



Innkalling
av
Eldrerådet

Møtedato: 14.10.2019
Møtestad: Heradsstyresalen
Møtetid: kl. 13.30

Eventuelle forfall må meldast til Marie Koksvik Thorsen per tlf. 56192100, sms til 90134247 eller per epost til marie.koksvik.thorsen@osteroy.kommune.no

Varamedlemmer møter berre etter nærare avtale.

Sakliste

Saknr	Tittel
020/19	Godkjenning av innkalling og sakliste
021/19	Godkjenning av møtebok
022/19	Referatsaker og meldingar
1	Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn
023/19	Høring - Lov om Eldreombudet

Orientering

Arbeidet med kommunen sitt budsjett for 2020 ved rådmannen og ordføraren.

7. oktober 2019

Åge Clausen
utvalsleiar

Marie Koksvik Thorsen
sekretær

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
020/19	Eldrerådet	PS	14.10.2019

Saksbehandlar	ArkivsakID
Marie Koksvik Thorsen	19/1745

Godkjenning av innkalling og sakliste

Innkalling og sakliste vert godkjent.

Saksopplysningar:

Innkalling med sakliste er send ut.

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
021/19	Eldrerådet	PS	14.10.2019

Saksbehandlar	ArkivsakID
Marie Koksvik Thorsen	19/1745

Godkjenning av møtebok

Vedlegg:

Protokoll - Eldrerådet - 06.06.2019

Protokoll-eldreråd-15.08.19

Møtebok frå 06.06.19 og 15.08.19 vert godkjend.

Saksopplysningar:

Møteprotokoll frå møta 06.06.19 og 15.08.19 er send ut til godkjenning.



Møteprotokoll for Eldrerådet

Møtedato: 06.06.2019
Møtestad: Formannskapssalen
Møtetid: kl. 13.30 – kl. 15.00

Frammøtte medlemmer	Parti	Rolle
Audun Mosevoll	KRF	Medlem
Ove Kleiveland		Nestleiar
Åge Clausen		Utvalsleiar

Forfall meldt frå medlem	Parti	Rolle
Aslaug Gjerstad		Medlem
Atle Eide		Medlem
Berge Litland		Medlem
Magne Reigstad		Medlem

Følgjande frå administrasjonen møtte: Utvalsekreteraren og sektorleiar for helse- omsorg og sosial.

Sakliste

Saknr	Tittel
011/19	Godkjenning av innkalling og sakliste
012/19	Godkjenning av møtebok
013/19	Referatsaker og meldingar
014/19	Omsorg+ 2020 - 2040 - eit vegval for Osterøy kommune
015/19	Økonomiplan 2020 - 2023

011/19: Godkjenning av innkalling og sakliste

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Innkalling og sakliste vert godkjent.

06.06.2019 ELDRERÅDET

Møtet vart ikkje handsama fordi eldrerådet ikkje var vedtaksføre. Dei tre medlemmene som møtte satt pris orienteringa dei fekk frå sektorleiar for helse- omsorg og sosial om sak PS 014/19: Omsorg+ 2020 - 2040 -eit vegval for Osterøy kommune.

012/19: Godkjenning av møtebok

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Møtebok frå 24.04.19 vert godkjend.

06.06.2019 ELDRERÅDET

Saka vart ikkje handsama fordi eldrerådet ikkje var vedtaksføre.

013/19: Referatsaker og meldingar

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Referatsakene vert tekne til vitande.

06.06.2019 ELDRERÅDET

Saka vart ikkje handsama fordi eldrerådet ikkje var vedtaksføre.

014/19: Omsorg+ 2020 - 2040 - eit vegval for Osterøy kommune

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Heradsstyret vedtar alternativ 2 som modell for utvikling av Omsorg+ i Osterøy kommune, slik rådmannen tilrår i saksframstillinga.

05.06.2019 FORMANNSKAPET

AVRØYSTING

Rådmannen sitt framlegg vart samrøystes tilrådd.

FS - 045/19 VEDTAK:

"Heradsstyret vedtar alternativ 2 som modell for utvikling av Omsorg+ i Osterøy kommune, slik rådmannen tilrår i saksframstillinga."

06.06.2019 ELDRERÅDET

Sektorleiar for helse- omsorg og sosial orienterte om saka, og gjorde rede for alternativ 2 for utbygging av bustader.

Eldrerådet gav slik uttale:

"Dei tre medlemmane som møtte støtter rådmannen sitt framlegg om alternativ 2 for utbygging. Samtidig understreker me behovet for konkrete handlingsplanar og kompetanse i gjennomføringa av dette."

ELD - 014/19 VEDTAK:

Eldrerådet sin uttale:

"Dei tre medlemmane som møtte støtter rådmannen sitt framlegg om alternativ 2 for utbygging. Samtidig understreker me behovet for konkrete handlingsplanar og kompetanse i gjennomføringa av dette."

015/19: Økonomiplan 2020 - 2023

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

«Heradsstyret tek førebels ramme for arbeidet med budsjett 2020 og økonomiplan 2020 – 2023 til vitande.»

05.06.2019 FORMANNSKAPET

Økonomisjefen var til stades i møtet ved handsaminga.

Ordføraren stilte spørsmål om årsaker til større underskot i økonomiplanen.

Økonomisjefen viste m.a. til driftsunderskot i 2019, mindre inntekter og høgare utgifter som følgje av nye lovpålagte tiltak.

AVRØYSTING

Rådmannen sitt framlegg vart samrøystes tilrådd.

FS - 044/19 VEDTAK:

«Heradsstyret tek førebels ramme for arbeidet med budsjett 2020 og økonomiplan 2020 – 2023 til vitande.»

06.06.2019 ELDRERÅDET

Saka vart ikkje handsama fordi eldrerådet ikkje var vedtaksføre.

Til å skrive under møteprotokollen saman med utvalsleiar vart Audun Mosevoll og Ove Kleiveland valde.

Lonevåg 07.06.2019

Marie Koksvik Thorsen
utvalssekretær

Åge Clausen
utvalsleiar

Audun Mosevoll

Ove Kleiveland



Møteprotokoll for Eldrerådet

Møtedato: 15.08.2019
Møtestad: Heradsstyresalen
Møtetid: kl. 13.00 – kl. 15.20

Frammøtte medlemmer	Parti	Rolle
Aslaug Gjerstad		Medlem
Audun Mosevoll	KRF	Medlem
Berge Litland		Medlem
Magne Reigstad		Medlem
Ove Kleiveland		Nestleiar
Åge Clausen		Utvalsleiar

Forfall meldt frå medlem	Parti	Rolle
Atle Eide		Medlem

Følgjande frå administrasjonen møtte:
Sektorleiar for helse- omsorg og sosial og utvalssekretæren

Sakliste

Saknr	Tittel
016/19	Godkjenning av innkalling og sakliste
017/19	Godkjenning av møtebok
018/19	Referatsaker og meldingar
1	Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn
019/19	Omsorg+ 2020 - 2040 - eit vegval for Osterøy kommune

016/19: Godkjenning av innkalling og sakliste

Rådmannen sitt framlegg:

Innkalling og sakliste vert godkjent.

15.08.2019 ELDRERÅDET

Eldrerådet ønskja å halde dette møtet for å drøfte tilleggsvedtaket om Omsorg +, som gjeld alternativ plassering av omsorgsbustader i Lonevåg. Rådet valde difor å utsetje andre saker til neste møte.

ELD - 016/19 VEDTAK:

«Sakene utenom sak 019/19 (Omsorg +) vart utsatt til neste møte.»

017/19: Godkjenning av møtebok

Rådmannen sitt framlegg:

Møtebok frå 06.06.2019 vert godkjend.

15.08.2019 ELDRERÅDET

Eldrerådet vart samde om å utsetje saka til neste møte.

ELD - 017/19 VEDTAK:

«Saka vart utsatt til neste møte.»

018/19: Referatsaker og meldingar

Rådmannen sitt framlegg:

Referatsakene vert tekne til vitande.

15.08.2019 ELDRERÅDET

Eldrerådet vart samde om å utsetje saka til neste møte.

ELD - 018/19 VEDTAK:

«Saka vart utsatt til neste møte.»

019/19: Omsorg+ 2020 - 2040 - eit vegval for Osterøy kommune

Rådmannen sitt framlegg:

Heradsstyret vedtar alternativ 2 som modell for utvikling av Omsorg+ i Osterøy kommune, slik rådmannen tilrår i saksframstillinga.

05.06.2019 FORMANNSKAPET

AVRØYSTING

Rådmannen sitt framlegg vart samrøystes tilrådd.

FS - 045/19 VEDTAK:

"Heradsstyret vedtar alternativ 2 som modell for utvikling av Omsorg+ i Osterøy kommune, slik rådmannen tilrår i saksframstillinga."

06.06.2019 ELDRERÅDET

Sektorleiar for helse- omsorg og sosial orienterte om saka, og gjorde rede for alternativ 2 for utbygging av bustader.

Eldrerådet gav slik uttale:

"Dei tre medlemmane som møtte støtter rådmannen sitt framlegg om alternativ 2 for utbygging. Samtidig understreker me behovet for konkrete handlingsplanar og kompetanse i gjennomføringa av dette."

ELD - 014/19 VEDTAK:

Eldrerådet sin uttale:

"Dei tre medlemmane som møtte støtter rådmannen sitt framlegg om alternativ 2 for utbygging. Samtidig understreker me behovet for konkrete handlingsplanar og kompetanse i gjennomføringa av dette."

06.06.2019 RÅD FOR MENNESKE MED NEDSETT FUNKSJONSEVNE

Kåre Hagebø gjorde slikt framlegg: "Saka vert teken til orientering."

AVRØYSTING

Ta saka til orientering: - samrøystes vedteke

RFF - 013/19 VEDTAK:

"Saka vert teken til orientering."

19.06.2019 HERADSSTYRET

Rita Tveiten, AP, gjorde slikt framlegg: "Rådmannen får i oppdrag å greia ut, i første omgang Lonevåg som alternativ plassering av omsorg+ bustader. I utgreiinga må det vurderast nytte for brukarane, t.d. i høve trivsel og meisting i eige liv, effektiv ressursutnytting for kommunen, herunder rasjonell utnytting av helsepersonell samt økonomiske konsekvensar av eit slikt alternativ. Det må også vurderast korleis samarbeid med private utbyggjarar kan koma til nytte.

Grunngjeving:

Meistring og deltaking i samfunnet er viktig for å oppretthalda god helse og trivsel og er strekt vektlagt i Regjeringa sin strategi «Leve hele livet». I eit slikt perspektiv kan ein sjå føre seg at det å vera tett på eit pulserande liv har betydning. Det er mange argument som talar for at Omsorg + bustader bør leggjast i nærleiken der det er sørvistilbod som butikk, kafé, post, bibliotek, fritidstilbod, kommunikasjon som buss og taxi, kommunale tenester m.m. som også andre enn dei som bur i Omsorg+ bustader nyttar. Det handlar om å vera tett på dagleglivet som utgjer «pulsen» i nærmiljø og samfunn."

Framlegget vart trekt før avrøysting.

Rita Tveiten, AP, gjorde slikt nytt framlegg: "Planen vert gjennomført som framlagt kva gjeld første byggetrinn, demenslandsbyen. I neste omgang skal framlegget under vurderast før endeleg vedtak vert fatta om lokalisering av omsorg+. Rådmannen får i oppdrag å greia ut, i første omgang Lonevåg som alternativ plassering av omsorg+ bustader. I utgreiinga må det vurderast nytte for brukarane, t.d. i høve trivsel og meistring i eige liv, effektiv ressursutnytting for kommunen, herunder rasjonell utnytting av helsepersonell samt økonomiske konsekvensar av eit slikt alternativ. Det må også vurderast korleis samarbeid med private utbyggjarar kan koma til nytte.

Grunngjeving:

Meistring og deltaking i samfunnet er viktig for å oppretthalda god helse og trivsel og er strekt vektlagt i Regjeringa sin strategi «Leve hele livet». I eit slikt perspektiv kan ein sjå føre seg at det å vera tett på eit pulserande liv har betydning. Det er mange argument som talar for at Omsorg + bustader bør leggjast i nærleiken der det er sørvistilbod som butikk, kafé, post, bibliotek, fritidstilbod, kommunikasjon som buss og taxi, kommunale tenester m.m. som også andre enn dei som bur i

Omsorg+ bustader nyttar. Det handlar om å vera tett på dagleglivet som utgjer «puls» i nærmiljø og samfunn."

AVRØYSTING

Alternativ avrøysting

Formannskapet sitt framlegg	-	14 røyster (2KRF,2SP,2MDG,4H,4FRP)
Rita Tveiten sitt framlegg	-	11 røyster (7AP,1uavh, 1KRF,2FRP,)

I slutten av møtet gjorde heradsstyret vedtak om å ta saka opp til ny avrøysting.

AVRØYSTING

Alternativ avrøysting

Formannskapet sitt framlegg	-	10 røyster (2KRF,2SP,2MDG,4H,)
Rita Tveiten sitt framlegg	-	15 røyster (7AP,1uavh, 1KRF,6FRP,)

HS - 040/19 VEDTAK:

"Planen vert gjennomført som framlagt kva gjeld første byggetrinn, demenslandsbyen. I neste omgang skal framlegget under vurderast før endeleg vedtak vert fatta om lokalisering av omsorg+.

Rådmannen får i oppdrag å greia ut, i første omgang Lonevåg som alternativ plassering av omsorg+ bustader. I utgreinga må det vurderast nytte for brukarane, t.d. i høve trivsel og meistring i eige liv, effektiv ressursutnytting for kommunen, herunder rasjonell utnytting av helsepersonell samt økonomiske konsekvensar av eit slikt alternativ. Det må også vurderast korleis samarbeid med private utbyggjarar kan koma til nytte.

Grunngjeving:

Meistring og deltaking i samfunnet er viktig for å oppretthalda god helse og trivsel og er strekt vektlagt i Regjeringa sin strategi «Leve hele livet». I eit slikt perspektiv kan ein sjå føre seg at det å vera tett på eit pulserande liv har betydning. Det er mange argument som talar for at Omsorg + bustader bør leggjast i nærleiken der det er sørvistilbod som butikk, kafé, post, bibliotek, fritidstilbod, kommunikasjon som buss og taxi, kommunale tenester m.m. som også andre enn dei som bur i Omsorg+ bustader nyttar. Det handlar om å vera tett på dagleglivet som utgjer «puls» i nærmiljø og samfunn."

15.08.2019 ELDRERÅDET

Sektorleiar for helse- omsorg og sosial møtte for å orientere om saka og svare på spørsmål.

Eldrerådet vart samde om at dei ikkje støtter tilleggsvedtaket om at det skal gjennomførast ei utgreiing om alternativ plassering av Omsorg + i Lonevåg. Rådet held fram med å støtte rådmannen sitt framlegg om plassering på Hauge. I den forbindelse ønskjer eldrerådet å skrive eit innlegg i lokalavisa for å gjere greie for sitt synspunkt. Leiar og nestleiar tok på seg ansvaret for å gjennomføre dette.

Det vart ikkje gjort andre vedtak om saka.

ELD - 019/19 VEDTAK:

«Eldrerådet vart samde om at dei ikkje støtter tilleggsvedtaket om at det skal gjennomførast ei utgreiing om alternativ plassering av Omsorg + i Lonevåg. Rådet held fram med å støtte rådmannen sitt framlegg om plassering på Hauge. I den forbindelse ønskjer eldrerådet å skrive eit innlegg i lokalavisa for å gjere greie for sitt synspunkt. Leiar og nestleiar tok på seg ansvaret for å gjennomføre dette.»

Til å skrive under møteprotokollen saman med utvalsleiar vart Audun Mosevoll og Berge Litland valde.

Lonevåg 23.08.2019

Marie Koksvik Thorsen
utvalssekretær

Åge Clausen
utvalsleiar

Audun Mosevoll

Berge Litland

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
022/19	Eldrerådet	PS	14.10.2019

Saksbehandlar	ArkivsakID
Marie Koksvik Thorsen	19/1745

Referatsaker og meldingar

Underliggjande saker:

Saksnummer	Tittel
1	Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn

Referatsakene vert tekne til vitande.

Saksopplysningar:

Notat

Til:

Kopi til:

Saksbehandler: Plan/Viviann Kjøpstad

Vår referanse: 16/2748 - 90 / FA-F03

Dato: 17.06.2019

Emne: Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn

Regjeringa har kome med ei melding til Stortinget i Meld.St.19(2018-2019) Folkehelsemeldinga- Gode liv i eit trygt samfunn. Tilrådinga var frå Helse-og omsorgsdepartementet 5 april 2019 og vart godkjent i statsråd same dag.

Bakgrunn:

I Folkehelsemeldinga presenterer regjeringa den samla innsatsen for å fremje betre folkehelse og god livskvalitet i befolkninga. Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt, og noko av formålet med denne meldinga er å samle og gjere greie for arbeidet i ulike sektorar. Regjeringa vil vidareføre og vidareutvikle eit effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Ein viktig del av dette er å skape eit trygt samfunn og fremje helsevennlige val. Særleg på nokre område ønskjer regjeringa å forsterke innsatsen. Dette gjeld områda tidleg innsats for barn og unge, førebygging av einsemd og mindre sosial ulikskap i helse. Den norske folkehelsemodellen legg opp til ei systematisk arbeidsform i ein fireårssyklus med rapportering om status, utvikling av tiltak og evaluering. Denne folkehelsemeldinga inngår dermed i denne systematikken – ei arbeidsform som regjeringa med dette fører vidare.

I rapporten står det: *Regjeringa vil bidra til eit berekraftig velferdssamfunn gjennom eit godt og systematisk tverrsektorielt folkehelsearbeid. Noreg skal følgje opp berekraftsmåla til FN, og eit godt folkehelsearbeid er nødvendig for å nå desse måla. Berekraft er derfor eit gjennomgåande tema i denne meldinga*

Hovudgrep:

Regjeringa vil vidareføre og vidareutvikle eit effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Ein viktig del av dette er å skape eit trygt samfunn og fremje helsevennlige val. Særleg på nokre område ønskjer regjeringa å forsterke innsatsen:

- tidleg innsats for barn og unge
- førebygging av einsemd

– mindre sosial ulikskap i helse

Forsterka innsats :

Regjeringa legg vekt på at tidleg innsats for barn og unge er avgjerande for god folkehelse

Innsats for eit trygt samfunn og gode levevanar

Gode lokalsamfunn og nærmiljø er grunnleggjande føresetnader for god helse og livskvalitet

Eit effektivt folkehelsearbeid

Eit kjenneteikn ved folkehelsearbeidet er den tverrsektorielle innsatsen og forståinga av kor viktig det er at heile samfunnet gjer ein innsats for å påverke faktorar som fremjar helse og trivsel i befolkninga. Tverrsektorielt samarbeid er derfor nødvendig i folkehelsearbeidet.

Potensial ved førebygging

Eit godt folkehelsearbeid kan spare både den enkelte og samfunnet for kostnader. Kostnadene med dårleg helse og livskvalitet i befolkninga er omfattande både for den enkelte og for helsevesenet og er derfor utfordrande for eit berekraftig velferdssystem. Helse har innverknad på deltaking i utdanning og arbeidsliv.

Spesielt om kommunane:

Det er skildra noko om det organisatoriske rammeverket rundt folkehelsearbeidet i kap 7.4. Her er det mellom anna vist til kommunane sitt ansvar.

Kommunen har ansvar for å fremje folkehelse gjennom alle verkemidla sine og i dei oppgåvene kommunen er tildelt. Basert på tilgjengeleg statistikk og informasjon skal kommunane skaffe seg oversikt over dei lokale påverknadsfaktorane og skildre helsetilstanden blant innbyggjarane sine. Deretter blir det forventa at kommunane nyttar denne oversikta som grunnlag for planstrategien sin og i arbeidet med kommuneplanar etter plan- og bygningslova. Oversikta skal òg danne grunnlag for fastsetjing av mål og strategiar, og for utvikling av tiltak som kan møte dei folkehelseutfordringane kommunen står overfor. Til saman utgjer dette eit systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid som er politisk forankra og integrert i plansystemet i kommunen. I tillegg har kommunane ei heilt sentral rolle på enkelte folkehelseområde. Løyvesystemet i alkohollova er eit døme på at kommunane har fridom til – og ansvar for – å utvikle ein lokalt tilpassa alkoholpolitikk som tek utgangspunkt i dei utfordringane kommunen står overfor. Eit anna døme er at kommunane har ansvar for å føre tilsyn med detaljsal av tobakk. Kommunane har òg ei viktig rolle i å sikre ei berekraftig samfunnsutvikling lokalt. Det er forventa at kommunane skal bidra til å skape lågutsleppssamfunn der mellom anna kunnskap om klima og miljø, inkludert grøn økonomi, er eit viktig element. For å innfri dette må kommunane ha brei kompetanse når det gjeld samfunnsutvikling og samarbeid.

Helse i all politikk:

I kap 8 er det vist til at regjeringa har ei brei tilnærming til folkehelse. Her står det mellom anna:

Folkehelsearbeid er den innsatsen samfunnet gjer for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremjar helse og trivsel i befolkninga. Det vil seie at folkehelsepolitikken omfattar tiltak i alle sektorar som har verknader for helsetilstanden i befolkninga. Det inneber òg at det er heilt nødvendig med innsats på tvers av sektorar. Frivillige organisasjonar og det private næringslivet

er viktige aktører i folkehelsearbeidet og nødvendige samarbeidspartnere for det offentlige, både sentralt og lokalt.



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 19

(2018–2019)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldinga

Gode liv i eit trygt samfunn





DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 19

(2018–2019)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldinga

Gode liv i eit trygt samfunn

Innhald

1	Berekraftig folkehelsearbeid.....	8	Del II	Innsats for eit trygt samfunn og gode levevanar	63
1.1	Hovudgrep i meldinga	8			
1.2	Prosess og innspel til meldinga	11			
1.3	Nasjonale mål og berekraftsmåla ..	11	5	Eit trygt og helsefremjande samfunn	65
1.3.1	Nasjonale mål	11			
1.3.2	Globale mål for å redusere ikkje-smittsame sjukdommar	13	5.1	Nærmiljø- og lokalsamfunns-utvikling	65
1.3.3	Berekraftsmåla til FN	13	5.1.1	Kommunalt utviklingsarbeid	65
1.4	Hovudutfordringar for folkehelsa ..	14	5.1.2	Områdesatsingar	67
1.5	Status for folkehelsearbeidet	15	5.1.3	Aktivitetsvennlege bu- og nærmiljø	67
1.6	Internasjonalt samarbeid	17	5.2	Fremje livskvalitet og god psykisk helse i befolkninga	69
1.7	Samandrag	19	5.2.1	Livskvalitet som ein del av det psykiske folkehelsearbeidet	69
Del I	Forsterka innsats	23	5.2.2	Psykisk helse og livskvalitet i befolkninga	70
2	Tidleg innsats for barn og unge	25	5.2.3	Felles innsats for å styrkje livskvalitet og psykisk helse i befolkninga	71
2.1	Kva familien og godt foreldreskap har å seie	26	5.2.4	Førebyggje psykiske plager og lidningar	72
2.2	Helsestasjons- og skulehelsetenesta	27	5.2.5	Fremje livskvalitet og psykisk helse gjennom gode levevanar	73
2.3	Barnehage, skule og skulefritidsordning (SFO)	28	5.2.6	Førebyggje sjølv-mord og sjølv-mordsforsøk i befolkninga	73
2.4	Barnevern og familievern	33	5.3	Aldersvennleg samfunn	74
2.5	Fritid, kultur og nærmiljø	34	5.3.1	Helse og livskvalitet i eldre-befolkninga	75
2.6	Nærmare om tiltak særleg retta mot ungdom	35	5.3.2	Nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg	76
2.6.1	Helse- og velferdstenester for studentar	38	5.3.3	Demens – førebygging og meistring	77
3	Saman mot einsemd – regjeringa sin strategi for å førebyggje einsemd (2019 – 2023)	41	5.4	Skadar og ulykker	79
3.1	Hovudmål 1 Synleggjere einsemd som folkehelseutfordring og stimulere til auka sosial deltaking	43	5.4.1	Nullvisjon 2019 – 2027 – reduksjon av alvorlege fallulykker i heimen	80
3.2	Hovudmål 2 Få meir kunnskap om einsemd og effektive tiltak	48	5.5	Vald og overgrep	84
3.3	Hovudmål 3 Arbeide systematisk for å førebyggje einsemd og auke den sosiale støtta	49	5.5.1	Vald og overgrep – ei folkehelseutfordring	84
			5.5.2	Førebygging av vald og overgrep	85
			5.5.3	Tilbod og behandling for personar utsette for vald og overgrep og for utøvarar	88
4	Mindre sosial ulikskap i helse ..	52	5.5.4	Negativ sosial kontroll	88
4.1	Hovudgrep for å jamne ut sosiale helseforskjellar	55	5.6	Smittevern og antibiotikaresistens	89
4.2	Økonomiske faktorar	56	5.6.1	Smittevern	89
4.3	Utdanning	57	5.6.2	Statusen for antibiotikaresistens ..	90
4.4	Arbeid og arbeidsmiljø	58	5.6.3	Utdanning og opplæring i smittevern	91
4.5	Ulikskap i bruk av helsetenester ..	60			

5.7	Mattryggleik	91	6.9.1	Kommunikasjon og kampanjar om levevanar	134
5.7.1	Nokre utfordringar på området mattryggleik	92	6.9.2	«Health literacy» – om å forstå og bruke informasjon om helse	136
5.8	Drikkevatt	94	6.9.3	Digitalt folkehelsearbeid	136
5.8.1	Status og utfordringar	94	Del III	Eit effektivt folkehelsearbeid ..	139
5.8.2	Nasjonale mål for vatn og helse – tiltak	95	7	Den norske folkehelse-	
5.8.3	Betre samordning i forvaltinga	95		modellen	141
5.9	Miljø og helse	96	7.1	Overordna perspektiv i folkehelsearbeidet	141
5.9.1	Kjemikal og miljøgifter	96	7.1.1	Ein folkehelsepolitikk som treffer alle	142
5.9.2	Luftforureining	97	7.1.2	Ansvar til samfunnet og ansvaret til individet	142
5.9.3	Støy	98	7.2	Det juridiske rammeverket rundt folkehelsearbeidet	143
5.9.4	Inneklima	99	7.2.1	Folkehelselova	143
5.9.5	Stråling	99	7.2.2	Andre folkehelselover og folkehelseomsyn i regelverka i andre sektorar	144
5.10	Beredskap	101	7.3	Det økonomiske rammeverket rundt folkehelsearbeidet	144
5.10.1	Beredskap mot smittsame sjukdommar og farlege stoff	101	7.3.1	Finansiering av førebyggjande tiltak og folkehelsearbeid	144
5.10.2	Samfunnstryggleik og beredskap på drikkevassområdet	102	7.3.2	Prinsipp for prioritering på folkehelseområdet	145
5.10.3	Legemiddelberedskap	103	7.4	Det organisatoriske rammeverket rundt folkehelsearbeidet	147
5.10.4	Nasjonal førstehjelpsdugnad	103	7.4.1	Det systematiske folkehelsearbeidet i kommunane	147
6	Gode levevanar og helsevennlege val	105	7.4.2	Folkehelseinstituttet	150
6.1	NCD-utfordringane (ikkje-smittsame sjukdommar)	105	7.4.3	Helsedirektoratet	151
6.1.1	Ny NCD-strategi	105	7.4.4	Fylkesmannen	151
6.2	Betre helse og livskvalitet for personar med kronisk sjukdom eller sansetap	110	7.4.5	Fylkeskommunen	152
6.2.1	Kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar	110	8	Helse i all politikk	153
6.2.2	Sansetap og livskvalitet	113	8.1	Brei tilnærming til folkehelse	153
6.2.3	Om pårørande	114	8.2	Innsats i frivillig sektor	153
6.2.4	Samarbeid med frivillige organisasjonar og brukarorganisasjonar	115	8.2.1	Frivillig sektor som kunnskapsleverandør og samarbeidspartnar	154
6.3	Fysisk aktivitet	116	8.2.2	Statlege verkemiddel for auka deltaking	155
6.4	Kosthald og ernæring	120	8.3	Samarbeid med næringslivet	156
6.4.1	Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2017– 2021)	120	8.3.1	Næringslivet sitt samfunnsansvar	156
6.4.2	Mat og ernæring i helse- og omsorgstenesta	121	8.3.2	Samarbeid for å nå folkehelsepolitiske mål	157
6.4.3	Samarbeid med matvarebransjen ..	122	8.4	Folkehelsearbeidet til regjeringa ..	159
6.5	Ny nasjonal tobakksstrategi	123	9	Godt kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet	182
6.5.1	Hovudmål i ny strategi	124	9.1	Folkehelsedata	182
6.5.2	Innsatsområde og tiltak	124	9.2	Forskning og innovasjon	186
6.6	Rusmiddel og doping	127	9.3	Kunnskapshandtering	188
6.6.1	Alkohol	128			
6.6.2	Narkotika	129			
6.6.3	Doping	131			
6.7	Seksuell helse	132			
6.8	Søvn	133			
6.9	Kommunikasjon og digitalisering	134			

