsen et al 1997).

Forekomsten av prostatakreft er økende, og representerer nå om lag en fjerdedel av alle krefttilfeller blant menn. Insidensen har økt omtrent 2,5 ganger, med sterke stigning i 1990-årene. Denne økningen skyldes både økt diagnostikk ved PSA-test og økt andel eldre, idet over 90% av tilfellene oppstår etter fylte 60 år. Dødeligheten har ikke økt svarende til insidensen. Risikofaktorene er ukjente, men både høyt fettinntak og lav fysisk aktivitet ansees å være av betydning. På det nåværende tidspunkt finnes heller ingen dokumentert effekt av PSA-screening på dødeligheten av prostatakreft. En samlet vurdering av mulige ulemper og fordeler ved PSA-screening i Norsk kreftplan tilrår ikke prostatascreening som et hel-

setilbud til befolkningen (NOU,1997). Den samme konklusjonen har man kommet fram til i andre land, som for eksempel Sverige.

Brystkreftforekomsten er økende, og representerer nå om lag en fjerdedel av alle krefttilfeller blant kvinner. Dette er den hyppigste kreftformen blant kvinner, med over 2 100 nye tilfeller hvert år. Insidenraten er doblet fra 1950-tallet, med sterke økning på 1990-tallet. Insidensen er stigende i alle aldersgrupper. Økningen de senere år skyldes til dels økt diagnostikk pga. screening-programmet. Økt risiko er blant annet knyttet til lavt barnetall og høy alder ved første fødsel. Høyest forekomst sees i Oslo, Akershus og på Sør-Vestlandet. Forekomsten er høyere i urbane enn i landlige strøk, og generelt høyere i øvre sosiale lag av befolkningen. Det har vært liten bedring i overlevelse siden 1950-tallet. Overlevelsesprosenten har kun økt fra 62 til 76 de siste 35 årene, og om lag 700 kvinner dør årlig av denne kreftformen. Overlevelse er sterkt avhengig av hvor utbredt sykdommen er på diagnosepunktet, hvilket er rasjonalt bak mammografi-programmet. I Norge er det forventet at et landsomfattende screeningtilbud kan redde mellom 50 og 70 liv per år. Etter et prøveprosjekt med mammografi i de fire fylkene Akershus, Hordaland, Rogaland og Oslo fra 1996 med tilbud om årlig screening til alle kvinner i alderen 50 til 69 år, er tilbudet blitt landsomfattende fra 2001. Tallene fra prøveperioden var meget gode, men en endelig effekt på dødeligheten vil ikke kunne avleses før tidligst 10 år etter oppstart av programmet (Kreftregisteret 2000).

Hyppigheten av livmorhalskreft er redusert siden 1970-tallet med om lag 20%, bl.a. pga. utstrakt bruk av cytologiprøver som kan diagnostisere forstadier til kreft. Livmorhalskreft rammer i dag om lag 350 kvinner årlig, og tar 140 kvinneliv hvert år. Sykdommen forutsetter infeksjon med humant papilloma virus (HPV). Risikoen er høyest i Aust-Agder og Nordland, og generelt høyere i lavere sosiale lag. Studier viser at dødeligheten fra livmorhalskreft kan reduseres med mellom 20 og 60 prosent ved å screene den kvinnelige delen av befolkningen med en Papanicolaou (Pap) test (U. S. Preventive Services Task Force, 1996). Etter et prøveprosjekt i perioden 1992 til 1994 ble fra 1995 alle kvinner bosatt i Norge i alderen 25 til 69 år tilbudt å få tatt en celleprøve hvert tredje år. Formålet er å redusere både forekomst og dødelighet av livmorhalskreft. En evaluering av virksomheten i perioden 1992-98 indikerer at det er store muligheter for å redusere forekomsten av

sykdommen i Norge i fremtiden, men at det er ønskelig å oppnå et høyere fremmøte av eldre kvinner (Krefregisteret 2000). Det arbeides med utvikling av en vaksine mot HPV som vil kan få meget stor betydning for utryddelse av sykdommen.

### Risikofaktorer

Alder er den viktigste risikofaktor for kreft, og størsteparten av økningen som vi har sett og som forventes framover de neste tiårene skyldes en økt andel eldre i befolkningen. Kreft rammer hyppigst fra 50 års alder og oppover, og 85% av tilfellene blant menn og 75% blant kvinner diagnostiseres i aldersgruppene over 54 år. Blant kvinner inntrer likevel en stor andel av krefttilfellene i bryst og underliv i yngre aldersgrupper. Også endringer i livsstil og levekår spiller en viktig rolle når kreftutviklingen skal beskrives og forstås. Sosioøkonomisk status målt som yrke, utdanning eller inntekt har sammenheng med kreftrisiko, men mønsteret varierer for de ulike kreftsykdommene. I bymessige strøk er kreftrisikoen generelt høyere enn i landlige strøk, og risikoen er høyere i sør enn i nord.

Sigarettrøyking er uten sammenligning den påvirkbare enkeltfaktor som har størst betydning for kreftrisiko, og lungekreft er i prinsippet tilnærmet fullstendig forebyggbart. Hele 84% av alle tilfeller av lungekreft kan forklares ut fra sigarett-røyking (Olsen et al 1997). I tillegg kommer at en del andre kreftformer har røyking som viktig risikofaktor. I arbeidsmiljøet er det flere kreftframkallende stoffer, spesielt knyttet til risiko for lungekreft. Dette gjelder i første rekke asbest, men også flere metaller, tjærestoffer, benzen, o.a. Kostholdet har stor betydning for en rekke kreftformer, og det blir anslått at om lag 305 av krefttilfellene kan forklares ut fra kosthold (Harvard report of cancer prevention, 1996). Det er beregnet at ved å øke inntaket av frukt og grønnsaker med 65%, kan en forvente en samlet reduksjon av kreftforekomsten på 25%, svarende til omkring 4000 tilfeller per år i Norge (Food, nutrition and prevention of cancer in a global perspective 1997, Blomhoff 1998). Det er i dag gode holdepunkter for at kreft i tykktarm og bryst har sammenheng med fysisk aktivitet (Thune og Furberg 2001). Sammenhengen med andre kreftformer, som kreft i prostata, lunge og livmorkropp, er sannsynlig, men foreløpig ikke like godt dokumentert (Thune og Smeland 2000, Friedenreic og Thune 2001).

Med fullt utbygde screeningprogrammer for

brystkreft, tykk- og endetarmkreft samt livmorkreft er det beregnet at vi ville kunne forebygge seks prosent av det totale antallet kreftdødsfall (Hristova og Hakama 1997), noe som vil si omtrent 600 kreftdødsfall årlig. Når det gjelder behandlingstilbudets effekt på kreftdødeligheten, har vi ut fra nordiske undersøkelser holdepunkter for at en utjevning av sosiale og regionale forskjeller ville redusere kreftdødeligheten med tre prosent (Dickman et al 1997). Både nordiske og norske studier av helsetjenestenes betydning for overlevelse, viser at vi for øvrig har mye å hente ved økt kvalitetssikring av rutinediagnostikk og -behandling (Wibe et al 2002).

### Referanser

Blomhoff R. Frukt og grønnsakers rolle i forebygging av kreft. 1998;118:3462

Dickman PW, Gibberd RW, Hakulinen T. Estimating potential savings in cancer deaths by eliminating regional and social class variation in cancer survival in the Nordic countries. *J Epidemiol. Comm Health* 1997;51: 289–98.

Food, nutrition and prevention of cancer in a global perspective. Washington. World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer Research. 1997.

Friedenreic CM, Thune I. A review of physical activity and prostate cancer risk. *Cancer Causes Control* 2001;12:461-75.

Harvard report on cancer prevention. Volume 1: causes of human cancer. *Cancer Causes Control* 1996;7 (Suppl 1):S55-S58.

Hristova L, Hakama M. Effects of screening for cancer in the Nordic countries on deaths, cost and quality of life up to the year 2017. *Acta Oncolog* 1997;36 (Suppl 9):1-60.

Krefregisteret: Masseundersøkelsen mot livmorkreft i Norge. Evaluering av programmet 1992-98. Krefregisterets forsknings-rapport nr. 1-2000.

Krefregisteret: Mammografiprogrammet i Norge. Evaluering av prøveprosjektet 1996-2000. Krefregisterets forskningsrapport nr. 2-2000.

Møller B, Fekjær H, Hakulinen T, Tryggvadóttir Laufey, Storm HH, Talbäck M, Haldorsen T. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020. *Eur J Cancer Prev* 2002; 11 (Suppl 1).

NOU. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. 1997; 20.

Olsen JH, Andersen A, Dreyer L, Pukkala E, Tryggvadóttir L, Gerhardsson d, V, Winther JF.

Avoidable cancers in the Nordic countries. *APMIS* 1997; 105 (76):1–146.

Thune I, Furberg AS. Physical activity and cancer risk: doseresponse and cancer, all sites and site-specific. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33 (6 Suppl): S530-50.

Thune I, Smeland S. Kan fysisk aktivitet forebygge kreft? *Tidssk Nor Lægeforen* 2000; 120: 3296-301.

U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services (CPS). Second Edition, 1996.

Wibe A, Møller B, Norstein J, Carlsen E, Wiig JN, Heald RJ, Langmark F, Myrwold HE, Søreide O; Norwegian Rectal Cancer Group. A national strategic change in treatment policy for rectal cancer – implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. A national audit. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 857-66.

### 3.3 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon har i forbindelse med prosjektet Global Burden of Disease beregnet at mentale og nevrologiske lidelser er årsaken til 31 % av all uførhet på verdensbasis (WHO 2001). Depresjon er den sykdom som forårsaker mest uførhet (12% av samlet uførhet hos begge kjønn i alle aldersgrupper). Tall fra Nederland og Storbritannia indikerer at mer enn 20% av de samlede utgiftene til helsetjenesten går til psykiatriske lidelser (Meerding et al 1998, Patel og Knap

1998). På verdensbasis er det beregnet at 24% av alle pasienter i primærhelsetjenesten har en psykiatrisk lidelse (Goldberg og Lecrubier 1995). Psykiske lidelser representerer også en belastning for de pårørende. Det er beregnet at hver fjerde familie i verden har en eller flere medlemmer med en psykisk lidelse (WHO 2001). Mye tyder på at mentale lidelser ikke vil bli mindre viktige i fremtiden. Det antas for eksempel at den samlede belastning (uførhet og for tidlig død) som skyldes depresjon vil øke, slik at i 2020 vil denne lidelsen på verdensbasis være den nest viktigste årsak til sykdomsbelastning for begge kjønn. Bare hjerte- og karsykdommer vil utgjøre en større belastning. I de utviklede deler av verden forventes depresjon å utgjøre den største byrden (WHO 2001).

#### *Utbredelse i Norge*

Psykiske lidelser deles gjerne i såkalte symptomlidelser (for eksempel psykoser, depresjoner og angstlidelser) som er tilstander som kan forekomme mer eller mindre akutt, og personlighetsforstyrrelser (for eksempel paranoid personlighetsforstyrrelse, avhengig personlighetsforstyrrelse) som er mer kroniske. Flere av symptomlidelsene, for eksempel schizofreni, har imidlertid ofte et kronisk forløp. I en nylig publisert norsk epidemiologisk studie som omfatter et representativt utvalg av den voksne befolkningen i Oslo, ble det funnet at 38 % hadde hatt en eller flere symptomlidelser i løpet av de siste 12 måneder og at 52% hadde hatt slike lidelser i løpet av livet. Alvorlig psykopatologi (tre diagnoser eller mer) ble funnet hos 15 % av befolkningen (Kringlen et al 2001). Sammenliknet med en tilsvarende studie fra USA (Kessler et al 1994) er forekomsten ganske lik bortsett fra for rusmiddelmissbruk som er vanligere i USA.

#### *Psykoser*

Det finnes ingen norske tall for utbredelse av schizofreni, men forekomsten av denne sykdommen synes å variere lite over landegrensene. På basis av to store studier i USA (Regier 1993, Kessler 1994) finner man at noe over 1 % av befolkningen har schizofreni. En finsk undersøkelse viste at 2% av et utvalg født mellom 1940 og 1957 får diagnosen schizofreni i løpet av livet. Det er grunn til å anta at vi har omtrent samme utbredelse her i landet, og at det finnes i størrelsesorden 30-40 000 schizofrene personer i Norge. For manisk-depressiv sinnslidelse

#### **Boks 1.11**

- WHO beregner at psykiske lidelser er årsak til en tredel av all uførhet i verden
- Depresjon er den vanligste av de psykiske lidelsene
- Over 20 % av barn og ungdom har en eller annen form for psykisk lidelse
- I Norge har vi ingen sikre resultater (unnatt antall selvmord) for endring i psykiske lidelser over tid
- Man har ikke funnet noen enkelt årsak til psykiske lidelser. De skyldes vesentlig et samspill av gener, oppvekst, livshendelser og sosiale faktorer



delse eller såkalt bipolar lidelse, viser en norsk epidemiologisk studie at omtrent 1,6% vil få en slik sykdom i løpet av livet (Kringlen et al 2001).

#### *Ikke-psykotiske symptomlidelser*

I følge en ny norsk undersøkelse (Kringlen et al 2001) vil omtrent 11 % i løpet av ett år og omtrent 23 % i løpet av livet ha misbruk/ avhengighet av alkohol. Forekomsten er vesentlig større blant menn enn kvinner. For alle de andre lidelsene var imidlertid utbredelsen størst blant kvinner. Alvorlig depresjon hadde nest høyest forekomst, med en livstidsprevalens (summert forekomst i løpet av livet) på 17,8% og ett-års prevalens på 7,3%. Livstidsprevalenser (med ett-års prevalenser i parentes) for en del andre lidelser fra samme studie var følgende: 14,4 % (11,1 %) for «enkle» fobier, 13,7 % (7,9 %) for sosiale fobier, 10% (3,8 %), for kronisk moderat depresjon (dystymi), 4,5 % (2,5 %) for panikk lidelse, 4,5 % (1,9 %) for generalisert angstlidelse, og 3,4 % (0,9 %) for rusmiddel-misbruk/avhengighet (ikke alkohol). Angst-lidelsene utgjør den største gruppen. Alvorlige spiseforstyrrelser slik de defineres i de formelle psykiatriske diagnosesystemene er relativt sjeldne lidelser som forekommer nesten bare hos kvinner. I den nevnte undersøkelsen var forekomsten for kvinner 3,0 % (1,2 %) for bulimia nervosa og anorexia nervosa sammen. Tilsvarende tall for menn var 0,2 % (0,0 %). I en tidligere undersøkelse av norske kvinner ble det funnet at livstids-prevalensen var 1,6 % for bulimia nervosa og 0,4 % for anorexia nervosa (Götestam og Agras 1995).

#### *Personlighetsforstyrrelser*

Den første undersøkelsen av personlighetsforstyrrelser i et representativt utvalg av den generelle befolkning ble nylig publisert med utgangspunkt i voksne Oslobeboere (Torgersen et al 2001). Personlighetsforstyrrelser er per definisjon vedvarende mønstre av opplevelser og atferd som representerer markerte avvik fra det som forventes i personens kultur og som medfører klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt sosialt, arbeidsmessig eller på andre viktige områder. Det ble funnet at 13,4 % av utvalget hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser. De vanligste var unnvikende (5,0 %) og paranoid personlighetsforstyrrelse (2,4 %). Forekomsten var størst hos enslige fra lavere sosiale lag som bodde i bykjernen.

#### *Psykiske lidelser hos barn og ungdom*

I barne- og ungdomspsykiatrien skiller det vanligvis mellom to brede kategorier lidelser: Utviklingsforstyrrelser og adferds- og emosjonelle lidelser. De første rammer enten spesifikke funksjoner som for eksempel språk (dysleksi), eller er mer generelle (for eksempel autisme). Den andre gruppen inneholder oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet, adferdslidelser, depresjoner og angstlidelser. I overkant av 20 % av barn og ungdom har en psykiatrisk lidelse med minimum mild funksjonell svikt ([http://www.mentalhealth.org/features/surgeongeneralreport/chapter2/sec2\\_1.asp](http://www.mentalhealth.org/features/surgeongeneralreport/chapter2/sec2_1.asp); WHO, 2001). For en mer utførlig behandling av psykiske lidelser hos barn og unge basert på norske undersøkelser, henvises det til kapittel 2.3 og 2.4.

#### *Eldre*

I USA er det beregnet at 19,8% av befolkningen over 55 år har en eller flere psykiatriske lidelser i løpet av en et-års periode, hvorav demens utgjør 6,6 % ([http://www.mentalhealth.org/features/surgeongeneralreport/chapter2/sec2\\_1.asp](http://www.mentalhealth.org/features/surgeongeneralreport/chapter2/sec2_1.asp)). Forekomsten av demens i Norge varierer fra 1/100 blant personer mellom 60 og 64 år til hvert tredje individ i alderen 90 år og oppover (Engedal, 2000). Kostnadene for samfunnet i forbindelse med Alzheimers sykdom er allerede stor, og antas å stige i den nærmeste fremtid (Brookmeyer & Grey 2000).

#### *Selv mord*

Selv mord er langt på vei en konsekvens av dårlig psykisk helse. For selvmord finnes løpende statistikk, noe som gjør det mulig å se på utviklingen over tid. I 1995 var selvmordsraten i Norge 12,6 per 100 000 innbyggere; 19,1 for menn og 6,2 for kvinner. Det hadde da vært en økning i antallet selvmord i perioden 1970 – 1989, mens det tidlig på nittitallet var en nedgang. I 1995 var selvmordsraten omtrent 25 % lavere enn i 1988 (Gjertsen, 1998).