10	Økonomiske og administrative konsekvensar	191
	Litteraturliste	192

Vedlegg

1	Oversikt over relevante vedtatte meldinger, strategiar og planar frå regjeringa	199
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 19

(2018–2019)

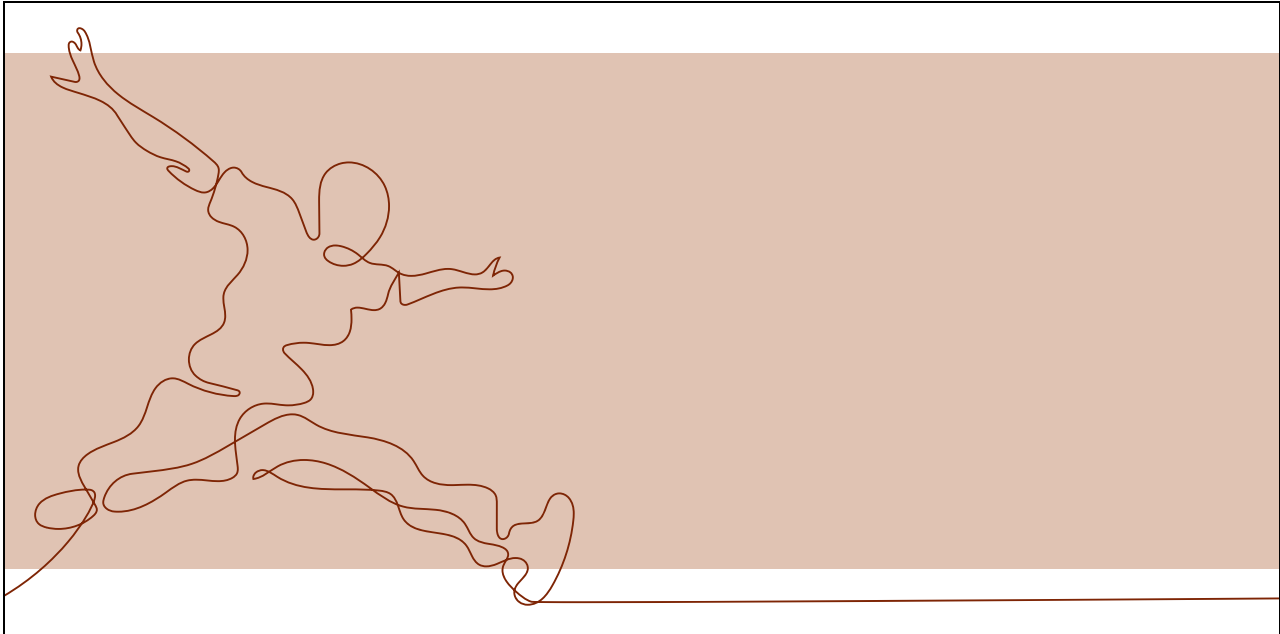
Melding til Stortinget

Folkehelsemeldinga

Gode liv i eit trygt samfunn

*Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 5. april 2019,
godkjend i statsråd same dagen.
(Regjeringa Solberg)*

1 Berekraftig folkehelsearbeid



Figur 1.1

God helse og livskvalitet er viktig for den enkelte. Helse og livskvaliteten til befolkninga har innverknad på samfunnsutviklinga, og blir sjølv påverka av korleis samfunnet endrar seg.

Regjeringa vil bidra til eit berekraftig velferds-samfunn gjennom eit godt og systematisk tverrsektorielt folkehelsearbeid. Noreg skal følgje opp berekraftsmåla til FN, og eit godt folkehelsearbeid er nødvendig for å nå desse måla. Berekraft er derfor eit gjennomgåande tema i denne meldinga.

Folkehelsearbeidet går for seg i stort sett alle sektorar og på alle forvaltingsnivå. Regjeringa legg vekt på at frivillig sektor, ideelle organisasjonar, næringslivet og offentlege myndigheiter må samarbeide om innsatsen. Arbeidet skal vere kunnskapsbasert, og vi skal vere pådrivarar for at ny teknologi blir teken i bruk der det er relevant.

Gode levekår, god helse, livskvalitet og trivsel heng saman. Folkehelsearbeidet må leggje til rette for god helse for alle og bidra til mindre sosial ulikskap i helse. Regjeringa prioriterer tidleg innsats blant barn og unge for å bidra til å gi dei ein god og trygg oppvekst. Samtidig må folkehelsearbeidet gjelde alle livsfasar. Vi lever lenger, og det krev tilrettelegging for aktivitet, deltaking og god livskvalitet i høg alder.

Regjeringa legg ei brei tilnærming til grunn for folkehelsepolitikken. I tillegg til det breie folkehelsearbeidet for å nå heile befolkninga ser regjeringa det som viktig å leggje til rette for god helse og livskvalitet hos dei som har særskilde behov. Det gjeld mellom anna personar med kronisk sjukdom eller funksjonsnedsetjingar. Innsatsen til dei pårørande må takast på alvor. I tråd med Granavolden-plattformen vil regjeringa leggje prinsippet om å førebyggje der ein kan, og reparere der ein må, til grunn i folkehelsearbeidet.

1.1 Hovudgrep i meldinga

Regjeringa vil vidareføre og vidareutvikle eit effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Ein viktig del av dette er å skape eit trygt samfunn og fremje helsevennlege val. Særleg på nokre område ønskjer regjeringa å forsterke innsatsen:

- tidleg innsats for barn og unge
- førebygging av einsemd
- mindre sosial ulikskap i helse

Det er brei semje om store delar av folkehelsepolitikken, og det legg eit godt grunnlag for eit lang-

siktig arbeid. Denne meldinga byggjer vidare på Meld. St. 19 (2014–2015) «Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter». Hovudtrekka i utfordringsbiletet er i all hovudsak dei same som i 2015. Folkehelsearbeidet må vere langsiktig, og mange av elementa frå den førre meldinga blir vidareførte og forsterka.

Delar av Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre» blir følgde opp i denne folkehelsemeldinga. Ein må òg sjå meldinga i samanheng med andre meldingar, planar og strategiar og annan innsats frå regjeringa. Det er utarbeidd ei rekkje andre meldingar, strategiar og handlingsplanar som påverkar folkehelsearbeidet. Desse er omtalte der det er relevant i teksten, og det er laga ei oversikt over dei i vedlegg 1.

Vidare blir fleire kommande eller igangverande arbeid omtalte. Mange av desse er samanfatta i boks 1.1.

Forsterka innsats

Regjeringa legg vekt på at tidleg innsats for barn og unge er avgjerande for god folkehelse. Livssituasjonen, oppveksten og utviklinga til barn og unge har mykje å seie, og det er viktig å leggje til rette for godt foreldreskap, trygge og gode heimar og

eit trygt og godt nærmiljø. Slik kan regjeringa bidra til å fremje god fysisk og psykisk helse i befolkninga. God kvalitet i barnehagen, skulen og skulefritidsordninga (SFO) er avgjerande for læring, trivsel og helse. God samhandling på tvers i tenesteapparatet har òg mykje å seie. Førebygging av vald og overgrep er ein viktig del av arbeidet for ein god oppvekst.

Noreg er eitt av verdas beste land å bu i, og for dei fleste er dei materielle forholda svært bra. Men det er sosiale forskjellar, og det gir seg utslag i sosiale helseforskjellar i alle aldersgrupper. Ei hovudutfordring er at mange barn lever i familiar med vedvarande låg inntekt. Regjeringa vil forsterke innsatsen for å redusere dei sosiale forskjellane, både gjennom målretta tiltak og ved å skape like moglegheiter og gode livsvilkår for alle, uavhengig av kjønn, alder, funksjonsnedsetjing, etnisitet, religion og livssyn, og seksuell orientering og kjønnsidentitet. For regjeringa inneber reelt likeverd ikkje berre formelle rettar, men òg reelle moglegheiter. Utdanning, arbeid og økonomiske ressursar bidreg til å motverke forskjellar.

Folkehelsearbeidet handlar òg om å fremje god livskvalitet. Det inneber mellom anna at ein kan delta i samfunnet og oppleve sosial støtte. Mange er einsame, og det er ein alvorleg risiko-

Boks 1.1 Strategiar i meldinga og planlagde eller påbegynte meldingar, strategiar og handlingsplanar

- Strategi for å førebyggje einsemd (2019–2023) (inkludert i denne meldinga)
- Nasjonal tobakksstrategi 2019–2021 (inkludert i denne meldinga)
- Nullvisjon 2019–2027 – reduksjon av alvorlege fallulykker i heimen (inkludert i denne meldinga)
- Demensplan 2025
- Handlingsplan for allmennlegetenesta i kommunane
- Handlingsplan for eit betre smittevern med vekt på helseinstitusjonane
- Handlingsplan for fysisk aktivitet
- Handlingsplan for likestilling av menneske med funksjonsnedsetjing
- Handlingsplan for sjølvmoordsførebygging
- Handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunnlag av etnisitet og religion
- Melding til Stortinget om barne- og ungdomskultur
- Melding til Stortinget om menneskerettane og likeverdet til utviklingshemma
- Melding til Stortinget om nasjonale minoritetar
- Melding til Stortinget om tidleg innsats og inkluderande fellesskap i barnehager og skular
- Melding til Stortinget om ungdomspolitikkk
- Nasjonal alkoholstrategi
- Nasjonal helse- og sjukehusplan 2019
- Nasjonal plan mot utbrudd av alvorlege smittsomme sykdommer
- Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge (2019-2023)
- NCD-strategi (ikkje-smittsame sjukdommar)
- Ny strategi for radioaktiv forureining i dyr, fôr og næringsmiddel i regi av DSA og Mattilsynet.
- Samarbeidsstrategi som fremjar deltaking og styrkjer moglegheitene for barn i låginntektsfamiliar
- Strategi for auka HL («health literacy»)
- Strategi mot internettrelaterte overgrep

faktor. Å førebyggje einsemd kan bidra til å fremje livskvalitet og god psykisk helse og førebyggje sjukdom og for tidleg død. Regjeringa vil auke innsatsen mot einsemd og lanserer i meldinga ein strategi for å førebyggje einsemd. Frivillig sektor er ein viktig ressurs.

Innsats for eit trygt samfunn og gode levevanar

Gode lokalsamfunn og nærmiljø er grunnleggjande føresetnader for god helse og livskvalitet. Gode bustadområde med tilgang til friluftsområde og trygge skulevegar er døme på kva som betyr noko i kvardagen.

Regjeringa legg opp til aktivitet, deltaking og sosialt fellesskap for eldre menneske der målet er å ta vare på forholdet til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevingar og møte på tvers av generasjonane. Regjeringa vil i 2019 etablere eit nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg (Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet). Regjeringa har i 2019 etablert Rådet for eit aldersvennleg Noreg, som skal bidra til å gjennomføre programmet. I arbeidslivet og i pensjonspolitikken stimulerer ein til eit lengre arbeidsliv, og avgangsalderen aukar både for kvinner og menn. Seniorressursen er eit viktig samfunnsbidrag.

Regjeringa legg våren 2019 fram ein opptrappingsplan for den psykiske helsa til barn og unge. Arbeidet for å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet held fram.

Dei helsemessige konsekvensane av vald og overgrep kan vere omfattande, alvorlege og potensielt livstrugande. Regjeringa vil vidareføre innsatsen mot vald og overgrep.

Førebygging av skadar og ulykker vil vere ei prioritert oppgåve framover, og ein skal leggje særleg vekt på ein nullvisjon for alvorlege fallulykker i heimen.

Det kan vere fare for at viktige delar av folkehelsearbeidet blir tekne for gitt. Frisk luft, rein natur og sunt innklima er grunnleggjande for god helse. Arbeidet for å forhindre antibiotikaresistens er ei av dei største helseutfordringane i dag. Strålevern, sjukdomsførebygging gjennom godt smittevern, og arbeid med mattryggleik og trygt drikkevatt er òg avgjerande. Vi kan ikkje bevare den gode helsetilstanden vi har i Noreg i dag, utan å verne om desse områda. Regjeringa vil derfor trekkje fram kor viktig det er å satse vidare på desse områda, som òg er nært knytte til beredskapsfeltet mellom anna når det gjeld drikkevatt og smittevern.

Å kunne gjere gode helseval er ein føresetnad for god helse hos den enkelte. Regjeringa vil vida-

reføre arbeidet med å leggje til rette for helsevennlege val ved framleis å satse på auka fysisk aktivitet, betre kosthald og mindre bruk av tobakk og rusmiddel. Samfunnet skal leggje til rette for at sunne val blir enkle val. Ein skal leggje meir vekt på korleis informasjon om helsevennlege val skal nå alle. Det er viktig for at den enkelte kan ta informerte val.

Regjeringa lanserer i denne meldinga ein ny nasjonal tobakksstrategi. Meldinga presenterer òg overordna mål, strategiar og hovudinnsatsområde for fysisk aktivitet, som grunnlag for ein ny handlingsplan for auka fysisk aktivitet.

Regjeringa skal leggje fram ein nasjonal alkoholstrategi. Samarbeidet med næringslivet om sunnare kosthald skal vidareførast.

Eit folkehelsearbeid som når ulike målgrupper i samfunnet, er viktig. Personar med kronisk sjukdom eller funksjonsnedsetjingar møter særskilde utfordringar og må bli tekne vare på. Folkehelsearbeidet må fremje helse og trivsel blant alle innbyggjarar.

Eit effektivt folkehelsearbeid

Eit kjenneteikn ved folkehelsearbeidet er den tverrsektorielle innsatsen og forståinga av kor viktig det er at heile samfunnet gjer ein innsats for å påverke faktorar som fremjar helse og trivsel i befolkninga. Tverrsektorielt samarbeid er derfor nødvendig i folkehelsearbeidet. Tilsvarende viktig er det at både private aktørar og frivillige bidreg saman med offentlege myndigheiter.

Eit effektivt folkehelsearbeid føreset god organisering av arbeidet, eit system for å følgje med på innsatsen og på utviklinga i helsetilstand og risikofaktorar. Det gjeld både på nasjonalt, kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Den norske folkehelsemodellen er eit godt utgangspunkt for dette. Det er nødvendig å forske på årsaker og effektive verkemiddel. Regjeringa ønskjer å løfte arbeidet med å vidareutvikle eit kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Potensial ved førebygging

Eit godt folkehelsearbeid kan spare både den enkelte og samfunnet for kostnader. Kostnadene med dårleg helse og livskvalitet i befolkninga er omfattande både for den enkelte og for helsevesenet og er derfor utfordrande for eit berekraftig velferdssystem. Helsa har innverknad på deltaking i utdanning og arbeidsliv. Det er positivt at det blir fleire eldre, og at levealderen aukar, men det er viktig at dei ekstra leveåra er gode.

I eit slikt perspektiv er førebyggjande og helsefremjande arbeid heilt essensielt, og det har vist seg å vere kostnadseffektivt både på kort og lang sikt (WHO 2014). Eit breitt spekter av førebyggjande og helsefremjande tiltak som er retta mot miljømessige og sosiale forhold og legg til rette for sunne levevaner, og førebyggjande tiltak som screening og vaksinar er nødvendig. Det bidreg til god helse i befolkninga, redusert sosial ulikskap i helse, eit meir berekraftig samfunn og ein meir berekraftig velferdsstat (WHO 2014).

Investeringar i helsetenesta har òg vist seg å ha mykje å seie for forventa levealder. Kjenne-teikn ved land som har høg forventa levealder, er høg inntekt i befolkninga, men òg at det blir investert i helsevesenet, i tillegg til utdanning og i ein sunnare livsstil. Det krev innsats på tvers av sektorar (OECD 2017a).

Det finst inga samla oversikt over kor mykje det norske samfunnet kan spare på eit godt folkehelsearbeid, men Helsedirektoratet har gjort fleire samfunnsøkonomiske berekningar av førebyggjande tiltak. Til dømes har direktoratet funne ut at dei potensielle samfunnsgevinstane av at befolkninga følgjer dei offisielle kostråda, er 154 milliardar kroner per år (basert på data for 2013). Den største verdien er knytt til fleire leveår og betre helse (136 milliardar kroner), men reduserte helsetenestekostnader og mindre produksjonstap er òg teke med (Helsedirektoratet 2016a).

Eit anna døme er at samfunnskostnadene ved sjukdom og ulykker er berekna til å utgjere rundt 1860 milliardar kroner i 2013, og førebyggjande tiltak har derfor eit stort potensial (Helsedirektoratet 2016b). Også her utgjer sjukdomsbyrda den største delen av samfunnskostnadene med 75 prosent, helsetenestekostnadene er berekna å utgjere 15 prosent av dei totale samfunnskostnadene, og produksjonstapet er estimert til å utgjere 10 prosent av dei samla samfunnskostnadene.

1.2 Prosess og innspel til meldinga

For å sikre medverknad og eit betre grunnlag for meldingsarbeidet inviterte Helse- og omsorgsdepartementet til innspelsmøte våren 2018. Det var òg rom for å gi skriftlege innspel. Det har komme om lag 200 innspel frå mange fagmiljø, frivillige organisasjonar, interesseorganisasjonar, kommunar og fylkeskommunar. Det har også komme innspel frå mange privatpersonar.

Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og betydinga av arbeidet i fleire sektorar har vore eit

hovudtema i mange innspel. Mange departement har delteke i arbeidet med å utarbeide meldinga. På denne måten har innspel frå alle relevante sektorar blitt varetekne.

Ny fagleg kunnskap om status i folkehelsearbeidet og om kva som er effektive tiltak, er nødvendig som grunnlag for å utvikle folkehelsepolitikken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har levert bakgrunnsmateriale for meldingsarbeidet.

1.3 Nasjonale mål og berekraftsmåla

1.3.1 Nasjonale mål

I folkehelsepolitikken er det brei tverrpolitisk semje om dei tre nasjonale måla til regjeringa:

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

Regjeringa vidarefører desse tre nasjonale måla. Ein må sjå måla i samheng med kvarandre, og samla varetek dei ei brei forståing av folkehelsepolitikken, som primært må vere retta mot befolkninga. Vidare krev måla innsats frå alle samfunnssektorar.

Måloppnåing

Levealder

Forventa levealder er eit mål på kor lenge ein person kan forvente å leve under gjeldande forhold med omsyn til dødstal (dødelegheit), og det er eit viktig mål på helsa i ei befolkning (Folkehelseinstituttet 2018a). Forventa levealder er derfor eit teoretisk mål som gir ein pekepinn på korleis forholda som påverkar helsa, er i eit samfunn. I 2017 var forventa levealder 84,3 år for norske kvinner og 80,9 år for norske menn. Det er ein auke sidan den førre folkehelsemeldinga, der tala frå 2013 var 83,6 år for kvinner og 79,7 år for menn.

Sjølv om levealderen har auka, er ikkje målet om å vere blant dei tre landa med høgast levealder nådd. Japan, Spania og Australia er av dei landa som har høgare forventa levealder enn Noreg. Men det er liten avstand opp til landa som ligg på topp. Det ligg ikkje føre noka oppdatert rangering etter den førre folkehelsemeldinga, som viste til Human Mortality Database (2013). Då låg Noreg

på ellefte plass i verda for kvinner og på tiande plass for menn. Japanske kvinner har høgast forventale levealder i verda (med 86,6 år i 2013 og 87,2 i 2017).

Levealderen i Noreg har auka kraftig sidan byrjinga av 1900-talet. Det skriv seg mellom anna frå færre alvorlege infeksjonssjukdommar på grunn av vaksinar og målretta tiltak mot smitteårsaker. I tillegg har velstandsauke og medisinske framsteg hatt mykje å seie. Dødstala har gått kraftig ned i alle aldersgrupper, og særleg når det gjeld spedbarn. Dei siste tiåra har auken i forventale levealder hatt sterk samanheng med at færre dør av hjarte- og karsjukdommar. Det har igjen samanheng med nedgang i røyking, betre kosthald og betre og raskare medisinsk behandling. Levealderen har auka kvart år etter andre verdskrigen.

Helse og trivsel

Det er for lite kunnskap om korleis helsa endrar seg når levealderen aukar, og det er usikkert om fleire leveår gir fleire, færre eller like mange år med god helse (Syse mfl. 2016). Ein høgare forventale levealder i befolkninga medfører samtidig større risiko for helseutfordringar som melder seg ved høg alder, og fleire lever lenger med sjukdommar enn tidlegere. Til dømes vil fleire leve med ein kreftdiagnose i framtida fordi fleire overlever sjukdommen. Samtidig er det forventat at stadig fleire vil leve med hjarte- og karsjukdom fordi det blir fleire eldre i befolkninga. Det vil påverke samfunnsstrukturane framover, mellom anna behovet for helse- og omsorgstenester og korleis vi best legg til rette for desse.

Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag (Hunt) viser at auka levealder òg blir følgt av fleire år med sjølvopplevd god helse, men at det samtidig vil bli fleire år der ein lever med sjukdom (Storeng mfl. 2017). Den same studien finn òg at dei med lang utdanning lever lenger med god helse enn dei med kortare utdanning.

Noreg er blant dei ti landa i verda der folk er mest nøgde (World Happiness Report 2019). Undersøkingar frå Noreg (Folkehelseinstituttet 2018a) viser at éin av fire vaksne er svært nøgde med livet, mens éin av tjue er misnøgde eller svært misnøgde. Både lykkenivået og det å vere nøgd med livet har auka noko dei siste åra (Folkehelseinstituttet 2018a). Levekårsundersøkinga blant innvandrarak i Noreg (2016) viser at det er liten forskjell på opplevd livskvalitet mellom innvandrarak og den samla befolkninga, men misnøya er noko større blant innvandrarak. Jo lenger

innvandrarak har budd i Noreg, desto meir nøgde er dei.

Personar som lever åleine og/eller ikkje er i arbeid, har oftare lågare livskvalitet enn personar som lever saman med nokon og er i arbeid (Statistisk sentralbyrå 2017). 80–90 prosent av ungdommane i alderen 13–16 år er nøgde med livet og med foreldra (Bakken 2018). Men det er likevel fleire undersøkingar som peiker på ei bekymring når det gjeld den psykiske helsa til barn og unge, særleg med tanke på aukande førekomst av angst og depresjon hos jenter. God sosial støtte og deltaking blir framheva som faktorar som fremjar livskvaliteten.

Sosiale helseforskjellar

Sosiale helseforskjellar er framleis ei stor folkehelseutfordring, og målsetjinga om reduksjon er ikkje oppnådd. Målt i utdanning er forskjellane aukande. Kvinner og menn med kort utdanning er i dag forventat å leve mellom fem og seks år kortare enn dei med lang utdanning, og forskjellane gjeld for alle aldersgrupper.

Det er sosioøkonomiske forskjellar i ikkje-smittsame sjukdommar som kreft, kols, hjarte- og karlidningar, diabetes, muskel- og skjelettlidningar og psykiske lidningar. For dei viktigaste risikofaktorane for desse sjukdommane – alkohol, tobakk, fysisk inaktivitet og usunt kosthald – ser ein at dei med låg sosioøkonomisk status er mest utsette (Folkehelseinstituttet 2018a).

«Folkehelsepolitisk rapport 2017» (Helsedirektoratet 2018a) viser aukande inntektsforskjellar. Det har skjedd ei aldersforskyving i låginntektsgruppa over tid, frå eldre til yngre. Den største gruppa av dei med låg inntekt er no unge mellom 18 og 34 år. Samtidig har hushalda stadig høgare gjeld, noko som gjer dei meir sårbare for økonomiske svingingar. Eldre med låg sosioøkonomisk status har statistisk sett fleire sjukdommar og helseplager enn eldre med høg sosioøkonomisk status. I WHO-rapporten «World Report on Ageing and Health» (WHO 2015) blir det framheva at det òg er denne gruppa som har minst ressursar til å ta hand om si eiga helse.

Eit samfunn som fremjar helse

Det tredje hovudmålet er å skape eit samfunn som fremjar helse i heile befolkninga. Målet tek utgangspunkt i at det er ei rekkje forhold i samfunnet som påverkar helse og livskvalitet og fordelinga av dette i befolkninga. Med jamne mellomrom kjem «Folkehelsepolitisk rapport», der Helse-

direktoratet beskriv statusen for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Den siste rapporten blei utgitt i 2018 med tal frå 2017. «Folkehelsepolitisk rapport» er sektorane sine egne rapporteringar på indikatorar som beskriv utviklingstrekk og forhold i samfunnet som kan påverke helse og livskvalitet og fordelinga av dette i befolkninga. Rapporten beskriv utvikling innanfor økonomiske levekår, arbeid og sysselsetjing, oppvekst- og utdanningsforhold, sosial støtte og deltaking, trygge og helsefremjande miljø og helsevanar.

Sysselsetjingsgraden i Noreg er høg. Tal frå Nav viser ein nedgang i arbeidsløysa. Yrkesaktiviteten for dei over 50 år var i 2017 den høgaste som har vore målt etter 2000 (Bjørnstad 2018).

Det er gjort mykje for å fremje god kvalitet i barnehagen og skulen. Barnehagedekninga i Noreg er generelt høg, og ho har auka dei siste åra. Det er framleis ein lågare prosentdel minoritetspråklege barn i barnehage samanlikna med majoritetsbarn, særleg blant dei yngste, men prosentdelen er aukande.

Arbeidet mot fråfall i skulen og med å skape gode og inkluderande læringsmiljø er særleg viktig.

Det er ei utfordring at det finst nokre levekårsutsette område i byane og i enkelte distriktskommunar der vi ser ei opphoping av forhold som kan påverke helse og livskvalitet negativt. Sidan den førre folkehelsemeldinga har det komme meir kunnskap om dei psykososiale påverknadsfaktorane og kva dei har å seie for helse og livskvalitet. Sosial støtte er særleg viktig. «Folkehelsepolitisk rapport 2017» viser at det er få som seier at dei ikkje har ein fortruleg venn. Det er òg færre enn før som rapporterer at dei ikkje har ein fortruleg venn.

1.3.2 Globale mål for å redusere ikkje-smittsame sjukdommar

Noreg har slutta seg til WHO-målet om å redusere talet på personar som døyr for tidleg av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD – non-communicable diseases) som hjarte- og karsjukdommar, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innan 2025. Målet er seinare endra til 30 prosent reduksjon innan 2030 som følgje av vedtaket av FN's berekraftsmål, jf. kapittel 1.3.3.

Det er fastsett konkrete mål for dei viktigaste risikofaktorane: alkohol, tobakk, fysisk inaktivitet og usunt kosthald. Utviklinga i Noreg ser ut til å vere positiv for dei fleste måla, men når det gjeld målet om å stoppe auken i fedme og diabetes, går det i feil retning. Når det gjeld målet om å redu-

sere salt i kosthaldet med 30 prosent, er det usikkert ettersom ein manglar tal for Noreg over tid (jf. figur 1.1).