Fra 1996 begynte den totale selvmordsraten igjen å stige. Spesielt har det vært en økning blant menn i alderen 15 – 19 år og 40 – 49 år. I 1999 fikk vi også en betydelig økning av selvmordsraten for unge kvinner (15 – 19 år) fra 6,2 til 12,4, samtidig som raten for kvinner i aldersgruppen 50 – 59 år ble sterkt redusert (12,3 – 5,7). Selvmordstallene for 2000 viser en nedgang i totalraten i forhold til

1999 (13,1 – 12,0). For menn finner vi en reduksjon for aldersgruppene 20 – 29 år, 50 – 59 år, og 60 – 69 år, mens ratene er økt i aldersgruppene 10 – 14 år, 15 – 19 år, 30 – 49 år og over 70 år. For kvinner er det stort sett en reduksjon i selvmordsraten for alle aldersgrupper bortsett fra 50 – 59 år. Tendensen over femårsperioden fra 1996 til 2000 er at selvmordsraten for menn har gått ned blant de yngste og eldste, men har økt i aldersgruppen 15 – 19 år og 40 – 49 år. Situasjonen for kvinner er mer stabil (ssb.no/dodsårsak/tab-2000).

#### *Selvmondsforsøk*

Epidemiologiske data fra Sør-Trøndelag for perioden 1989 – 1993 (Hjelmeland, WHO/ EURU Multicenter Study on Suicidal Behavior) og fra Bærum kommune for perioden 1984 – 1995 (Diserud et al, 2000) har vist reduksjon i selvmordsforsøksratene i denne perioden. Imidlertid viser nyere tall fra Sør-Trøndelag en økning i selvmordsforsøksraten blant unge kvinner mellom 15 og 24 år (Hjelmeland 2000).

#### *Endringer over tid*

Bortsett fra selvmord, har man i Norge ingen sikker kunnskap om endringer i forekomsten av psykiske lidelser over tid. Tre befolkningsstudier fra utlandet har pågått over flere tiår. Disse har vist sprikende resultater for endret forekomst av depresjon. Verken to amerikanske undersøkelser eller tidligere data fra Lundby i Sverige viste økning av depresjon over tid, mens ferske data fra Lundby-studien synes å vise en økning. (Paykel 2000). I følge data på angst og depresjon blant befolkningen i Nord-Trøndelag, synker omfanget av det som kan defineres som alvorlig depresjon med ca. 2% fra 1986 til 1996. Samlet bedømt, er det lite holdepunkter for at depresjon har økt gjennom de siste tiårene.

#### *Demografiske forhold*

Undersøkelsen av mental lidelse i Oslo (Kringlen et al 2001) viser at flere lidelser og forstyrrelser blant kvinner enn blant menn. Utbredelsen av depresjons- og angstlidelser er mer enn dobbelt så høy blant kvinner som blant menn, mens rusproblematikk er langt hyppigere blant menn.

Det er også høyere forekomst av mental lidelse blant personer i 30-40 års alderen i forhold til andre aldersgrupper. Utbredelsen er ca 50% høyere blant de 40% lavest utdannede i befolkning

gen enn blant høyere utdannede og ca. 60% høyere blant personer som bor alene enn blant gifte/samboende. Det finnes få norske undersøkelser av geografiske forskjeller i utbredelse. En undersøkelse fra Oslo og Rakkestad av alvorlig depresjon hos personer mellom 18 og 64 år viste at omtrent 9% i Oslo og 6% i Rakkestad hadde hatt dette i løpet av de siste 4 ukene (Dalgard 1998). Angst- og depresjons-symptomer hos menn ser ut til å forekomme nesten tre ganger så hyppig i Oslo som på Vestlandet (unntatt Bergen). I de andre store byene og på Østlandet ser også forekomsten blant menn ut til å være høyere enn på Vestlandet, men ikke så høy som i Oslo. De geografiske forskjellene blant kvinner følger samme trend, men er mye mindre. Forskjellene svekkes ikke etter kontroll for alder, sivilstand, inntekt og utdanning (Dalgard et al 2002). Data fra studier i en rekke land viser at vanlige psykiske lidelser forekommer omtrent dobbelt så hyppig blant fattige som blant rike (Patel 2000), og det er også holdepunkter for at forløpet av disse lidelsene påvirkes av sosioøkonomiske forhold (Kessler et al 1994).

#### *Risikofaktorer*

Psykiske lidelser er en gruppe ulike tilstander med til dels ukjente årsaker. Vi vet imidlertid at det dreier seg om et komplisert samspill mellom en rekke faktorer som inkluderer genetisk sårbarhet, oppvekstforhold, livshendelser og sosiale faktorer som sosialt nettverk og fattigdom.

#### *Referanser*

Brookmeyer R, Grey S. Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine* 19: 1481-1493, 2000

Dalgard OS, Rognerud M, Strand BH. Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. II. Geografiske forskjeller. *Norsk epidemiologi* 12:249-256, 2002

Dalgard, OS. Outcome of Depression in Europe Project. Muntlig meddelelse, 1998

Engedal, KA. Alderspsykiatri. I (Weisæth & Dalgard, red.) Forebyggende psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 2000

Gjertsen F. 1995-statistikken. Utviklingstenden- ser i selvmord 1950-95. *Nytt i suicidologi* 8-10, 1998

Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequ-

ency of mental disorders across centers. I (Ütsün & Sartorius, red.) Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization, 1995

Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo. Voksne. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002

Gotestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord*, 18:119-126, 1995

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51:8–19, 1994

Kringlen E, Torgersen, S & Cramer, VA. Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry*, 158:1091-1098, 2001

Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der. Demographic and epidemiological determinants of health costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal* 317:111-115, 1998

Patel A, Knapp MRJ. Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review* 5: 4-10, 1998

Patel V. Poverty, inequality, and mental health in developing countries. I (Leon & Walt red.) *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001

Paykel ES. Not an age of depression after all? Incidence rates may be stable over time. *Psychological Medicine*, 30:489-490, 2000

Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50:85–94, 1993

Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. The

### Boks 1.12

- I Norge er smittsomme sykdommer mindre utbredt enn i de fleste andre land
- Forholdene kan imidlertid endre seg som følge av blant annet økt internasjonal handel og reising, endring av smittestoffenes egenskaper og trusselen om overlatt spredning av farlige smittestoffer
- Visse grupper er særlig utsatt for alvorlige smittsomme sykdommer. I Norge gjelder det injiserende stoffmisbrukere, innvandrere og eldre mennesker, pasienter i helsetilstander
- Forekomsten av smittsomme sykdommer i Norge overvåkes blant annet gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Nasjonalt folkehelseinstitutt

prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 58:590-596, 2001

World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization 2001

### 3.4 Infeksjonssykdommer

I Norge er smittsomme sykdommer mindre utbredt enn i de fleste andre land. Forholdene kan imidlertid endre seg som følge av blant annet økt internasjonal handel og reising, endring av smittestoffenes egenskaper og trusselen om overlatt spredning av farlige smittestoffer. Visse grupper er særlig utsatt for alvorlige smittsomme sykdommer. I Norge gjelder det injiserende stoffmisbru-

Tabell 1.7 Prosentandelen av sykehuspasienter som hadde en sykehusinfeksjon på undersøkelsesdagen i 1991 – 2001

Type infeksjon	1991	1997	1999	2000	2001
Urinveisinfeksjon	2,2	2,1	2,0	1,8	1,8
Lungebetennelse	1,1	1,5	1,5	1,4	1,4
Infeksjoner i såret etter operasjon	3,7*	6,3*	5,4*	4,9*	5,8*
Blodforgiftning	0,4	0,8	0,5	0,4	0,6

\* Andel blant de opererte pasientene

kere, innvandrere og eldre mennesker, spesielt pasienter i helseinstitusjoner.

#### *Infeksjoner i sykehus og sykehjem*

Til enhver tid har 5-6% av pasientene i norske sykehus en infeksjon som de har fått på sykehuset (tabell 1.7). Hyppigst er urinveisinfeksjoner og lungebetennelser.

Sykehusinfeksjoner medfører en ekstra byrde for pasienten og medfører i verste fall død. Kostnadene ved behandlingen øker fordi pasientene trenger ekstra pleie, må ligge lenger i sykehuset og ofte må behandles med antibiotika.

Sykehusinfeksjoner er en påregnelig risiko ved moderne sykehusbehandling. Eldre og svake pasienter er mest utsatt. Kanskje kan minst en tredjedel av infeksjonene forebygges ved bedre gjennomføring av smitteverntiltak i sykehus. I sykehjem og andre kommunale helseinstitusjoner har 6-7% av beboerne til enhver tid en infeksjon. Urinveisinfeksjoner og hudinfeksjoner er hyppigst.

#### *Influenza*

Influenza er en svært smittsom infeksjon som kommer i epidemier hvert år. Ettersom viruset endrer seg hele tida, er man bare delvis immun mot neste års influensa dersom man gjennomgår influensa et år. I Norge kommer epidemien om vinteren, vanligst mellom jul og tidlig februar. Da blir 5-10% av befolkningen syke, dvs. mellom 200 000 og 450 000 personer. Dersom en helt ny virusvariant skulle oppstå, vil enda flere bli syke og da oppstår alvorlige, verdensomspennende epi-

demier, såkalt pandemier (som Spanskesyken). Influenza gir feber, smerter i muskler, ledd og hode og tørrhoste. Rennende eller tett nese, nysing og lignende skyldes vanligvis forkjølelse, ikke influensa. For de fleste er influensa en ubehagelig, men ufarlig opplevelse. Noen grupper har økt risiko for komplikasjoner, som lungebetennelse, og økt dødsrisiko som følge av influensa: eldre over 65 år, hjertesyke, lungesyke, beboere på alders- og sykehjem og personer med nedsatt immunforsvar. I løpet av en vanlig influensasessong dør om lag 1 500 personer som følge av influensa. Årlig vaksinasjon anbefales for de nevnte gruppene. Bare om lag en tredel av dem som burde bli vaksinert, blir det.

#### *Pneumokokksykdom*

Pneumokokkbakteriene er hyppig årsak til ørebetennelser, bihulebetennelser og lungebetennelser. Bakteriene kan også gi alvorlig blodforgiftning og hjernehinnebetennelse. I 2001 ble det meldt 876 tilfeller av slike alvorlige sykdomstilfeller; noe som er omtrent det samme antallet som de siste fem åra. 56% av pasientene var over 60 år. Mest utsatt er eldre, hjertesyke og lungesyke og disse gruppene anbefales å vaksinere seg. Veldig få eldre er vaksinert.

#### *Tuberkulose*

Tuberkulose skyldes smitte med bakterien *Mycobacterium tuberculosis* fra en person med lunge-tuberkulose og hoste. I praksis er det bare familimedlemmer og andre som over tid er nær pasienten som blir smittet. Etter smitte utvikler

Tabell 1.8 HIV-infeksjon i Norge etter smittemåte og diagnoseår

Smittemåte	83-93	94	95	96	97	98	99	00	01	Tot.	%
Heteroseksuell	374	33	47	63	67	58	92	132	106	971	41
-smittet mens bosatt i Norge	175	11	23	29	33	22	27	39	27	386	-
-smittet før ankomst Norge	199	22	24	34	34	36	65	93	79	586	-
Homoseksuell	519	37	45	35	30	30	36	32	39	803	34
Injisierende stoffmisbruk	378	12	11	9	11	8	12	7	8	456	19
Via blod/-blodprodukt	45				1					46	2
Fra mor til barn	12			4	1	1	4	3	2	27	1
Annen/ukjent	16	12	2	5	3	1	3	2	3	47	2
Total	1344	94	105	116	113	98	147	176	158	2351	100

pasienten enten tuberkulose med en gang, eller bakterien holdes i sjakk av immunforsvaret for så kanskje å dukke opp igjen mange år senere. I 2001 ble det oppdaget 297 nye tilfeller av tuberkulose i Norge. Hyppigheten er dermed blant de laveste i Europa, 7 pasienter per 100 000 innbyggere. Tre firedeler av pasientene er av utenlandsk opprinnelse, særlig fra Afrika og Asia, og de har en gjennomsnittsalder på 30 år. Det forekommer sjelden smitte fra disse til norske personer. De norske pasientene er i gjennomsnitt over 70 år og ble smittet som unge den gang tuberkulose var en vanlig sykdom i Norge.

Uten behandling dør halvparten av pasientene i løpet av fem år. Sykdommen kan imidlertid helbredes med riktig behandling med legemidler mot tuberkulose, vanligvis i seks måneder. Der som pasientene er smittet med bakterier som er motstandsdyktige (resistente) mot den vanlige behandlingen, kreves en lengre og dyrere behandling, men likevel er dødeligheten høyere. I 2001 hadde 2% av pasientene, alle av utenlandsk opprinnelse, tuberkulose forårsaket av resistente bakterier. Internasjonalt er situasjonen bekymringsfull. Andelen av pasienter med resistente bakterier øker. Dette skjer også i våre nørømråder Russland, Estland, Latvia og Litauen.

#### *HIV-infeksjon og aids*

Ved utgangen av 2001 var 2351 personer i Norge diagnostisert med HIV-infeksjon, hvorav 72% menn (tabell 1.8). I tillegg kommer et ukjent antall personer som ennå ikke er diagnostisert.

Den største gruppen av nyoppdagete HIV-smittede de senere åra har vært nyankomne asylsøkere og innvandrere som er smittet i hjemlandet. Hvert år diagnostiseres om lag 90 slike personer i Norge mot under 50 tidlig på 1990-tallet. Om lag 80% av dem kommer fra Afrika og de fleste er smittet heteroseksuelt.

Antall personer som er bosatt i Norge og som meldes med heteroseksuell HIV-smitte har vært stabilt i over ti år. Om lag tre fjerdedeler av mennene smittes i Afrika og Thailand mens tre fjerdedeler av kvinnene smittes i Norge. Menn som har sex med menn er fortsatt svært utsatt for HIV-infeksjon. Antallet oppdagete tilfeller hvert år er stabilt. Økende forekomst av andre seksuelt overførbare sykdommer (gonore og syfilis) i gruppen, underbygger en bekymring for økende HIV-spredning.

Antallet oppdagete tilfeller blant injiserende stoffmisbrukere har vært lavt i mange år til tross

for utstrakt HIV-testing i gruppen. Høy forekomst av andre sykdommer som smitter ved blod (hepatitt B og C) i gruppen, er imidlertid en alvorlig grunn til bekymring. Situasjonen må betegnes som ytterst labil, særlig med tanke på den omfattende nyrekruttering av unge misbrukere som har skjedd de senere år.

#### *Hepatitt B*

Hepatitt B-virus smitter ved sex, ved blodsmitte og fra mor til barn under svangerskap, fødsel og amming. Hos voksne vil som regel immunforsvaret nedkjempe viruset, mens barn kan få kronisk, livslang infeksjon. Infeksjonen kan da etter mange tiår føre til alvorlig leversykdom, i verste fall kreft. Hepatitt B er utbredt utenfor den vestlige verden, og den hyppigste smittemåten er fra mor til barn ved fødsel.

Det bor om lag 15 000 personer med hepatitt B i Norge; de fleste av dem innvandrere fra Asia og Afrika. Hvert år oppdages det 500 nye personer med kronisk infeksjon hvorav 80% er av utenlandsk opprinnelse. I Norge smitter hepatitt B hovedsakelig blant injiserende stoffmisbrukere. En langtrukken epidemi i denne gruppa er nå på retur, men fremdeles ble det meldt over 200 tilfeller i 2001.

#### *Hepatitt C*

Hepatitt C-virus smitter ved blod og i mindre grad ved sex. De fleste som smittes, får en livslang infeksjon. De har en risiko på opptil 30% for å utvikle alvorlig leversykdom i løpet av livet. Smitte gir som regel ingen symptomer slik at det er vanskelig å oppdage nye tilfeller og dermed ha et overvåkingssystem. I Norge er om lag tre fjerdedeler av injiserende stoffmisbrukere allerede smittet, mens få personer utenfor denne gruppa er smittet. Vi regner med at om lag 20 000 personer i Norge er smittet. Mange av dem vil få behov for avansert behandling mot leversykdom, eventuelt levertransplantasjon.

#### *Seksuelt overførbare sykdommer*

Chlamydia-bakterien smitter ved samleie. Infeksjonen er ofte uten symptomer og kan gå over av seg selv. Problemet er imidlertid at enkelte kvinner vil få komplikasjoner i form av redusert fruktbarhet, kroniske magesmerter og svangerskap utenfor livmoren.

I 2001 ble det oppdaget 15 000 tilfeller. De

fleste av disse er kvinner i alderen 15–25 år. Til enhver tid er om lag 3-5% av kvinner i denne aldersgruppen smittet.

Sykdommene gonore og syfilis har de siste ti åra vært på historisk lave nivåer i Norge med henholdsvis 328 og 33 meldte tilfeller i 2001. Ettersom sykdommene nesten alltid gir tydelige symptomer, kan endringer i forekomsten i visse grupper, for eksempel menn som har sex med menn, være et tegn på endret risikoforhold i gruppen.

#### *Barnesykdommene og andre sykdommer vi vaksinerer mot*

Poliomyelitt ble erklært utryddet i Europa i 2002, det siste tilfellet i Norge var i 1969. Meslinger skal utryddes innen 2007. I Norge forekommer under fem tilfeller per år. Fosterskade som følge av røde hunder hos gravide kvinner har ikke forekommet i Norge siden 1991. Det var ett tilfelle av difteri i Norge i 1992, før det var siste tilfelle i 1962. Stivkrampe forekommer i under fem tilfeller per år, som regel hos eldre uvaksinerte.

Fra 1992 fikk alle barn tilbud om vaksine mot bakterien *Haemophilus influenzae* type b (Hib) som kan gi blant annet hjerne-hinnebetennelse. Etter dette har sykdommen så å si vært utryddet blant barn, og i 2001 ble det ikke meldt noen tilfeller, mot over hundre hvert år på 1980-tallet.