I oktober 2018 vedtok FN ei ny erklæring om ikkje-smittsame sjukdommar der luftforureining og psykisk helse er inkludert i NCD-agendaen (FN 2018).

1.3.3 Berekraftsmåla til FN










FN's 2030-agenda med berekraftsmåla ligg til grunn for både nasjonal og internasjonal politikkutvikling. Berekraftsmåla er 17 globale mål for berekraftig utvikling fram mot 2030. Med desse måla er det vedteke eit nytt rammeverk for utvikling og samarbeid om verdas utfordringar der innsats for helse, livskvalitet og sosial utjamning har ei sentral rolle. Også Noreg legg den universelle 2030-agendaen til grunn i nasjonal forvaltning og politikk. Granavolden-plattformen viser til at regjeringa reknar berekraftsmåla til FN som sentrale når det er snakk om å løyse globale utfordringar.

Eit av hovudprinsippa i berekraftsmåla er at ingen skal utelatast («Leaving no one behind»), noko som inneber ei prioritering av dei mest sårbare menneska. Berekraftsmål 3 om helse inneber at ein skal sikre god helse og fremje livskvalitet for alle, uansett alder. Fleire av delmåla er viktige for folkehelsa:

- redusere for tidleg død forårsaka av ikkje-smittsame sjukdommar med 30 prosent gjennom førebygging og behandling
- fremje mental helse og livskvalitet
- styrkje førebygging og behandling av misbruk, mellom anna av narkotiske stoff og alkohol
- redusere talet på dødsfall og sjukdomstilfelle som er forårsaka av farlege kjemikal og forureina luft, vatn og jord

Noreg si oppfølging av berekraftsagendaen vil ha konsekvensar for folkehelsearbeidet både lokalt, regionalt og nasjonalt. Samarbeid er heilt nødvendig for å nå måla. Mange av måla er relevante for helsa og livskvaliteten til befolkninga, ikkje berre mål 3 om god helse. Det gjeld mellom anna mål om ernæring (under mål 2), reint vatn og gode sanitærforhold (mål 6), avskaffing av alle former for vald mot alle jenter og kvinner (berekraftsmål 5), lik tilgang for alle til helsetenester (mål 10) og ansvarleg medisinbruk for å motverke antibiotikaresistens. Å sikre ei berekraftig samfunnsutvikling i tråd med berekraftsmåla gir retning for folkehelsepolitikken framover.

Oppfølginga av berekraftsmåla er integrert i det ordinære arbeidet til regjeringa. For kvart av

Mål for ikkje-smittsame sjukdomar (NCD) 2010 – 2025		Når vi målet?
	Mål 1. Dødsfall før 70 års alder: 25 prosent nedgang	Går riktig veg: 18 prosent nedgang
	Mål 2. Alkohol: Minst 10 prosent nedgang i skadeleg bruk	Går riktig veg: 0-8 prosent nedgang
	Mål 3. Fysisk aktivitet: 10 prosent nedgang	Tendens til at det går riktig veg for vaksne
	Mål 5. Salt i kosthaldet: 30 prosent reduksjon	Ein manglar tal over tid
	Mål 5. Tobakksbruk: 30 prosent reduksjon	Går riktig veg: 10-22 prosent nedgang
	Mål 6. Høgt blodtrykk: 25 prosent nedgang i andelen som har høgt blodtrykk	Nesten i mål
	Mål 7. Stoppe auken i andelen med diabetes og fedme	Går feil veg
	Mål 8. Hjarte- og karsjukdom: Minst 50 prosent av dei som treng det, får behandling med legemiddel for å forebygge hjarteinfarkt og hjerneslag	Ja
	Mål 9. Minst 80 prosent av befolkninga har tilgang til medisinsk behandling for ikkje-smittsame sjukdomar	Ja

Figur 1.2 Måloppnåing ikkje-smittsame sjukdommar. Status for Noreg.

Kjelde: Folkehelseinstituttet 2018 og <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/>

dei 17 berekraftsmåla er det eit departement som er ansvarleg for å koordinere oppfølginga. Departementa rapporterer om oppfølginga av måla dei har ansvar for i budsjett dokumenta sine. Utanriksdepartementet koordinerer oppfølginga internasjonalt, og Finansdepartementet summerer opp hovudpunkta i rapporteringa i nasjonalbudsjettet.

1.4 Hovudutfordringar for folkehelsa

Folkehelseinstituttet har vurdert kva som er dei største utfordringane i folkehelsearbeidet framover. Dette er gjort med utgangspunkt i dødstal, dårleg helse og vurderingar av sjukdomsbyrda frå ulike sjukdomsgrupper og risikofaktorar.

I dag skjer dei fleste dødsfall i Noreg i dei høgare aldersgruppene. Reduserte dødstal i desse aldersgruppene vil ha mest å seie for ein framleis auke i forventale levealder. Omlag 80 prosent av alle dødsfall skjer etter fylte 70 år, og 60 prosent etter fylte 80 år. Viktige dødsårsaker blant eldre er hjarte- og karsjukdommar, kreft og demens.

Kvart år dør mellom 550 og 600 personar av sjølv mord, om lag halvparten før dei er 50 år. Relativt mange dødsfall, i gjennomsnitt 260 per år, er narkotikautløyste. Det har blitt betydeleg færre dødsfall som følgje av trafikkulykker.

I Noreg er for tidleg død definert som dødsfall før 75 år. Det er dei fire store sjukdomsgruppene kreft, hjarte- og karsjukdommar, kronisk lunge-sjukdom (kols o.a.) og diabetes som er årsaka til dei fleste tilfella av for tidleg død. Fire risikofaktorar er knytte til desse fire sjukdomsgruppene: tobakksbruk, alkoholbruk, usunt kosthald og fysisk inaktivitet.

Sosial ulikskap er framleis er fortsatt ei utfordring jf. kapittel 1.3.1. Det er dokumentert sosiale helseforskjellar for dei nemnde sjukdommane og risikofaktorane.

I tillegg til sjukdommane ovanfor fører psykiske lidningar og muskel- og skjelettlidingar til stor sjukdomsbyrde og stort sjukefråvær.

Ved å bruke omgrepet DALY (helsetapsjusterte leveår), der ein kombinerer data for dødstal (dødelegheit) og vanhelse (sjukelegheit), kan ein gi eit bilete av sjukdomsbyrda (sjå tabell 1.1).

Tabell 1.1 Noreg GBD-2016, talet på Daly, nivå 2, begge kjønn, under 75 år

	Daly	
1	Kreft	155 835
2	Psykiske lidningar og ruslidningar	144 105
3	Muskel- og skjelettsjukdommar	118 169
4	Andre ikkje-smittsame sjukdommar	103 105
5	Hjarte- og karsjukdom	88 508
6	Nevrologiske sjukdommar	67 750
7	Diabetes, urogenitale sjukdommar, blodsjukdommar og endokrine sjukdommar	44 516
8	Utilsikta skadar	41 785
9	Kroniske respiratoriske sjukdommar	37 427
10	Eigenskade og interpersonleg vald	26 802

DALY er summen av tapte leveår ved dødsfall og helsetap frå ikkje-dødelege sjukdommar (eller helsetap i sjukdomsforløpet av dødelege sjukdommar). (<https://fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/hva-er-sykdomsbyrde/>)

Kjelde: Folkehelseinstituttet 2018c

Ut frå desse vurderingane har Folkehelseinstituttet sett opp følgjande oversikt over dei største folkehelseutfordringane (Folkehelseinstituttet 2018c):

- risikofaktorar knytte til store sjukdomsgrupper med høgt dødstal og tap av friske leveår: tobakk, alkohol, usunt kosthald og fysisk inaktivitet
- tilstandar og forhold med komplekse risikobilete som òg gir vesentleg sjukdomsbyrde i yngre aldersgrupper: muskel- og skjeletthelse, psykiske lidningar, vald og eigenskade og interpersonleg vald, illegale rusmiddel, utilsikta skadar
- miljøfaktor med potensial for førebygging: luftforureining

Stor sjukdomsbyrde i befolkninga kjem av høgt dødstal eller høg vanhelse. Det fører til behov for å førebyggje ein sjukdom eller ei lidning. Ein må likevel leggje vekt på fleire aspekt for å prioritere innsatsen på folkehelseområdet. Langsiktig og tidleg satsing på barn og unge vil ikkje gi utslag i statistikkane før i framtida. Element som livskvalitet og fråvær av einsemd er ein viktig del av folkehelsa, men er ikkje synleggjorde i ei grov beskriving av sjukdomsbyrda. Også den demografiske utviklinga har mykje å seie. Til dømes vil mange fleire personar få demens framover fordi det blir stadig fleire eldre.

Det finst også folkehelseutfordringar, sjukdom eller lidningar som ikkje kjem øvst på lista over

sjukdomsbyrde eller dødstal, men som betyr svært mykje for dei som blir ramma. Det gjeld mellom anna dei som blir utsette for vald eller overgrep. Det gjeld òg dei som opplever tap av syn eller høyrsel, eller som får ei anna funksjonsnedsetjing. Regjeringa er oppteken av at personar med ulike problem eller lidningar som skaper helsetuffordringar, inkludert sansetap og kroniske sjukdommar, skal ha eit godt liv og få god oppfølging.

Tilgang til gode medisinar har vore og er heilt avgjerande for folkehelsa. Antibiotikaresistens er i dag eit raskt veksande problem og utgjer ein alvorleg trussel mot global helse. Arbeidet for å minske resistensutviklinga og for at konsekvensane for menneske og dyr blir minst moglege må halde fram. Dette har høg prioritet for regjeringa både nasjonalt og i det internasjonale helsearbeidet.

1.5 Status for folkehelsearbeidet

I Meld. St. 19 (2014–2015) «Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter» la regjeringa vekt på tre innsatsområde: inkludere psykisk helse som ein likeverdig del av folkehelsearbeidet, gjere det enklare å ta helsevennlege val og vidareutvikle ein moderne eldrepolitikk for aktive eldre. I tillegg var barn og unge og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet viktige innsatsområde, der også arbeidet i kommunane er heilt sentralt.

Nær alle tiltaka i meldinga er følgde opp. Nedanfor blir ein del av det som er gjennomført, omtalt.

Folkehelsearbeid i kommunane

Ei kartlegging som NIBR har gjort, viser at kommunane i større grad enn tidlegare orienterer seg mot ein systematisk inngang på folkehelsearbeidet. Det er likevel framleis stor variasjon i forankring og implementering av systematikken (Helgesen mfl. 2017). Dei aller fleste kommunar (nærmare 90 prosent) har utarbeidd ei oversikt over helsetilstanden og påverknadsfaktorar. Ein stabilt høg prosentdel av norske kommunar har folkehelse som mål i planstrategien og i samfunnsdelen til kommuneplanen, mens arealdelen i mindre grad har integrert folkehelse som omsyn, og det er mangel på kopling til økonomiplanen (Hofstad 2018).

Ein stor del av kommunane rapporterte psykisk helse og sosial ulikskap som to av dei viktigaste folkehelseutfordringane i NIBR-kartlegginga, men langt færre hadde sett i verk flest tiltak på desse områda. Det er utfordrande å måle resultat av kommunalt folkehelsearbeid. Det er per i dag ikkje utvikla noko felles indikatorsett som gir kunnskap om korleis kommunar og fylkeskommunar innrettar folkehelsearbeidet.

Psykisk helse som ein del av folkehelsearbeidet

Som ei oppfølging av Meld. St. 19 (2014–2015) «Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter» la regjeringa i 2017 fram ein egen strategi for betre psykisk helse, «Mestre hele livet». Målet er at fleire skal oppleve god psykisk helse, livskvalitet og meistring, og at dei sosiale forskjellane i psykisk helse skal reduserast. Samtidig skal ein leggje til rette for å fange opp dei som treng hjelp, og setje i verk målretta tiltak for enkeltpersonar som er i ein sårbar situasjon. For dei som utviklar psykiske lidningar, skal tenestene vere tilgjengelege, effektive og koordinerte.

Psykisk helse som ein del av folkehelsepolitikken inneber å rette merksemda mot forhold som påverkar den psykiske helsa i befolkninga. Det gjeld levekår, barnehage, skule og skulemiljø, arbeid og arbeidsmiljø, frivillig deltaking og forhold i nærmiljøet.

Gode oppvekst- og læringsmiljø står sentralt når det gjeld å førebyggje psykiske problem blant barn og unge. Det å bli utsett for mobbing har konsekvensar for helsa, mellom anna emosjonelle problem som depresjon og angst, psykosomatiske

plager som hovudverk, magesmerter og søvnvanskar, problem med sjølvtilitt og sjølvkjensle, sjølv mordstankar og aggressiv åtferd (Breivik mfl. 2017). Eit viktig tiltak har vore endringa i opplæringslova som blei gjort gjeldande frå august 2017. Skulane har no ei skjerpa aktivitetsplikt og skal avdekkje mobbing og følgje opp elevar som blir utsette for mobbing.

Ein tverrsektoriell og heilskapleg opptrappingsplan for den psykiske helsa til barn og unge blir lagd fram våren 2019. Etter den førre folkehelsemeldinga er det etablert eit program for folkehelsearbeid i kommunane, og frå 2019 er alle fylka inkludert. Hovudtemaet i programmet er psykisk helse og lokalt rusførebyggjande arbeid, og barn og unge er ei prioritert målgruppe. Programmet er nærmare omtalt i kapittel 7.4.1 om det systematiske folkehelsearbeidet i kommunane.

Helsevennlege val

Regjeringa er oppteken av å fremje gode levevanar og gjere dei helsevennlege vala meir attraktive og lettare tilgjengelege gjennom å bruke strukturelle verkemiddel. Samtidig skal folk framleis ha fridom til å kunne velje. Det å leggje til rette for helsevennlege val må framleis vere eit viktig prinsipp i folkehelsepolitikken.

Kommunikasjonsarbeidet er styrkt og gjort meir målgrupperetta, mellom anna gjennom auka bruk av sosiale medium. Kommunikasjon om kosthald, fysisk aktivitet og tobakks- og alkoholbruk blir sett meir i samheng, og psykisk helse blir i større grad inkludert i kommunikasjonsarbeid om gode levevanar.

Regjeringa la i 2017 fram Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! som ei oppfølging av Stortinget si behandling av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Ei viktig oppfølging av meldinga har vore å styrkje samarbeidet med matvarebransjen med sikte på å gjere det enklare for forbrukarane å velje sunne matvarer. Dette samarbeidet har vekt internasjonal interesse. Næringslivsgruppa er nærmare beskriven i kapittel 6 og 8.

På tobakksområdet er det innført fleire tiltak som regulerer etterspurnaden, mellom anna krav om standardiserte tobakkspakningar. For å gjere sigarettar mindre tiltrekkjande for barn og unge er det vedteke forbod mot smakstilsetjingar, og ein EØS-prosess avgjer når forbodet kan setjast i kraft. Det er framleis behov for å intensivere innsatsen mot tobakksbruk, særleg overfor barn og unge.

Å integrere fysisk aktivitet i større grad på sentrale arenaer for barn og unge har vore viktig. Regjeringa har styrkt symjeopplæringa for barn i skulealder. Regjeringa har starta arbeidet med ein handlingsplan for fysisk aktivitet. Den er nærmare beskrive i kapittel 6.

Regjeringa har lagt fram ein opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020) med oversikt over hovudutfordringane og kortsiktige og langsiktige strategiar for å møte dei. Hovudinnsatsen er retta mot kommunane med størst utfordringar. I tillegg har regjeringa teke initiativ til ei rusreform der samfunnet sin reaksjon på bruk og innehav av narkotika til eigen bruk skal flyttast frå justissektoren til helsesektoren.

For å styrkje det rusførebyggjande arbeidet på offentlege arbeidsplassar har Helsedirektoratet på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet utvikla faglege råd med rettleiing om korleis ein kan utvikle og følgje opp ein rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen. Råda er spesielt tilpassa arbeidsplassar i offentlig sektor, men kan òg nyttast i privat sektor.

Aktive eldre

Regjeringa er oppteken av å skape eit aldersvennleg samfunn. I Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* er eitt av hovudsatsingsområda aktivitet og fellesskap. I meldinga blei òg eit nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg lansert. Dette er beskrive i kapittel 5.

I 2016 la regjeringa fram ein tverrsektoriell strategi for eit aldersvennleg samfunn. I strategien viser regjeringa korleis alle sektorar har ansvar for verkemiddel som bidreg til at eldre kan leve eit aktivt og deltakande liv.

Strategien byggjer på at vi skaper eit aldersvennleg samfunn ved å setje brukarperspektivet først og mobilisere arbeids- og næringslivet, lokal- og sivilsamfunnet og interesseorganisasjonane. Vidare tek strategien for seg nyskaping og ser på korleis vi kan utvikle og ta i bruk teknologi og nye løysingar som kan stimulere næringslivet samtidig som det styrkjer meistring og deltaking blant den eldre delen av befolkninga. Kunnskaps- og forskingsinstitusjonar er viktige medspelarar.

Regjeringa har lagt til rette for at eldre kan stå lenger i arbeid ved at den øvre aldersgrensa i arbeidsmiljølova er heva frå 70 til 72 år frå 1. juli 2015. Pensjonsreforma er utvida til å omfatte offentlig sektor, avgangsalderen i arbeidslivet aukar, og regjeringa har lagt fram ein nasjonal

kompetansepolitisk strategi (2017–2021) som framhevar livslang læring. Det er innført vern mot aldersdiskriminering i likestillings- og ikkje-diskrimineringslova. Arbeidet med å fremje meir universell utforming har mykje å seie i eit aldrande samfunn. Handlingsplan for universell utforming for perioden 2015–2019 legg vekt på velferdsteknologi og IKT og følgjer opp arbeidet med universell utforming på andre viktige samfunnsområde. Regjeringa vil evaluere den gjeldande handlingsplanen for universell utforming. Det er potensial for betre tilrettelegging, og med eit nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg blir innsatsen meir konkret. Regjeringa har etablert Rådet for eit aldersvennleg Noreg.

Statistisk sentralbyrå har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidd rapporten «Framtidens eldre i by og bygd» (Syse og Rogne 2017). Rapporten framskriv aldringa i alle norske kommunar og regionar og viser korleis eldrebefolkninga vil utvikle seg, også i lys av sosioøkonomiske forhold. Hovudfunna er at den neste generasjonen eldre vil ha betre ressursar enn før, og at fleire vil ha høgare utdanning og betre økonomi. Samtidig viser rapporten at det er geografiske ulikskapar i auken av prosentdelen eldre. Dei kommunane som får høgast prosentdel eldre, vil få ei eldrebefolkning med dårlegast ressursar.

Helsedirektoratet har sett i gang utviklingsarbeid for å vise korleis kommunane kan bli meir aldersvennlege. Helsedirektoratet har òg sett i gang andre prosjekt, mellom anna blir det utarbeidd ei rettleiing for utforming av aldersvennleg nærmiljø.

1.6 Internasjonalt samarbeid

Formålet med det omfattande internasjonale helse-samarbeidet er å fremje allmenn folkehelse og verne om norske helsepolitiske omsyn og prioriteringar i internasjonal samanheng. Noreg må delta i dei foruma der helsepolitiske avgjerder blir tekne, for å fremje norske interesser, dra nytte av erfaringane til andre land og bidra til gode fellesløysingar, til dømes innanfor EØS-avtalen. Internasjonalt samarbeid kan gi legitimitet til det nasjonale arbeidet og gjere det betre. Nasjonal politikk og nasjonalt handlingsrom blir òg påverka av internasjonale plikter, internasjonale retningslinjer og internasjonalt samarbeid. Det er derfor svært viktig å vere med og utvikle desse. Noreg har òg ei etisk plikt til å bidra til gode internasjonale køyrereglar for helse til beste for land som har store nasjonale utfordringar, men avgrensa

kapasitet til å bidra i det internasjonale folkehelsearbeidet.

Samarbeid med andre land om tiltak for å styrkje den globale folkehelsa er i aukande grad ein føresetnad for å verne om helsa og helsetryggleiken til den norske befolkninga. Antibiotikaresistens, smittevern, narkotika og mattryggleik er døme på utfordringar som enkeltland ikkje kan løyse åleine, og der det trengst ein koordinert global innsats for å redusere risikoen i Noreg. Regjeringa vil at Noreg skal vere ein pådrivar i arbeidet med å førebygge antibiotikaresistens.

Berekraft er eit gjennomgåande tema i denne folkehelsemeldinga. Berekraftsmåla til FN, som er beskrivne i punkt 1.3.3, jf. Agenda 2030, føreset god samanheng mellom nasjonal og internasjonal politikk. Ein viktig del av det internasjonale samarbeidet er i dag bygd opp rundt det å nå berekraftsmåla.

Verkemiddel

Noreg har forplikta seg til å gjennomføre ei rekkje rettsleg bindande avtalar og regelverk på helseområdet. Døme på slike avtalar er det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) for å hindre utbrot og internasjonal spreing av smittsame sjukdommar, tobakkskonvensjonen og den tilhøyrande protokollen mot ulovleg tobakkshandel og narkotikakonvensjonane.

Noreg har vore med på å drive fram og vedta ei rekkje handlingsplanar i WHO. Den globale handlingsplanen for førebygging av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD) (2013–2020) er ein av dei mest sentrale. Planen har som mål å redusere for tidleg død av ikkje-smittsame sjukdommar (kreft, hjarte- og karsjukdom, diabetes og kronisk lungesjukdom) gjennom å setje i verk tiltak mot dei største risikofaktorane. Dette er nærmare omtalt i kapittel 6.

WHO-rammeverket for pandemisk influensaberedskap ligg til grunn for den nasjonale planlegginga av tiltak mot pandemisk influensa. WHO-rammeverket skal både sikre utvikling og produksjon av vaksinar mot sesonginfluensa og styrkje den globale beredskapen mot utbrot av pandemisk influensa.

Andre internasjonale avtalar har andre hovudformål og kan derfor avgrense tilgangen til å regulere ut frå folkehelseomsyn. Dette er til dømes ei utfordring når ein skal inngå handelsavtalar. Det blir arbeidd fortløpande med å verne om retten til nasjonal regulering og forhold som er viktige for å sørge for god folkehelse.

EØS-lovgivinga legg generelle føringar på den norske regelverksutviklinga, er svært omfattande og har mykje å seie på folkehelseområdet. Noreg har som mål at vi skal vere tydelegare, tyngre og tidlegare ute i europapolitiske spørsmål.

Praktisk talt alt regelverk på mattryggleiksområdet er omfatta av EØS-avtalen. Noreg er òg omfatta av EU-vedtaket om grensekryssande helsetruslar, som gjeld samarbeid på beredskapsområdet ved biologiske og kjemiske hendingar. Noreg deltek òg i EU-arbeidet mot antibiotikaresistens. Gjennom EØS-midlane er både europeiske folkehelseutfordringar og vald i nære relasjonar prioritert innanfor programområda for perioden 2014–2021. Noreg deltek i ei rekkje ekspertgrupper og i ulike former for forskings-samarbeid.

Helse er eitt av fem prioriterte område for norsk utviklingssamarbeid. Noreg gir mykje støtte til organisasjonar som arbeider for å fremje helse, mellom anna gjennom vaksinerings- og omsorgsdepartementet har på vegner av Noreg inngått fleire bilaterale helsesamarbeidsavtalar der innsatsen for folkehelsa er sentral. I tillegg finst det ei rekkje regionalt baserte samarbeidsordningar med vekt på nordområda og Austersjø-regionen.

Noreg er ein aktiv økonomisk bidragsytar til internasjonalt samarbeid innanfor global helse, mellom anna til tiltak som har mykje å seie for folkehelse relatert arbeid i utviklingsland. Hovuddelen av bidraga går til ulike organisasjonar og helsepartnarskap. Om lag 10 prosent av bistandsbudsjettet som Utanriksdepartementet og NORAD forvaltar, går til helseformål.

Internasjonale arenaer

Folkehelse er eit sentralt tema på mange internasjonale arenaer. FN og underorganisasjonane er hovudarenaen for berekraftsmåla og er dermed viktig i folkehelsesamanheng, mellom anna på område som HIV/aids (UNAIDS), narkotika (UNODC), miljø og helse og fysisk aktivitet. Mattryggleik og kosthald er ansvarsområda for mellom anna Codex Alimentarius Commission og FNs mattryggleikskomiteé CFS (Committee on Food Security).

WHO er FNs særorganisasjon for helse og den sentrale arenaen for samarbeid mellom helseforvaltninga til medlemslanda, både globalt og regionalt. Det normative mandatet til WHO er utgangspunktet for overvakinga av helsesituasjonen i medlemslanda og innsamlinga av statistikk for sjukdom og dødsårsaker. Vidare omfattar

mandatet vitskapleg grunngitte tilrådingar til landa om effektive helsetiltak, mellom anna tiltak for å styrkje folkehelsa. Etter kvart som WHO-arbeidet legg stadig meir vekt på årsakene til dårleg helse og sjukdom framfor sjølve sjukdommen, blir òg kunnskapen om korleis sjukdom og for tidleg død kan førebyggjast, styrkt.

Eit sentralt aspekt ved Noregs arbeid i WHO-samanheng er å støtte det normative mandatet til WHO. Det vil seie å fremje kor viktig det er at WHO, uavhengig av økonomiske og andre interesser, framleis skal komme med klare kunnskapsbaserte tilrådingar til medlemslanda om kva slags tiltak dei bør setje i verk for å redusere sjukdom og for tidleg død som følgje av ikkje-smittsame sjukdommar. I tillegg deltek Noreg på ei rekkje regionale samarbeidsarenaer, ikkje minst gjennom EU- og EØS-samarbeidet. Europarådet er òg ein viktig arena, særleg på narkotikaområdet.

Det nordiske samarbeidet er viktig for å kunne samarbeide om aktuelle saker og for å kunne dele erfaringar. Dette skal bidra til sterkare samarbeid mellom dei nordiske landa, mellom anna for erfaringsutveksling og felles innsats innanfor kunnskapsutvikling, regelverk og økonomiske og organisatoriske verkemiddel.

Det er etablert ein folkehelsearena under Nordisk ministerråd. Nordisk velferdssenter er sekretariat for arbeidet. Nordisk samarbeid innanfor folkehelse skal prioriterast. I tillegg omfattar det nordiske samarbeidet ei rekkje faglege samarbeid mellom anna innanfor kosthald, mattryggleik og tobakks- og alkoholpolitikk. I ein del samanhangar, til dømes når det gjeld drikkevatt, omfattar det nordiske samarbeidet dei baltiske landa òg.

Det internasjonale arbeidet er nærmare beskrive i dei tematiske kapitla i denne meldinga, der det er relevant.

1.7 Samandrag

I denne stortingsmeldinga presenterer regjeringa den samla innsatsen for å fremje betre folkehelse og god livskvalitet i befolkninga.

Eit berekraftig folkehelsearbeid

Noreg har slutta seg til berekraftsmåla til FN, mellom anna for å redusere for tidleg død av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD) som hjarte- og karsjukdommar, diabetes, kols og kreft med 30 prosent innan 2030. Regjeringa legg vekt på det internasjonale samarbeidet på folkehelseområdet.

I eit internasjonalt perspektiv har Noreg òg eit ansvar for å bidra til folkehelsa globalt. For å nå dei overordna måla for folkehelsepolitikken skal det gjennomførast tiltak på desse områda:

- tidleg innsats blant barn og unge
- førebygging av einsemd
- mindre sosial ulikskap i helse
- innsats for eit trygt og helsefremjande samfunn
- gode levevanar og helsevennlege val

I tillegg skal det systematiske, tverrsektorielle folkehelsearbeidet vidareførast og vidareutviklast. Det er beskrive i kapitla om den norske folkehelsemodellen, helse i all politikk og godt kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet.