Kikhoste kan gi alvorlig hjerneskade hos spedbarn som rett og slett «mister pusten» under den kraftige hostingen. Vaksinasjon av alle barn tar sikte på å beskytte dem under to år. I første halvdel av 1990-åra var det bare 20-30 tilfeller av sykdommen blant barn under to år. Fra 1997 har sykdommen blitt mer utbredt til tross for høy vaksinasjonsdekning, og nå rammes over 50 små barn av sykdommen hvert år. De fleste er uvaksinerte eller ikke fullstendig vaksinerte.

#### *Salmonellose*

*Salmonella*-bakterien kan gi diare, magesmerter og feber. Bakterien kan finnes i dyr og egg og smitte gjennom maten. Forekomsten av *Salmonella* i norske mat-produserende dyr er svært lav i forhold til de fleste andre land utenom Sverige og Finland. Sykdommen salmonellose kan være alvorlig for små barn og eldre. I 2001 ble det meldt 1901 tilfeller, som er høyere enn noe år før. Bare 15% av pasientene var imidlertid smittet i Norge, noe som tilsvarer antallet norske reisende som var smittet på Kanariøyene. Andre hyppige smittesteder for nordmenn er turistmålene rundt

Middelhavet og Thailand. En bestemt type *Salmonella* (kalt *Typhi-murium*) fins i småfugl og pinnsvin i Norge. Denne typen forårsaker om lag en tredel av alle de innenlands smittede tilfellene av salmonellose.

#### *Campylobacteriose*

*Campylobacter*-bakterien kan gi diare, magesmerter og feber. Bakterien kan finnes hos dyr, særlig kyllinger. I 2001 ble det meldt 2890 tilfeller av *campylobacteriose*, som er høyere enn noe år før. 43% av pasientene var trolig smittet i Norge. De vanligste smitekildene er ubehandlet drikkevann og kylling. Kylling kan i noen tilfeller være forurenset med *Campylobacter*. Mennesker kan bli smittet dersom kyllingen ikke blir kokt eller stekt tilstrekkelig, eller dersom bakterier fra kyllingen forurenser andre matvarer under tilberedningen.

### **3.5 Kroniske luftveissykdommer**

Med kroniske luftveissykdommer menes astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Astma regnes som en betennelsessykdom som karakteriseres ved varierende forsnævring av luftveiene (Sheffer 1992). Selve betennelsesprosessen påvirker følsomheten i luftveiene overfor ulike kjemiske stoffer. En slik økt følsomhet fører til en forsnævring av luftveiene som gir ulike grader av pusteproblemer. Sykdommen astma har flere forskjellige kliniske ytringsformer som aller-

#### **Boks 1.13**

- Astma er betegnelsen på en gruppe helseplager i luftveiene. Derfor kan det være vanskelig å sammenlikne resultater fra ulike undersøkelser
- Omfanget av astma har økt i Norge, men dødeligheten av astma har gått sterkt ned.
- Flere gutter enn jenter har astma, men i voksen alder er kvinnene i flertall
- Årsakene til astma er for det meste ukjente
- Den viktigste risikoen for å utvikle kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er røyking

gisk og ikke-allergisk astma, anstrengelsesutløst astma og yrkes-astma. I mange sammenhenger er det vanskelig å skille mellom astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). KOLS er et samlebegrep for emfysem med obstruksjon og kronisk obstruktiv bronkitt, samt for astma når lungefunksjonen er unormal også utenom anfalletene (Bakke et al 1992, Gulsvik 2001). Eldre pasienter karakterisert ved en mer langvarig nedsatt lungefunksjon får derfor oftest diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

### Forekomst

En klinisk definisjon av ulike kroniske luftveissykdommer vil være påvirket av vår kunnskap om sykdommene, og den kan derfor variere over tid. Til bruk i befolkningsundersøkelser må det lages en operasjonell definisjon. Forekomsten av en sykdom kan variere systematisk med hvilken operasjonell definisjon som benyttes.

Blant norske skolebarn er det 9% som rapporterer at de har eller noen gang har hatt astma, mens omkring 5% har astma på undersøkelsestidspunktet (Nystad et al 1997). I Norge er det ikke påvist store geografiske forskjeller i forekomsten av astma (Nystad et al 1997). Omkring 75% av barn med astma debuterer før skolealder, men en stor andel av disse blir fri for symptomer i løpet av skoletiden. Forekomsten av astma er høyere blant gutter enn jenter, mens det viser seg at i ungdomsårene og i voksen alder er det flere kvin-

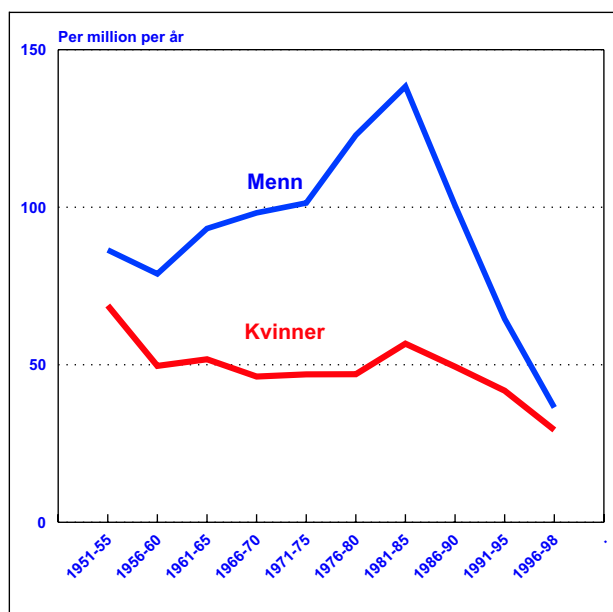
ner som har astma enn menn. Vi vet lite om forekomsten av astma hos barn som ikke er av norsk opprinnelse.

Omfanget av astma har økt også i Norge (Nystad et al 1997). Dødeligheten av astma har imidlertid gått sterkt ned, figur 1.9 (Tverdal og Nelson 2001). Dette kan delvis forklares ved bedre medikamentell behandling, og ved at noen som tidligere fikk diagnosen astma nå kan være diagnostisert som KOLS. Internasjonalt har denne økningen i astma stor oppmerksomhet, og det spekuleres i om den er i ferd med å flate ut. Det er et sterkt behov for å overvåke disse utviklingstrekkene også i Norge. I tillegg spekuleres det i om økningen i astma kan ha påvirket sykkeligheten og dødeligheten av KOLS.

En norsk befolkningsstudie viser at forekomsten av KOLS er ca 6% (Bakke et al 1992). Omfanget av KOLS øker med økende alder, og både omfanget og dødeligheten av KOLS har hatt en økning (Gulsvik 2001). Dette utviklingstrekket må nøye følges. Dødeligheten av KOLS er i dag nærmest like høy som dødeligheten av lungekreft (38,4 per 100 000 versus 40,4 per 100 000).

### Risikofaktorer

Årsakene til astma og andre atopiske sykdommer er for det meste ukjente. Dette er reflektert i den manglende evnen som har vært vist når det gjelder å forebygge disse tilstandene i befolkningen. Den vanlige tankemodellen for årsaker til astma er at ulike mennesker er ulikt arvelig disponert for å utvikle sykdommen. Resultater fra tvillingstudier har vist at variasjonen i tendens til å få astma i stor grad (omkring 65-75%) kan tilskrives gener (Los et al 2002). Det har også vært gjort forsøk på å finne arveanlegg som er knyttet til astma, men funnene er motstridende (Cookson 2002). Mange miljøfaktorer har vært nevnt som mulige årsaksfaktorer, men enda er det lite sikker viten. I de senere årene har den såkalte «hygienehypotesen» blitt viet mye oppmerksomhet (Strachan 1989). En tenker seg at moderne vestlige livsstil har ført til endringer i eksponering for eksempel virus og bakterier som igjen har endret risikoen for å utvikle astma. Andre mulige risikofaktorer som luftforurensning, overvekt og inaktivitet har også blitt holdt fram som mulige risikofaktorer (Jarvis et al 2002). Det er viktig med omfattende forskning på dette området, fordi det per i dag ikke finnes god nok vitenskapelig dokumentasjon til å forstå hvilken betydning disse forholdene har for utvikling av astma.



Figur 1.9 Dødeligheten av astma (alders-justerte rater, alle aldre) blant kvinner og menn i perioden 1951-98

Den viktigste risikofaktoren for å utvikle KOLS er røyking (Pauwles et al 2001). I tillegg kan utviklingen av KOLS henge sammen med yrkeseksponeringer som gasser, irriteranter og støv (Bakke et al 1991). Forekomsten av KOLS er også høyere blant dem med lavest utdanning, og andelen kvinner med KOLS har økt. Dette kan henge sammen med endringer i kvinners røykevaner. Det synes som om kvinner kan være mer følsomme overfor effekten av røyking enn menn (Pauwels et al 2001). I tillegg er både astma og økt følsomhet i luftveiene en risikofaktor for å utvikle KOLS.

#### Referanser

Sheffer AL, Bousquet J, Busse WW, Clark T, Dahl R, Evans D et al. International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma. *Eur Respir J* 1992;5:601-41.

Bakke, P Hanoa R Gulsvik A. Obstruktiv lungesykdom i en norsk befolkning-risiko-faktorer og forekomst. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992;20: 2836-2840. Gulsvik A. The global burden and impact of chronic obstructive pulmonary disease worldwide. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001;56:261-4.

Nystad W, Søyseth V, Magnus P. The prevalence of asthma among school children in Norway in 1985-94. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:644-7.

Tverdal A, Nelson E. Bronkitt og astma. In *Statens helsundersøkelser, ed. Dødeligheten i Norge av forskjellige årsaker 1951-98*, pp 203-10. Oslo: Lobo Media, 2001.

Los H, Postmus PE, Boomsma DI. Asthma genetics and intermediate phenotypes: A review from twin studies. *Twin Research* 2002;4:81-93.

Cookson W. Asthma genetics. *Chest* 2002;121:7-13.

Strachan DP. Hay fever, hygiene and household size. *BMJ* 1989;299:1259-60.

Jarvis D, Chinn S, Burney P. Association of body mass index with respiratory symptoms and atopy: results from the European Community Respiratory Health Survey. *Clin Exp Allergy* 2002;32:831-7.

Pauwels RA, Buist S, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1256-76.

Bakke PS, Baste V, Hanoa R, Gulsvik A. Prevalence of obstructive lung disease in a general

population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents. *Thorax* 1991;46:863-70.

### 3.6 Allergier

#### Forekomst

Allergi defineres som en tilstand knyttet til spesielle antistoffer av klassen IgE, rettet for eksempel mot bjørkepollen eller husstøvmidd. Disse antistoffene påvises i blodprøver, og indirekte ved hudtesting (prikktest). En allergitest kan være positiv uten at det er symptomer på allergisk sykdom. Omvendt kan en person ha allergiske symptomer, men allergi-testen er negativ. Samsvaret mellom testpositivitet og allergisk sykdom er likevel godt nok til at testing er nyttig som hjelpemiddel for å stille en diagnose. Forholdet mellom testpositivitet og sykdom varierer for ulike allergener, og det kan variere over tid og sted. I tillegg omfatter allergibegrepet også reaksjoner fra andre deler av immunforsvaret (cellemedierte reaksjoner). Vi mangler fortsatt gode tester til å diagnostisere annen type allergi enn den IgE medierte.

Undersøkelser av utviklingen over tid med hensyn til testpositivitet for allergi er i gang i Norge, men svarene foreligger ikke ennå. Forekomsten av testpositivitet for allergi i Norge er om lag 20 – 40%. En undersøkelse blant skolebarn i Oslo viser at 27% hadde minst en positiv hudprikktest. De mest vanlige allergiske reaksjonene var på gress (timotei), bjørk, katt og hund (Nystad et al 1999).

Allergisk sykdom er i praksis ikke noe entydig begrep. Sykdommer som er assosiert med allergi er astma, høysnue, elveblest, barneeksem og reaksjoner på mat. Alle disse sykdommene kan også ha andre årsaker enn allergi. For eksempel

#### Boks 1.14

- Allergi er ikke et entydig begrep
- Forekomsten av testpositivitet for allergi i Norge er 20 %-40 % . Det betyr ikke at alle som tester positivt har symptomer på eller er syke av allergi.
- Det forskes i dag mye på årsaker til allergi, men det er for tidlig å si noe sikkert om årsakene



hevdes det at så mye som halvparten av all astma er ikke-allergisk. Det er relativt mer ikke-allergisk astma hos voksne enn hos barn. En endring i forekomsten av astma kan derfor skyldes endring i forekomsten av allergi, men kan også ha andre årsaker. Det er ikke lett å finne sikre tall for forekomsten av allergi og allergisk sykdom, og tallene varierer også mellom ulike undersøkelser. Anslag på forekomsten av astma er omtrent 5-10%, høysnue 10-15% og barneeksem 15-20% (Dotterud et al 1995, Nystad et al 1997, Selnes et al 2001). De vanligste matallergiene i småbarnsalderen er mot melk og egg. I en undersøkelse fra Folkehelseinstituttet ble forekomsten av eggallergi hos norske småbarn beregnet til 2,6% og forekomsten av kumelksallergi/intoleranse beregnet til 3,2% (Eggesbø 2001). Noen rapporter fra andre europeiske land kan tyde på at den økningen i forekomst av allergi-relaterte sykdommer som mange mener fant sted på slutten av 1900-tallet, kan ha flatet ut, men vi mangler ennå sikre tall for dette, også fra Norge.

Nasjonalt meldesystem og register for alvorlige allergiske reaksjoner på mat, som er et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens næringsmiddeltilsyn, og som har vært i drift siden juli 2000, har årlig fått rapporter om mellom 50 og 80 sterke, til dels livstruende reaksjoner på mat. Man har funnet at det er et misforhold mellom foreldres mistanke om matreaksjon og det som kan bekreftes objektivt, og omtrent halvparten av barn med mistenkt matallergi viser seg ved nærmere undersøkelse ikke å reagere på maten. Dette fører til at dietter innføres unødvendig hos mange barn men det er også avdekket at diett manglet hos andre barn som trengte det (Henriksen et al 2000, Eggesbø et al 2000).

#### *Risikofaktorer*

Årsakene til astma og allergi er i stor grad ukjente. Arveanlegg avgjør hvor mottagelige vi er for sykdomsfremkallende miljøfaktorer. Med øket kunnskap skjer det hele tiden en viss utvikling i synet på mulige årsaker til astma og allergi.

Den såkalte hygienehypotesen, som går ut på at vi lever for rent og har for lite kontakt med bakterier, virus og eventuell annen eksponering, og derfor blir allergiske, er i stadig utvikling. Mens man for 10 år siden var mest opptatt av at infeksjoner kanskje virket beskyttende mot allergi (og allergisk astma), kom senere en periode med sterkt fokus på normalfloraen, særlig tarmfloraen.

Prosjekter om dette foregår både i Trondheim og ved Folkehelseinstituttet. Fokus i senere tid har vært mest på at produkter fra bakterier, slik som endotoksin som finnes i innemiljø, kanskje reduserer risikoen for allergi, men øker risikoen for astma. Nevneverdige praktiske konsekvenser har hypotesen ennå ikke fått. Når det gjelder betydningen av morsmelk i forhold til allergi, er det er kommet flere studier som ikke finner noen beskyttende effekt. Med hensyn til forurensing, er dokumentasjonen best når det gjelder skadevirkninger av fint svevestøv, særlig fra dieseleksos. Når det gjelder innemiljø, kommer det stadig mer dokumentasjon på de uheldige virkningene som fuktskader i boliger og skoler har i forhold til astma og allergi. Betydningen av selskapsdyr er blitt et stort stridstema uten sikre svar. Før så en på hund og katt i hjemmet som risikofaktorer for astma og allergi. Nå hevder en del ledende fagfolk at å ha hund og katt fra fødselen av snarere beskytter et barn mot allergi.

#### *Referanser*

Nystad W, Stensrud T, Rijcken B, Hagen J, Magnus P, Carlsen KH. Wheezing in school children is not always asthma. *Pediatr Allergy Immunol* 1999; 10:58-65.

Dotterud LK, Kvammen B, Lund E, Falk ES. Prevalence and some clinical aspects of atopic dermatitis in the community of Sør Varanger. *Acta Dermo-Venereologica*. 1995; 75:50-53.

Nystad W, Magnus P, Røksund O, Svidal B, Hetlevik Ø. The prevalence of respiratory symptoms and asthma among school children in three different areas of Norway. *Pediatr Allergy Immunol* 1997; 8:35-40.

Selnes A, Odland JO, Bolle R, Holt J, Dotterud LK, Lund E. Asthma and allergy in Russian and Norwegian schoolchildren: results from two questionnaire-based studies in the Kola peninsula, Russia, and northern Norway. *Allergy*. 2001; 56: 344-348.

Henriksen C, Eggesbø M, Halvorsen R, Botten G. Nutrient intake among two-year old children on cows' milk-restricted diets. *Acta Paediatr* 2000; 89:272-8.

Eggesbø M, Stigum H, Botten G. Restricted diets in children with parentally perceived reactions to milk and egg. *Journal of Pediatrics* 2000.

Eggesbø M, Botten G, Halvorsen R, Magnus P. The prevalence of allergy to egg. A population-based study in young children. *Allergy* 2001; 56:403-11.

Eggesbø M, Botten G, Halvorsen R, Magnus P. The prevalence of CMA/CMPI in young children. The validity of parentally perceived reactions in a population-based study. *Allergy* 2001; 56:393-402.

### 3.7 Osteoporose og brudd

Internasjonalt ligger de Skandinaviske land på verdenstoppen i bruddhyppighet. Vi har langt fra noen tilfredsstillende forklaring på dette. Lav benmasse er den viktigste tilgjengelige målbare risikofaktoren for brudd, og diagnosen osteoporose (benskjørhet) defineres ut fra slike målinger. Osteoporose er en prosess der benmassen gradvis tapes og risikoen for brudd gradvis øker. Osteoporose gir i seg selv ikke smerter. Betydningen ligger i den økte risikoen for brudd, hvorav de viktigste er hoftebrudd (lårhalsbrudd), ryggbrudd og håndleddsbrudd.

Det er anslagsvis 9000 nye hoftebrudd per år i Norge. Bruddhyppigheten øker kraftig med alderen, og 80% av bruddene skjer hos kvinner. I Oslo økte antall hoftebrudd fra omtrent 250 på begynnelsen av 1950-tallet til 1300-1400 på 1990-tallet. Dette har to forklaringer: Et økt antall eldre og en økt hyppighet av brudd i de forskjellige aldersgrupper. Oslo har den høyeste hyppighet av hoftebrudd som noen gang er publisert internasjonalt – omtrent dobbelt så høyt som hos mellom-europeere. Dette gjelder både kvinner og menn. Det er også påvist betydelige forskjeller i bruddhyppighet innad i Norge, og i samsvar med utenlandske studier finner man forskjeller mellom by og land. Eksempelvis er det 50% overhyppighet av hofte-

brudd i Oslo sammenlignet med Sogn og Fjordane. Man har også funnet en overhyppighet av hoftebrudd i Oslo øst sammenlignet med Oslo vest. Konsekvensene av hoftebrudd er betydelige: Et år etter et hoftebrudd bodde dobbelt så mange på sykehjem sammenlignet med før bruddet skjedde (studie fra Oslo). Tilsvarende ble andelen som kunne gå uten støtte redusert fra 76% før bruddet til 35% ett år etter bruddet. Det er også en betydelig overdødelighet blant hoftebruddpasientene.

I Norge er det anslagsvis 15000 nye håndleddsbrudd per år, hvorav 80% forekommer hos kvinner. Gjennomsnittsalderen for disse bruddene er betydelig lavere enn for hoftebrudd, og mange av pasientene er i yrkesaktiv alder. Data fra Oslo og Bergen viser den høyeste hyppighet av håndleddsbrudd som noen gang er publisert internasjonalt.

Vi har begrenset informasjon om hyppigheten av ryggbrudd. En stor europeisk studie viste imidlertid at forekomsten av ryggbrudd påvist ved røntgenundersøkelse var større i Oslo og Malmö enn de fleste andre steder i Europa. Der som forekomsten er like stor i resten av landet som i Oslo, vil anslagsvis 140 000 kvinner og 95 000 menn over 50 år ha slike brudd i ryggen. Symptomene kan imidlertid variere fra ingen til store akutte smerter i forbindelse med bruddet og/eller kroniske smerter og funksjonsnedsettelse.

En ny studie tyder på at benmassen i Nord-Trøndelag er høyere enn i Oslo, Bergen og Tromsø, og at dette kan være med på å forklare forskjeller i bruddhyppighet. Videre viste den europeiske studien at benmassen blant personer i Oslo og Malmö var lavere enn i de fleste andre steder i Europa. Imidlertid var ikke denne forskjellen stor nok til å forklare hele forskjellen i bruddhyppighet.

Når det gjelder tiltak for å forhindre at brudd oppstår, har det skjedd mye de siste årene. Det er nå flere medikamenter som har vist forebyggende effekt mot brudd. Videre har gjentatte studier vist at hoftebeskyttere kan redusere risikoen for hoftebrudd med 35-50%. Det er også vist at intervensjon mot flere risikofaktorer samtidig (blant annet medikamentbruk, mosjon og snublefeller) vil kunne gi færre fall, og dermed muligens færre brudd hos personer med høy risiko for hoftebrudd.

Den kunnskap vi har om hyppighet og utbredelse av hoftebrudd indikerer at ytre faktorer som potensielt lar seg forebygge, har stor betydning for bruddforekomsten. Det er imidlertid mangel-

#### Boks 1.15

- Skandinavia ligger på verdenstoppen i bruddhyppighet – Oslo er verst – særlig Oslo øst.
- Det er 9000 nye hoftebrudd og 15 000 håndledds per år i Norge. 80 % av disse bruddene er hos kvinner.
- Anslagsvis 140 000 kvinner og 95 000 menn over 50 år har eller har hatt brudd i ryggen
- Årsaken ligger i lav benmasse (osteoporose)
- Det er kommet medikamenter som er virksomme mot osteoporose

**Boks 1.16**

- Ulykker ligger som nummer fire på listen over dødsårsaker i Norge
- Fallulykker er vanligst, trafikkulykker, selvmord og drap følger deretter
- Mange ulykker kan forebygges med aktive tiltak

full kunnskap om årsakene til de store forskjellene vi ser, som gjør det vanskelig å realisere dette potensialet. Det vi vet er at forebygging av undervekt, inaktivitet og røyking, samt å sikre et adekvat kosthold vil være av betydning for å forebygge brudd hos eldre. Mye tyder også på at fysisk aktivitet og tilstrekkelig kalsium blant barn og unge er viktig for å øke den maksimale benmasse.

**Referanser**

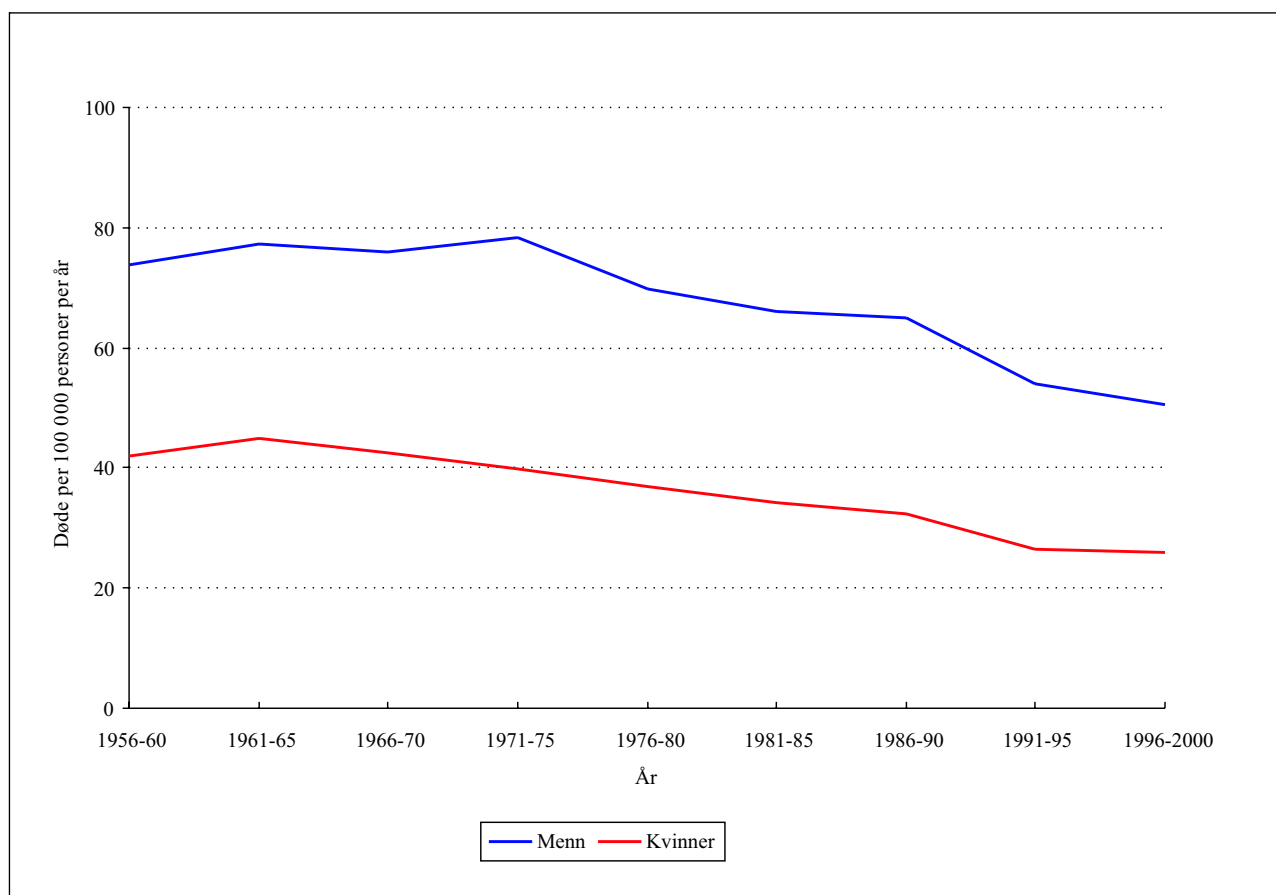
Falch JA, Meyer HE. Osteoporose og brudd i Norge: Forekomst og risikofaktorer. Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118:568-572

Falch JA, Grimstad H, Haavik Nilsen K, Jørgensen V, Kristiansen IS, Meyer HE, Mørland B, Nordsletten L, Nybø A, Søgaard AJ. Osteoporose. Veileder for forebygging og behandling. Statens helseundersøkelser 2001.

Osnes EK, Lofthus CM, Meyer HE, Nordsletten L, Cappelen I, Falch J, Kristiansen IS. A population based study of the consequences of hip fracture on activities of daily life and residential need. Abstract. IOF World Congress on Osteoporosis, Lisboa, 2002. Osteoporosis Int 2002;13, S73 (suppl 1)

**3.8 Skader**

Skader forekommer i en rekke ulike alvorlighetsgrader, fra mindre støtskader og skrubbsår som leger seg selv, til mer alvorlige skader som krever



Figur 1.10 Dødsfall og dødelighet ved ulykker i Norge. Standardisert rate per 100.000 innbyggere 1956 - 2000

Kilde: Dødsårsaksregisteret

medisinsk behandling på legekantor, legevakt eller ved innleggelse på sykehus. Skader kan beskrives ved diagnose, alvorlighetsgrad, og ved omstendighetene rundt hendelsen som førte til skaden, for eksempel den skadde personens aktiviteter på tidspunktet skaden inntraff, intensjonen med hendelsen, forbrukerprodukter som har forbindelse med skaden eller geografisk beliggenhet. De viktigste kategoriene er lårhalsbrudd, andre brudd, forstuing, hjernerystelse, åpent sår, brann- eller etseskade, forgiftning, fremmedlegeme og kvestelse. Skader blir også delt etter om det er ulykkesskader, selvpåførte skader og voldshandlinger. Ulykkesskader blir vanligvis delt inn i trafikkulykker, yrkesskader og skader i hjem og fritid. Den siste kategorien omfatter hjem, skole, pleiehjem, sport, fri natur og ikke-trafikkrelaterte skader på veiene.

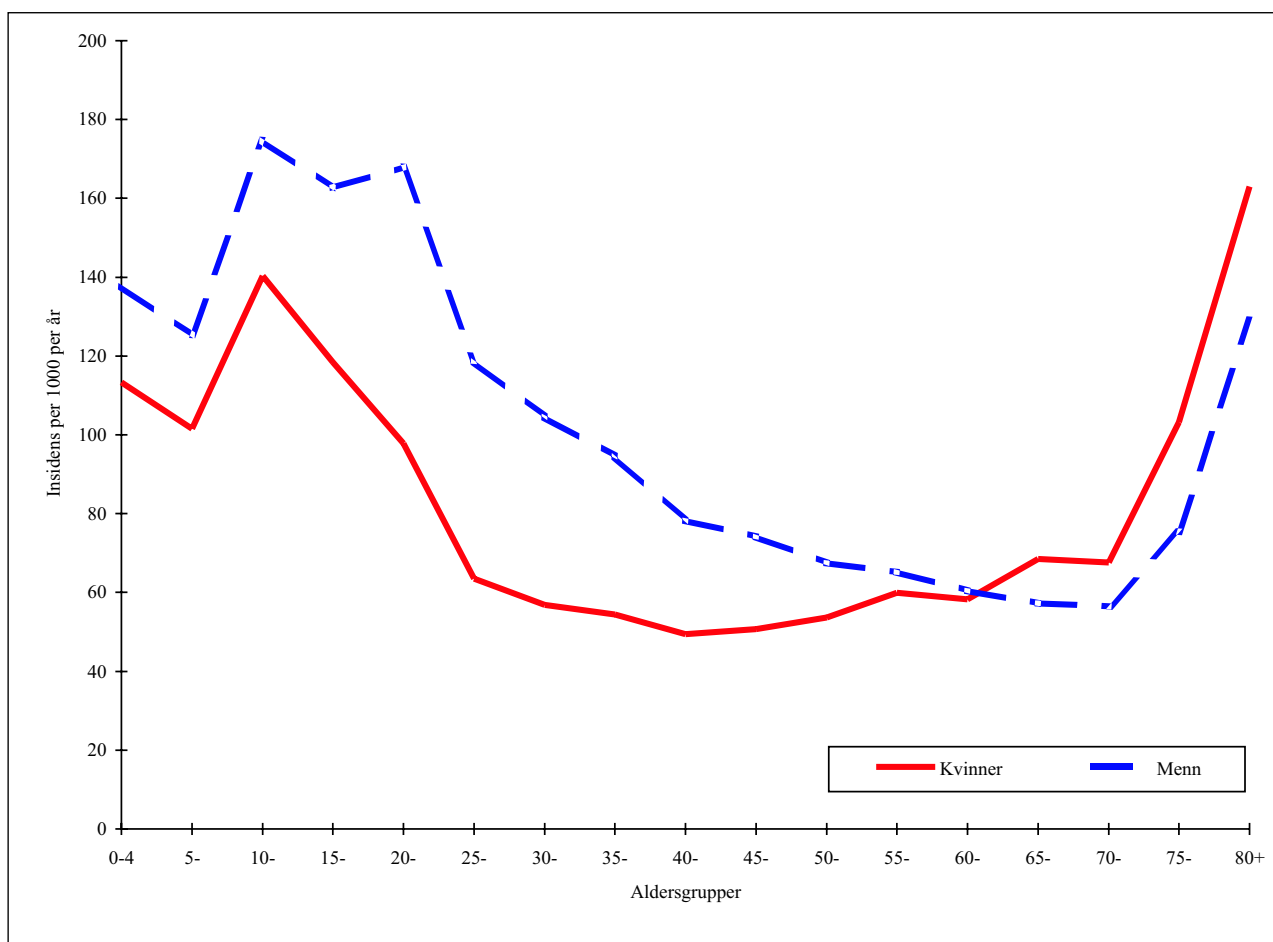
#### Ulykkesdødelighet

Den aldersjusterte dødsraten for ulykker har vist

en nedadgående trend de siste 30 årene. (fig 1.10) I 1980-årene lå antall dødsulykker på ca 2000 per år, mens det i 1990-årene lå på ca 1800 per år. Av de 1752 som døde av ulykker i år 2000 var 776 kvinner og 976 menn. Fall var årsak til 880 av dødsulykkene, og 383 døde i transportulykker.

#### Skadeforekomst

De fleste ulykkene fører ikke til død. Basert på Personskaderegisteret ved Folkehelseinstituttet er det beregnet at antall legebehandlede ulykkeskader per år er mellom 450.000 og 500.000. (ref Handlingsplan). Figur 1.11 viser skadehyppigheten etter ulykker fordelt på alder og kjønn. Antall sykehusinnleggelse på grunn av skader økte med i overkant av 2000 fra år 2000 til år 2001. I følge SSB ble det i 2001 skrevet ut 76.670 pasienter (169 per 10 000 befolkningen) med en skadediagnose fra somatiske sykehus. Dette tilsvarte 11 % av alle sykehusopphold ved somatiske sykehus i 2001.



Figur 1.11 Skadehyppighet (ulykker) etter alder og kjønn (Personskaderegisteret; Trondheim, Harstad, 2000-01)

### Referanser

Handlingsplan 1997-2000 – forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid. Sosial- og helsedepartementet.

### 3.9 Type 2 diabetes

Ved type 2 diabetes er det forhøyete blod-sukkeret en følge av redusert produksjon og virkning av insulin. Sykdommen kan gi alvorlige komplikasjoner, først og fremst fra øyne, nyrer, nervesystemet og hjerte-/karsystemet. Hovedårsaken til økt sykkelighet og for tidlig død ved diabetes er hjerteinfarkt, hjerneslag og nedsatt sirkulasjon i bena med risiko for amputasjoner. Menn med diabetes har 2-4 ganger så høy risiko for hjerte-/karsykdom som ikke-diabetikere og kvinner med diabetes har 3-5 ganger økt risiko. Type 2 diabetes skyldes i stor grad overvekt hos arvelig disponerte personer. Overdødeligheten kan reduseres betydelig ved god blodsukkerkontroll, men ikke minst ved behandling av samtidige risikofaktorer som høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå. Oftest er livsstilsendring det viktigste i første fase av sykdommen, og opplæring til egen mestring av sykdommen står sentralt. Sykdommen gir vanligvis lite symptomer i starten. Man regner med at 20-40% av pasientene er udiagnostisert.

### Forekomst

Utbredelsen av type 2 diabetes øker i alle land vi har data for, og sykdommen er i ferd med å anta

epidemiske dimensjoner. Det er beregnet at antall personer med diabetes i verden vil øke fra omkring 135 millioner i 1995 til 300 millioner i 2025, og nær 90% av disse vil ha type 2 diabetes (King et al 1998). Utbredelsen er i dag størst i vestlige industriland, men økningen fremover vil være sterkest i u-land. Sykdommen øker i hyppighet med økende alder og den beskrevne økningen skyldes dels økt levealder, men også strukturendringer i samfunnet med mindre krav til fysisk aktivitet og kostendringer med økt energiinntak som resulterer i overvekt og fedme.