Tidleg innsats blant barn og unge

Kapittel 2 legg til grunn at tidleg innsats for barn og unge er eit tverrsektorielt ansvar og ei av dei viktigaste oppgåvene i samfunnet. Tidleg innsats er nødvendig for å førebyggje behovet for meir inngripande tiltak på eit seinare tidspunkt og legg grunnlaget for ei berekraftig samfunnsutvikling. Kapittelet synleggjer arbeidet regjeringa gjer for å styrkje foreldreskap og sikre god kvalitet i helse- og velferdstenestene og i barnehagen, skulen og skulefritidsordninga. Kapittelet omtaler det viktige i gode kultur- og fritidstilbod og eit trygt nærmiljø. Særlege tiltak retta mot ungdom blir òg løfta fram, mellom anna helse- og velferdstenester for studenter.

Strategi for å førebyggje einsemd

Kapittel 3 omtaler regjeringa sin strategi for å førebyggje einsemd. Einsemd som folkehelseutfordring skal synleggjerast gjennom kampanjar og tiltak for auka sosial deltaking. Regjeringa vil òg få meir kunnskap om einsemd og kva som er dei mest effektive tiltaka for å redusere uønskt einsemd. Det skal òg jobbast meir systematisk for å førebyggje einsemd og auke den sosiale støtta.

Mindre sosial ulikskap i helse

Kapittel 4 beskriv regjeringa sin politikk for å redusere sosial ulikskap i helse. Folkehelse og sosiale forskjellar i helse heng nært saman med velferdsutviklinga og forskjellar i levekår, arbeid, utdanning og inntekt. Det er nødvendig med tiltak som rettar seg mot heile årsakskjeda: frå grunnleggjande levekårsforhold til levevanar, fysiske og sosiale miljøfaktorar og helsetenester. Det må vur-

derast potensielle fordelingseffektar av tiltak og strategiar på lokalt og nasjonalt nivå, og det skal vurderast ein ekstern gjennomgang av den norske politikken for å redusere sosiale helseforskjellar.

Innsats for eit trygt og helsefremjande samfunn

I kapittel 5 om eit meir helsefremjande samfunn er det lagt vekt på å utvikle eit samfunn som fremjar helse og trivsel. Det inkluderer eit samfunn som fremjar god psykisk helse og har ei aldersvennleg innretning. Aktiv aldring handlar om at eldre menneske blir rekna som ein ressurs i samfunnet, og om å leggje til rette for deltaking og medverknad. Eit aldersvennleg samfunn vil omfatte tiltak for å stimulere til aktivitet og meistring.

Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling er sentralt i folkehelsearbeidet. Gode lokalsamfunn har mykje å seie for livskvalitet og utvikling av sosiale nettverk som bidreg til trivsel, tilhøyrse og god helse. Det er eit mål å utvikle eit meir helsefremjande miljø og verne befolkninga mot miljøfaktorar som støy, luftforureining, miljøgifter, stråling, dårleg inneklima, risiko for ulykker og skadar og mat- og vassborne sjukdommar. Førebygging av vald står sentralt i arbeidet.

Kapittelet presenterer ein nullvisjon for alvorlege fallulykker i heimen og omtaler regjeringsarbeidet for å styrkje og få meir kunnskap om livskvaliteten til befolkninga.

Gode levevanar og helsevennlege val

Regjeringa vil halde fram arbeidet med å gjere det lettare å ta sunne val, mellom anna gjennom å leggje til rette for betre kosthald og auka fysisk aktivitet. Kapittel 6 i meldinga varslar at det skal utarbeidast ein ny NCD-strategi som mellom anna skal inkludere psykisk helse og muskel- og skjelettlidingar. Kapittelet presenterer òg ein ny nasjonal tobakksstrategi for perioden 2019–2021 og mål og strategiar for ein ny handlingsplan for fysisk aktivitet.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold skal følgjast opp. Arbeidet med mat og måltid blant eldre skal vidareførast. Det skal utarbeidast ein alkoholstrategi. Det blir òg varsla ein strategi om «health literacy» (om å forstå og bruke informasjon om helse).

Regjeringa vil fremje god helse og livskvalitet hos personar med kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar, til dømes sansetap. Det er tidlegare varsla ei sterkare satsing på førebyggjande arbeid i helse- og omsorgstenesta, som må tilpasse seg

utfordringane med livsstilssjukdommar og fleire pasientar med kroniske lidningar.

Den norske folkehelsemodellen

Kapittel 7 beskriv den norske folkehelsemodellen, mellom anna det nasjonale, regionale og lokale systemet for å sikre systematisk og langsiktig oppfølging av folkehelsearbeidet i tråd med prinsippa i folkehelseleva.

Folkehelsearbeidet i kommunane skal styrkjast gjennom programmet for folkehelsearbeid, som no inkluderer alle fylke. Nasjonale myndigheter skal hjelpe kommunesektoren ved å gi dei data om helse og påverknadsfaktorar, fagleg støtte og rådgiving. Folkehelsemeldingar kvart fjerde år skal baserast på ein rapport frå Folkehelseinstituttet om helse og påverknadsfaktorar og ei vidareutvikling av indikatorrapporteringa frå Helsedirektoratet. Utgreiing av retningslinjer for prioritering på folkehelseområdet skal gjennomførast.

Helse i all politikk

Kapittel 8 beskriv rolla dei ulike sektorane har i folkehelsearbeidet, både offentleg, frivillig og privat sektor. Det blir lagt vekt på kor viktig samarbeidet med frivillig sektor er for å betre folkehelsa. Vidare blir potensialet for samarbeid med privat sektor løfta fram.

Samarbeidet med næringslivet skal vidareførast, og ein vil ta sikte på å utvide samarbeidet mellom frivillig, privat og offentleg sektor.

Kapittelet beskriv ansvaret til departement og aktuelle prosessar som påverkar folkehelsa. For å sikre ei god koordinering av folkehelsearbeidet vil Helse- og omsorgsdepartementet vidareføre arbeidet i ei tverrdepartemental gruppe.

Godt kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet

Kapittel 9 beskriv behovet for eit kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Eit effektivt folkehelsearbeid av god kvalitet må byggje på kunnskap om helse og helseutfordringar, kva som påverkar helsa, og kva slags verkemiddel og tiltak som har effekt. Det skal leggjast til rette for meir systematisk utvikling og bruk av forskingsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Det krev gode helseanalysar, tiltaksforskning og systematisk vurdering av effekten av tiltak gjennom følgjeforskning, evalueringar og kunnskapsoppsummeringar. Det skal i større grad leggjast til rette for evaluering ved gjennomføring av nasjonale tiltak. Det er behov for gode oversikter over helse- og påverknadsfaktorar, og

ein vil byggje opp kompetanse i kommunane og fylkeskommunane og utvikle betre verktøy for å ta vare på folkehelsa på tvers av sektorar og for å få meir kunnskap om folkehelse.

Økonomiske og administrative konsekvensar

Kapittel 10 inneheld ein overordna omtale av dei økonomiske og administrative konsekvensane

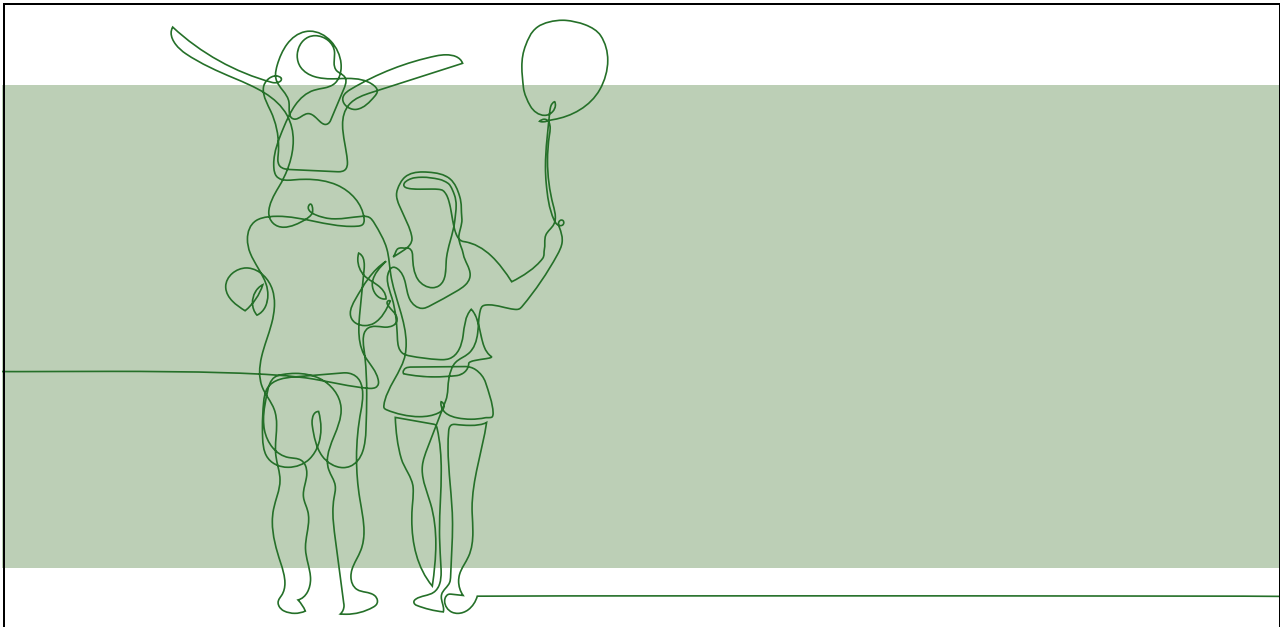
av den folkehelsepolitikken som er beskriven i stortingsmeldinga. Ein stor del av innsatsen for å betre helsa i befolkinga kan skje innanfor eksisterande økonomiske rammer og administrative system. Det er behov for å vidareutvikle folkehelsearbeidet både lokalt og på nasjonalt nivå. Nye tiltak for å styrkje folkehelsearbeidet må fremjast i ordinære budsjettframlegg.

Del I
Forsterka innsats



Figur 2.1

2 Tidleg innsats for barn og unge



Figur 2.2

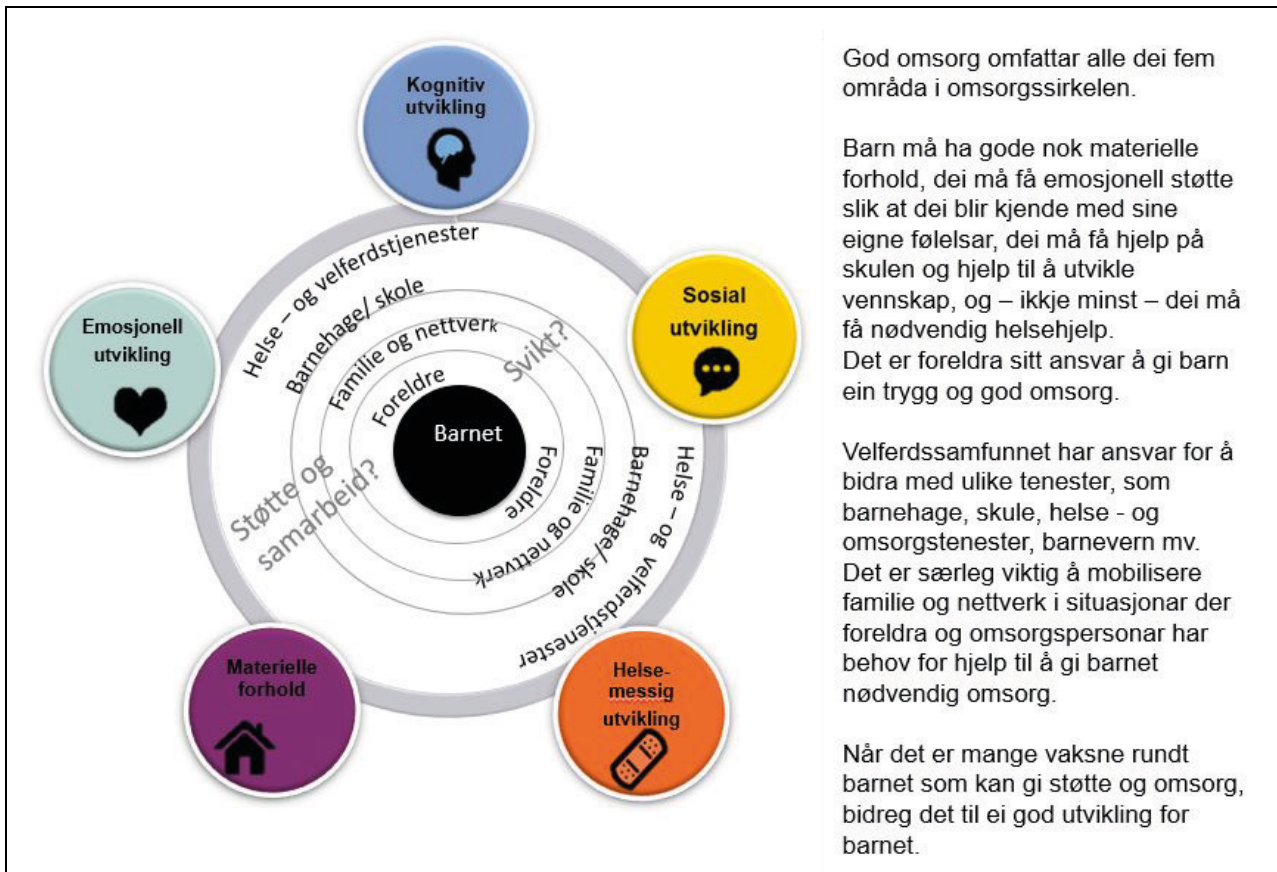
FN-konvensjonen om barns rettar dannar eit viktig grunnlag for regjeringa sin politikk og innsats for barn og unge. Å skape gode rammer for oppveksten og utviklinga til barn og unge er ei av dei viktigaste oppgåvene i samfunnet. Grunnlaget for ein god start i livet begynner alt i svangerskapet. Å fremje livskvaliteten til barn og unge og skape gode oppvekstmiljø er ei oppgåve som fleire sektorar har ansvar for og må samarbeide om. Det inneber å styrkje foreldrerolla og familien og å sikre god kvalitet i barnehagen og skulen, i nærmiljøet, fritida og kulturlivet og i helse-, omsorgs- og velferdstenestene. Ein må skape medvit omkring kor viktig det er å sikre gode overgangar frå heim til barnehage, frå barnehage til skule, mellom ulike skuletrinn og frå ungdom til vaksen.

Ein trygg og god oppvekst er viktig for barnet, familien, dei nære omgivingane og heile samfunnet. Tidleg innsats er nødvendig for å førebyggje behovet for meir inngripande tiltak på eit seinare tidspunkt og legg grunnlaget for ei berekraftig samfunnsutvikling.

Dei fleste norske barn og unge har det bra og har gjennomgåande god helse, men stadig fleire barn og unge rapporterer om psykiske helseutfordringar. Befolkningsstudiar i Noreg viser at om

lag 7 prosent av alle barn i førskule- og skulealder har symptom på ei psykisk lidning. Kvart år blir om lag 5 prosent av alle barn og unge i alderen 0–17 år behandla i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Ungdata viser at fleire jenter rapporterer om større psykiske plager i tenåra. Utstrekkt bruk av sosiale medium, skulestress og kroppspress blir ofte nemnt som sannsynlege risikofaktorar (Sletten og Bakken 2016).

Nokre barn har store og samansette problem, anten som følgje av utviklingshemming eller sjukdom eller som følgje av oppvekstvilkår. For barn med psykiske plager og lidningar er tidleg innsats heilt sentralt. Gjennom tidleg innsats og kompetente og koordinerte tenester kan det for mange vere mogleg å hindre vidareutvikling og avgrense problem, forkorte behandlinga og redusere dei negative konsekvensane. Våren 2019 vil regjeringa leggje fram ein opptrappingsplan for den psykiske helsa til barn og unge. Planen vil omfatte både helsefremjande, førebyggjande og behandlingsretta tiltak. Tidleg innsats vil vere eit sentralt tema i planen, som mellom anna vil synleggjere rolla barnehagar og skular har for å fremje god psykisk helse hos alle barn og unge.



Figur 2.3 Omsorgssirkelen

Kjelde: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Mange barn og unge blir utsette for vald og overgrep. I tillegg til dei synlege og direkte fysiske skadane valden kan medføre, er det klare samanhengar mellom vald og seinare dårleg fysisk og psykisk helse. Arbeidet med å følge opp tiltaka i Opptappingsplan mot vald og overgrep (2017–2021) har derfor høg prioritet. Planen legg mellom anna vekt på at det førebyggjande arbeidet mot vald og overgrep skal prioriterast og styrkjast. Både barnehagar, skular og helsetenester skal bli betre til å avdekkje vald og overgrep og til å handle ved mistanke, jf. kapittel 5.

I det helsefremjande og førebyggjande arbeidet er det nødvendig med tiltak både på befolkningsnivå og på gruppe- og individnivå. Her spelar helse- og velferdstenestene ei viktig rolle. Regjeringa vil vidareføre satsinga på helsestasjons- og skulehelsetenesta og på barnehagar og skular med god kvalitet. Det er tiltak som treffer dei aller fleste barn og unge. Samtidig må det sosiale tryggleiksnettet styrkjast slik at barn og unge får god hjelp og oppfølging når dei treng det.

Det er viktig at dei tilsette i barnehagar og skular og dei som jobbar med helse-, omsorgs- og velferdstenester, har kunnskap både om helse-

fremjande faktorar og om risikofaktorar og beskyttande faktorar som påverkar oppveksten til barn og unge. Samtidig er ein heilskapleg innsats med samarbeid på tvers av sektorane grunnleggjande. Sentrale satsingar som skal bidra til dette, er mellom anna Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse, programmet for folkehelsearbeid i kommunane, 0–24-samarbeidet og dei statlege områdesatsingane. Regjeringa tek vidare sikte på å leggje fram ein ny samarbeidsstrategi som fremjar deltaking og styrkjer moglegheitene for barn i låginntektsfamiliar. Det vil vere ei oppfølging av regjeringa sin strategi Barn som lever i fattigdom, som gjekk ut ved årsskiftet 2017/2018. Regjeringa vil òg setje i gang eit arbeid med ei melding om ungdomspolitikkk som skal sjå arbeidet med ungdomsrelaterte spørsmål under eitt og drøfte framtidsperspektivet for unge sine levekår.

2.1 Kva familien og godt foreldreskap har å seie

Politikken til regjeringa legg vekt på at familien er svært viktig som det grunnleggjande sosiale fel-

lesskapet i samfunnet. Familien gir trygge rammer rundt oppveksten til barn og unge. Derfor er regjeringa oppteken av å støtte opp om familien som institusjon. Foreldreskapet skal styrkjast gjennom informasjon, råd og rettleiing.

Familiar representerer eit stort mangfald med tanke på sosial bakgrunn, livsstil, verdspørsmål, trusspørsmål og uttrykksformer. Alle barn og unge i Noreg skal ha dei same moglegheitene til utvikling, uavhengig av utgangspunktet til foreldra og familien. Likevel kan trekk ved familien ha mykje å seie for korleis barna har det, og korleis det går med dei seinare i livet. Barn som veks opp med foreldre som har rusproblem eller dårleg psykisk og fysisk helse, kan ha eit vanskelegare utgangspunkt enn andre barn. Barn i familiar med flukt- og migrasjonsbakgrunn eller barn i lukka trussamfunn kan òg møte særskilde utfordringar som påverkar utviklinga deira. Barn kan bli utsette for vald og overgrep frå den nærmaste familien eller oppleve at ein av omsorgspersonane blir utsett for vald. Det er svært viktig at vald og overgrep blir oppdaga tidleg. Opptappingsplan mot vald og overgrep (2017–2021) legg vekt på at det førebyggjande arbeidet mot vald og overgrep skal prioriterast og styrkjast innanfor arenaer som familie, barnehage, skule, barnevern, helse- og omsorgstenester, frivillig sektor og lokalsamfunnet. Foreldrestøttande tiltak og tiltak for å styrkje kunnskapen og kompetansen om vald og overgrep i tenester som møter barn og unge, er sentrale verkemiddel i arbeidet.

Vedvarande låg inntekt kan gå ut over forholdet mellom foreldra og prege relasjonen deira til barna. Resultatet kan vere manglande overskot til å møte barnas behov og auka risiko for konflikhtar mellom dei vaksne (Hyggen, Brattbakk & Borge-raas 2018).

Regjeringa har styrkt bustøtteordninga for barnefamiljar. Regjeringa har vidare styrkt den statlege finansieringa til områdesatsingar og prioritert tidleg innsats, mellom anna gjennom rekrutteringstiltak til barnehage. Regjeringa tek sikte på å leggje fram ein samarbeidsstrategi som fremjar deltaking og styrkjer moglegheitene for barn i låginntektsfamiljar. Frivillig sektor, sosiale entreprenørar og næringslivet blir inviterte med i eit samarbeid der målet er at alle barn skal kunne delta og utvikle seg på like fot. Regjeringa følgjer opp fritidserklæringa. Målet er at alle barn, uavhengig av den sosiale og økonomiske situasjonen til foreldra, skal få høve til å delta fast i ein organisert fritidsaktivitet. Vi viser til omtale i kapittel 4.

Foreldre som ikkje maktar å gi barna sine det dei treng og har krav på, må få hjelp frå det offent-

lege eller frå frivillig sektor så tidleg som mogleg. Derfor er det viktig at foreldrestøttande tiltak er lett tilgjengelege. Det er eit mål å støtte arbeidet frivillig sektor gjer med foreldrestøtte og tidleg innsats. Barne- og likestillingsdepartementet forvaltar fleire tilskotsordningar som skal bidra til å styrkje det foreldrestøttande arbeidet i kommunane. Foreldrekvardag.no, som blei lansert i 2016, skal vidareutviklast. Home-Start Familiekontakten, som tilbyr hjelp i kvardagen til familiar med minst eitt barn under skulealder, er eit døme på eit frivillig initiativ som får statleg støtte, og som hjelper mange barnefamiljar.

I regjeringa sin integreringsstrategi (2019–2022) Integrering gjennom kunnskap er det fleire tiltak som skal bidra til at familiar med innvandrarbakgrunn har høve til å ta gode val, og til at offentleg integreringsinnsats blir målretta for å hjelpe familiar som treng det. Viktige mål er deltaking på ulike samfunnsarenaer og at innvandrara får tidleg og god kunnskap om korleis det er å vere foreldre i Noreg, og om kva tilbod som finst. Foreldrerettleiing skal innførast som ein obligatorisk del av introduksjonsprogrammet.

Strategi for foreldrestøtte (2018–2021) Trygge foreldre – trygge barn

Regjeringa fremja i 2018 ein strategi for foreldrestøtte. Strategien skal førebyggje at barn veks opp under mangelfull eller skadeleg omsorg, og bidra til at foreldre får hjelp til det dei ikkje meistrar. Kommunane er den viktigaste aktøren når det gjeld støtte til foreldra. Eit mål med strategien er at tilbodet om foreldrestøtte skal bli meir likeverdig, og at alle kommunar skal tilby kvalitetssikra foreldrestøtte. Strategien har tiltak som rettar seg både mot heile befolkninga og mot foreldre med behov for ekstra foreldrestøttande tiltak.

2.2 Helsestasjons- og skulehelsetenesta

Kommunen skal tilby helsestasjons- og skulehelseteneste til barn og ungdom i alderen 0–20 år og svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjon. Helsestasjons- og skulehelsetenesta er eit helsefremjande og førebyggjande tilbod til alle barn og unge og familien deira. Det er eit mål at tenestene er tverrfagleg samansette og tilpassa dei lokale utfordringane. Tenesta har eit stort potensial for å identifisere behov for hjelp hos barn, unge, gravide og familiar på eit tidleg tidspunkt. Ambisjonen er at ingen skal møte ei lukka

dør hos helsestasjons- og skulehelsetenesta, og at alle nybakte foreldre skal få heimebesøk i tråd med eksisterande retningslinjer. Regjeringa vil med den langvarige satsinga på helsestasjons- og skulehelsetenesta vidareutvikle tenesta, som er styrkt med 1,3 milliardar kroner i perioden 2014–2019. Seinast i 2019 vedtok Stortinget å auke løyvinga til tenesta med 120 millionar kroner. Av desse er 20 millionar kroner øyremerkte til å heve jordmordkompetansen i kommunane. Til saman er no 40 millionar kroner øyremerkte til jordmorkompetanse.

Svangerskapet er eit godt høve til å endre vanar i ei positiv retning. Dei fleste gravide er motiverte for å leve sunt og synest det er naturleg at jordmora eller fastlegen spør om levevanane deira. Samtidig er kvinner og familiar sårbare under svangerskap, fødsel og barsel og i dei tidlege småbarnsperiodane. Erfaringar med vald og seksuelle overgrep og psykisk helse er aktuelle tema for den første samtalen ved helsestasjonen saman med råd om amming og gode levevanar.

Tilbodet ved helsestasjonstenesta skal mellom anna omfatte heimebesøk. Formålet med heimebesøket er å gi foreldra nødvendig informasjon, etablere tidleg kontakt, leggje grunnlaget for vidare oppfølging og samarbeid og tilby behovstilpassa støtte og rettleiing.

Skulehelsetenesta er i kontakt med barn og unge mellom 5 og 20 år og kan følgje barn og ungdom gjennom ulike utfordringar. Fordi tenesta er tilknytt skular over heile landet, når ho ut til store delar av barne- og ungdomsbefolkninga og kan dermed òg nå ut til foreldra deira.

Ungdomstida medfører auka ansvar, og for nokre kan denne tida vere prega av vanskelege val, stress, krav og forventingar. Helsesjukepleiar, lege eller anna personell ved helsestasjons- og skulehelsetenesta bør søkje å normalisere vanlege utfordringar og gi ungdom kunnskap og handlingskompetanse. I tillegg bør dei hjelpe ungdommen med å sortere kva som er normalt, og kva som kan krevje oppfølging og tilvising vidare.

Helsestasjon for ungdom (HFU) er eit gratis drop-in-tilbod som skal vere tilpassa behovet til ungdommane. Tilbodet skal vere gitt på ungdommane sine premissar og skal opplevast tilgjengeleg, også for dei som ikkje går på skule. HFU er spesielt merksam på ungdommar med risikofaktorar for å utvikle psykiske plager og lidingar, også faktorar som kan gi auka sjølvmoordsrisiko og rusproblem.

Boks 2.1 Mor-barn-vennlege sjukehus og helsestasjonar

WHO/UNICEFs kvalitetsstandard, «Baby-friendly Hospital Initiative», blei lansert i 1991. Noreg følgde opp med å implementere mor-barn-vennlege sjukehus i 1993. I 2018 er 39 av 47 fødeeininger godkjende som mor-barn-vennlege. Det vil seie at meir enn 90 prosent av fødslane i Noreg skjer på ei mor-barn-vennleg eining. I 2017 publiserte WHO eit oppdatert fagleg grunnlag for kvalitetsstandarden. I Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) «Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle» er eitt av oppfølgingspunktta ei vidareføring og ei vidareutvikling av mor-barn-vennleg-initiativet som fagleg standard for føde- og barselavdelingane i landet. I Noreg er kvalitetsstandarden for mor-barn-vennleg sjukehus tilpassa helsestasjonar gjennom tiltaket «Ammekyndig helsestasjon». I 2009 hadde berre fire kommunar/bydelar godkjende mor-barn-vennlege helsestasjonar. Hausten 2018 hadde 121 av kommunane/bydelane helsestasjonar som er godkjende som mor-barn-vennlege.

2.3 Barnehage, skule og skulefritidsordning (SFO)

Regjeringa sitt mål er barnehagar og skular som gir alle høve til å lykkast, uavhengig av sosial, kulturell og språkleg bakgrunn, kjønn og kognitive og fysiske forskjellar. God kvalitet i barnehage og skule kan i tillegg til å fremje læring og danning leggje til rette for livsmeistring og deltaking i samfunnet, styrkje respekt og likeverd og bidra til å motverke diskriminering og utanforskap. Barnehagen, skulen og SFO er viktige integreringsarenaer som gir gode høve til språkleg og sosial utvikling. Høg kvalitet i det ordinære tilbodet kan bidra til god trivsel, læring og utvikling for alle barn og førebygging av seinare problem. Samarbeid med heimen og involvering av foreldra er viktig i utdanningsløpet.