I Norge regner vi med at det er omkring 140 000 personer med diabetes, men anslagene er usikre. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fra 1995-97 fant at 3,2 % av personer over 20 år hadde kjent diabetes, mens blant personer over 70 år hadde ca 10% diabetes. Det var en klar økning fra tilsvarende undersøkelse 10 år tidligere, spesielt blant personer under 60 år (Midthjell et al 1999). Tallene fra Nord-Trøndelag er antakelig minimumsestimater, ettersom de baserer seg på selvrapportert diabetes, de inkluderer ikke storbyer eller vesentlige innvandringsgrupper. Nylig publiserte undersøkelser fra Danmark og England viser at utbredelsen av type 2 diabetes er langt høyere i storbyene og i innvandringsgrupper. Dette støttes også av resultatene fra MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås), som viste at forekomsten av kjent diabetes i to bydeler i Oslo øst for begge kjønn i 2000 var dobbelt så høy som rapportert fra Nord-Trøndelag i 1995-97 blant 30-67 åringer. Totalforekomsten av diabetes var 9% for menn og 5 % for kvinner, når også resultater fra blodprøver ble lagt til grunn. Forekomsten var overraskende høy blant norske menn (9% blant 40-59-åringene og 16% blant 60-67 åringer) og blant dem var kun ca 50% av diabetestilfellene diagnostisert. Flere store innvandringsgrupper har vesentlig høyere forekomst enn personer født i Norge. Fra det indiske subkontinent hadde 21% av menn og 36% av kvinner i aldersgruppen 40-59 år diabetes.

Vi har i dag landsdekkende tall for kjent diabetesforekomst som er innhentet av Statens helseundersøkelser i forbindelse med hjerte-/karundersøkelsene av 40-42-åringene. Selv om hoveddelen av de som får type 2 diabetes er eldre enn dette, kan dataene synliggjøre geografiske forskjeller, og tidstrender. Forekomsten varierte mellom fylkene i siste halvdel av 1990-årene fra 0,7% til 1,2% for menn, og fra 0,6% til 1,3% for kvinner. Ferske tall fra Helseprofil for Oslo fra år 2000 viser en klart høyere forekomst, om lag 1,7% for begge kjønn for 40-åringene. Videre viser tallene at

#### Boks 1.17

- Antallet mennesker med diabetes type 2 øker sterkt over hele verden.
- I dag har 135 millioner mennesker sykdommen. I 2025 regner man med mer enn en fordobling
- En rekke andre alvorlige sykdommer kan følge i kjølvannet av diabetes
- I tillegg til arvelige faktorer, er overvekt og mangel på fysisk aktivitet de viktigste årsakene til diabetes type 2
- Diabetes type 2 kan effektivt forebygges ved å redusere overvekt og øke mosjonen

forekomsten for 40-åringer og 45-åringer samlet er mye høyere i østlige bydeler (2,5% for menn og 3% for kvinner) i forhold til i vestlige bydeler (henholdsvis 0,4% og 1%), en gradient som er klart forsterket i forhold til midten av 1980-tallet. En høyere andel av innvandrere i Oslo øst forklarer noe av forskjellen, men det er fortsatt klare øst-vestforskjeller mellom personer som er født i Norge.

#### Risikofaktorer

I tillegg til arvelige faktorer er de viktigste risikofaktorene for type 2 diabetes overvekt og mangel på fysisk aktivitet. I tillegg til å øke diabetesforekomsten, virker de samme livsstilsfaktorene ugunstig på en flere andre risikofaktorer for hjerte-/karsykdom, som høyt blodtrykk og ugunstige blodfettstoffer.

Majoriteten av diabetespasienter har type 2 diabetes. Det er i dag stor enighet om at det er betydelige helsegevinster for den enkelte og for samfunnet i god behandling av personer med type 2 diabetes. Behandlingen er imidlertid komplisert, spesielt etter noen års forløp av sykdommen. Opplæring til egen mestring av sykdommen og organisering av en smidig behandlingsskjede er viktig for å lykkes med dette. Det er også sentralt at diagnosen stilles så tidlig som mulig, og før komplikasjoner har oppstått.

Det er nylig vist i to store undersøkelser fra Finland (Tuomilehto et al 2001) og USA (Group 2002) at type 2 diabetes også kan forebygges. Basert på intensivt livsstilsrådgivning med vekt på kostendringer (redusere kroppsvekt med 5-7%, redusere inntaket av mettet fett til <30% av energinntaket, øke fiberinnholdet i kosten) og økt fysisk aktivitet til minst 30 min/dag, reduserte man antall nye tilfeller med diabetes i en høyrisikogruppe med 58%. Dette er en gevinst som er langt større enn for eksempel effekten av kolesterolsenkende medikamenter for å forebygge hjerteinfarkt hos høyrisikopasienter.

#### Referanser

King, H., R.E. Aubert, and W.H. Herman, Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections [see comments]. *Diabetes Care*, 1998. 21(9): p. 1414-31.

Midthjell, K., et al., Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult Norwegian population. The Nord-Trøndelag Health Surveys: 1984-1986 and 1995-1997. *Diabetes Care*, 1999. 22(11): p. 1813-20.

Tuomilehto, J., et al., Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*, 2001. 344(18): p. 1343-50.

Group, D.P.P.C., Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*, 2002. 346(6): p. 393-403.

### 3.10 Lidelser i muskel- og skjelettsystemet

Sykdommer i muskel-skjelettapparatet er årsak til mange legekonsultasjoner og mye sykefravær. Antallet personer som er uføretrygdet på grunn av muskel-skjelett sykdom har vært økende. I 1997 var tallet 80 619 personer, som var 33% av samtlige uføretrydte. I 1970 var antallet 21 892 som var 17 % av alle med uføretrygd. I 1997 var 2,8 % av befolkningen mellom 18 og 66 år uføretrygdet på grunn av muskel-skjelettsykdom (Holte 2002).

Det er relativt få befolkningsundersøkelser av utbredelsen av muskel-skjelettsykdommer i Norge. Korsryggsmarter har vært studert i 40-årsundersøkelser i 12 fylker i perioden 1994-97. Man fant da at i gjennomsnitt hadde 2,4 % av mennene og 1,7 % av kvinnene kroniske korsryggsmarter alene, mens hvis man inkluderte både korsryggsmarter og smerter andre steder i kroppen, hadde 5,7 av mennene og 9,2 av kvinnene dette. Blant personer med korsrygg-smerter anga 41 % av mennene og 37 % av kvinnene at de hadde hatt plagene i mer enn 10 år (Hoddevik og Selmer 1999).

#### Boks 1.18

- Sykdommer i muskel-skjelettapparatet er årsak til mange legekonsultasjoner, mye sykefravær og en økende andel av uføretrydte.
- I 1970 var antallet 21 892 personer, eller 17 % av alle med uføretrygd. I 1997 var tallet 80 619 personer, eller 33% av samtlige uføretrydte.
- Omtrent 40 % av mennene og 60 % av kvinnene har vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i minst 3 måneder sammenhengende, viser en analyse av data fra 200 000 voksne i Cohort of Norway (CONOR)

I helseundersøkelsen i Oslo i 2000-2001 spurte man om folk hadde vært plaget av smerter og/eller stivhet i ledd i løpet av de siste 4 ukene. 31 % av kvinnene i alderen 59-60 år angi at de var mye plaget, mens tilsvarende tall for menn var 14 %. Personer bosatt i de indre, østlige bydelene i Oslo var mest plaget (Grøtvedt 2002).

Norske forskere samarbeider i CONOR, som er en undersøkelse av 200 000 personer fra flere områder i landet. I denne undersøkelsen ble det spurt om man i løpet av det siste året hadde vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som hadde vart i minst 3 måneder sammenhengende. Det er liten forskjell i svarmønsteret fra de ulike deler av landet, i det omtrent 40% av mennene og 60 % av kvinnene svarer ja på dette spørsmålet uavhengig av bosted.

#### Referanser

Holte HH. Disability pensioning with musculoskeletal diseases in Norway. Doctoral thesis, University of Oslo, 2002.

Hoddevik GH, Selmer R. Kroniske korsryggsmerter hos 40-åringene i 12 norske fylker. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119: 2224-8.

Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo, voksne. Nasjonalt folkehelseinstitutt og Oslo Kommune, Program for storbyrettet forskning, 2002.

## 4 Andre faktorer som påvirker helsetilstanden

### 4.1 Tobakk

Tobakksrøyking fører til en rekke alvorlige helse-skader og sykdommer. De største sykdomsgruppene er hjerte- og karsykdommer, luftveissykdommer og kreftsykdommer. I Norge dør det årlig rundt 7500 mennesker av tobakksrelaterte

sykdommer, i tillegg går det omkring 500 liv tapt på grunn av passiv røyking (NOU 2000:16; Sanner og Dybing 1996).

Hjerte- og karsykdom er den viktigste årsaken til den økte dødeligheten hos røykere. 1-9 sigaretter om dagen er nok til å doble risikoen for hjerteinfarkt. Helsegevinsten ved å slutte å røyke er stor, og allerede ett år etter røykeslutt er risikoen for tobakksrelatert hjerteinfarkt halvert (NOU 2000:16). Risikoen for hjerneslag øker med antall sigaretter om dagen. Man antar at det er mellom 250.000 og 300.000 mennesker i Norge med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Over 90% av dem som har KOLS røyker daglig eller har gjort det tidligere. Dette er en invalidiserende sykdom som kjennetegnes av tung pust, hoste og slimproduksjon.

I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) forårsaker røyking 33% av alle krefttilfeller i den industrialiserte verden. Nesten 90% av de som får lungekreft røyker og røykemønsteret i befolkningen avspeiles i forekomsten av lungekreft. Her i landet var det for 25 år siden 4 ganger så mange menn som kvinner som fikk lungekreft, i dag er det bare 2 ganger så mange (NOU 2000:16). Forskjellen på menn og kvinner er i ferd med å utviskes når det gjelder totalforekomsten av lungekreft, spesielt under 50 års alder. I denne aldersgruppen har andelen dagligrøykere blant menn og kvinner vært tilnærmet lik over lang tid.

Kvinner har minst like stor risiko som menn for å utvikle sykdom ved røyking. Røyking påvirker dannelsen og nedbrytningen av de kvinnelige kjønnshormonene (østrogener) og har en anti-østrogen effekt. Dette medfører blant annet at kvinnes naturlige beskyttelse mot hjerte- og karsykdom avtar ved røyking (Sanner, T. 1994). En norsk undersøkelse fra Finnmark, Sogn- og Fjordane og Oppland viste at den relative risikoen for å dø av hjertesykdom økte med 80% for hver 10. sigarett som kvinnene røykte daglig.

Den antiøstrogene effekten fører også til at røykende kvinner får nedsatt fruktbarhet og at de er mer utsatt for komplikasjoner under og etter svangerskap. Kvinner som røykte under 20 sigaretter om dagen var ca. 25% mindre fruktbare enn ikke-røykere. Blant de som røykte over 20 sigaretter om dagen i en undersøkelse, var fruktbarheten redusert med over 40%.

Barn av røykende foreldre er mer utsatt for blant annet luftveissykdommer, mellom-ørebetennelse og kreftsykdom (Sanner, 1992). I tillegg har man sett sammenhenger mellom røyking hos mor under svangerskap og hyperaktivitet, konsentras-

#### Boks 1.19

- 1/3 av alle krefttilfeller skyldes røyking
- Røyking er farligere for kvinner enn for menn
- I Norge dør rundt 7500 mennesker hvert år på grunn av tobakksrøyking og nærmere 500 hvert år på grunn av passiv røyking

jonsvansker samt lese- og skrivevansker hos barnet. En nordisk studie har vist at barn av røykende mødre har 4 ganger så stor risiko for å dø av krybbedød.

Risikoen for lungekreft ved røyking øker jo tidligere en person begynner å røyke. En gutt som begynner å røyke når han er 15 år har dobbelt så stor risiko for å utvikle lungekreft som en ung mann som begynner å røyke mellom 20 og 24 år (NOU 2000:16).

#### Forekomst

I 2001 røykte omlag 30 prosent av den voksne norske befolkningen daglig, nærmere bestemt 30 prosent av mennene og 29 prosent av kvinnene mellom 16 og 74 år (fig 1.12). Disse utgjør omtrent 1,1 millioner mennesker. I tillegg til dagligrøykerne kommer 11 prosent av-og-til-røykere, eller rundt 400 000 personer. Flest røykere finner man i alderen 35–54 år, mens det er noe færre blant de aller yngste og de eldste. Andelen som røyker er lav blant de eldste kvinnene, men ellers er det ikke vesentlige kjønnsforskjeller å spore.

I 1973 var 51 prosent menn og 32 prosent kvinner dagligrøykere. Andelen dagligrøykere blant menn er senere kraftig redusert, mens andelen dagligrøykere blant kvinner har ligget relativt konstant. Det er nå omtrent like mange dagligrøykere blant menn og kvinner.

Selv om andelen kvinnelige røykere var uendret i nesten 30 år, skjuler dette et mer komplekst bilde. På 1970-tallet var det få røykere blant de

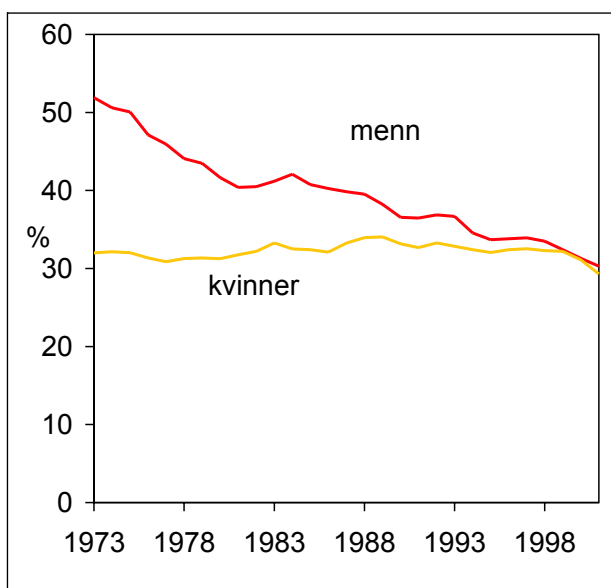
eldre kvinnene, men mange røykere blant menn i samme alder. Samtidig var det omtrent like mange røykere blant kvinner som menn i de yngre aldersgruppene. Etter hvert som disse eldre, ikke-røykende kvinnene har passert 74 år, og dermed forsvunnet ut av utvalget, har de blitt erstattet av yngre kvinner som røyker like mye som jevnaldrende menn. Det er altså i dag færre unge og flere eldre kvinnelige røykere enn det var på 1970-tallet. Den totale andelen kvinnelige røykere har ligget relativt stabilt, selv om aldersfordelingen har blitt endret betydelig.

Blant ungdom i alderen 16-24 år er det rundt 30% som røyker daglig. Den store reduksjonen i andelen dagligrøykere blant unge i alderen 16-24 år som vi så fra 1973 til slutten av 1980-tallet har stagnert, og stabilitet har preget utviklingen fra slutten av 1980-tallet og fram til i dag. Andelen av-og-til-røykere blant unge økte en god del fra begynnelsen til midten av 1990-tallet, men økningen har nå stanset helt opp.

I en undersøkelse gjennomført i 2000 blant ungdomsskoleelever, var det 10% som sa at de røyker daglig og 18 % av og til. Andelen som røyker daglig økte med rundt ett prosentpoeng fra 1995 til 2000. Det er noe flere røykere blant jenter enn blant gutter, henholdsvis 11% og 9% daglig og 19% og 16% av og til. Forskjellen mellom jenter og gutter i ungdomsskolen forsvinner fort når ungdommene blir noe eldre.

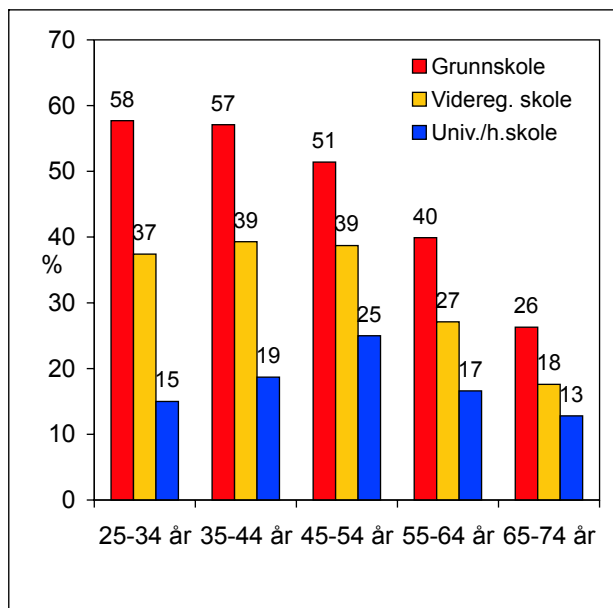
Blant dagligrøykerne topper Finnmark med en andel på 44 prosent, i motsatt ende ligger Akershus, Oslo og Nord-Trøndelag med 29 prosent. Buskerud har flest ikke-røykere, hele 64 prosent sier at de verken røyker daglig eller av og til. Det er ikke nødvendigvis geografien i seg selv som er avgjørende, for forskjellene svekkes kraftig hvis man tar hensyn til det ulike utdanningsnivået man finner i de forskjellige fylkene. Det betyr at ulikhetene til en viss grad skyldes at det gjennomsnittlig finnes flere mennesker med høy utdanning i enkelte fylker, mens det i andre fylker er flere med lav utdanning.

Tall fra Medisinsk fødselsregister for 1999 viste at 21,6 % av de nybakte mødre oppga at de hadde røykt daglig ved begynnelsen av svangerskapet. Fra begynnelsen til slutten av svangerskapet er det en del kvinner som slutter, og andelen dagligrøykere synker til 15,2 % som oppgir at de røykte daglig ved slutten av svangerskapet. Dermed hadde 3500 kvinner som sluttet å røyke daglig i løpet av svangerskapet, og utsatte dermed ikke lenger fosteret for belastningen med røyking.



Figur 1.12 Andel som røyker daglig, 16-74 år, 1973–2001 (3-årig glidende gjennomsnitt)

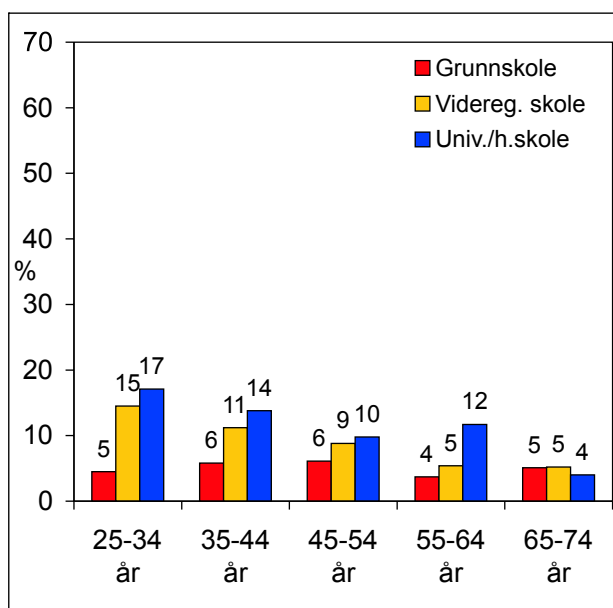




Figur 1.13 Andel som røyker av og til, etter utdanningsnivå og alder, 1999-2001

#### Risikofaktorer

Utdanning brukes ofte som indikator for sosial ulikhet, og er en faktor som har stor betydning for tobakksbruk. Uansett alder og kjønn er det flere dagligrøykere blant folk med lav utdanning enn blant dem med høy utdanning (fig 1.13 og fig 1.14). Blant folk i alderen 25–74 år med grunnskoleutdanning røyker over 40 prosent, mot under 20 prosent blant universitets- og høgskoleutdannede, altså mer enn dobbelt så mange. Forskjellen skyl-



Figur 1.14 Andel som røyker daglig, etter utdanningsnivå og alder, 1999-2001

des sannsynligvis i liten grad forskjeller i kunnskapsnivå, men i større grad forskjeller i livsstil og kultur. Forskjellen mellom utdanningsgruppene er mye større blant unge enn blant de eldre. Hele 58 prosent røyker daglig blant dem i alderen 25-34 år som har grunnskole som høyeste utdanning, mot bare 15 prosent blant dem med universitets-/høgskoleutdanning. Noe av årsaken til dette kan være at røyking nå ikke er det høystatusfenomenet det en gang var. For eksempel røykte 75 prosent av norske mannlige leger i 1952, mens det i 1993 bare var 14 prosent i denne gruppen som røykte (Aasland og Nylenna 1997).

Andelen som røyker daglig har sunket mest blant dem med høy utdanning, mens den har steget blant dem med grunnskole som høyeste utdanning. Dette er bekymringsfullt siden det på sikt medfører at tobakksrelatert sykdom rammer ulikt, slik at de som har lavere utdanning vil bli sykere enn dem med høyere utdanning.

#### Referanser

Dybing, E. og T. Sanner. Helsekader ved passiv røyking. Tidsskrift Nor Lægeforen 1996; 116: 617-20.

NOU 2000:16 Tobakksindustriens erstatningsansvar.

Sanner, T. (red.). 1992. Helsekonsekvenser av røyking – Tobakk og barn. En rapport fra sosialministeren 1992.

Sanner, T. (red.). 1994. Helsekonsekvenser av røyking – Tobakk og kvinner. En rapport fra helseministeren 1994.

Aasland, O.G. og M. Nylenna, «Leger som røyker. En undersøkelse av norske legers røykevaner og levevaner», Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1997;117:332-7.

## 4.2 Alkohol og narkotika

### Alkohol

Sett i europeisk målestokk har nordmenn et lavt alkoholkonsum. Basert på omsetningsstatistikk er det bare Island som har lavere alkoholomsetning enn Norge. Det er naturlig nok mer usikkerhet knyttet til det uregistrerte forbruket, (grensehandel, tax-free handel, smugling og hjemmebrenning) men selv når anslag på dette taes med ligger Norge nest lavest i Europa med hensyn til konsum. Mens alkoholkonsumet de siste tiår har gått ned i høykonsum land i Sør-Europa har konsumet i Norge hatt en svak økning. Øl er fortsatt

**Boks 1.20**

- I Norge dør 1000 mennesker hvert år på grunn av alkoholbruk og 1000 mennesker på grunn av alkoholrelaterte ulykker, vold eller selvmord
- Alkoholkonsumet øker hos de unge og særlig de yngste jentene
- I 2001 døde 338 på grunn av narkotikabruk

den drikkesorten som har den største omsetningen. Vinkonsumet har økt de siste ti-år på bekostning av spritomsetningen. Den nordiske drikkekulturen er preget av mange episoder av høyt alkoholinntak, såkalt helgefyll, og selv om nordmenn synes å ha antatt en mer kontinental drikketilviser undersøkelser at nordmenn har beholdt drikkemønsteret med mange episoder av beruselse.

Det norske drikkemønsteret er assosiert med mye skader. Basert på dødelighetsstatistikk regner man med at om lag 1000 mennesker dør i året som direkte eller indirekte følge av alkoholbruk. I tillegg dør omkring like mange etter ulykker, vold og selvmord hvor alkohol har vært medvirkende årsak, disse dødsfallene klassifiseres sjelden som alkoholrelaterte. De norske tallene står i kontrast til data fra de søreuropeiske land hvor man har sett en reduksjon av de alkoholrelaterte dødsfallene de siste ti-år som følge nedgangen i alkoholkonsum. I tillegg til dødsfall og skader representerer alkoholbruk for mange et sosialt problem. Det er vanskelig å angi noe størrelse på dette problemet, men man ser at oppvekst i familier preget av rusmiddelmissbruk gir økt risiko for problemadferd også for barna av misbrukeren.

De årlige ungdomsundersøkelsene fra SIRUS har avdekket en ganske kraftig økning av alkoholkonsum blant ungdom. Mens det beregnede gjennomsnittlige forbruket var ca 3 liter ren alkohol per år på begynnelsen av 90-tallet har det nå økt til mer enn 5 liter. Økningen har vært kraftigst for de yngste og for jentene.

*Narkotika*

All omsetning og bruk av narkotika er ulovlig i Norge. Kunnskap om omfanget av narkotika baserer seg på landsomfattende intervjuundersøkelser i voksenbefolkningen og flere spørreundersøkel-

ser blant ungdom. I og med at narkotikabruk er ulovlig kan det være en underrapportering i undersøkelsene. Resultatene fra studiene viser at narkotikabruk er vanligere blant ungdom og unge opp til 30-årene, enn blant eldre voksne. Dataene viser en økning i forbruket av narkotika gjennom de siste 20 årene, særlig for de yngste ungdommene og unge voksne. Cannabis er det stoffet som har størst utbredelse. Bruken av cannabis har økt betydelig på 1990-tallet, både i befolkningen som helhet og særlig blant ungdom. Det kan imidlertid se ut som om det i de siste årene har skjedd en utflating/nedgang. Bruken av cannabis blant ungdom (15-20 år) dreier seg hovedsakelig om eksperimentering. I 2001 var det eksempelvis omkring syv prosent som oppgav at de til sammen hadde brukt hasj mer enn fem ganger mens om lag 17 prosent oppgav at de noen gang hadde brukt cannabis. Tendensen er imidlertid at slik erfaring blir mer utbredt og alminnelig.

Andelen i voksenbefolkningen som oppgir å ha brukt amfetamin, ecstasy og ha brukt sprøyte er svært lav. Andelen ungdom som rapporterer at de har brukt andre narkotiske stoffer som amfetamin og ecstasy, LSD, kokain og heroin er noe høyere, men også her er tallene små. Det har skjedd en økning på midten av 1990-tallet, men med en viss utflating i de siste årene. Tallene for antall sprøytemisbrukere er stipulert til å være mellom 10.000 – 14.000 (2000/2001). Antallet innbefatter både de som tar heroin og de som tar amfetamin i sprøyte. Sett i forhold til anslaget som ble gjort på slutten av 1980-tallet, er det snakk om mer enn en fordobling. Nyrekrutteringen til sprøytemisbruk ser ut til å gjelde de eldre aldersgruppene og særlig menn.

Dataene synes entydig å peke på at forbruket av så vel lettere som tyngre narkotiske stoffer har økt fra 1980-tallet til slutten av 1990-årene. Økningen synes å ha vært særlig sterk i siste halvdel av tiåret. Skadene av narkotikabruk for den enkelte bruker vil variere med hyppigheten og varigheten av bruken i tillegg til hvilken type stoff en bruker. Når det gjelder narkotika-dødsfall har Norge hatt en relativt stor økning på 1990-tallet. I 2001 var det totale antallet 338 dødsfall. Mens flertallet av slik dødsfall tidligere fant sted i Oslo, har det i de siste årene vært registrert like mange utenfor Oslo. Sprøytebrukere har også en økt risiko for å pådra seg smittsomme sykdommer som HIV/AIDS og hepatitt B og C. Bruk og besittelse av narkotiske stoffer er forbudt i Norge. Pågrepelser og domfellelse som følge av brudd på narkotikalovgivningen har vært økende. Økningen gjelder både

antall saker, antall personer involvert i lovbrudd og antall reaksjoner. I tillegg har antall siktelser for voldsforbrytelser hvor narkotika har vært til stede, økt fra 350 i 1991 til i underkant av 600 i 2000. De samfunnsøkonomiske konsekvensene ved bruk av rusmidler er trolig store, men vanskelig å kvantifisere og enda vanskeligere å slå sammen i et kronebeløp. Direkte behandlingstgifter utgjør 1.6 milliarder og narkotikakriminalitet koster minst 1.2 milliarder. Men vi vet for lite om kostnadene ved og andelen helse- og sosialproblemer som kan tilskrives bruk av rusmidler. I tillegg kommer menneskelig lidelse som vanskelig lar seg måle.

### 4.3 Kosthold og overvekt

#### *Kosthold*

I kostholdsarbeidet er målet å sikre befolkningen en tilstrekkelig tilførsel av livsnødvendige næringsstoffer i en sammensetning som ikke disponerer for sykdom, samtidig som inntaket av potensielt helseskadelige kostbestanddeler, fremmedstoffer og smittestoffer holdes på et forsvarlig nivå. Mange års målrettet regulering og tilsyn har medført at åpenbare helseskader som følge av fremmedstoffer ikke kan påvises i befolkningen generelt, og at sykdom på grunn av mikroorganismer i mat og drikke er mindre hos oss enn i mange andre land.

I løpet av de siste 25 år har norsk kosthold blitt vesentlig magrere, samtidig som forbruket av grønnsaker og korn har økt. Disse forandringene kan forklare en vesentlig del av den store nedgangen i for tidlig død av hjerteinfarkt som er registrert de siste tjue årene i Norge, så vel som i Finland og USA. Forekomsten av kreft, overvekt og diabetes har imidlertid økt.

Kostholdet til store deler av befolkningen har fortsatt klare ernæringsmessige svakheter. Det inneholder fremdeles for mye fett, særlig hardt fett (mettede fettsyrer og transfettsyrer), sukker, salt og alkohol, og for lite av matvarer som grønn-

saker, frukt, grove kornprodukter og fisk. Dette medvirker til utvikling av hjerte- og karsykdommer, de vanligste formene for kreft, overvekt, forstoppelse, tannrøte, jernmangel, bein-skjørhet og diabetes type II. Hjerte- og karsykdommer og kreft forårsaker henholdsvis 50% og 20% av alle dødstilfeller i Norge. Kostholdets sammensetning kan påvirke viktige risikofaktorer for utvikling av hjerte- og karsykdommer som blodets kolesterolinnhold, blodtrykket og blodets evne til å danne blodpropper. Det er 21.000 nye krefttilfeller pr. år og forekomsten øker. Man regner med at 30% av alle krefttilfeller kan forebygges ved et riktig sammensatt kosthold.

De ernæringsrelaterte helseproblemene rammer ulike deler av befolkningen i forskjellig grad. For eksempel er forekomsten av hjerteinfarkt og overvekt betydelig større blant de med lav sosial status. Det er registrert overhyppighet av diabetes, dårlig tannstatus og mangelsykdommer, særlig på vitamin D og jern, hos visse innvandrergupper.

#### *Overvekt*

Tall fra bl. a. Verdens Helseorganisasjon (WHO 1997) viser økende forekomst av overvekt og fedme både i utviklingsland og i industriland. Vi står overfor en global epidemi, med store konsekvenser for helse og velferd. Den norske befolkning har blitt gradvis tyngre de siste tiårene. Kroppsvekten blant voksne menn (40-åring) har økt med 9,1 kg i løpet av de siste 30 årene mens den blant ungdommer (vernepliktige) har økt med 3,3 kg de siste 15 årene og blant barn (9- og 15-årige Oslobarn) med om lag 3 kg de siste 25 årene

Denne utviklingen er ikke spesiell for Norge. Verdens helseorganisasjon (WHO 1997) har uttalt at overvektsrelaterte sykdommer nå er så utbredt at det er i ferd med å overta for underernæring og infeksjonssykdommer som verdens viktigste bidragsyter til uhelse. Selv om overvekt ikke er noe nytt fenomen, har forekomsten de siste tiårene eksplodert i så stor grad at WHO bruker betegnelsen epidemi. I USA er nå over 50% av befolkningen overvektig, og særlig negativ er den store økningen man ser blant barn.

#### *Risikofaktorer*

Regulering av kroppsvekt foregår som et samspill mellom mange ulike gener og levevaner. Når gjennomsnittsvekten og andelen overvektige/fete

#### **Boks 1.21**

- Andelen overvektige øker som følge av redusert fysisk aktivitet.
- Vektøkning med mer enn 20 kg etter 18 års alder gir redusert levetid.

i befolkningen øker, innebærer dette at vi har for høyt energiinntak i forhold til energiforbruket. Kostholds-undersøkelser kan tyde på at energiinntaket i den voksne befolkning har ligget forholdsvis stabilt fra midten av 1970-årene og fram til 1997. Gjennomsnittsvekten og andelen overvektige/fete er økende fordi folks daglige/ nødvendige fysiske aktivitet er betydelig redusert som følge av strukturelle endringer i samfunnet (Vekt-helse 2000).

Overvekt/fedme øker risikoen for hjerte/karsykdommer, diabetes type 2, galle-sykdom, visse former for kreft, søvnapné, leddplager og muskel/skjellett lidelser. Risikoen for diabetes og hjerte/karsykdom øker allerede ved kroppsmasseindeks på 25, mens det for de øvrige sykdommene/plagene er høyere grenser. Over halvparten av diabetes type 2-tilfellene kunne ha vært unngått hvis kroppsmasseindeks var lavere enn 25. Langsom vektøkning gjennom livet inntil kroppsmasseindeks 27 ser ikke ut til å gi nevneverdig økt dødelighet. Vektøkning på 20 kg eller mer fra 18 års alder gir trolig redusert levetid.

Nyere forskning har vist at det er ikke overvekten i seg selv som er hovedproblemet, men derimot inaktiviteten som ligger bak overvekten. Korrigerer man for fysisk form, finner man ingen økt risiko ved overvekt. Overvekt i seg selv er dermed ikke forbundet med en økning i risiko for ulike sykdommer og tilstander, så lenge man er i bra fysisk form (Blair 1996). I behandlingen av overvektige bør det fokuseres både på aktivitetsnivå og kosthold (Vekt-helse 2000)

#### Referanser

World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997. Geneva: World Health Organization, 1998.

Vekt-helse, rapport 1/2000. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo. 2000.

Blair SN, Kampert JB, Kohl HW 3rd, Barlow CE, Macera CA, Paffenbarger RS Jr, Gibbons LW. Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. JAMA 1996;276:205-10

#### 4.4 Fysisk aktivitet

Når gjennomsnittsvekten er økende, samtidig som vi ikke spiser mer enn før, er den sannsynlige forklaringen at folks daglige fysiske aktivitetsnivå

er betydelig redusert de siste tiårene. Dette skyldes strukturelle endringer i samfunnet. Dagliglivets krav til fysisk aktivitet blir gradvis mindre. Bare de siste tiårene har man fått et samfunn som i stadig sterkere grad tilrettelegger for fysisk inaktivitet.

#### Forekomst

Andelen aktive i befolkningen er undersøkt ved en rekke anledninger, men det er benyttet svært ulike mål og kriterier i de ulike kartleggingene. Resultatene fra de ulike undersøkelsene spriker derfor sterkt. Vi har spesielt lite kunnskap om fysisk aktivitet blant barn under 11 år, eldre, innvandrere og funksjonshemmede. Flere studier viser imidlertid at nivået av fysisk aktivitet øker i barnealderen og når en topp tidlig i tenårene. Andelen aktive faller så frem mot ung voksen alder. Den kritiske fase for overgang til inaktivitet, er alderen 17-20 år. I denne perioden ser andelen inaktive ut til å øke betydelig. Hos norske barn de siste 20 årene finner man en reduksjon i kondisjon hos gutter på 20%, mens tilsvarende reduksjon hos jentene er på 27%.