Foreldreutvalet for barnehagar (FUB) og Foreldreutvalet for grunnopplæringa (FUG) er sjølvstendige rådgivande organ for Kunnskapsdepartementet og Utdanningsdirektoratet og skal vareta foreldra sine interesser i barnehage- og skule-

samanheng. FUB og FUG bidreg med synspunkt og råd til Kunnskapsdepartementet og Utdanningsdirektoratet, gir informasjon og rettleiing om samarbeidet mellom barnehage/skule og heim og samarbeider med relevante aktørar i saker som gjeld samarbeidet mellom barnehage/skule og heim. Kommunen og fylkeskommunen skal kvar på sitt nivå sørge for samarbeid med foreldre i barnehage, grunnskule og vidaregåande opplæring.

I regjeringa sin strategi Integrering gjennom kunnskap (2019–2022) er tidleg innsats i utdanningsløpet for barn og unge eitt satsingsområde. Det er eit mål å gi barn og unge med innvandrarbakgrunn gode norskkunnskapar, grunnleggjande ferdigheiter og fagleg kompetanse gjennom likeverdige utdanningsløp. Strategien legg mellom anna vekt på at dei tilsette må ha kompetanse til å ta vare på minoritetsspråklege barn og unge.

Ny stortingsmelding om tidleg innsats og inkluderande fellesskap

Regjeringa vil hausten 2019 leggje fram ei melding for Stortinget om tidleg innsats og inkluderande fellesskap i barnehage og skule. Meldinga har som mål å bidra til eit inkluderande utdanningssystem som sikrar alle barn og elevar tryggleik, tilhøyrsløse, utvikling, meistring og læring. Meldinga skal skissere kva slags mål, prinsipp og heilskaplege grep som bør liggje til grunn for at tilbodet i barnehage og skule kan bli betre for alle. Ho skal omfatte både barnehage, skule og SFO og følgje opp forslag og ny kunnskap frå ulike ekspertgrupper, først og fremst rapporten «Inkluderande fellesskap for barn og unge» (Nordahl 2018) og Stoltenberg-utvalet om kjønnsforskjellar i skuleprestasjonar (NOU 2019:3 «Nye sjansar – bedre læring»). Det inneber òg tidleg og rask oppfølging gjennom heile utdanningsløpet når barn og elevar har behov for det. Meldinga skal vurdere det statlege og det lokale støtte-systemet og korleis det tverrfaglege og fleirfaglege samarbeidet mellom tenestene kan styrkjast for at kompetansen skal komme nærmare barnet og eleven. Målet med meldinga er å styrkje arbeidet med tidleg innsats og leggje til rette for eit godt tilpassa og inkluderande tilbod for alle barn og unge – uavhengig av sosial, kulturell og språkleg bakgrunn, kjønn og kognitive og fysiske forskjellar.

Barnehagen som arena for tidleg innsats

Barnehagar med høg kvalitet førebyggjer og jamnar ut forskjellar og er særleg viktige for sårbare barn, inklusive minoritetsspråklege barn. Frå eit folkehelseperspektiv er barnehagar med høg kvalitet kjenneteikna av at dei har små barnegrupper og nok og stabilt vaksenpersonell, og at dei tilsette er godt utdanna og personleg eigna. Dette er brukt som definisjon på høgkvalitetsbarnehagar (Major mfl. 2011). For barn i risikosona kan det at dei har gått i ein høgkvalitetsbarnehage, føre til at dei har færre åtferdsproblem og betre skuleresultat. Dessutan minskar risikoen for fråfall i den vidaregåande opplæringa, og sjansen for at dei skal ta ei høgare utdanning, aukar. Effekten ser ut til å kunne vare heile livsløpet (Brandlistuen mfl. 2015, van Huizen og Plantenga 2018). Regjeringa har sett i gang ei rekkje tiltak for å sikre god kvalitet i alle barnehagar.

Ny bemannings- og pedagognorm i barnehagen, ny rammeplan og kompetansestrategi

1. august 2018 tok både ei skjerpa norm for pedagogisk bemanning og ei ny bemanningsnorm i barnehagen til å gjelde. Både den skjerpa pedagognorma og innføringa av bemanningsnorm skal sikre at det pedagogiske tilbodet i barnehagen blir styrkt, og at det er nok vaksne som kan gi barna trygg og god omsorg.

Den nye rammeplanen for barnehagen som blei fastsett i 2017, stiller høge krav til kvalitet. Folkehelse og livsmeistring er eit overordna tema i den nye rammeplanen. Det inneber mellom anna at barnehagen skal leggje til rette for at alle barn kan oppleve rørsleglede, matglede, matkultur og mentalt og sosialt velvære. Rammeplanen understrekar at foreldra og barnehagepersonalet har felles ansvar for at barnet skal trivast og utvikle seg. Barnehagen er i ein unik posisjon med tanke på å kunne gi støtte i foreldrerolla og kunne oppdage og varsle dersom barn har behov for ein betre omsorgssituasjon (Berry mfl. 2016, Mogens mfl. 2014). Tiltak for utsette barn i barnehagen har vist seg å ha langt større effekt når foreldra blir involverte (Mogens mfl. 2014). Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet skal utvikle tilrådingar til korleis barnevernstenestene og barnehagane kan samhandle for å oppdage utsette barn på eit tidleg tidspunkt, og saman sørge for at foreldra får god rettleiing og oppfølging.

Samarbeid mellom helsestasjons- og skulehelsetenesta og barnehagen er viktig. Regjeringa

vil derfor vurdere å prøve ut ordningar med å gjennomføre fireårskontrollen i barnehagen.

Regjeringa sin kompetansestrategi for barnehagen for 2018–2022 skal bidra til at heile personalgruppa i barnehagen får auka kompetanse til å kunne implementere rammeplanen. I 2019 blir det løyvd om lag 430 millionar kroner for å fremje kvalitet og kompetanse i barnehagane. Eitt av dei tematiske satsingsområda i kompetansestrategien er at personalet skal få auka kompetanse i å fremje eit godt og inkluderande leike- og læringsmiljø. Fysisk aktivitet er viktig for trivsel og helse, og forskning viser at fysisk aktivitet påverkar læringa positivt (Brandlistuen mfl. 2015, Reikerås mfl. 2017). Kompetansen til barnehagepersonalet er ein avgjerande faktor for å fremje rørsleglede og utvikle motoriske ferdigheiter.

Gode måltid og eit sunt mat- og drikketilbod i barnehagen gir barna eit godt grunnlag for å utvikle matglede og sunne helsevanar. I den nye rammeplanen for barnehagar er det lagt meir vekt på mat og måltid enn tidlegare, og mat og måltid som pedagogisk arena er synleggjort. Helsedirektoratet la i 2018 fram ei ny nasjonal fagleg retningslinje for mat og måltid i barnehagen. Helsedirektoratet samarbeider med Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet gjennom konferansar og utvikling av verktøy som støttar opp under arbeidet med å implementere retningslinja og rammeplanen for barnehagen.

Ein god overgang frå barnehage til skule er viktig for at barnet skal få høve til å meistre skulen både sosialt og fagleg (OECD 2017b, Lillejord mfl. 2018). Barn må oppleve ein trygg og god overgang frå barnehage til skule, og dei treng undervisning som er tilpassa alderen og dei ulike behova deira. Frå 1. august 2018 gjeld ei ny lov-festa plikt for skuleeigaren til å samarbeide med barnehagane og utarbeide ein plan for overgangen frå barnehage til skule og SFO. Samarbeidet skal bidra til at barna får ein trygg og god overgang.

Tidleg innsats i grunnopplæringa

Skulen skal bidra til danning og utdanning. I tillegg er skulen viktig som ein førebyggjande arena. Gode lærarar med solid og oppdatert kunnskap er nøkkelen til eit godt opplæringsløp som gir alle elevar eit godt grunnlag for vidare livsmeistring. God kommunikasjon mellom heim og skule bidreg positivt til skulen sitt arbeid med læringsmiljøet og til elevane sitt oppvekstmiljø. Foreldra og dei føresette har hovudansvaret for

oppsedinga og utviklinga til barnet, dei er dei viktigaste omsorgspersonane til barna og ungdommane, og dei har kunnskap som skulen kan bruke for å støtte elevane i danning, læring og utvikling. Heim – skule-samarbeidet er derfor ein sentral del av opplæringa. Det er utdjupa i «Overordnet del – verdier og prinsipper for grunnopplæringa», som blei fastsett 1. september 2017.

Norsk skule er på veg i rett retning. Elevane lærer meir, dei er meir til stades, og færre fell frå, jf. kapittel 4. Kartlegging viser at nyare norske policyinitiativ, lover og planverk er i samsvar med det forskinga viser er dei beste pedagogiske praksisane for dei yngste barna i skulen (Lillejord mfl. 2018). Samtidig veit vi for lite om korleis dei yngste barna faktisk har det i skulen. Regjeringa vil derfor innhente meir kunnskap om dette. Det vil vere aktuelt å sjå på tema som pedagogisk praksis, overgang frå barnehage til skule og organisering av skuledagen og læringsmiljøet.

Grunnskulelærerutdanninga for trinna 1–7 fokuserer på dei yngste elevane i grunnskulen. I 2018 blei det utvikla nye tilbod om vidareutdanning for lærarar i begynnaropplæring og i spesialpedagogikk. Regjeringa har òg innført plikt for skulane til å gi intensiv opplæring til elevar på 1.–4. trinn som strevar med lesing, skrivning og rekning.

Lærarar med solid og oppdatert kunnskap er nøkkelen til at elevane skal trivast på skulen. Nytt læreplanverk, læringsmiljøtiltak og kompetanseheving for lærarar er viktige tiltak for å ta vare på den psykiske og fysiske helsa til barn og unge. Det er innført ei ny ordning for kompetanseutvikling for lærarar og skuleleiarar. Ordninga inneber at bruken av dei statlege kompetansemidlane skal vere betre tilpassa lokale behov.

Folkehelse og livsmeistring i fornya læreplanverk

I den nye overordna delen for læreplanane frå 2017 blir det stilt klare krav til at skulen skal utvikle inkluderande fellesskap som fremjar helse, trivsel og læring for alle. Kunnskapsdepartementet er i gang med å fornye læreplanverket for grunnskulen og den vidaregåande opplæringa, jf. kapittel 8.4. I fagfornynginga er folkehelse og livsmeistring eitt av tre prioriterte tverrfaglege tema. Temaet skal bidra til at elevane tileignar seg kompetanse som fremjar god psykisk og fysisk helse, og som gir dei høve til å ta ansvarlege livsval. Stådig fleire skular i landet jobbar alt aktivt med livsmeistring i undervisninga i ulike fag. Rapporten «Livsmeistring i skolen. For flere små og store seiere i hverdagen» er utarbeidd på bakgrunn av eit prosjekt om livsmeistring i skulen i regi av

Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU) på oppdrag frå regjeringa. Prosjektet er eit innspel til det vidare arbeidet med livsmeistring i skulen og til arbeidet med å fornye innhaldet i læreplanverket.

Prosjektet «Et lag rundt eleven» blei sett i gang i skuleåret 2017/2018 for å bidra til meir bruk av fleirfagleg kompetanse i skulen, særleg for sårbare elevar. Kunnskapsdepartementet har sett i gang forskning som skal gi ny kunnskap om korleis det er fornuftig å bruke fleirfagleg kompetanse i skulen. I forskingsprosjektet får utvalde kommunar ein ekstra helsesjukepleiarressurs i ein toårsperiode. Ressursen blir fordelt på fire skular og rettar seg mot elevar på 5. – 7. trinn.

Fysisk aktivitet og mat og måltid i skulekvardagen

Leik og fysisk aktivitet er viktig for den fysiske og psykiske helsa til barn og unge. Gjennom skuledagen vil elevane få høve til å vere aktive i kroppsovingstimar, i timar til fysisk aktivitet på 5. – 7. trinn, i friminutt og gjennom undervisning i fag der det blir lagt til rette for det. Verken læreplanane eller kompetansemåla legg hindringar for bruk av fysisk aktivitet i skulen. Det må likevel skje innanfor læreplanane og rammene av det fastsette timetalet til dei respektive faga.

Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om eit forskingsprosjekt med utprøving og evaluering av modellar med ekstra tid til kroppsoving og fysisk aktivitet. Hovudstudien blei gjennomført i skuleåret 2017/2018 med eit utval på 29 skular og om lag 2700 elevar på 9. trinn. Denne elevgruppa er mindre fysisk aktiv og har lengre skuledagar enn dei yngre elevane. Forskingsprosjektet søkjer å finne svar på korleis vi best treffer denne elevgruppa, og korleis verknaden er på den fysiske og psykiske helsa til elevane og på læringsmiljøet og læringa. Resultata vil liggje føre tidleg i 2019, og dei vil gi eit fagleg grunnlag for betre å kunne vurdere tiltak for auka fysisk aktivitet i grunnopplæringa.

Regjeringa er oppteken av å styrkje symjeferdigheitene til barn og unge og har jobba aktivt med dette i fleire år. Det er innført nye kompetanssmål, obligatorisk ferdigheitsprøve og tilskotsordningar for barnehagar og nyleg komne minoritetsspråklege barn, unge og vaksne som er omfatta av grunnskuleopplæring. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet har etablert svømmedyktig.no – ei ressurside for symjeopplæringa. Det er òg gjennomført kompetansehevingstiltak.

Kunnskapen og forståinga elevane utviklar gjennom arbeidet med faget mat og helse kan vere viktig for å gjere dei bevisste på sine eigne kosthaldsvanar. For å kunne skape gode føresetnader for god helse og eit godt læringsmiljø er det viktig med sunn mat og faste måltid. Måltidet som sosial arena har òg potensial for å skape trivsel, gode relasjonar, meistring og tryggleik. Kartlegging viser stor variasjon i kjennskapen til og oppfølginga av Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen (Federici mfl. 2017). Det er til dømes mange skular som ikkje oppfyller målet om minst 20 minutt matpause. Regjeringa understrekar kor viktig det er at skuleeigaren sikrar at skulane legg til rette for dette. I samband med at forskrift om miljøretta helsevern i barnehagar og skular mv. skal reviderast, er det aktuelt å ta inn at elevane må få tilbod om lang nok matpause. Dette blei òg løfta fram i brev frå helseministeren og kunnskapsministeren som oppfølging av Meld. St. 19 (2014–

Boks 2.2 Skulematordninga ved Gosen skole

Gosen skole i Stavanger satsar på sunn livsstil og berekraft. Som eit ledd i satsinga har skulen i fleire år drive skulekantine. Den populære kantina er ein del av den pedagogiske verksemda i faget mat og helse. Kantinedrifta speglar kompetansemåla i faget. Elevar og lærar lagar mat for sal i tråd med den nasjonale faglege retningslinja for mat og måltid i skulen. Skulen nyttar mykje økologiske råvarer og legg vekt på kreativ bruk av restemat. Kantina serverer mest enkle og sunne rettar av grønsaker og fisk og bruker lite kjøtt og sukker. For Gosen skole har det vore viktig at tilbodet i kantina skal verke sosialt utjamnande. Kvar dag serverer dei gratis frukost, og dei held prisane elles så låge som mogleg. Elevane betaler med betalingskort, noko som fungerer greitt, også til å setje i verk økonomisk støtte til elevar som har behov for det. Skulen har samarbeidd med Nav om å utvikle kantina som ein praksisarena for matinteresserte. I ein prosjektperiode har skulen fått rettlegeing og kompetanseheving frå Måltidets hus i Stavanger. Helsesjukepleiar ved skulen og lokale matleverandørar er viktige samarbeidspartnarar. Gosen er pilotskule for sunn mat i Stavanger og tek imot besøk av andre skular som ønskjer inspirasjon.

2015) Mestring og muligheter og Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021).

Det er samanheng mellom det å ete frukost og å ha gode kostvanar elles. Helsevaneundersøkingane viser at 60 prosent av alle 15-åringar et frukost kvar dag (Samdal mfl. 2016). Det er uheldig at mange kjem på skulen utan å ha ete frukost. Skular, elevar og foreldre rapporterer om gode erfaringar med frukost på skulen. Det bidreg til at elevar som av ulike grunnar ikkje et frukost heime, får ein betre start på dagen.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet samlar og formidlar døme på gode måtar å organisere mat og måltid i skulen på. Ei eingongstilskotsordning frå Helsedirektoratet i 2016/2017 til 23 skuleeigarar for organisering av måltidsordningar i skulen inkluderte nokre døme på frukosttilbod. Mange rapporterte om samarbeid med Nav, introduksjonsprogrammet, matprodusentar og frisklivs-sentral. Det er potensial for samarbeid både sentralt og lokalt for å fremje gode mat- og måltidsvanar for barn og unge generelt og gode frukostvanar spesielt. Nokre skular tilbyr abonnement på frukost eller lunsj. Det kan til dømes knytast opp mot abonnement på «Skolefrukt» og tilbodet Tine har gjennom «Skolelyst». Regjeringa vil oppmode skuleeigarane til å samarbeide med dei føresette, det lokale næringslivet og den frivillige sektoren for å etablere gode matordningar, inkludert abonnementsordningar, eventuelt med eigenbetaling. Dersom det blir innført ordningar med eigenbetaling er det viktig at dei tek særleg omsyn til barn som veks opp i familiar med låg inntekt. Regjeringa framhevar at det er frivillig for skuleeigaren å etablere slike ordningar.

Tiltak for å fremje samarbeid om gode måltidsordningar kan òg sjåast i samanheng med programmet for folkehelsearbeid i kommunane for å utvikle tiltak som fremjar god psykisk helse hos barn og unge. Fylkesmannen i Trøndelag har som eitt av fleire fokusområde for 0–24-samarbeidet (jf. kapittel 2.6) at barn og unge får sunn og næringsrik mat og gode måltidsopplevingar på skulen. Sjå òg omtale av måltidspartnerskap i kapittel 6.4.

Tiltak frå regjeringa for å redusere mobbing i barnehage og skule

I eit folkehelseperspektiv er det verdifullt at barn og unge har ein trygg og god barnehage- og skulekvardag der dei opplever at dei får den støtta og hjelpa dei treng.

Eit godt leike- og læringsmiljø omfattar òg det psykososiale miljøet, inkludert vennskap, trygge vaksne og førebygging av sosial ekskludering og krenkingar som diskriminering, trakassering, vald og mobbing. Forsking om mobbing i barnehagen viser at 8–12 prosent av barnehagebarna opplever mobbing, enkelte både frå barn og vaksne. Fleire av elevane som fall frå i den vidaregåande opplæringa, hadde vore utsette for mobbing alt i barnehagen (Lund 2013, Lund mfl. 2015). Den siste elevundersøkinga frå hausten 2018 viser at talet på elevar som svarer at dei blir mobba to–tre gonger i månaden eller oftare, har gått ned frå 6,6 prosent til 6,1 prosent. Det er ei positiv utvikling. Men 6,1 prosent er likevel eit altfor høgt tal, for det tyder på at rundt 47 000 elevar blir mobba jamleg.

Dei siste åra har regjeringa derfor gjennomført ei rekkje nye tiltak for å redusere mobbinga. Dei viktigaste er lovendringar, kompetansebygging for dei vaksne i barnehagar og skular og betre hjelp og støtte til mobbeoffer og familieane deira.

Retten til eit trygt og godt skulemiljø som fremjar læring, trivsel og helse er forankra i opplæringslova kapittel 9 A. Kapittelet blei revidert i 2017 og blei då utvida frå å gi elevane vern mot krenkingar til å gi dei rett til å ha det trygt og godt på skulen. Tiltaka skulen og kommunen set inn for å sikre elevane eit trygt og godt skulemiljø, kan rettast mot det som skjer på skulen, men òg mot årsaker eller omstende utanfor skulen. «Partnerskap mot mobbing» blei etablert i januar 2016 mellom regjeringa og tolv organisasjonar og erstattar det tidlegare «Manifest mot mobbing». Vidare er det frå hausten 2018 etablert ei nasjonal ordning med fylkesvise mobbeombod for alle barnehagebarn og grunnskuleelevar. Denne ordninga vil bli finansiert som eit spleiselag mellom staten og fylkeskommunane. Ombodsordninga skal evaluerast. Utdanningsdirektoratet har utarbeidd ein nettressurs med oversikt over eigna tiltak i ulike typar skulemiljøsaker. Utdanningsdirektoratet har i tillegg utarbeidd ei rettleiing om bruk av beredskapsteam i særleg alvorlege mobbesaker. Kommunane kan bruke den nye rettleiinga til å finne ut korleis dei kan organisere beredskapsteam, og kva slags oppgåver teama kan ha.

Skulefritidsordning/aktivitetsskule (SFO/AKS)

Deltaking i SFO kan ha mykje å seie for utvikling av språk og sosiale ferdigheiter. SFO utgjør ein vesentleg del av kvardagen til barna. 81 prosent av alle førsteklasingar og 61 prosent av alle ele-

var på 1.–4. trinn deltek i ei skulefritidsordning. Det gjer SFO til ein viktig helsefremjande arena mellom anna gjennom fysisk aktivitet og friluftsliv, arbeid med kosthald, kulturelle aktivitetar som song og musikk, dans og teater, etablering av vennskap og deltaking i sosiale fellesskap. Ved mange skular blir kulturelle aktivitetar gjennomførte i samarbeid med lokale aktørar, til dømes kulturskulen, og fysisk aktivitet og friluftsliv blir gjennomført i samarbeid med idretts- og friluftsgorganisasjonar. Kvaliteten i SFO skal styrkjast gjennom utarbeidinga av ein nasjonal rammeplan som òg gir rom for lokale variasjonar. NTNU Samfunnsforskning gjennomførte i 2018 ei nasjonal evaluering av SFO (Wendelborg mfl. 2018). Evalueringa vil bli følgd opp i stortingsmeldinga om tidleg innsats og inkluderande fellesskap hausten 2019.

SFO-måltida kan bidra til gode framtidige kosthaldsvanar. Helsedirektoratet lanserte i 2015 ei ny nasjonal fagleg retningslinje for mat og måltid i skulen som òg inkluderer SFO. Helsedirektoratet vil i samarbeid med Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet arbeide for at retningslinja blir betre kjend i SFO og vurdere korleis ein kan betre matfagleg kompetanse hos SFO-tilsette. Som oppfølging av handlingsplanen for betre kosthald arbeider ein med å mobilisere og leggje til rette for barn som endringsagentar for matglede, sunt kosthald og berekraft. Prosjektet «Matjungelen», som er utvikla av Folkelig på oppdrag frå Helsedirektoratet, har SFO som målgruppe og skal i 2018–2019 spreia til alle kommunar i Hordaland. Med støtte frå Gjensidigestiftelsen skal «Matjungelen» bli eit tilbod i heile landet frå 2020. Tiltaket blir organisert i eit partnerskap mellom myndigheiter, frivillig sektor og privat sektor.

Det nasjonale kosthaldsprogrammet «Fiske-sprell» har òg tilbod til SFO-tilsette. Fleire andre aktørar har tilbod til SFO på matområdet. Det er viktig å samle erfaringar frå ulike opplegg og spreie kunnskapen.

Fysisk leik er ein stor del av SFO-tida til barna. Skulefritidsordninga er ein viktig arena for å fremje fysisk aktivitet og rørsleglede hos dei yngste elevane. Den fysiske aktiviteten i SFO-tida kan styrkjast både gjennom fri leik og meir vaksenstyrte aktivitetar. Ein kan leggje til rette for fysisk aktivitet både ute og inne og gjennom bruk av nærmiljøet. Mange kommunar har fysisk aktivitet som eit satsingsområde i SFO. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet har ei lang rekkje ressursar for skule,

barnehage og SFO som kan inspirere planlegginga av SFO-dagen.

Regjeringa vil vidareutvikle eit utval eksisterande, vellykka satsingar innanfor friluftsliv retta mot barn og unge i barnehage, SFO og skule. Dette arbeidet vil bli forankra i skuleprosjektet til Norsk Friluftsliv, som er finansiert av Klima- og miljødepartementet. Gode forhold for leik og fysisk aktivitet i SFO vil òg bli følgde opp i den nye handlingsplanen for fysisk aktivitet, jf. kapittel 6.

2.4 Barnevern og familievern

Barnevern

Arbeidet med å førebu barnevernsreforma er i gang, jf. kapittel 8.4. Auka kompetanse er viktig for å førebu kommunane på eit større ansvar for barnevernet, og regjeringa har derfor sett i verk ein kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024).

Samtidig har Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet begynt å utvikle eit digitalt barnevernsfagleg kvalitetssystem for det kommunale barnevernet. Det er òg sett i gang eit større arbeid med å utvikle ei nasjonal tilnærming til hjelpetiltaksarbeid, mellom anna ettervernstiltak for ungdom mellom 18 og 23 år. I utviklingsarbeidet legg ein vekt på at barnevernet skal samarbeide med andre tenester, også helsetenestene. Frå 2014 har regjeringa gjennomført ei eiga satsing for å skape ein betre tilpassa skule- og utdanningssituasjon for barn i barnevernet. I 2019 blir det sett i gang ei eiga satsing for å styrkje samarbeidet mellom barnevernet og politiet.

Barn med innvandrarbakgrunn får i større grad enn barn utan innvandrarbakgrunn hjelpetiltak i heimen. Deler av innvandrarbefolkninga har låg tillit til barnevernet (Ipsos 2017). Samtidig har mange familiar med innvandrarbakgrunn lite kunnskap om rolla og oppgåvene til barnevernet. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) har utarbeidd ein handlingsplan for å betre tilliten mellom barnevern og etniske minoritetsmiljø. I integreringsstrategien (2019–2022) har regjeringa varsla at ho vil styrkje barnevernet med tanke på oppfølging av barn og familiar med innvandrarbakgrunn.

Kunnskap om samiske språk og kulturuttrykk er ein viktig føresetnad for at barnevernstenesta skal kunne gi samiske barn og familiar eit forsvarleg tilbod. Sametinget er bekymra for at barnevernet ikkje har god nok kompetanse om og forståing for rettane og behova til samiske barn. Dei etterlyser samtidig fleire samiske fosterheimar for å

kunne oppfylle rettane til barna og hindre tap av språk, kultur og identitet og for å kunne gi barna relasjonar til samisk slekt og miljø.

Barnevernslovutvalet la fram forslag til ny barnevernlov i NOU 2016: 16 «Ny barnevernlov – sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse». Delar av forslaget er følgde opp gjennom endringar i dagens barnevernlov, jf. Prop. 169 L (2016–2017). Endringane tok til å gjelde 1. juli 2018, og fleire av endringane kan bidra til at språket og kulturen til samiske barn blir betre vareteke i barnevernet.

Det blir arbeidd med å etablere fleire opplæringstilbod for tilsette i barnevernet for å styrkje arbeidet med barn og familiar med minoritetsbakgrunn. Eit av desse tilboda skal omfatte vurdering av omsorg hos foreldre med ulik sosial, kulturell eller erfaringsmessig bakgrunn, mellom anna i den samiske befolkninga. Det skal òg etablerast eit nytt vidareutdanningstilbod for å gi barnevernet meir kunnskap om arbeid med familiar med etnisk minoritetsbakgrunn. Kompetanse om urfolk og nasjonale minoritetar skal inngå i studie-tilbodet. Det skal òg utviklast eit eige opplærings-tilbod spesielt retta mot tilsette i den statlege fosterheimstenesta og i statlege/private institusjonar. Vidare skal det utgreiast ein heilskapleg modell for barnevernet sitt arbeid med barn med etnisk minoritetsbakgrunn i fosterheim. Rekrutteringa av fosterheimar har i fleire år vore eit prioritert område, og ein er særleg oppteken av å få fleire fosterheimar i slekt og nettverk.

Folkehelseinstituttet har ansvar for å utvikle kommunehelseprofilar som støtte til det kommunale folkehelsearbeidet, jf. kapittel 7. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Folkehelseinstituttet samarbeider om å få fram gode indikatorar som både er viktige i eit folkehelseperspektiv og relevante for barnevernet.

Familievern

Familieverntenesta er eit viktig familiestøttande tiltak som skal gi foreldre som slit, den støtta dei treng for å vere gode omsorgspersonar for barna. For at barn som lever i familiar med høgt konflikt-nivå, skal få så gode oppvekstvilkår som mogleg, tilbyr familievernnet foreldra mekling og hjelp til å samarbeide om felles barn. Det blir arbeidd vidare med å tilpasse tilbodet om mekling til utfordringane i den enkelte familien. Ved meklinga er det viktig å vareta barna sin rett til informasjon og til å uttale seg i saker som vedgår dei. Barn skal ha høve til å uttale seg før foreldra lagar avtalar om bustad og samvær. Det blir derfor lagt vekt på at barn skal få tilbod om ein eigen time når foreldra

skal møte til mekling. Det er eit mål at fleire barn enn i dag skal bli høyrde i samband med meklinga.

Tal frå Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet viser at foreldre stadig oftare tek imot tilbodet om fleire meklingstimar enn den eine obligatoriske. Det er òg ein liten auke i talet på saker med foreldresamarbeid. Det kan tyde på at foreldra ser at familievernnet har eit tilbod dei kan ha nytte av.

2.5 Fritid, kultur og nærmiljø

Nærmiljøet er viktig for helse, trivsel og oppvekt. Det må opplevast som trygt, og det må ha gode og inkluderande møteplassar, universell utforming, lett tilgjengelege naturområde og kultur- og fritidstilbod med rom for samvær, utfalding og vennskap. Regjeringa er oppteken av at alle barn og unge skal få gode høve til å ta del i nærmiljøet og ha opplevingar der, og at dei skal få vere med og utforme lokalmiljøet og leggje til rette tilbod og aktivitetar, jf. kapittel 5.1.

Trygge samfunn med låg kriminalitet må sikrast ved førebygging, til dømes gjennom SLT-samarbeid og politiråd, jf. kapittel 8.4.

Det blir gjort mykje godt arbeid på kultur- og fritidsområdet i dei ulike lokalmiljøa gjennom brei innsats i offentleg og frivillig regi. Frivillige organisasjonar og engasjement frå foreldre og lokale ressurspersonar har mykje å seie. Regjeringa støttar opp om det lokale arbeidet, mellom anna gjennom ulike tilskotsordningar. Nasjonal grunnstøtte til frivillige barne- og ungdomsorganisasjonar legg til rette for at barn og unge kan delta i barne- og ungdomsorganisasjonar. I 2019 var ordninga på over 152 millionar kroner. Midlane går i hovudsak til nasjonal og internasjonal grunnstøtte til frivillige barne- og ungdomsorganisasjonar. Formålet er å leggje til rette for at barn og unge kan delta i barne- og ungdomsorganisasjonane. Organisasjonane er viktige aktørar i barne- og ungdomspolitikken. Dei tilbyr sosiale møteplassar for barn og unge og bidreg til å skape trygge og inkluderande oppvekstmiljø. Tilskotet skal stimulere organisasjonane til engasjement og medansvar og sørge for at dei held fram med å vere ein arena for medverknad og demokrati. For å bidra til at alle barn og unge har høve til å delta i ein fritidsaktivitet, er tilskotsordninga for inkludering av barn i låginntektsfamiliar blitt styrkt, jf. kapittel 4.

Frifond-ordninga skal stimulere den lokale aktiviteten og deltakinga til barn og unge og betre rammevilkåra for den medlemsbaserte aktiviteten i regi av frivillige organisasjonar. Ordninga utgjør nær-

mare 200 millionar kroner og blir forvalta av Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU) og Norsk musikkråd (NMR). Ei evaluering viser at ordninga når breitt ut til barn og unge.

Lokale idrettslag er møteplassar på tvers av generasjonar og sosiale skiljelinjer. I dag er det store fleirtalet av barn i Noreg med i organisert idrett på eitt eller anna tidspunkt i oppveksten, og mange deltek i fleire idrettar. Samtidig ser vi at barn og unge fell frå for tidleg, og at det er sosiale forskjellar i idrettsdeltakinga etter sosioøkonomisk status (Bakken 2017). Lokale aktivitetsmidlar (LAM) er ei ordning som skal styrkje idrettsaktiviteten på lokalt nivå. Ordninga var i 2018 på 367 millionar kroner.

Ungdata 2018 viser at 56 prosent av elevane på ungdomstrinnet og 44 prosent på vidaregåande har drive med eigenorganisert fysisk aktivitet. Det er derfor viktig å støtte og leggje til rette for slik aktivitet. Regjeringa har vore med på å etablere Tverga, det nye ressurscenteret for eigenorganisert aktivitet. Senteret skal leggje til rette for erfaringsutveksling mellom eigenorganiserte miljø og kommunane. Det skal fremje kunnskap og kompetanse hos kommunale myndigheiter og gi råd og praktisk rettleiing til dei som driv eigenorganisert aktivitet. Målet er at ressurscenteret skal skape auka aktivitet i heile landet.

For å bidra til auka friluftslivsaktivitet blant barn og unge har regjeringa i 2019 gitt midlar til Friluftsrådene Landsforbund for å etablere og drive eit prosjekt som skal kartleggje og vidareutvikle suksessrike aktivitetstiltak innanfor friluftsliv for barn og unge. Arbeidet skal skje i samarbeid med både dei sentrale friluftslivsorganisasjonane og andre organisasjonar som har friluftsliv som ein del av aktiviteten. Ved å kartleggje kva for tiltak som verkar best, og satse meir på desse vil ein kunne auka friluftslivsaktiviteten blant barn og unge.

Våren 2018 sette regjeringa ned eit offentleg utval, #UngiDag-utvalet, som skal sjå på likestillingsutfordringar barn og unge møter når dei deltek på viktige arenaer, også fritidsarenaen, som omfattar både eigenorganiserte og organiserte aktivitetar, mellom anna innanfor idrett og kultur. Utvalet skal leggje fram ei utgreiing hausten 2019.

Opplæringslova § 13-6 krev at alle kommunar skal ha eit musikk- og kulturskuletilbod til barn og unge i tilknytning til skuleverket eller kulturlivet elles. Norsk kulturskoleråd har utarbeidd ein rammeplan som er retningsgivande for kulturskulane. I rammeplanen står det at kulturskulane skal vere lokale ressurscenter. Det inneber direkte samarbeid med skulen, helse- og sosialsektoren og kulturlivet, og det må leggjast til rette for integrering

og inkludering. Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg samarbeider med Norsk kulturskoleråd med sikte på å utvikle og konkretisere helseeffektane gjennom musikalsk/kulturell kompetanseutvikling hos barn og unge.

Ny stortingsmelding om barne- og ungdomskultur

Regjeringa har bestemt seg for å setje i gang eit arbeid med ei stortingsmelding om barne- og ungdomskultur som òg skal omfatte kulturskulen. Meldinga skal løfte fram barn og unge som målgruppe og aktive deltakarar og bidra til å heve statusen og kvaliteten på kultur som blir skapt og formidla til barn og unge. I meldinga vil det mellom anna vere aktuelt å sjå på samarbeid mellom kulturskulane, skulefritidsordningar og frivillig sektor og korleis ein kan sikre fleire barn tilgang til kulturskulane gjennom å gjere dei meir tilgjengelege og sørge for gode ordningar for låginntektsfamiliar. Barne- og ungdomskulturmeldinga vil òg sjå på kulturskulen i eit integreringsperspektiv.

2.6 Nærmare om tiltak særleg retta mot ungdom

Ungdata samlar regelmessig inn data om unges liv og helse innanfor tema som nære relasjonar, skule og utdanning, fritidsaktivitetar, helse og trivsel, rusmiddelbruk og vald. Den siste Ungdata-rapporten (Bakken 2018) viser at vi har ein veltilpassa, aktiv og heimekjær ungdomsgenerasjon. Ungdommane trivst og har gode relasjonar til foreldra sine og til venner, dei er nøgde med skulen dei går på, og lokalmiljøet dei bur i. Dei fleste har ei aktiv fritid der sosiale medium, dataspel, trening, organiserte fritidsaktivitetar, skulearbeid og samvær med venner pregar kvardagen. Samtidig slår rapporten fast at det er mange som opplever bekymringar i kvardagen. Fleire fortel at dei opplever einsemd og isolasjon, og det er ein tendens til at færre trivst på skulen enn for nokre år sidan. Mange opplever skulen som stressande, og fleire opplever eit press om å sjå bra ut eller ha ein fin kropp. Regjeringa møter desse utfordringane gjennom tiltak på tvers av sektorane.

Ny stortingsmelding om ungdomspolitik

Regjeringa har bestemt at det skal skrivast ei stortingsmelding om levekåra og framtidsutsiktene til ungdom. Barne- og likestillingsdepartementet koordinerer arbeidet, men vil samarbeide nært med aktuelle departement, til dømes Kunnskaps-

departementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet vil òg bli koordinert med Kulturdepartementet si melding om barne- og ungdomskultur.

Meldinga vil famne alle unge mellom 13 og 25 år. Ho vil ta opp ei rekkje tema, som ungdomsengasjement, demokrati og like moglegheiter for alle. Meldinga vil sjå heilskapleg på tema som den digitale kvardagen, helse, stress og press, einsemd og mobbing og hatkriminalitet og vald. Vidare vil regjeringa setje ned ungdomspanel som skal gi råd til regjeringa i aktuelle saker til dømes når det gjeld integrering, psykisk helse og fråfall i vidaregåande skule.

Strategi for ungdomshelse

Regjeringa har lagt fram ein strategi for ungdomshelse (2016–2021) som legg vekt på at alle samfunnssektorane må bidra til gode oppvekstvilkår, god psykisk og fysisk helse og reduserte sosiale helseforskjellar blant ungdom. Andre målsetjingar med strategien er å leggje til rette for meir tilgjengelege helsetenester med låg terskel, meir tverrfagleg samarbeid og gode pasientforløp i alle delar av helse- og omsorgstenesta. Det har òg vore viktig å la ungdom få vere med på å utforme tenester som er aktuelle for dei, og å sikre tilgjengelege og samordna digitale tenester av god kvalitet. Samtidig skal det leggjast til rette for eit betre kunnskapsgrunnlag når det gjeld helse, levkår og helsetenestetilbod til ungdom og unge vaksne.

0–24-samarbeidet

0–24-samarbeidet mellom Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet tok til i 2015 og skal etter planen vare til 2020. Målet med 0–24-samarbeidet er å oppnå betre samordna tenester og meir heilskapleg innsats for utsette barn og unge under 24 år og familieane deira, slik at fleire skal lykkast i skulen og fullføre vidaregåande opplæring. Det er samansette årsaker til at ungdom ikkje gjennomfører vidaregåande opplæring. Nokre er direkte skulerelevante, mens andre omfattar forhold på andre arenaer. Gjennom 0–24-samarbeidet blir det utvikla tiltak som kan bidra til at fleire unge gjennomfører opplæringsløpet. 0–24-samarbeidet handlar om å skape meirverdi og å utnytte tilgjengelege ressursar betre, mellom anna gjennom tettare tverrsektorielt samarbeid.

Saman med relevante direktorat vurderer ein tiltak knytte til regelverkskonflikter, samordning

av tilskotsforvaltning, språk, læreplassar og utvikling av organiserings- og samhandlingspraksisen til direktorata. Målet er at betre samordning sentralt skal lette samarbeidet lokalt i kommunane og fylkeskommunane. I 2019 vil regjeringa i nokre kommunar starte opp ein pilot for programfinansiering av enkelte tilskotordningar for barn og unge. Det inneber at departementa i 0–24-samarbeidet innlemmar delar av dei eksisterande tilskotordningane frå dei enkelte departementa i ei ny, felles programfinansiering. Slik blir tidlegare spesifikke kriterium for det enkelte tilskotet oppheva, og kommunane kan i større grad søkje om midlar som er tilpassa lokale utfordringar.

Fritidsklubbar

Mange stader er møteplassar som fritidsklubbar og ungdomshus «spydspissen» i det generelle førebyggjande arbeidet kommunen gjer overfor ungdom. Fritidsklubbane samarbeider mellom anna med frivillige organisasjonar, foreldre, SLT-nettverk, helsesjukepleiarar eller utekontaktar. Mange stader har fritidsklubbar vore den einaste offentlege arenaen som er open for all ungdom i fritida deira, og som legg vekt på aktivitet som ungdommane sjølve har teke initiativ til. Regjeringa støttar dette arbeidet i kommunane, mellom anna gjennom den nasjonale tilskotsordninga for inkludering av barn i låginntektsfamiliar og storbyordninga, jf. kapittel 4. For at effekten av tilskotsordningane skal bli best mogleg, er det viktig at kommunane òg styrkjer arbeidet sitt på dette området. Det er store lokale variasjonar når det gjeld innhald, kompetanse, ressursar og politisk vilje lokalt til å satse på ungdomshus og fritidsklubbar (Gjertsen og Olsen 2011). Helsedirektoratet har gitt Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) i oppdrag å kartleggje bruken av fritidsklubbar og ungdomshus som ein del av det lokale folkehelsearbeidet.

Barn og unge er ei prioritert målgruppe i programmet for folkehelsearbeid i kommunane, jf. kapittel 7. For å styrkje samarbeidet mellom kommunane og frivillig sektor om temaa i programmet, blir det løyvd midlar til Frivillighet Norge og Ungdom og Fritid. Ein skal mellom anna samarbeide om eit opplæringsprogram for ungdomsarbeidarar på opne møteplassar. Frå 2019 blir Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU) òg ein del av programmet. Formålet er å bidra til å utvikle frivilligpolitikken til kommunane.

Ein trygg digital kvardag

Digitale medium spelar i dag ei sentral rolle i kvardagen til barn og unge. Medietilsynet gjennomfører «Barn og medium»-undersøkinga annakvart år. Den siste undersøkinga er frå 2018. Nærmare 5000 barn frå 9 til 18 år og 2200 foreldre har svart på spørsmål om medievanane til barn og unge. Resultata viser at nesten halvparten av norske 9–18-åringar føretrekkjer sosiale medium som nyheitskjelde. Snapchat og Instagram er dei to mest populære sosiale media blant dei unge. Digitale medium kan ha både positive og negative effektar, og det er behov for meir kunnskap om bruken av dei sosiale media og for tiltak som kan fremje dei positive sidene og førebyggje dei negative sidene ved slik bruk (jf. kapittel 5.2).

Regjeringa vil følgje opp Stortingets oppmødingsvedtak nr. 592 (2017–2018) om å utarbeide nasjonale retningslinjer for barnehage- og skuleeigarane, slik at dei tek i bruk løysingar som skjuler alvorleg skadeleg innhald på nettbrett, mobil, PC og liknande digitale einingar som barna får utdelte eller får tilgang til. Utdanningsdirektoratet skal utarbeide nasjonale retningslinjer for barnehage- og skuleeigarane som skal førebyggje, skjerme mot og handtere tilgang til alvorleg skadeleg innhald via digitale einingar som blir brukte i det pedagogiske arbeidet for barnehagebarn og elevar på 1.–4. trinn i grunnskulen. Målet med retningslinjene er at barnehage- og skuleeigarane skal setje i verk eigna tiltak for å hindre at dei yngste barna blir utsette for alvorleg skadeleg innhald. Utdanningsdirektoratet skal òg vurdere om det er behov for rettleiing retta mot barn og ungdom på høgare trinn i skulen. I denne samanhengen kan ein òg vise til at eitt av tiltaka i Opptrappingsplan mot vold og overgrep er å gjere barnehagar og skular betre i stand til å informere barn og foreldre om nettvett og korleis dei kan hindre internettrelaterte overgrep, jf. Prop. 12 S (2016–2017). Justis- og beredskapsdepartementet leier arbeidet med ein eigen strategi mot internettrelaterte overgrep.

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet samarbeider for betre samordning av digitale tenester til barn og unge (DIGI-UNG). Som ein del av dette arbeidet er det samla inn innspel frå barn og unge om korleis dei bruker digitale tenester, og kva slags digitale tenester dei har behov for. Det er òg henta innspel frå aktørar som tilbyr digitale tenester til ungdom. Resultatet viser at ungdommane opplever digitale tenester som eit nyttig supplement til konvensjonelle hjelpetenester, der tilgjenn-

Boks 2.3 Ung.no

Ung.no er det offentlege sin informasjonskanal til ungdom og er svært godt besøkt. Ung.no er i dag den største nettstaden for denne målgruppa i Noreg. I 2018 var det meir enn 34 millionar sidevisingar, og om lag 52 500 svar på spørsmål frå brukarane. Målet er å ha ein kanal for informasjon til unge om tema dei lurer på. Her finn dei unge kvalitetssikra informasjon om kropp, helse, seksualitet, problem heime, mobbing, hatprat, diskriminering, lovbrøt, einsemd, forelsking, utdanning og jobb. Ung.no vil bli vidareutvikla med fleire tenester og bli endå meir brukartilpassa.

gelegheit og tillit kan vere ei utfordring (Helse- direktoratet 2018c).

Trass i at ungdom har høg digital kompetanse, kjem det fram at mange synest det er utfordrande å finne fram til og navigere mellom ulike tenester og informasjonskjelder på nett. Barn og ungdom har lett tilgang på enorme mengder informasjon relatert til helse og utvikling og må vege og vurdere informasjon frå mange kjelder og kanalar med ulik grad av kvalitet. Barn og ungdom seier at dei ønskjer informasjon og digitale tenester som er kvalitetssikra, samla på éin stad, tilpassa ulike behov og i tråd med brukarmønsteret deira.

Barn og unge blir rekna som ei sårbar forbrukargruppe. Dei bruker digitale tenester aktivt, men dei har ikkje den same kritiske vurderings-evna som vaksne. Det kan gjere dei særleg mottakelege for kommersielle bodskapar på nett. Marknadsføringspresset mot barn og unge er stort, og stadig nye kanalar blir tekne i bruk for å nå barn og unge på nettet. Barn og unge legg frå seg ei rekkje digitale spor når dei bruker digitale tenester, og det er viktig at dei veit korleis dei kan vareta personvernet. Desse temaa vil bli tekne opp i den kommande stortingsmeldinga om forbrukarpolitikk, jf. kapittel 8.4.

Unge med nedsett funksjonsevne

I barne- og ungdomsåra er utvikling av sjølvtilit, sjølvrespekt og ein trygg identitet særleg avgjerande. Barn og unge med funksjonshemming er ein del av det same fellesskapet som funksjonsfriske. Ein inkluderande barnehage- og skulekvardag står sentralt. Vidare er det viktig å få kontakt med andre barn eller unge for å ha nokon å saman-

likne seg med og for å styrkje sin eigen identitet. Tilhøyrsløse i vennekretsen og inkluderande aktivitetar der barn og unge med funksjonsnedsetjing kan delta saman med andre, støttar opp om sosiale relasjonar og hindrar diskriminering og utestenging frå viktige arenaer. Barn og unge med funksjonsnedsetjingar møter i dag barrierar som hindrar likestilling. Det handlar mellom anna om utfordringar knytte til likeverdige høve til utdanning, inkludering i arbeidslivet, gode og tilgjengelege helse- og omsorgstenester og tilgjengelege kultur- og fritidstilbod. Regjeringa lanserte i 2019 ein strategi for likestilling av personar med funksjonsnedsetjing for perioden 2020–2030 og vil følgje opp med ein handlingsplan som blir lansert i 2019.

Einslege mindreårige flyktningar og asylsøkjjarar

Dei siste åra har særleg den psykiske helsa til einslege mindreårige asylsøkjjarar bydd på utfordringar. Barn og ungdom i asylmottak har rett til dei same velferdstenestene som befolkninga elles. Vertskommunane til mottaka er ansvarlege for å tilby barnevernstenester, undervisning og nødvendige helsetenester, og helseføretaka skal tilby spesialisthelsetenester. Utlendingsdirektoratet (UDI) har ansvar for at einslege mindreårige asylsøkjjarar mellom 15 og 18 år får eit forsvarleg omsorgstilbod i mottak, og det daglege omsorgsansvaret er delegert frå UDI til mottaka. UDI har over tid jobba systematisk med å sikre at barn og einslege mindreårige får best mogleg omsorg i mottak, og har dei siste åra sett i gang ei rekkje tiltak med særleg vekt på å styrkje kompetansen. Folkehelseinstituttet planlegg eit prosjekt med sikte på å teste ut eit verktøy som mellom andre tilsette i mottak for einslege mindreårige kan nytte for å førebyggje og handtere psykiske plager. I opptrappingsplanen for den psykiske helsa til barn og unge planlegg ein òg eit utviklingsarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet for å styrkje det tverrfaglege samarbeidet for barn og unge i barnehage og skule, også barn og unge med psykiske vanskar.

Einslege mindreårige flyktningar har behov for særskild tilrettelegging, omsorg og oppfølging og skal prioriterast i busetjingsarbeidet. Dei skal busetjast i ein kommune så raskt som mogleg etter at dei har fått opphaldsløyve. Det er Integrerings- og mangfaldsdirektoratet (IMDi) som har ansvar for å leggje til rette for og samordne busetjinga av flyktningar. Etter at ein person har flytta ut frå eit omsorgssenter eller eit mottak, er det busetjingskommunen som har hovudansvaret for busetjing og omsorgstilbodet. I 2018 har regjeringa

gjort det mogleg å busetje einslege mindreårige med avgrensa opphaldsløyve mens dei ventar på dokumentert identitet, og opna for kvalifisering. Dette er gjort for å imøtekomme nokre av helseutfordringane i mottaka og omsorgssentera for denne gruppa. Tiltaket har bidrege til å normalisere kvardagen deira.

2.6.1 Helse- og velferdstenester for studentar

Overgangen frå skulelev til student er vanskeleg for mange. Studentar er i ein slags mellomfase mellom ungdomstid og etablert vaksenliv og opplever store endringar i livet på nokre få år. For enkelte kan endringane vere ei psykisk belastning. Dersom ein skal ha ei god studietid, er det viktig at ein har det bra fysisk og psykisk. Dei fleste studentar seier at dei har det bra, men utviklinga når det gjeld psykisk helse blant studentar, er urovekkjande.

Studentanes helse- og trivselsundersøking, ShoT (Knapstad mfl. 2018), viser at sjølv om 79 prosent av studentane seier at dei har god eller svært god helse, rapporterer nær tre av ti at dei ofte er einsame, og prosentdelen studentar som rapporterer om psykiske plager, har auka kraftig sidan 2010. Slike forhold aukar risikoen for å ikkje fullføre studieløpet. Livssituasjonen til studentar skil seg frå andre grupper på mange vis som påverkar helse og trivsel. Sosialt nettverk og ei kjensle av å høyre til er viktige føresetnader for livsmeistring og trivsel. Det same gjeld kontroll over eigen økonomi og praktiske leveforhold. Det er eit felles ansvar for lærestaden og studentsamskipnaden å bidra til og leggje til rette for eit studentliv som sikrar både studiemeistring og studenthelse. Det er til dømes viktig at universitet, høgskular og samskipnader skaper sosiale arenaer der alle blir sett.

Ein viktig del av tilbodet til samskipnadene er studentbustader. Mange legg stor vekt på å utforme bumiljø som oppmodar til sosialt samvær og fellesskap om måltid og felles gjeremål. Lærestadene arrangerer til dømes fadderveke for nye studentar og introduserer dei for velferds- og fritidstilboda og for sosiale kontaktar i studentmiljøet.

Til saman utgjer desse tilboda ein viktig innsats mot utanforskap og psykiske plager. Samskipnader og lærestader ønskjer å utvide og forbetre tilboda etter at SHoT-undersøkinga dokumenterte klare behov.

Studentar har dei same rettane til helse- og omsorgstenester frå kommunane og spesialisthelsetenesta som befolkninga elles. I tillegg går det fram av forskrift om studentsamskipnader at stu-

dentvelferdstenester er velferdstenester til studentar der formålet er å støtte opp om dei særskilde behova studentane har i kraft av livssituasjonen som studentar. Studentvelferdstenestene skal vere tenester som er nødvendige eller har samband med eit normalt studentliv etter den gjeldande levestandarden. Formålet er å sikre studentar slike tenester når tenestene som blir tilbydde på marknaden, anten er for dyre eller ikkje finst, eller når det eksisterande tilbodet ikkje passar studentane sine behov med tanke på mengd, kvalitet eller geografisk lokalisering. Det er kommunane som har det primære ansvaret for generelle velferdstenester til befolkninga, og ein del av tenestene til samskipnadene er eit supplement til dei generelle tenestene. Samarbeidet mellom helsetenestene i dei ulike kommunane og studentsamskipnadene bør bli endå tettare og betre.

Det ligg til grunn at studentar, som alle andre, skal få den helsehjelpa dei treng, gjennom den kommunale helse- og omsorgstenesta. Alle som er busette i ein norsk kommune, har rett til å stå på liste hos fastlege og kan setje fram legeønske. Legeønsket skal etterkommast så sant legen har ledig plass på lista. Ein kan velje fastlege utanfor bustadkommunen. Retten til å stå på liste hos fastlege inneber at ein har rett til å bli prioritert av fastlegen. I praksis vil det seie at det skal vere mogleg å få legetime hos fastlegen innan fem dagar, og at ein skal kunne ringje til legekantoret for å stille spørsmål og be om råd.

Studentar kan dermed velje fastlege i den kommunen dei studerer i, sjølv om dei ikkje er folkeregistrerte i denne kommunen. Studentar som ikkje har fastlege der dei studerer, kan likevel kontakte fastlegar i kommunen. Fastlegar har likevel plikt til å prioritere eigne listeinnbyggjarar framfor dei som ikkje er på lista. Tilgangen til andre fastlegar enn den ein har valt sjølv, er dermed avhengig av kapasitet hos den fastlegen ein oppsøker. Det er likevel ikkje slik at ein listeinnbyggjar alltid blir prioritert høgast, til dømes gjeld ikkje det ved strakshjelp eller andre lovpålagde eller kommunalt avtalte oppgåver. I slike tilfelle vil prioriteringa vere avhengig av den medisinske vurderinga til legen.

Kommunar med mange studentar skal i planlegginga av legetenester sørge for at fastlegane samla sett har kapasitet til å ta imot studentane òg. Gjennom rundskriv er kommunane oppmoda om å samarbeide med fastlegane om å finne løysingar til dømes når det gjeld studentar med kroniske lidningar som treng kontinuitet i legehjelpa både på studiestaden og på heimstaden.

Studentar i utlandet er ikkje dekte av desse tilboda. Vertsinstitusjonane i dei respektive landa har eit naturleg ansvar for velferda til studentane. I tillegg har Studentsamskipnaden ANSA ulike tilbod for å hjelpe norske studentar i utlandet, men kan sjølvsagt ikkje vere til stades på alle studiestader med norske studentar. I tillegg til det ordinære tilskotet har Kunnskapsdepartementet i 2019 gitt ANSA eit øyremerkt tilskot for å vidareutvikle nettbaserte tilbod om psykologhjelp, webinar, online-konsultasjonar og rettleiing.

Studentar er éi av målgruppene for regjeringa si satsing på å utvikle og byggje ut lågterskeltilbod i kommunane og å styrkje det psykiske helsevernet. Eit viktig ledd i dette arbeidet er å heve den kommunale kompetansen, mellom anna gjennom å rekruttere fleire psykologar til kommunane.

Det er etablert ei eiga tilskotsordning for å styrkje studentsamskipnadene og læreinstitusjonane i innsatsen for å betre den psykiske helsa til studentane. Det er òg etablert ei tilskotsordning for rusmiddelførebyggjande innsats retta mot studentar. Desse to tilskotsordningane er samordna og utlyste med felles regelverk. Mange av dei relevante tiltaka er overlappande, og samordninga skal forenkle søknadsprosessen og forvaltninga av ordningane. Det er løyvd til saman om lag 20 millionar kroner til ordningane i 2019.