Andelen personer i alderen 15-67 år som trener eller mosjonerer daglig lå rundt 5%, mens andelen som anga at de gikk eller syklet mer enn 30 minutter daglig var 46% i 1997. Blant voksne og eldre faller aktivitetsnivået med alderen. Andelen som trener har økt noe de siste 15 årene. Denne økningen ser ikke ut til å kompensere for den reduksjonen man har i hverdagsaktiviteten. Mellom 70 og 80% av barn og unge har for lite aktivitet. Undersøkelser tyder på at over halvparten av den voksne befolkning (mellom 25 og 65 år) har et aktivitetsnivå som er under gjeldende anbefalinger.

Andelen som er fysisk aktive er høyere hos

#### Boks 1.22

- Mer enn halvparten av den voksne befolkningen har et aktivitetsnivå som er lavere enn anbefalt
- Andelen fysisk aktive er høyere hos dem med høy sosioøkonomisk status
- Fysisk aktivitet forebygger hjerte-karsykdommer, høyt blodtrykk, psykiske lidelser og enkelte kreftsykdommer

dem med høy sosioøkonomisk status, enten man bruker utdanningslengde, inntekt eller kombinerte mål på sosial status. Levekårsundersøkelsen i 1997 viste at det i aldersgruppen 45-66 år var mer enn dobbelt så mange som aldri trente eller mosjonerte blant dem med kort utdanning sammenliknet med dem med lengre utdanning. Barn av foreldre med høyere utdanning trener oftere enn barn av foreldre med lavere utdanning, og nesten dobbelt så mange 16-åringer på yrkesfaglig studieretning som på allmennfaglig var inaktive i fritiden, det vil si at de var fysisk aktive mindre enn 1 time hver uke.

#### *Helsemessige konsekvenser av økt inaktivitet*

Følgene av fysisk inaktivitet over tid omfatter fysiologiske forandringer som gjør det berettiget å bruke betegnelsen mangelsykdom. Fysisk inaktivitet kan isoleres som en selvstendig risikofaktor, som i styrke kan sammenlignes med høyt blodtrykk, ugunstig blodfett-profil og røyking.

Både norske og internasjonale studier dokumenterer at fysisk aktivitet kan redusere risikoen for en rekke sykdommer; som hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, høyt blod-trykk, muskel-skjelettlidelser, osteo-porose, psykiske lidelser og ulike kreftformer. Regelmessig fysisk aktivitet er forbundet med økt levealder, redusert forekomst av hjerte- kar-lidelser, enkelte kreftformer, lidelser i bevegelsesapparatet og god psykisk helse. Forskning viser at man bl.a. kan konkludere med følgende helsegevinster av fysisk aktivitet:

- betydelig redusert risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer
- betydelig redusert risiko for å utvikle diabetes type 2
- moderat redusert risiko for høyt blodtrykk
- varierende reduksjon av risiko for å utvikle kreft, avhengig av hvilke krefttype det dreier seg om.

Fysisk aktivitet er ikke bare en forebyggende faktor, men også en nødvendig del i behandling, habilitering og rehabilitering av en rekke sykdommer og tilstander; enten alene eller i kombinasjon med annen behandling. Det er gode holdepunkter for at fysisk aktivitet er effektiv i behandling og rehabilitering av hjerte-karsykdom, høyt blodtrykk, diabetes type 2, overvekt og fedme, muskel- og skjelettlidelser, revmatiske lidelser, psykiske lidelser, luftsveissykdommer og inkontinens.

Fysisk aktivitet gir også viktige funksjonelle

effekter som er av sentral betydning i forbindelse med sykdom, som f. eks. bedret funksjonsevne, bedret evne til å tåle ulike former for medikamentell- og strålebehandling, økt psykisk velbefinnende og generelt bedret livskvalitet.

Det er viktig å understreke at et aktivt levesett ikke er det samme som et rigorøst treningsregime. Både norske og internasjonale anbefalinger vektlegger at det er en betydelig helsegevinst å hente selv ved en forholdsvis beskjeden økning i daglig aktivitetsnivå. En halv time daglig mosjon på et intensitetsnivå som tilsvarer rask gange, bedrer helsen og forebygger sykdom. Den største helsegevinsten oppnås ved å ta skrittet fra gruppen inaktiv til gruppen moderat aktiv, men for den som allerede er aktiv, får man en ytterligere helsegevinst ved større mengder aktivitet eller høyere intensitet.

Fysisk inaktivitet synes ikke bare å samvariere med sosial posisjon, men også med lav deltakelse på andre arenaer.

#### *Utfordringer*

I Norge ser man en negativ utvikling i forhold til en rekke inaktivitetsbetingede sykdommer og tilstander. Potensialet for å redusere sykkeligheten og å redusere den sosiale ulikheten er stor. Utfordringen framover blir å legge til rette for økt fysisk aktivitet i de gruppene i befolkningen som er minst aktive, og samtidig forhindre at dagens aktivitetsnivå blir ytterligere redusert. Det er avgjørende at man tilrettelegger for et samfunn som innebærer økt fysisk aktivitet. Man må skape et aktivitets-fremmende nærmiljø uavhengig av hvilken bydel eller landsdel man bor i. Tiltak kan være bevaring av flere grøntområder, sykkelstier, nærmiljøanlegg der folk bor, lavterskeltilbud, aktivitetstilbud organisert på nye måter osv.

For å redusere sosial ulikhet i helse, er det viktig å ha fokus på bestemte arenaer og mål-grupper. I skolen og på arbeidsplassene når man de fleste mennesker, og dermed peker disse arenaene seg ut som sentrale i forhold til utjevningspolitik.

#### *Referanser*

Grydeland, M: Fysisk aktivitetsnivå hos niåringer i Oslo. Hovedfagsoppgave, NIH 2001.

Seiler, S: Exercise as Medicine? Physical activity prescription in primary health care, Agderforskning 2000.

US Department of Health and Human Service:

Physical activity and health: A report of the Surgeon

General. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta. GA 1996.

SEF: Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger. Oslo, rapport 2/2000

SEF: Fysisk aktivitet og helse. Kartlegging. Oslo, rapport 1/2001

SEF: Vekt-helse. Oslo, rapport 1/2000.

#### 4.5 Fysiske og kjemiske miljøfaktorer

##### Luftforurensninger

Luftforurensninger i byer og tettsteder: EU har gjennom et rammedirektiv og to datter-direktiver fastsatt grenseverdier for flere av de viktigste forurensningskomponentene som forekommer i byluft, blant annet svevestøv og NO<sub>2</sub>. Gjennom forskrift om lokal luftkvalitet implementeres disse direktivene i norsk rett. Hvis fastsatte grenseverdier overskrides, må det utarbeides en tiltaksutredning for å redusere forurensningen. Konsentrasjonen av svevestøv i byluft i vinterhalvåret er, i tillegg til veitrafikk og vedfyring, betinget av værforholdene. Generelt gir fuktig vær lavere konsentrasjoner enn perioder med tørt og stille vær. Fra det ene året til det andre kan målinger derfor vise store forskjeller i konsentrasjonen. Målinger av luftkvaliteten i byene Trondheim, Bergen, Oslo og Drammen de siste 10 årene viser ingen klart endret tendens. Antall målte overskridelser av grenseverdien i Trondheim var f.eks. like stort vinterseongen 2000/2001 som i 1993/94. Redusert bruk av piggdekk synes imidlertid å redusere konsentrasjonen av svevestøv.

I tillegg til forskrift om lokal luftkvalitet, har Norge nasjonale mål for luftkvalitet (svevestøv, NO<sub>2</sub>, ozon), samt SFTs og Folkehelsinstituttets luftkvalitetskriterier for flere av luftforurensnings-

komponentene. Beregninger som er gjennomført for 2001 viser at det er områder både i Oslo og Trondheim hvor nasjonale mål overskrides. Antall personer som eksponeres for nivåer over nasjonalt mål i Oslo er i størrelsesorden 200 000. Det tilsvarende tallet i Trondheim er 15 000. Det er knyttet en del usikkerhet til disse beregningene, særlig til størrelsen på bidraget fra vedfyring. Et langt lavere antall personer eksponeres for nivåer over nasjonalt mål for NO<sub>2</sub>. NILU overvåker bakkenær ozon på et landsdekkende nett av målestasjoner på oppdrag fra SFT. I henhold til EUs direktiv om ozon skal befolkningen varsles hvis timeskonsentrasjonen av ozon overstiger 180 µg/m<sup>3</sup>. Norge har lagt seg på en grense på 160 µg/m<sup>3</sup>. Episoder med høye konsentrasjoner av ozon ved bakken i Norge skyldes i hovedsak tilførsler av forurenset luft fra kontinentet og de britiske øyer. Konsentrasjoner over 160 µg/m<sup>3</sup> forekommer sjelden, mens nivåer omkring 100 -130 µg/m<sup>3</sup> ikke er uvanlig. Kritiske helseeffekter for NO<sub>2</sub>, svevestøv og ozon kan være nedsatt lungefunksjon, bronkitt, økt mottakelighet for infeksjoner, astmaanfall og for tidlig død pga sykdommer i lungene og hjerte/kar-systemet.

##### Inneluft

Både for helse og trivsel er inneluftkvaliteten viktig og den bør i mange tilfeller bli bedre. Ugunstige forhold i inneluften kan føre til at en del individer opplever plager. Avhengig av en rekke forhold kan disse variere fra milde sanse- eller komforteffekter til forskjellige helseeffekter. Helseeffektene er imidlertid ofte diffuse og vanlige forekommende i befolkningen uten at inneklimate har skylden. Dette gjør det vanskelig å vise at plagene virkelig skyldes inneklimateforhold.

Kunnskapen om årsaksforhold, virkningsmekanismer og effekter av dårlig inneklimate er fremdeles mangelfull.

Der det røykes innendørs er dette den dominerende og helsemessig mest betenkelige forurensningskilden. Helseskader forårsaket av passiv røyking er veldokumenterte. Man utsettes for de samme stoffene som ved aktiv røyking, men de relative mengdene av de kjemiske stoffene i tobakksrøyk som pustes inn ved passiv og aktiv røyking er forskjellige. Flere av de mest helseskadelige stoffene gir en relativ større eksponering ved passiv røyking enn ved aktiv røyking.

Fuktskader og opplevde helseplager får mye fokus. Flere undersøkelser har påvist sammenheng mellom det å bo eller regelmessig oppholde

#### Boks 1.23

- For høye nivåer av NO<sub>2</sub>, svevestøv og ozon gir økt risiko for tidlig død, lungesykdommer og hjerte-og karsykdommer
- Målinger av luftkvaliteten i Norge de siste 10 årene viser ingen klar tidstrend, men redusert bruk av piggdekk har redusert konsentrasjonen av svevestøv
- Røyking ikke bør forekomme innendørs

seg i hus med høy fuktighet, fuktskader eller mugglukst og økt forekomst av luftveissymptomer. Det er viktig at man har et godt kunnskapsnivå om sammenhengen mellom fukt og mulige helseskader og hvordan slike saker bør håndteres.

Det er viktig å fokusere på og forbedre inneklimateforhold i barns miljø. Dårlig vedlikehold og bygningsmessig standard synes å forekomme på en rekke skoler og barnehager. Selv om slike forhold ikke nødvendigvis forårsaker direkte helseskader, vil det medføre at barn, elever og ansatte får uverdige arbeidsforhold.

Inneklimafeltet omfatter i tillegg forhøyede radonkonsentrasjoner, dårlig renhold, kvalitets-sikring av byggeprosesser, reduksjon av allergennivåer samt tilgang på tilstrekkelig ventilasjon med ren uteluft.

### Støy

Om lag 25 % av befolkningen i Norge utsettes for støynivåer over anbefalte grenseverdier, d.v.s. over 55 dBA gjennomsnittlig støynivå utendørs. I SSB sin levekårsundersøkelse (1997) oppgir 16 % at de er plaget av vegtrafikkstøy og tilsvarende andel for fly- og togtrafikk var henholdsvis 9 og 3 %. Støy fra industri antas å plage ca. 4 % av befolkningen. I samme undersøkelse oppga 5 % at de har problemer med søvnen på grunn av støy. Beregninger viser at i underkant av 300 000 (7,5%) personer er sterkt plaget av veg-trafikkstøy, som er den dominerende støykilden. Antall plagede ved nivåer under 55 dBA utendørs er ikke kartlagt, og for en del støykilder (for eksempel havner, bussterminaler, trikk/T-bane, mikrolette fly, skyte-felt) mangler det kunnskap om antall plagede. Dersom dagens utvikling fortsetter, ventes det at støyplagen i 2010 vil være noen få prosent lavere enn i dag. Det er imidlertid vanskelig å gjøre et estimat på støyplage/helseeffekter av støy kun på bakgrunn av støynivåer. En rekke faktorer, både hos mottageren og ved situasjonen vil kunne påvirke forholdet mellom støy og helse.

Det er satt i gang et arbeid for å utvikle en nasjonal støymodell for årlig beregning av støyplagen på tvers av de ulike støykildene. I denne forbindelse skal støy beregnes for hele landet, i første omgang for støynivåer ned til 50 dBA. I de nærmeste årene vil man drive et kontinuerlig utviklingsarbeid for å forbedre overvåkingen av støy. Datagrunnlag og modellberegninger skal gjøres mer nøyaktige, og ny kunnskap som fås gjennom pågående prosjekter, deriblant forskning, skal tas

i bruk. Alle sektorer som bidrar vesentlig til folks støyplager skal inkluderes i modellen. Dette arbeidet er satt i gang som følge av det nasjonale resultatmål for støy, som ble fastsatt i forbindelse med behandling av Stortings-melding nr. 8 (1999-2000): Regjeringens miljøvernpolitikk og rikets miljøtilstand. Målet er at støyplagen skal reduseres med 25 prosent innen 2010 i forhold til 1999.

### Fremmedstoffer i mat

Tilsetningsstoffer: Kontroll med tilsetningsstoffer foretas med bakgrunn i lovbestemte maksimumsverdier i matvarer, regulert av tilsetningsstofforskriften. Dette foregår delvis i forbindelse med internkontroll i bedriftene, og delvis som stikkprøvekontroll av merkingen på matvarene, særlig i forbindelse med import. Tilsetningsstofforskriften ble sist endret i 1999, hvor det ble gjort en tilnærming til EUs regelverk for tilsetningsstoffer. Med unntak av cyclamat, azo-fargestoffene, nitrat og nitritt kan de fleste stoffene brukes på samme måte som i EU. Norge har siden 1999 vært med i en Nordisk gruppe hvor sikkerheten av mer enn 300 tilsetningsstoff er blitt vurdert på nytt. En rapport fra dette arbeidet konkluderer med at det ikke er fare forbundet med den nåværende bruken, men at en nøyere oppfølging av sikkerheten for enkelte tilsetningsstoffer er ønskelig.

Miljøgifter: Det er foretatt en rekke overvåkings- og kartleggingsundersøkelser når det gjelder forekomst av miljøgifter som metaller, klororganiske forbindelser som dioksiner eller PCB og tjærestoffer (PAH) i mat, hovedsakelig i marine organismer, fra fjord-, kyst- og havområder. Gjennom statlige program for forurensningsovervåking er det avdekket betydelig forurensning av marine organismer med metaller, dioksiner, PCB og PAH i fjordområder med stor industri-virksomhet. I alt 29 fjordsystemer er belagt med kostholdsrad for fisk og/eller skalldyr. Fortsatt gjenstår undersøkelser av marine organismer i enkelte områder der innledende undersøkelser indikerer at sedimentene er sterkt forurenset. Videre er det avdekket høyt innhold av kvikksølv i stor ferskvannsrørret og røye, noe som har resultert i kostholdsrad til gravide og ammende. Gjennom undersøkelser av befolkningens konsum av matvarer som kan inneholde miljøgifter utført av Folkehelseinstituttet, beregnes inntak av de ulike miljøgiftene. Innholdet av bly og kadmium er lavt i grønnsaker, barnemat og animalske produkter. Innholdet av bly er lavt i korn og kornprodukter,

mens kadiuminnholdet kan være høyere særlig i visse områder pga. jordsmonn. Det meste sitter i skallet og forkommer i kli. Det totale inntaket i befolkningen representerer imidlertid ikke noe helseproblem.

Morsmelksundersøkelser viser at generelle befolkningens eksponering for klororganiske miljøgifter fortsetter å gå ned. Det er ikke funnet noe betydelig forskjell i nivået mellom ulike steder i landet. Fra 1993 til 2001 har nivået av dioksiner og dioksinlike PCB gått ned fra 36 pg/g fett til 16 pg/g fett. Dagens nivå i norsk morsmelk er lavere enn det man finner i tettbefolkede, høyt industrialiserte land i Europa, men høyere enn i mindre industrialiserte land i Europa og verden for øvrig. I samme tidsperiode har nivået av total PCB i morsmelk sunket fra 525 ng/g fett til 208 ng/g fett. Dette viser at tiltak mot utslipp og spredning av disse miljøgifter nytter. Derimot har en nylig undersøkelse ved Folkehelseinstituttet avdekket at nivået av bromerte flammehemmere (PBDE) i serum har steget eksponensielt fra 1977 (0,4 ng/g fett) til 1999 (3,3 ng/g fett). Nivået er foreløpig betydelig lavere enn det man regner med kan medføre noen form for helseskade, men den videre utviklingen bør følges nøye.

Plantevernmiddel-rester i matvarer: Systematisk overvåkning av plantevernmiddel-rester i matvarer ble etablert i 1977. De siste årene er overvåkingen utvidet og forbedret. Omfanget har ligget på i underkant av 3000 prøver av frukt og grønnsaker årlig (ca 2500 prøver i 2001). I tillegg tas det prøver av korn og kjøtt. Antallet stoffer det analyseres for i frukt og grønnsaker lå i 2001 på 179, og det ble tatt ut prøver av om lag 169 vareslag. Forholdet mellom antallet prøver av importerte og norske varer gjenspeiler til en viss grad fordelingen i markedet. I 2001 ble gjeldende grenseverdier overskredet i 99 prøver. Dette tilsvarer 4,9% overskridelser. Grenseverdiene er satt med god sikkerhetsmargin i forhold til de nivåer der inntak av plantevernmiddel-rester kan by på helseproblemer.