Velferdstenestene frå studentsamskipnadene kan mellom anna gå ut på å tilby eller formidle

Boks 2.4 Døme på samarbeid om studenthelsetenester

Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO) har eit omfattande tilbod til studentar med psykiske helseplager. Den årlege budsjettramma er på 20 millionar kroner. Av dette er 11 millionar kroner tilskot frå Helse Sør-Øst. Rådgivingstenesta til SiO har eit budsjett på 6,8 millionar kroner per år og hjelper med kvardagsmeistring og avlastar det psykiske helsetilbodet.

Studentsamskipnaden Saman betener 38 000 studentar ved fem studiestader på Vestlandet. I Bergen samarbeider dei med Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt, Senter for krisepsykologi og ein ekstern sexolog. Dei får tilskot frå Helse Vest og bidrag frå Bergen kommune. Studiestadene Sogndal, Førde, Stord og Haugesund får tilskot til psykiske helsetenester frå Helse Vest. På alle studiestadene viser dei til Distriktpsychiatrisk senter DPS når det er aktuelt.

tenester til studentane. Enkelte studentsamskipnader har omfattande tilbod, basert på avtalar og samarbeid med både helseføretak, kommunar og fylkeskommunar, om tilrettelegging av ulike helsetenester, til dømes fastlege. I tillegg er det vanleg at dei som treng det, blir viste til spesialistar og ulike praktiserande terapeutar på staden som

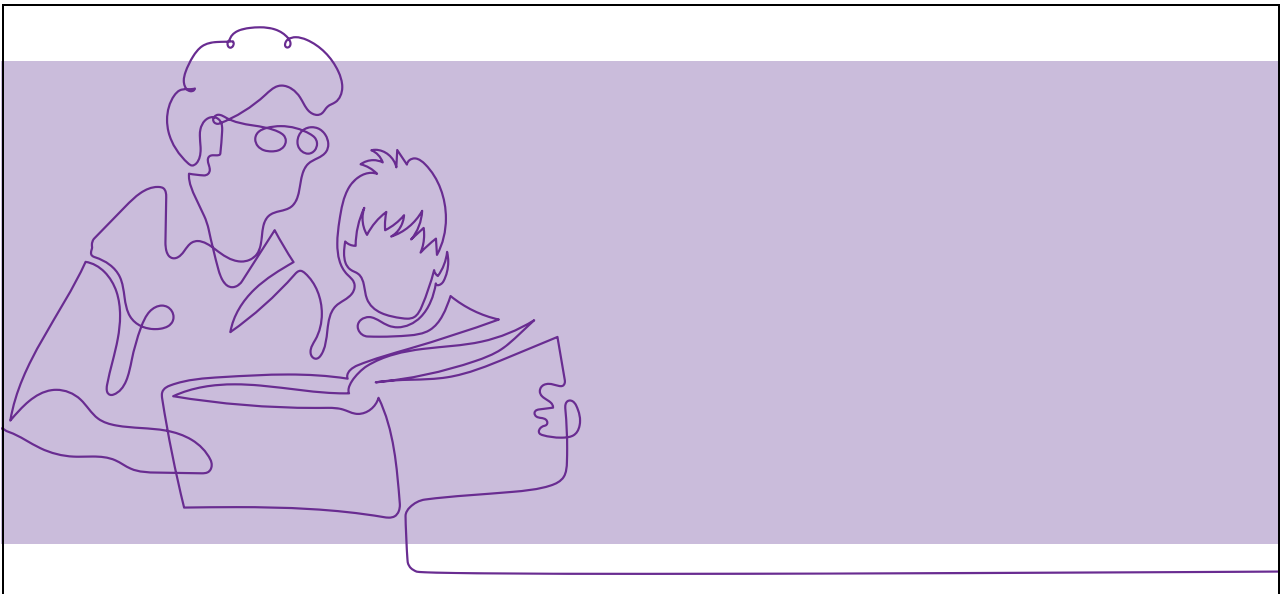
samskipnaden har avtale med. Det kan vere psykolog, psykiater eller psykomotorisk fysioterapeut. Samarbeidet mellom vertskommunen, studiestaden, ulike helsetilbydarar og studentsamskipnaden er viktig for å gi eit best mogleg helsetenestetilbod til studentane.

Boks 2.5 Tidleg innsats for barn og unge

Regjeringa vil

- vurdere å prøve ut ordningar med å gjennomføre fireårskontrollen i barnehage
- vidareføre den omfattande satsinga på kvalifisering av og vidareutdanning for lærarar og skuleleiarar
- styrkje tidleg innsats for og kompetanse om minoritetsspråklege barn og unge i heile utdanningsløpet i tråd med regjeringa sin strategi Integrering gjennom kunnskap (2019–2022)
- leggje fram ei melding om tidleg innsats og inkluderande fellesskap
- vidareføre kompetansearbeidet mot mobbing med endå fleire skular og barnehagar som deltakarar
- leggje fram ei barne- og ungdomskulturmelding
- vidareutvikle ung.no for at nettressursen skal bli endå meir brukartilpassa, som ein kanal for kommunikasjon mellom staten og dei unge
- styrkje tilbodet om rettleiing til foreldre gjennom oppfølging av strategi for foreldrestøtte
- leggje fram ei melding om ungdomspolitikkk
- leggje fram ein samarbeidsstrategi som skal fremje deltaking og styrkje mogleheitene for barn i låginntektsfamiliar
- vurdere oppfølginga av forskingsprosjektet med utprøving av meir tid til fysisk aktivitet og kroppsøving i skulen
- samle og identifisere gode idear og konkrete løysingar for frukostordningar i ungdomsskulen og spreie desse på ein eigna måte
- gjere den nasjonale faglege retningslinja for mat og måltid i skule og SFO betre kjend og bidra til å utvikle og spreie kurs- og kompetanseopplegg for SFO-tilsette
- gjennom skuleprosjektet til Norsk Friluftsliv vidareutvikle eit utval eksisterande, vellykka satsingar innanfor friluftsliv retta mot barn og unge i pedagogiske institusjonar som barnehage, SFO og skule
- gi Friluftsrådernes Landsforbund økonomisk støtte til å utvikle og drive eit prosjekt som skal kartleggje og systematisk vidareutvikle vellykka aktivitetstiltak innanfor friluftsliv for barn og unge i ferie og fritid
- halde fram arbeidet med å etablere lågterskeltenester innanfor psykisk helse, inkludert digitale løysingar for studentar
- oppmode vertskommunane om å gå gjennom tilbodet dei har når det gjeld førebygging og tidleg innsats overfor studentar.
- framleis stimulere studentsamskipnader og høgare utdanningsinstitusjonar til å tilby tiltak for å betre den psykiske helsa til studentane, gjere informasjon om psykisk helse-tilbod lettare tilgjengeleg og styrkje kompetansen om psykiske helseproblem på utdanningsinstitusjonane
- vurdere korleis det førebyggjande arbeidet mot einsemd kan innrettast slik at det kjem studentane til gode
- vurdere å innføre ei prøveordning med kombinerte omsorgs- og studentbustader

3 Saman mot einsemd – regjeringa sin strategi for å førebyggje einsemd (2019 – 2023)



Figur 3.1

Regjeringa vil med denne strategien løfte fram arbeidet mot einsemd for å gi befolkninga betre helse og livskvalitet. Det inngår i folkehelsemåla at befolkninga skal oppleve fleire år med god helse og livskvalitet. Sosial støtte fremjar helse og livskvalitet. Mangel på sosial støtte og sosiale relasjonar kan føre til einsemd, og det har vist seg å vere ein risikofaktor for auka vanhelse (sjukelegheit) og dødstal (dødelegheit).

Samfunnet er i stor grad bygd opp rundt fellesskap og sosiale liv: Ein skal helst ha mange venner, eit travelt liv med mange avtalar og nokon å gå ut og ete med eller reise på ferie med. Det er ikkje lett å seie at ein er åleine eller ikkje har nokon å dele kvardagen eller dei spesielle høva med. Einsemd er tabu, trass i at det gjeld ein stor del av befolkninga. I levekårsundersøkinga frå 2015 seier 18 prosent av kvinnene og 13 prosent av mennene i alderen 16 år eller meir at dei har vore litt, ganske mykje eller veldig mykje plaga av einsemd. Det er kjønnsforskjellar i alle aldersgrupper, men mest blant dei yngste og eldste. Einsemd er òg vanlegare blant dei som har kortare utdanning, er arbeidsledige, er uføre eller har låg

inntekt (Vrålstad 2017). Blant studentar er det omkring tre av ti som seier at dei er einsame, og prosentdelen ungdom som opplever einsemd er den høgaste som Ungdata har registrert.

Vi skil ofte mellom sosial isolasjon og einsemd: Mens sosial isolasjon tyder på manglande sosiale relasjonar, støtte og nettverk, viser einsemd til den subjektive opplevinga av å vere åleine. Mangel på sosial støtte blir òg ofte omtalt som einsemd. Sosial støtte blir vanlegvis målt ved spørsmål om ein har fortrulege venner, og kor mange ein i så fall har. Det er få som svarer at dei ikkje har nokon fortrulege venner, og det er heller ikkje mange som rapporterer om lite vennekontakt. Dei fleste av dei som har få eller ingen fortrulege venner, er godt vaksne (Helsedirektoratet 2018a). Tiltak som gir ei sterkare kjensle av å ha sosial støtte, er helsefremjande og kan redusere førekomsten av både psykiske og somatiske lidingar (Folkehelseinstituttet 2015).

Forsking dei siste åra viser at både einsemd, sosial isolasjon og det å leve åleine påverkar både den fysiske og den psykiske helsa og gir auka dødsrisiko. Fleire studiar (Holt-Lunstad mfl. 2010,

Boks 3.1 Kva er einsemd?

- I Noreg blir ordet «einsemd» brukt både om den ønskete og den uønskete einsemda.
- I England blir ordet «loneliness» brukt om den uønskete og vonde einsemda, mens «solitude» blir brukt om den ønskete einsemda: sjølvvald isolasjon og tilbaketrekking, fordi ein treng kvile, ønskjer ro, held på med eit kreativt prosjekt eller liknande.

Holt-Lunstad mfl. 2015, Pantell mfl. 2013, Rico-Uribe mfl. 2018) har funne at einsemd kan føre til auka dødstal og må reknast som ein risikofaktor på linje med fedme, røyking og fysisk inaktivitet. Einsemd og manglande sosial støtte påverkar risikoen for både hjarte- og karsjukdommar, infeksjonssjukdommar og depresjon. I tillegg svekkjer manglande sosial støtte evna til å meistre påkjenningar. Ein ny norsk studie av personar i alderen 40 til 81 år (NorLAG) viser at eit godt sosialt nettverk motverkar einsemd, noko som igjen bidreg til betre helse. Studien viser òg at det er kvaliteten og omfanget av nettverket som har mest å seie for helsa (Aartsen mfl. 2017).

Det er mykje som tyder på at einsemd ikkje er eit generelt aldersrelatert problem, men at det snarare er knytt til ulike livssituasjonar og livsendingar der det òg kan vere høg risiko for mangel på sosial støtte. Uføre og personar som bur i hushald med relativt låge inntekter, manglar oftare sosial og emosjonell støtte. Blant dei under pensjonsalder er det rundt 7 prosent som manglar slik støtte, mens prosentdelen er det dobbelte blant dei som er over 67 år. Åleinebuande manglar oftare nokon dei kan rekne med ved store personlege problem, enn dei som bur i parhushald (Vrålstad 2017). I tillegg kan personar med ei kronisk lidning eller ei funksjonsnedsetjing vere særleg utsette for einsemd og mindre sosial kontakt. NorLAG-studien peiker òg på at personar som har vore utsette for mange negative livshendingar, er meir utsette for einsemd.

Sidan byrjinga av 1970-talet har det blitt stadig fleire som bur åleine. I 2018 bestod 39 prosent av hushalda av åleinebuande (Statistisk sentralbyrå 2018a). Dagens flyttemønster viser at fleire flyttar til og blir buande i storbykommunar, men at desse ikkje er meir einsame enn folk i små utkantkommunar (Thorsen og Clausen 2009). Det er kjønn, subjektiv helse, om ein er sambuar, og om ein er i

jobb, som har mest å seie for om ein er einsam eller ikkje, uavhengig av kvar ein bur.

Sjølv om flyttemønster og bustad ikkje ser ut til å verke inn på einsemd, kan endra samværsformer gjere det. Bruken av sosiale medium har auka mykje på relativt kort tid, men vi veit lite om korleis det verkar inn på opplevinga av sosial støtte og einsemd. I 2018 brukte 66 prosent av alle nordmenn sosiale medium som Facebook, Instagram og/eller Snapchat dagleg eller nesten dagleg, mot 54 prosent i 2015. Det er dei yngste som bruker sosiale medium mest, og nesten 90 prosent i alderen 16–24 år brukte sosiale medium dagleg eller nesten dagleg i 2018. Bruken minkar med alderen, men likevel var det nesten 25 prosent i alderen 75–79 år som brukte sosiale medium i 2018, mot berre 13 prosent i 2015 (Røgeberg 2018). Fleire studiar har funne samanhengar mellom einsemd og hyppig bruk av sosiale medium (Brian mfl. 2017), men det er usikkert om einsemd fører til auka bruk eller omvendt.

Fleire strategiar og meldingar har løfta fram tiltak mot einsemd. Innsatsen i denne strategien må sjåast i lys av Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre», «Ungdomshelse – Regjeringens strategi for ungdomshelse (2016–2021)», «Barn som lever i fattigdom – Regjeringens strategi mot barnefattigdom (2015–2017)», «Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)» og «Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020)». I tillegg blir einsemd behandla i regjeringa sin opptrappingsplan for den psykiske helsa til barn og unge som blir lansert våren 2019. Barne- og likestillingsdepartementet har varsla ei ny stortingsmelding om ungdom i alderen 13 til 25 år. Meldinga vil ta opp ei rekkje tema, til dømes den digitale kvardagen, helse, stress, press og einsemd, og skal etter planen leggjast fram for Stortinget hausten 2020.

Å førebyggje einsemd og sosial isolasjon og fremje god sosial støtte kan føre til store helsegevinstar. Sidan den førre folkehelsemeldinga har ein gjort mykje for å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet, og arbeid mot einsemd skal òg inngå i dette. Gjennom denne strategien ønskjer derfor regjeringa både å få meir merksemd omkring temaet, auka kunnskapsnivået og utvikle effektive tiltak som kan bidra til å redusere stigma og førebyggje einsemd og sosial isolasjon. Ein strategi må verke over tid og krev innsats på tvers av fleire samfunnssektorar.

Regjeringa sin strategi mot einsemd inneheld element frå den britiske strategien «A connected

Boks 3.2 Storbritannias strategi for å førebyggje einsemd: «A connected society. A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change»

Regjeringa er inspirert av den britiske strategien for å førebyggje einsemd som blei lansert i 2018. Strategien har tre hovudmål. Det første handlar om å styrkje kunnskapsbasen for betre å forstå årsakene til einsemd, korleis vi blir påverka av einsemd, og kva vi kan gjere for å handtere einsemd. Det andre hovudmålet handlar om å inkludere vurderingar av einsemd på tvers av politikkområdet til regjeringa ved å anerkjenne alle dei ulike faktorane som påverkar korleis vi opplever einsemd. Det tredje målet handlar om å setje i gang ein nasjonal samtale («a national conversation») om einsemd og få meir merksemd omkring einsemd, kva einsemd har å seie, og korleis vi kan hanskast med stigma som er knytte til einsemd (HM Government 2018: «A connected society. A strategy for tackling loneliness – laying the foundation for change»).

society. A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change».

Dei tre hovudmåla i strategien

Regjeringa sin strategi mot einsemd har desse tre hovudmåla med tilhøyrande satsingsområde:

1. Synleggjere einsemd som folkehelseutfordring og stimulere til auka sosial deltaking
2. Få meir kunnskap om einsemd og effektive tiltak
3. Arbeide systematisk for å førebyggje einsemd og auke den sosiale støtta

Strategien omtaler òg vidareføring av gjeldande tilskotsordningar som har noko å seie for arbeidet mot einsemd og auka sosial deltaking.

3.1 Hovudmål 1 Synleggjere einsemd som folkehelseutfordring og stimulere til auka sosial deltaking

Psykiske lidningar og einsemd er ofte tabu og kan vere vanskeleg å snakke om. Gjennom mange år har ein prøvd å endre på dette, slik at det ikkje skal vere tabu å snakke om psykiske lidningar. I dag er det meir openheit omkring psykisk helse,

og det er lågare terskel for å be om hjelp når livet er vanskeleg. Utviklinga går i rett retning. Det er behov for ei tilsvarende utvikling når det gjeld einsemd. Akkurat som med innsatsen som har vore for å redusere stigma ved psykiske lidningar, er det behov for ein vedvarande innsats mot einsemd. Ein slik innsats må involvere mange aktørar og innehalde ulike verkemiddel.

Det første og viktigaste målet for regjeringa er å setje einsemd på dagsordenen i eit folkehelseperspektiv. I tråd med den politiske plattformen til regjeringa skal einsemd vere ein del av arbeidet med å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet. For å nå flest mogleg, men særleg dei som er mest einsame, vil regjeringa lansere kampanjar som rettar søkjelyset mot einsemd og kor viktig sosial støtte er. Regjeringa vil òg setje i gang ein nasjonal samtale om korleis ein i fellesskap best kan redusere stigma, motverke einsemd og byggje sosial støtte.

Satsingsområde 1 Samarbeid med frivillig sektor for å mobilisere mot einsemd

Frivillig sektor er ein viktig partner som saman med ulike private og offentlege aktørar kan bidra i arbeidet med å mobilisere mot einsemd. Frivillighet Norge har til dømes gjennomført ein kampanje for fellesskap og sosial støtte gjennom portalen frivillig.no, som blei etablert i 2015 med støtte frå Kulturdepartementet, Oslo kommune, Gjensidigestiftelsen og Sparebankstiftelsen DNB. Regjeringa ønskjer å byggje vidare på dette arbeidet og utvikle nye kampanjar retta mot ulike målgrupper for å skape meir merksemd omkring einsemd og stimulere til auka sosial deltaking. Det inneber at ein i endå større grad må anerkjenne einsemd som ei folkehelseutfordring og ein risikofaktor på linje med fedme, fysisk inaktivitet og røyking.

Målet med kampanjane er å fremje sosial støtte, førebyggje einsemd og peike på vegar ut av einsemda gjennom både nasjonale og lokale tiltak og etablering av lokale møteplassar. Ein sentral del av kampanjane vil vere å skape nasjonal merksemd om einsemd, kva den enkelte og samfunnet kan gjere, og bidra til å redusere stigmatiserande haldningar. Regjeringa vil samarbeide med eit breitt utval av frivillige organisasjonar, kommunar, fylkeskommunar, arbeidsliv og privat sektor. Regjeringa vil støtte kampanjane gjennom å synleggjere eksisterande og nye tiltak retta særleg mot unge og eldre med risiko for vedvarande og uønskt einsemd.

Kampanjane må utviklast i samarbeid med frivillig sektor slik at dei treffer målgruppene, og dei må ha ein budskap som kan brukast over lengre tid, og som kan vere element i den nasjonale merksemda omkring førebygging av einsemd. Det kan vere aktuelt å trekkje på erfaringane med kampanjen «Et åpent sinn», som var ein del av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), og erfaringar frå den britiske kampanjen «Campaign to end loneliness. Connections in older age» for å nå ut til den eldre delen av befolkninga.

Frivillige organisasjonar og private aktørar er òg viktige samarbeidspartnarar når det gjeld å skape gode nærmiljø, leggje til rette for møteplassar og etablere tilbod for grupper og enkeltpersonar som treng ekstra oppfølging. Regjeringa har saman med frivillig sektor utarbeidd «Frivilligerklæringa», som er eit uttrykk for at regjeringa har tillit til frivillig sektor, og eit rammeverk for eit sterkt og godt samspel vidare. Mange kommunar har utarbeidd lokale frivilligerklæringar som kan ha mykje å seie i arbeidet med å førebyggje og redusere einsemd. Kommunane og dei frivillige organisasjonane er òg viktige aktørar når det gjeld å fange opp personar som er einsame, og som kan ha nytte av å delta i sosiale aktivitetar som kommunen eller frivillige organisasjonar tilbyr.

Mange frivillige organisasjonar har i dag tiltak som bidreg til å redusere einsemd for ulike aldersgrupper. Fleire stader er det òg eit godt samarbeid med kommunane. Også enkeltpersonar har starta prosjekt som er retta mot å førebyggje einsemd.

Boks 3.3 Mange arenaer for å redusere einsemd

- Frivilligsentralar eller nærmiljøsentralar er lokalt forankra møteplassar som er opne for alle som har lyst til å delta i frivillig verksemd.
- Røde Kors har ei rekkje tilbod for barn, unge og eldre. Eldre kan til dømes bli besøksvenn, bidra med sosial kontakt og nettverk og gi leksehjelp.
- Kirkens Bymisjon har mange tilbod. Dei har til dømes etablert eit ressurscenter i Sandefjord for å motarbeide einsemd og isolasjon.

Boks 3.4 «Skravlekoppen»

Skravlekopp er ein grøn kopp som står saman med dei andre koppene på utvalde kafear, kantiner og bakeri. Midt på den grønne koppen står det «Skravlekopp» med kvit skrift. Når kundane bestiller drikke i ein skravlekopp, viser dei til dei andre i lokalet at dei gjerne skravlar med nokon mens dei drikk av han. Om ein treng nokon å skravle med eller tilbyr seg å skravle med nokon, er uvesentleg. Ein skravlekoppkafé er ein kafé som ønskjer å skape ein arena for samtalar mellom menneske og bidra til å gjere samfunnet rausare og meir inkluderande. Tanken med skravlekoppkommunar er at det skal vere eit godt samarbeid mellom kvar enkelt kommune og skular, arbeidsplassar, seniorsenter, helsestasjonar, kafear og bakeri i kommunane. Bærum var ein pilotkommune. Det er i dag etablert 100 skravlekoppkafear og to skravlekoppkommunar. Fleire kafear og kommunar står for tur.

Kilde: <https://skravlekopp.no/om-oss>

Satsingsområde 2 Tiltak retta mot einsame unge

Stadig fleire unge rapporterer om einsemd. Ungdataundersøkinga frå 2018 viser at stadig fleire er einsame, og særleg aukar tala blant jentene: 27,4 prosent av jentene i ungdomsskulen rapporterte om einsemd i 2017, mot 22,3 prosent i 2011. For gutar har talet vore relativt stabilt med 12,1 prosent i 2017 mot 11,4 prosent i 2011. Prosentdelen ungdom som opplever einsemd, er den høgaste som nokon gang er registrert i Ungdata (Bakken 2018). Tal frå Ungdata viser samtidig at dei aller fleste har venner som dei «kan stole fullstendig på og tru seg til om alt mogleg». Likevel seier nær éin av ti at dei manglar fortrulege venner, og det er òg ein god del ungdommar som har venner som dei berre har kontakt med gjennom sosiale medium. Ungdataundersøkinga viser at dei som har mest psykiske plager, også har færre venner. Vi må derfor sjå psykisk helse, livskvalitet og einsemd i samanheng.

Studenthelseundersøkinga for 2018 viser at omtrent tre av ti studentar rapporterer om einsemd, og at nær éin av fire studentar ofte saknar nokon å vere saman med (Knapstad mfl. 2018). Den same undersøkinga viser at éin av seks stu-

dentar ofte føler seg isolerte, og at like mange seier at dei ofte føler seg utanfor. Ein bør derfor arbeide for at studiemiljø og bustad- og studiebygg i større grad stimulerer til fellesskap og kontakt.

Utviklinga i bruken av sosiale medium endrar samværsformene. Dei kan gjere det enklare å ta vare på vennskap, men kan òg forsterke kjensla av å vere einsam. Fleire studiar har funne at det er ein samanheng mellom mykje bruk av sosiale medium, einsemd og psykiske plager. Foreløpig veit vi ikkje om auka bruk av sosiale medium fører til einsemd, eller om bruken er eit resultat av å vere einsam.

Synleggjere einsemd og generasjonstreff som del av programmet for folkehelsearbeid i kommunane (2017–2026)

Folkehelseprogrammet er ei tiårig satsing og skal prioritere å utvikle og prøve ut nye metodar og tiltak som er retta mot den psykiske helsa til barn og unge. Fleire av tiltaka som så langt har fått midlar frå programmet, rettar seg indirekte mot å førebyggje einsemd ved å styrkje psykisk helse og meistring, men òg direkte mot å førebyggje einsemd gjennom å etablere møteplassar.

Vurdere å etablere ungdomspanel

Regjeringa vil vurdere å etablere eit ungdomspanel for å få innspel om moglege tiltak og få temaet einsemd inn i den offentlege debatten på nasjonalt nivå. På same måten bør ein vurdere korleis einsemd kan bli eit tema for ungdomsråda som er etablerte rundt om i kommunane.

Setje livsmeistring på timeplanen

Folkehelse og livsmeistring vil vere eitt av tre prioriterte tverrfaglege tema i fagfornyinga for skulen som blir sett i verk frå 2020. Temaet skal gi elevane kompetanse som fremjar god psykisk og fysisk helse. Stadig fleire skular i landet har alt sett livsmeistring og psykisk helse på timeplanen for å motverke mellom anna einsemd og psykiske plager.

Arbeide for sosial deltaking blant barn og unge

Sosial deltaking bidreg til sosial tilhøyrslø og motverkar einsemd. Regjeringa vil støtte frivillige organisasjonar som driv med sosial inkludering i lokalsamfunnet. Den nasjonale tilskotsordninga for å inkludere barn i låginntektsfamiliar blei

styrkt med 35 millionar kroner i 2019. Av desse går 5 millionar kroner til ferietiltak – 3 millionar til tiltaket «Ferie for alle» i regi av Røde Kors og 2 millionar til ferietiltak i regi av Den Norske Turistforening. Det er sett av 18 millionar kroner til inkludering i idrettslag for 2019.

Vurdere behov for nye møteplassar

Møteplassar for barn og unge bør inkludere både generasjonsmøteplassar og eigne møteplassar på barn og unge sine premisser der dei kan oppleve tilhøyrslø og vennskap. Møteplassar kan byggje bru mellom generasjonar, til dømes «Lytte- og lesevenner», der eldre i skuletida lyttar til og hjelper skulebarn som les. Kommunar og frivillige organisasjonar må stimulere til møteplassar der unge og eldre kan møtast, men òg vurdere behovet for ungdomsklubbar eller andre møteplassar spesielt for barn og unge ut frå lokale utfordringar og behov.

Gjere det lettare for barn og unge å delta i fritidsaktivitetar

Fritidserklæringa blei signert av regjeringa, frivillige organisasjonar og KS i juni 2016 og forpliktar partane til å arbeide for at alle barn skal ha høve til å delta fast i minst éin fritidsaktivitet, uavhengig av den økonomiske og sosiale situasjonen til foreldra. Fattigdom er ein risikofaktor for å oppleve einsemd og utanforskap. Den eksisterande tilskotsordninga for å inkludere barn i låginntektsfamiliar har blitt styrkt for å støtte målet om at alle barn og unge skal kunne delta i minst éin fritidsaktivitet, og er i 2019 på om lag 312 millionar kroner.

Teknologisk støtte til fritidsaktivitetar for barn med funksjonsnedsetjingar og familiare deira

Ungdomstida kan vere ekstra krevjande for personar med funksjonsnedsetjing. I tillegg til alle dei fysiske, psykiske og sosiale endringane som følgjer av overgangen frå barn til vaksen, må unge med ei funksjonsnedsetjing handtere og meistre livet med ein diagnose. Formålet er å identifisere og prøve ut kommersielt tilgjengelege velferdsteknologiske løysingar, slik at barn og unge med funksjonsnedsetjingar kan delta i og meistre fritidsaktivitetar, og slik at foreldre lettare kan kombinere arbeid med omsorg for barna. I 2019 er det løyvd 4 millionar kroner til dette tiltaket. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Betre psykisk helse hos studentar og førebyggje einsemd

Ein skal framleis satse på å betre den psykiske helsa til studentane. 19 studentsamskipnader (inkludert ANSA) og institusjonar deler på om lag 20 millionar kroner. Fleire av tiltaka som har fått støtte, har vore innretta mot å førebyggje einsemd.