Rester av veterinærmedisinske preparater: Kjøtt, melk, egg, honning og oppdrettsfisk kontrolleres for innhold av antibakterielle midler. I år 2000 og 2001 viste ingen prøver rester av legemidler eller vekstfremmende stoffer, bortsett fra to overskridelser av antiparasittmiddel (febendazol) og et antibiotikum (penicillin) i melk. Omfanget av analyseprogrammet er i samsvar med krav fra EU og i løpet av 2002 vil ca 2400 prøver bli analysert for 130-140 ulike stoffer.

Stoffer som migrerer fra emballasje og gjen-

stander i kontakt med mat: Muligheten for overgang av komponenter fra plastemballasje til næringsmidler er tilstede. Særlig gjelder dette mykgjørere i polyvinylklorid og polyvinylidenklorid. Også stoffer som finnes i konservesbokser lakkert med epoksifenol-lakker kan avgi disse lakkenene til matvarer. Et av stoffene som kan lekke ut er bisfenol A. EUs vitenskapskomite for mat har i år satt et midlertidig tak for tolererbart daglig inntak av bisfenol A på 0,01mg/kg kroppsvekt pr dag. Inntaket av bisfenol A er i verste tilfelle 1/6 og 1/20 av denne TDI verdien, for henholdsvis barn og voksne. Keramikk kan avhengig av kvalitet lekke ut metaller som bly og kadmium. En ny undersøkelse viser lekkasje av bly, men i mengder langt under grenseverdien. Det er i dag ikke noe som tyder på at stoffer som migrerer fra matvare-emballasje eller gjenstander i kontakt med mat har negativ betydning for vår helse. Innen EU foregår det et kontinuerlig arbeid med utvikling av regelverk for å sikre matkvaliteten med hensyn til kontaminering fra emballasje.

Radionuklider i mat: På grunn av omfattende forurensning etter Tsjernobyl-ulykken har Norge en rekke målestasjoner for næringsmidler for å sikre at mat som omsettes ikke overskrider kravet om akseptabelt forurensningsnivå. Aktivitetsnivået av cesium-137 ble undersøkt i matvarer samlet fra kolonialbutikker over hele landet i 1996, 1997 og 1998. Bortsett fra tre prøver på honning som lå på 600 Bq/kg lå samtlige matvarer under tiltaksgrensene. Mens reinsdyr hadde et gjennomsnitt på ca 370 Bq/kg, var nivået på honning ca 230 Bq/kg, geitost, småfe og vilt på ca 100 Bq/kg. Storfe og fisk hadde under 25 Bq/kg. Nivåene som ble bestemt i 1999 i reinsdyr, småfe og storfe i frisoner og tiltaks-sone var i gjennomsnitt: 702 og 1450 Bq/kg for rein, 64 og 143 Bq/kg for småfe og 25 og 24 Bq/kg for storfe. Måleresultatene viser at det radioaktive innholdet i utsatte næringsmidler (småfe, reinsdyr og vill ferskvannsfisk) er betydelig lavere enn det som var tilfelle de første årene etter Tsjernobylulykken. Reinsdyr og småfe fra utsatte områder kan imidlertid fortsatt ha høye verdier og overvåkingen må fortsette.

Som følge av utslipp fra det britiske gjenvinningsanlegget Sellafield er spor av radioaktivt teknetium funnet i havet utenfor norskekysten. Den høyeste aktiviteten er målt i skalldyr og blæretang. I skalldyr er det høyeste aktivitetsnivået funnet i hummer (13,0-49,4 Bq/kg fersk vekt). Disse konsentrasjonene er ca. 1/30 av EUs tiltaksgrense på 1 250 Bq/kg som vil gjelde ved en even-



tuell fremtidig atomulykke. Situasjonen følges opp med målinger på blåskjell, krabbe, reker etc. langs hele kysten. Fisk har lave verdier, under 0,5 Bq/kg.

**Algetoksiner:** Kontrollen med forekomsten av algetoksiner i skjell har stadig gjennomgått forbedringer. I regi av Statens næringsmiddeltilsyn tas det algeprøver hver uke i sommerhalvåret fra 26 stasjoner, fordelt langs hele kysten. Advarsel mot konsum av selvplukkede skjell gis på bakgrunn av forekomsten av kjente toksinproduserende alger. Områdene åpnes først når de toksiske algene er borte, og en skjellprøve fra stasjonen viser at skjell igjen kan spises. Toksin-analysene utføres i dag med avanserte analytiske metoder, slik at antall dyreforsøk er dramatisk redusert. I tillegg blir alle partier av skjell som skal omsettes kommersielt undersøkt, både med analytiske metode og dyreforsøk (det arbeides hardt for å få EU godkjenning på å gå helt over til analytiske metoder). Et tredje overvåkingsprogram kjøres i regi av Fiskeridirektoratet, hvor algetoksiner i skjell fra 50 stasjoner analyseres fire ganger per år. Alle toksinanalysene utføres ved Norges veterinærhøgskole.

#### *Fremmedstoffer i drikkevann*

**Desinfeksjonsbiprodukter:** I 2001 ble det gjennomført et prosjekt med månedlige målinger av kloreringsbiprodukter i drikkevann fra 20 utvalgte norske vannverk. Det ble gjennomført 12 prøveomganger. Vannverkene var valgt ut etter fargetall, geografisk spredning, vannbehandling og desinfeksjonsmetode. De påviste mengder av trihalometaner var lavt, årsgjennomsnittet for det enkelte vannverk lå i området 0,4-16,6 mikrogram per liter, med en gjennomsnittsverdi på 6,3 mikrogram per liter. Gjennomsnittsverdien ligger således i størrelsesorden på en tiendedel av drikkevannskravet, og alle verdier lå betydelig under dette kravet på 50 mikrogram per liter. Dette prosjektet bekreftet altså resultatet fra de tidligere undersøkelsene. Det er derfor ikke helsemessig begrunnet å foreta hyppige målinger av kloreringsbiprodukter i norsk drikkevann.

**Materialer i kontakt med drikkevann:** Folkehelseinstituttet vurderer hvorvidt det er sannsynlig at materialer i kontakt med drikkevann kan avgi helseskadelig stoffer i mengder som kan ha betydning.

**Vannbehandlingskemikalier:** Statens næringsmiddeltilsyn godkjenner vannbehandlingskemikalier etter tilrådning fra Folkehelseinstituttet.

**Plantevernmiddel-rester:** I perioden 1998-2000 ble restnivået av plantevernmidler i 88 drikkevannskilder kartlagt. Til sammen ble det analysert 280 prøver, 116 fra grunnvannskilder og 164 fra overflatevannkilder. Drikkevannskildene lå i områder med mye jordbruksareal og/eller tettstedsareal, og var antatt utsatt for forurensning av plantevernmidler. Det ble bare gjort et fåtall funn over analysemetodenes nedre bestemmelsesgrense. De funn som ble gjort viser at plantevernmidler bare påvises lokalt i drikkevannskilder med et betydelig forurensningspotensiale for slike stoffer, og selv da i så lave konsentrasjoner at det er uten helsemessig betydning.

**Andre organiske forurensninger:** Drikkevannsforskriften regulerer hvor mange kontrollanalyser som skal utføres. Det er sjelden det gjøres funn, og organiske forurensninger kan ikke anses som noe egentlig helsemessig problem i norsk drikkevann.

**Metaller og andre forurensninger:** I en kartleggingsundersøkelse av 566 vannverk i perioden 1986-1991 ble det gjennomgående funnet meget lave nivåer av metaller og andre uorganiske forurensninger. Nivåene var så lave at det ikke er prioritert å gjøre nye undersøkelser.

#### *Stråling*

**Naturlig UV:** Det er etablert et nettverk av UV-målestasjoner som følger både kortsiktige variasjoner og utvikling i UV-stråling, knyttet til bl.a. endringer i ozonlaget. Systemet er nå godt etablert og erfaringene med det er gode. Målingene benyttes bl.a. til varsling av UV-nivå i dagspressens værvarsler. Selv om forekomsten av forskjellige former for hudkreft er klart økende, skyldes dette fortsatt endrete solvaner, mens de eventuelle effektene av redusert ozonlag ikke blir synlige før om mange år.

**Elektromagnetisk stråling:** Enkelte laboratoriestudier antyder at mobiltelefoner kan ha visse biologiske virkninger. Det er likevel få konkrete holdepunkter for at mobiltelefoner kan gi helseproblemer. Helsedepartementet har i 2002 nedsett en gruppe som skal gjennomgå de siste års vitenskapelige litteratur om emnet. Norge (ved Statens strålevern) deltar sammen med 13 andre land i en EU-finansiert pasientkontrollstudie som søker etter mulige sammenhenger mellom kreft i hode-/halsregionen og bruk av mobiltelefoner. Forskningslitteraturen om mulige helseskader fra ekstremt lavfrekvente magnetfelt fra kraftledninger har også vært gjennomgått og oppdatert.

Nyere forskning svekker heller enn styrker hypotesen om at enkelte sykdommer (spesielt leukemi blant barn) henger sammen med elektromagnetiske felt fra kraftledninger.

Radon i vann: Radon kan aldri utgjøre noe problem i overflate-vannkilder, som er vannkilde for mer enn 85% av Norges befolkning. Det er gjennomført undersøkelser i over 4000 brønner. I fellesbrønner (flere enn 50 personer) fra løsmasser ligger nesten alle godt under kravet i drikkevannsforskriften på maks 100 Bq/l, mens det i fjellbrønner kan ligge betydelig over kravet. Vann fra fjellbrønner i prekambrisk granitt har en median-verdi på 698 Bq/l. Vann fra 14% av alle fjellbrønner oversteg tiltakskravet for enkelt-husholdninger på 500 Bq/l.

#### 4.6 Genetiske faktorer

Alle sykdommer utvikles som et resultat av samspillet mellom gener, miljø og tilfældighet. Genetikken har utviklet seg meget raskt de siste årene. Genetisk kunnskap og teknologi vil gi helt nye muligheter for identifikasjon av biologisk sårbarhet for ulike sykdommer, og for å benytte genetisk disposisjon til å identifisere spesifikke miljøfaktorer som utløser sykdom. Forskere er i gang med å kartlegge betydningen av genetiske risikofaktorer for en lang rekke tilstander som for eksempel medfødte misdannelser, og for vanlige sykdommer som type 1 og type 2 diabetes, Alzheimers sykdom, hjerteinfarkt, schizofreni og brystkreft. De to eksemplene nedenfor illustrerer betydningen av genetiske faktorer.

##### *Type 1 diabetes*

Type 1 diabetes medfører alvorlige sen-komplikasjoner, redusert livskvalitet og levealder, og er blant de hyppigste kroniske og livslange sykdommer blant barn i den vestlige verden. Hyppigheten har økt i mange land i de siste 30 år, inkludert i Norge (Stene 2002). Norge ligger i verdensstoppen etter Finland når det gjelder forekomst av Type 1 diabetes.

Diabetes oppstår etter en lengre periode der kroppens eget immunforsvar ødelegger de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen, men det er fortsatt en stor gåte hva som starter sykdomsprosessen. Den ofte tidlige debut og en sykdomsprosess som kan vare i flere år peker mot at sykdomsprosessen starter tidlig i livet, kanskje så tidlig som i mors liv.

Det er en relativt sterk opphopning av syk-

#### Boks 1.24

- Genetisk kunnskap og teknologi vil gi helt nye muligheter for identifikasjon av biologisk sårbarhet for sykdom, og for å finne miljøfaktorer som utløser sykdom
- For enkelte vanlige sykdommer har man allerede identifisert risikogener. Nå brukes disse blant annet til å lete etter bedre medikamenter, vaksiner og miljøfaktorer som utløser sykdommen. Eksempler på dette er diabetes og Alzheimers sykdom.
- Barn med genetisk disposisjon for Type 1 diabetes har en livstidsrisiko på 20 % for å utvikle sykdommen, mens livstidsrisikoen for et tilfeldig valgt barn er omtrent 1 %
- Frem til 15 års alder er risikoen omtrent 6 % for et barn med «diabetesgener», mens den er under en halv prosent for et tilfeldig valgt barn
- 2.7 % av nyfødte i Norge har «diabetesgenene», og disse barna vil gi opphav til nesten halvparten av type 1 diabetes tilfeller som oppstår i befolkningen
- Forekomsten av Alzheimers sykdom i Norge er anslått til 30 000 personer
- 3-6 % av befolkningen antas å være bærere av to kopier av ApoE\*4 genet. Disse har en betydelig økt risiko for å utvikle Alzheimer ved 75 års alder, mens de 20-25% av befolkningen som bærer en kopi av genet har en moderat økt risiko

dommen i familier, og tvillingstudier viser at arv spiller en rolle for om man utvikler type 1 diabetes. Blant eneggede tvillingpar der en av tvillingene har type 1 diabetes får den andre tvillingen sykdommen bare i 50 % av tilfellene, selv etter inn-til 40 års oppfølging. Dette viser at arv alene ikke er tilstrekkelig for å utvikle sykdommen. Miljøfaktorer er også viktige. Den nevnte økningen i forekomst i mange land må altså skyldes miljøfaktorer.

Det er anslått at omtrent 40-50% av den arvelige disposisjonen for type 1 diabetes bestemmes av gener som spiller en rolle i kroppens immunn-

forsvar. Ulike kombinasjoner av slike gener er forbundet med både redusert og økt risiko for type 1 diabetes. Den sterkeste risikoen for utvikling av type 1 diabetes har barn som blir født med en spesiell kombinasjon av disse genene som ligger på kromosom nummer 6. Slike barn har en livstidsrisiko på 20 % for type 1 diabetes, mens livstidsrisikoen for et tilfeldig valgt barn er omtrent 1 % . Frem til 15 års alder er risikoen omtrent 6 % for et barn med denne kombinasjonen av «diabetesgener», mens den er under en halv prosent for et tilfeldig valgt barn. 2.7 % av nyfødte i Norge har «diabetes-genene», og disse barna vil gi opphav til nesten halvparten av alle tilfeller av type 1 diabetes.

Ødeleggelsen av de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen kan settes i gang av begivenheter tidlig i fosterlivet mens immunsystemet er umodent og sårbart. Flere studier har vist en sammenheng mellom spesielle virusinfeksjoner i fosterlivet og type 1 diabetes. Det er holdepunkter for at en tarmvirus-infeksjon i svangerskapet kan føre til type 1 diabetes.

Flere epidemiologiske studier antyder at risikoen for type 1 diabetes er lavere hos de som har blitt ammet enn hos de som har fått morsmelkstatning. Det er også holdepunkter for en sammenheng mellom type 1 diabetes og kumelk eller mangel på morsmelk i første leveår. Det pågår en vitenskapelig diskusjon om hvorvidt D-vitamin beskytter mot diabetes. Forskningsprosjektet miljøfaktorer i type 1 diabetes ved Folkehelseinstituttet følger nyfødte med høyrisikogener til de blir 15 år for å finne de miljøfaktorer som utløser diabetes (MIDIA 2002).

#### *Alzheimers sykdom*

Forekomsten av Alzheimers sykdom i Norge er anslått til 30 000 personer (Myhre 2002). Forekomsten vil øke betydelig de nærmeste årene fordi det blir stadig flere eldre. Anslaget er basert på studier fra andre land fordi det ikke finnes nor-

ske studier eller sykdoms-registre som gir informasjon om forekomsten av Alzheimers sykdom. I løpet av de siste 10 årene er det identifisert en rekke gener som gir økt risiko for Alzheimers sykdom. 4 – 8% av pasientene er under 60 år når sykdommen utvikler seg. Disse pasientene har oftest en sterk genetisk disposisjon og miljøfaktorer spiller en liten rolle. Pasientene har i de fleste tilfeller arvet et sykdoms-gen fra en av sine foreldre, og dette genet er slik at det med meget høy sannsynlighet fører til Alzheimer hos den som bærer genet. Flertallet av pasientene utvikler imidlertid sykdommen etter at de har fylt 60 år. Også hos disse pasientene er det oftest en genetisk disposisjon, selv om denne ikke er like uttalt som hos de yngre pasientene. Mange av dem har en eller to kopier av et sykdoms-disponerende gen som gir en økt risiko for Alzheimer, men som ikke utløser sykdommen hos alle som er bærere av genet. 3-6% av befolkningen antas å være bærere av to kopier av det meste kjente «Alzheimer-genet» . Disse har en betydelig økt risiko for å utvikle Alzheimer ved 75 års alder, mens de 20-25% av befolkningen som bærer kun en kopi av genet har en moderat økt risiko. Vi vet altså at risikogenene må virke sammen med andre gener eller miljøfaktorer for at sykdommen skal utløses. Det pågår nå en rekke studier der man undersøker hvilke miljøfaktorer som beskytter, og hvilke som utløser sykdommen hos genetisk disponerte personer. Alt fra kosthold og miljøgifter til infeksjoner og hodeskader blir undersøkt i håp om å få kunnskap som kan bidra til å forebygge eller behandle Alzheimer.

Prosjektbeskrivelse – Miljøårsaker til type 1 diabetes (MIDIA). Folkehelseinstituttet 2002. <http://www.fhi.no/tema/midia/>

Myhre A, Tysnes O-B. Etiologi og genetik ved Alzheimers sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:50-3.

Stene LCM. Early life exposures and risk of childhood onset Type 1 diabetes. Thesis. Faculty of Medicine. University of Oslo 2002.