Ein må vurdere korleis universitets- og høgskulesektoren på ulike måtar kan bidra til å førebyggje einsemd blant studentar og betre den psykiske helsa til studentane. Universiteta planlegg korleis dei kan følgje opp studentane si helse- og trivselsundersøking frå 2018. Regjeringa vil vurdere korleis det førebyggjande arbeidet mot einsemd kan innrettast slik at det kjem studentar til gode.

Oslo kommune prøver ut generasjonsmøte ved at studentar får leige hybel på eldresenter til redusert husleige mot at dei er saman med dei eldre 30 timar i månaden. Modellen skal testast ut, og kommunane ønskjer å gå vidare med han (NRK Østlandssendingen 2018). I Vestfold er det bygd studentbustader, Campus Vestfold, som spesielt er innretta for å redusere einsemd. Det er òg potensial for at studentane i større grad deltek i frivillige organisasjonar, som til dømes å delta i besøkstenesta til Røde Kors.

Satsingsområde 3 Tiltak retta mot einsame eldre

Blant eldre over 67 år rapporterer 21 prosent av kvinnene og 12 prosent av mennene at dei er ein-

Boks 3.5 «No Isolation»

«No Isolation» er ei norsk bedrift som utviklar kommunikasjonsløyseringar til hjelp for dei som er ramma av einsemd og sosial isolasjon. «No Isolation» har utvikla kommunikasjonsroboten AV1, som gjer det mogleg for barn og unge med langtidssjukdom å delta sosialt og i undervisninga gjennom ein app på telefonen eller nettbrettet. Dei har òg utvikla KOMP, som er retta mot eldre, som ikkje nødvendigvis har god digital kompetanse. Ved hjelp av KOMP kan familien dele bilete og meldingar og gjennomføre videosamtalar med besteforeldra, og dermed blir generasjonane ført tettare saman.

same (Vrålstad 2017). Det er flest einsame i aldersgruppa over 80 år. Det er altså langt fleire kvinner enn menn som rapporterer om einsemd, men truleg er det stor underrapportering blant menn. I Danmark har myndighetene utarbeidd ein handlingsplan for «Det gode ældreliv», der førebygging av einsemd blant eldre menn er eit særskilt satsingsområde. Satsinga tek utgangspunkt i at eldre personar er meir utsette for mistriksel og einsemd som mellom anna kan skrive seg frå mangel på nære relasjonar og fellesskap. Resultatet er ofte stress, einsemd og dårleg fysisk og psykisk helse, noko som i verste fall kan resultere i sjølv mord.

Menn i alle aldersgrupper har mykje høgare sjølv mordsrate enn kvinner, og blant menn i aldersgruppa 75 til 84 år er kjønnsforskjellen ytterlegare forsterka (Folkehelseinstituttet 2018a). Einsemd blant eldre kan vere relatert til endringar i livssituasjon, partnardød, endra helse-tilstand og funksjonsnivå. Eldre kan bli sosialt isolerte og einsame fordi dei manglar gode transportmoglegheiter og ikkje kjem seg på aktivitetar dei deltok i tidlegare, og fordi det er få varierte aktivitetar for eldre på sjukeheimane. Regjeringa vil bidra til å skape eit aldersvennleg samfunn. Aktiv aldring krev lett tilgjengelege tilbod, og tilgang til gode transportløyseringar er eit sentralt område.

I oppfølginga av «Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020)» skal ein leggje til rette for frivillig innsats som bidreg til inkluderande lokalsamfunn der flest mogleg i alle aldrar kan leve eit aktivt og meiningsfullt liv, og bidra til å hindre einsemd og utanforskap gjennom å leggje til rette for aktivitetar og fellesskap med andre.

Regjeringa vil byggje vidare på det arbeidet som er sett i verk gjennom Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre», der ei av hovudsakene er å leggje til rette for auka aktivitet og fellesskap for eldre og bidra til å redusere einsemd og isolasjon. Fleire av innsatsområda i strategien mot einsemd inngår i Leve hele livet. I reformperioden skal dei gode løysingane spreiaast og setjast i system lokalt. Det er etablert eit nasjonalt og regionalt apparat som skal støtte og hjelpe kommunane i arbeidet med reforma. Kommunar som omstiller seg i tråd med reforma, vil bli prioriterte innanfor eksisterande og eventuelle nye øyremerkte ordningar.

Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy for å mobilisere mot einsemd blant eldre

Formålet med tilskotsordninga er å motverke einsemd blant eldre ved å utvikle og prøve ut teknologiske verktøy som kan gjere det lettare for dei å pleie det sosiale nettverket sitt. Tiltaka skal mobilisere unge, eldre og pårørende mellom anna ved å leggje til rette for møteplassar og samhandling mellom generasjonar, til dømes gjennom tilbod om datahjelp frå unge til eldre og opplæring i bruk av nettbrett og smarttelefon. Evaluering viser at slik opplæring kan bidra til at eldre kan halde kontakt med familie og venner. I 2019 er det løyvd til saman 6 millionar kroner til dette arbeidet.

Det er etablert fleire nettstader med informasjon om lokale aktivitetar der frivillige kan tilby hjelp, eller der dei som har behov for hjelp, kan få det. Nokre av dei, som «Seniornett», rettar seg spesifikt mot eldre og den digitale kompetansen deira, mens andre, til dømes «Friskus.com» og «Frivillig.no», rettar seg mot fleire målgrupper for auka aktivitet og sosial deltaking.

Aktivitetstiltak for å motverke einsemd og passivitet

Dette er ei tilskotsordning som har som formål å motverke einsemd og passivitet og skape aktivitet, deltaking, sosialt fellesskap og møteplassar. Kommunar og ideelle/frivillige organisasjonar kan søkje. Tilskot er mellom anna gitt til prosjekt som gjeld oppretting eller vidareutvikling av møteplassar som aktivitetssenter og seniorsenter, støtte til aktivitetsgrupper av ulike slag, møteplassar på tvers av generasjonar og kulturar og aktivitetar der dei eldre blir stimulerte til å bidra i frivillig arbeid. I 2019 er det løyvd 18,8 millionar kroner til dette arbeidet.

Førebyggjande heimebesøk

Førebyggjande heimebesøk for eldre er blitt meir utbreidd dei siste ti åra. For å stimulere kommunar til å etablere tilbodet blei det i 2016 sendt ut rundskriv til kommunane, og i 2017 utarbeidde Helsedirektoratet ei rettleiing om etablering og gjennomføring av førebyggjande heimebesøk. Ei av hovudsakene i regjeringa si kvalitetsreform for eldre, «Leve hele livet», er førebyggjande heimebesøk, og regjeringa har i Granavoldplattforma varsla at det er eit mål å stimulere til at fleire kommunar skal nytte førebyggjande heimebesøk. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor sende ut eit nytt rundskriv til kommunane. Ved førebyggjande heimebesøk kan kommunane mellom

anna kartleggje sosialt nettverk og eventuelle behov for å styrkje sosial deltaking og aktivitet både frå kommunen og frå frivillige organisasjonar.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Dette er ei tilskotsordning som har som formål å styrkje den aktive omsorga og setje behova til brukarane i sentrum. Tiltaket skal bidra til at sjukeheimar skal få opplæring og støtte, slik at dei kan gi gode opplevingar til den enkelte som bur på sjukeheimen. I 2019 er det løyvd 9,5 millionar kroner til tilskotsordninga. Av dette er 0,5 millionar kroner sett av til å evaluere ordninga i 2019.

Besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorga

Det er sett av særlege midlar som skal gå til frivillige organisasjonar som legg til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorga. Midlane kjem frå tilskotsordninga som gjeld frivillig arbeid i regi av informasjons- og opplysningsverksemda og det kontaktskapande arbeidet til landsdekkjande stiftingar og frivillige organisasjonar.

Lokale møteplassar

Det er stor lokal variasjon og kreativitet når det gjeld samlokalisering av ulike kommunale tilbod og tenester som opnar for generasjonsmøte, felles aktivitetar og sambruk av lokale.

Fleire stader er biblioteket etablert som ein viktig møteplass med låg terskel som i tillegg til å vere ei kjelde til kunnskap trekkjer til seg mange ulike brukargrupper uavhengig av alder. Regjeringa la hausten 2015 fram Nasjonal bibliotekstrategi 2015–2018. Denne strategien skal mellom anna styrkje folkebiblioteka som lokale møteplassar, og tanken er å leggje fram ein ny bibliotekstrategi for perioden 2020–2023.

Bidra til å utvikle eit større mangfald av møteplassar mellom generasjonar

Det er behov for å utvikle eit mangfald av gode møteplassar mellom generasjonane – både ved å etablere møteplassar mellom unge og eldre i dagleglivet og ved å organisere aktivitet og verksemd på tvers av generasjonane. Sjukeheimar og omsorgsbustader bør byggjast slik at dei blir ein integrert del av lokalmiljøet. Sambruk av lokale legg grunnlag for felles aktivitetar, uformelle møte og gjensidig ressursutnytting. Utvikling av møteplassar som legg til rette for dei gode generasjons-

Boks 3.6 «Men's Sheds»

«Men's Sheds» er eit engelsk initiativ som har fått stor utbreiing i England. Tiltaket er omtalt i den britiske strategien mot einsemd. «Men's Sheds» er ein stad der menn kan dele praktiske interesser på fritida, dyrke sosiale nettverk og vennskap og dele ferdigheiter og kunnskap. Ei undersøking blant «Men's Sheds» har vist ein nedgang på 24 prosent i einsemd blant medlemmene. «Men's Sheds» er det medlemmene vil det skal vere. Det kan vere spesialbygde «workshops», mens andre er grupper der medlemmene møtest fast berre for å vere saman og oppleve selskap og kameratskap. Mange involverer seg i samfunnsprosjekt og hjelper til med å halde parkar og grøntområde ved like og med å bygging for skular, bibliotek og enkeltpersonar.

Kilde: <https://menssheds.org.uk/>

møta, er ein del av Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre». Målet er å ta vare på dei eldre sitt forhold til familie, venner og sosialt nettverk og å skape gode opplevingar og møte på tvers av generasjonane. I dette arbeidet er både barne- og ungdomsråd, eldreråd, ideelle og frivillige foreiningar og organisasjonar viktige bidragsytarar og samarbeidspartnarar.

3.2 Hovudmål 2 Få meir kunnskap om einsemd og effektive tiltak

Vi veit ikkje nok om årsakene til einsemd i ulike aldersgrupper og kva slags tiltak som har best effekt når ein skal førebyggje og redusere einsemd og styrkje sosial støtte. Regjeringa vil derfor leggje til rette for auka kunnskap om einsemd og omfanget av einsemd i befolkninga med geografiske og sosioøkonomiske variasjonar. Det er særleg behov for meir kunnskap om kva som er effektive tiltak for å førebyggje einsemd og styrkje sosial støtte for ulike grupper og i ulike livssituasjonar. NorLAG-studien frå 2017 viser til at mange tiltak mot einsemd ikkje har den ønskete effekten. Tiltak som blir sette i gang, bør derfor evaluerast med tanke på kva effekt dei har for å førebyggje og redusere einsemd.

Arbeidet med å etablere og gjennomføre ei nasjonal undersøking om livskvalitetsmåling i befolkninga vil òg dekkje forhold som er viktige for einsemd, jf. kapittel 5.2. Innanfor ramma av dette arbeidet bør ein sjå på korleis ein kan utvikle ein eller fleire indikatorar for einsemd blant vaksne som kan inngå i folkehelseprofilane til Folkehelseinstituttet. Data om einsemd blant ungdom er henta frå Ungdata og er alt inkluderte i folkehelseprofilane. Slike indikatorar på einsemd kan bidra til å skape auka merksemd om einsemd lokalt og nasjonalt og kan inngå i nasjonale og lokale samtalar om einsemd.

Satsingsområde 4 Kunnskapsoppsummeringar og forskning om einsemd og effekt av tiltak

Det er etter kvart godt dokumentert at einsemd og sosial isolasjon er viktige risikofaktorar for å døy av somatiske sjukdommar som hjarte- og karlidningar og diabetes. Vi veit mindre om i kva grad opplevd einsemd, faktisk einsemd og sosial isolasjon er risikofaktorar for psykiske lidningar, og korleis sosial støtte kan bidra til å førebyggje einsemd.

Vi veit altfor lite om kva sosiale medium har å seie for den auka einsemda blant ungdom. 95 prosent av barn og unge i alderen 9 til 18 år har smarttelefon, og ni av ti i denne aldersgruppa bruker eitt eller fleire sosiale medium. Frå 12–13-årsalderen bruker praktisk talt alle sosiale medium (Medietilsynet 2018). Enkelte studiar (Brien mfl. 2017) tyder på at einsame unge bruker meir tid på sosiale medium, men vi veit ikkje om dei er einsame i utgangspunktet og derfor bruker mykje tid på sosiale medium, eller om dei blir einsame av å bruke mykje tid på sosiale medium. Sosiale medium kan òg bidra til vennskap og mindre einsemd, men vi har mangelfull kunnskap om dei positive og negative effektane.

Teknologiske hjelpemiddel, mellom anna digitale verktøy, kan både vere sosiale hjelpemiddel for auka kontakt og fungere som læremiddel for personar som av ulike grunnar ikkje kan delta i sosiale aktivitetar, læringsaktivitetar og samfunns livet på lik linje med andre. Dette kan vere aktuelt for unge og eldre med mellombels eller varig nedsett funksjonsevne, ved kronisk sjukdom eller ved andre helseplager. Ein studie frå 2018 (Pu mfl. 2018) har gjennomgått forskinga på bruk av robotar for å betre livskvaliteten hos eldre. Konklusjonen er at sosiale robotar har eit potensial for å auke livskvaliteten og slik redusere einsemd blant eldre, men det er få studiar med god nok kvalitet, så resultatane må brukast med varsemd.

Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomførte i 2016 ei kunnskapsoppsumming som del av eit prosjekt om sosial, digital kontakt for å motverke einsemd blant eldre (Gabarron mfl. 2016). Rapporten konkluderer med at det er god evidens for at kurs og trening aukar teknologikunnskapar og ferdigheiter og bidreg til å gi dei eldre betre sjølvtilitt når det gjeld å bruke teknologien. Det blei funne færre gode studiar og haldepunkt for at teknologisk kunnskap bidrog til å halde oppe sosiale nettverk, og også mindre evidens for at teknologien førte til mindre einsemd eller meir sosial støtte. Det var ingen haldepunkt for at teknologien bidrog til meir samarbeid på tvers av generasjonar, men få studiar gjer at behovet for meir forskning på heile dette området er avgjerande.

I regi av Nordisk ministerråd skal det setjast i gang eit prosjekt om einsemd og helse blant personar i Norden. Prosjektet skal leiast frå Sverige, men vil involvere andre nordiske land. Prosjektet vil mellom anna samanfatte den eksisterande forskinga på området.

Vurdere tiltak for korleis data om livskvalitet kan gjerast tilgjengelege på ein best mogleg måte

Einsemd er inkludert i spørjeskjema som er foreslått om måling av livskvalitet i rapporten «Gode liv i Norge» (Barstad 2016). Faste datainnsamlingar om livskvaliteten til befolkninga vil òg gi verdifull kunnskap om korleis einsemd fordeler seg i befolkninga og i ulike grupper, vise utviklinga over tid og sjå på einsemd i forhold til psykisk og fysisk helse.

Vurdere korleis det kan utviklast indikatorar for einsemd blant vaksne i folkehelseprofilane

Det bør vurderast korleis fleire og betre data om einsemd og sosial støtte kan inngå som indikatorar for vaksne i folkehelseprofilane som blir utgitt av Folkehelseinstituttet.

Bidra til meir kunnskap om kva einsemd har å seie for psykisk helse

Det er publisert ei rekkje oversiktsstudiar og enkeltstudiar om einsemd og psykisk helse. Disse bør ein gå gjennom og inkludere i til dømes ei kunnskapsoppsumming om ulike aspekt av einsemd og sosial støtte. Dette kan avdekkje dei største kunnskapshola.

Bidra til systematiske evalueringar på effekten av tiltak for å førebyggje einsemd og styrkje sosial støtte

Tiltak som blir gjennomførte i regi av Folkehelseprogrammet, skal evaluerast. Det bør ytterlegare vurderast korleis dei tiltaka som blir sette i verk for å førebyggje einsemd blant eldre, kan bli med i den forskingsbaserte evalueringa. Folkehelseinstituttet har etablert eit eige senter for evaluering av folkehelseiltak.

Forskning på teknologiske hjelpemiddel for auka sosial kontakt og samarbeid over generasjonar

Ifølgje rapporten frå 2016 om sosial, digital kontakt for å motverke einsemd blant eldre er det stort behov for meir forskning.

Bidra til auka forskning på kva sosiale medium har å seie for einsemd og sosial støtte

Ein bør gå gjennom eksisterande datainnsamlingar for å sjå om det finst data om sosiale medium, sosial støtte og einsemd som kan bidra til auka kunnskap.

3.3 Hovudmål 3 Arbeide systematisk for å førebyggje einsemd og auke den sosiale støtta

Førebygging av einsemd er alt integrert i mykje av aktiviteten som er i gang for å skape eit godt og berekraftig samfunn som fremjar god helse og livskvalitet for heile befolkninga. Den innsatsen som alt blir gjord – som kvar og ein gjer i det daglege, i nabolaget, på arbeidsplassen eller i meir organiserte former gjennom frivillige organisasjonar eller idrettslag – må anerkjennast og løftast fram.

I tillegg er det nødvendig å jobbe meir systematisk og strukturert for å førebyggje einsemd. Einsemd bør derfor integrerast i den systematikken som folkehelsearbeidet baserer seg på. Eksisterande strukturar og universelle tiltak kan òg inkludere tiltak for å førebyggje einsemd.

Satsingsområde 5 Einsemd inn i folkehelselova § 7

Regjeringa vil fremje forslag om at einsemd skal takast inn i lov om folkehelsearbeid § 7. Dette er ei oppfølging av stortingsbehandlinga av Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet», jf. Innst. 43 S. Dette vil innebære at kommunane må skaffe seg oversikt over omfanget av einsemd lokalt, sjå på

utviklinga over tid og kva slags konsekvensar det har for befolkninga generelt og for utsette grupper spesielt. Tiltak som blir sette i verk på bakgrunn av ei slik oversikt etter krav i folkehelse-lova, vil kunne førebyggje og redusere einsemd og føre til betre helse og livskvalitet blant befolkninga i kommunen. Einsemd blant barn og unge inngår i dag i folkehelseprofilane, men foreløpig har vi ikkje oversikt over korleis einsemd blant vaksne og eldre utviklar seg.

Satsingsområde 6 Sikre at det blir lagt vekt på einsemd og sosial støtte i vurdering av nye tiltak i alle relevante sektorar

Ved utforming av tiltak og strategiar bør statlege myndigheiter vurdere kva konsekvensar dei kan ha for sosial støtte og einsemd i befolkninga. Det vil vere relevant for fleire sektorar. Statlege tiltak skal utgreiast i tråd med utgreiingsinstruksen. Rettleiinga til instruksen peiker på at tiltak som kan medføre vesentlege konsekvensar for livet og helsa til befolkninga eller fordelinga av helsa i befolkninga, skal leggjast fram for Helse- og omsorgsdepartementet. Det omfattar òg tiltak som påverkar sosial støtte og einsemd.

Bruke plan- og bygningsmessige verkemiddel for lokal-samfunnsutvikling som kan førebyggje einsemd

Plan- og bygningsmessige prioriteringar er eit verkemiddel som kommunane kan nytte for å førebyggje einsemd og auke sosial støtte og sosiale fellesskap. Det handlar om å prioritere, leggje til rette for og etablere felles møteplassar for alle

aldersgrupper, bidra til integrering og tilhøyrse for alle befolkningsgrupper, og sikre trygg transport og mangfaldig bustadbygging.

I tillegg skal universell utforming leggjast til grunn i planlegginga for å gjere samfunnet tilgjengeleg for alle og unngå diskriminering av enkelte grupper.

Tilgjengelegheit, transport og bustadformer for framtida

Nasjonale og lokale myndigheiter må bidra til å sikre infrastruktur som dekkjer innbyggjarane sine behov for trygg transport slik at alle kan delta i sosiale fellesskap. Dei må òg sørge for tilrettelagde bustader. Det må leggjast til rette for variasjon i bustader for eldre, mellom anna utbygging av seniorbustader som i større grad legg til rette for sosial kontakt mellom dei som bur der. Regjeringa vil vurdere å innføre ei prøveordning med kombinerte omsorgs- og studentbustader.

Det finst mange lokale døme på kommunar som har integrert sjukeheimar og omsorgsbustader i lokalmiljøet, gjerne med felles møteplassar og naboskap på tvers av generasjonar og funksjonar. Eit døme er Braarudtoppen omsorgsbustader i Horten, der studentar kan flytte inn. Her er det etablert to studenthyblar i tilknytning til omsorgs-senteret. Studentane bidreg med sosiale aktivitetar og praktiske gjeremål. I tillegg er generasjons- huset i Aarhus ei spennande og framtidretta buform der ungdommar, familiar, eldre og vaksne med ulike funksjonshemmingar bur under same tak.

Boks 3.7 Saman mot einsemd – (2019 – 2023) Oversikt

Hovudmål 1 Synleggjere einsemd som folkehelseutfordring og stimulere til auka sosial deltaking

Satsingsområde 1 Samarbeid med frivillig sektor for å mobilisere mot einsemd

Satsingsområde 2 Tiltak retta mot einsame unge

- Synleggjere einsemd og generasjonstreff som del av programmet for folkehelsearbeid i kommunane (2017–2026)
- Vurdere å etablere ungdomspanel
- Setje livsmeistring på timeplanen
- Arbeide for sosial deltaking blant barn og unge
- Vurdere behov for nye møteplassar
- Gjere det lettare for barn og unge å delta i fritidsaktivitetar
- Teknologisk støtte til fritidsaktivitetar for barn med funksjonsnedsetjingar og familiane deira
- Betre psykisk helse hos studentar og førebyggje einsemd

Satsingsområde 3 Tiltak retta mot einsame eldre

- Utvikling og utprøving av teknologiske verkøy for å mobilisere mot einsemd blant eldre
- Aktivitetstiltak for å motverke einsemd og passivitet
- Førebyggjande heimebesøk
- Livsglede for eldre og livsgledesertifisering
- Besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorga
- Lokale møteplassar
- Bidra til å utvikle eit større mangfald av møteplassar mellom generasjonar

Hovudmål 2 Få meir kunnskap om einsemd og effektive tiltak

Satsingsområde 4 Kunnskapsoppsummeringar og forskning om einsemd og effekt av tiltak

- Vurdere tiltak for korleis data om livskvalitet kan gjerast tilgjengelege på ein best mogleg måte
- Vurdere korleis det kan utviklast indikatorar for einsemd blant vaksne i folkehelseprofilane
- Bidra til meir kunnskap om kva einsemd har å seie for psykisk helse
- Bidra til systematiske evalueringar på effekten av tiltak for å førebyggje einsemd og styrkje sosial støtte
- Forsking på teknologiske hjelpemiddel for auka sosial kontakt og samarbeid over generasjonar
- Bidra til auka forskning på kva sosiale medium har å seie for einsemd og sosial støtte

Hovudmål 3 Arbeide systematisk for å førebyggje einsemd og auke den sosiale støtta

Satsingsområde 5 Einsemd inn i folkehelselova § 7

Satsingsområde 6 Sikre at det blir lagt vekt på einsemd og sosial støtte i vurdering av nye tiltak i alle relevante sektorar

- Bruke plan- og bygningsmessige verkemiddel for lokalsamfunnsutvikling som kan førebyggje einsemd
- Tilgjengelegheit, transport og bustadformer for framtida

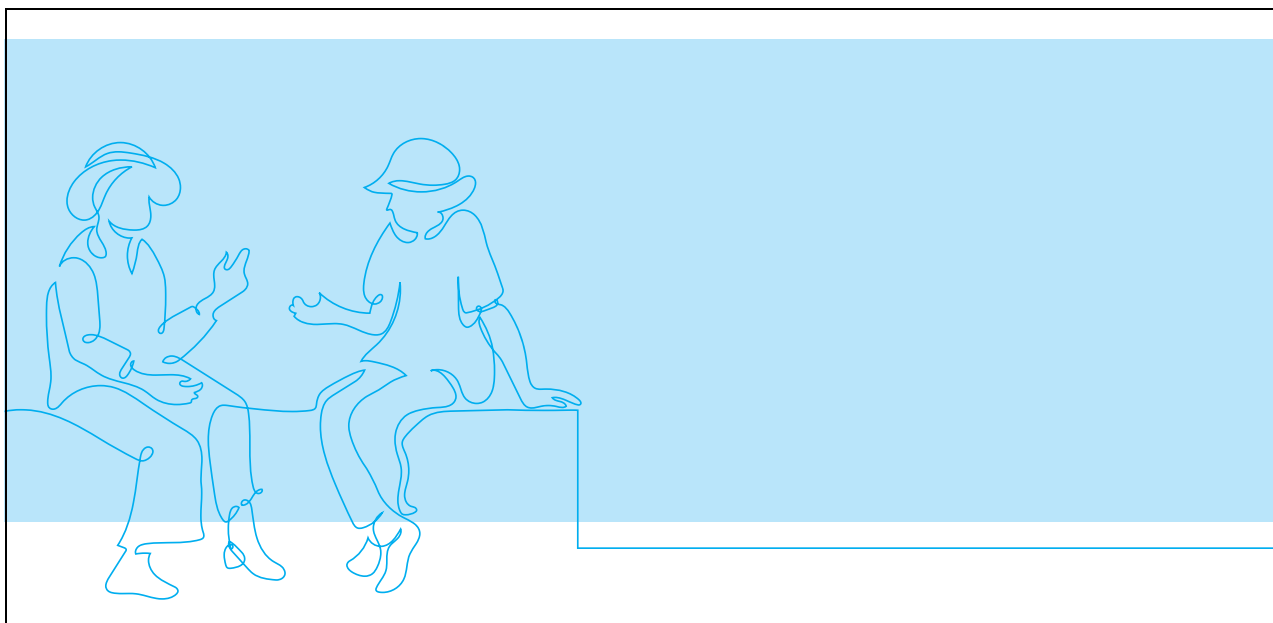
Boks 3.8 Saman mot einsemd – regjeringa sin strategi for å førebyggje einsemd (2019 – 2023)

Regjeringa vil

- synleggjere einsemd som ei folkehelseutfordring gjennom kampanjar og auka nasjonal og lokal merksemd om einsemd

- stimulere til etablering av møteplassar for auka sosial deltaking
- auke kunnskapen om einsemd og effektive tiltak
- arbeide systematisk for å førebyggje einsemd og auke den sosiale støtta

4 Mindre sosial ulikskap i helse



Figur 4.1

«Et av hovedprinsippene i FNs bærekraftsmål er at ingen skal utelates (Leaving no one behind). De mest sårbare menneskene må derfor prioriteres. Ekskluderte grupper, som mennesker med nedsatt funksjonsevne, flykntninger, etniske og religiøse minoriteter, jenter og urfolk, er høyt representert blant de som fortsatt lever i fattigdom.» (FN-sambandet)

Bærekraftsmål 10 om mindre ulikskap tek for seg at det er nødvendig å redusere ulikskapen i og mellom land for å skape ei bærekraftig utvikling. Økonomisk vekst fører ikkje automatisk til mindre fattigdom.

Det er tverrpolitisk semje om å redusere dei sosiale helseforskjellane og skape eit samfunn som fremjar helse i heile befolkninga. Det er eit samfunnsansvar å bidra til at alle får best moglege føresetnader for å ha ei god helse. Arbeidet med å jamne ut sosiale helseforskjellar er derfor ein integrert del av folkehelsepolitikken.

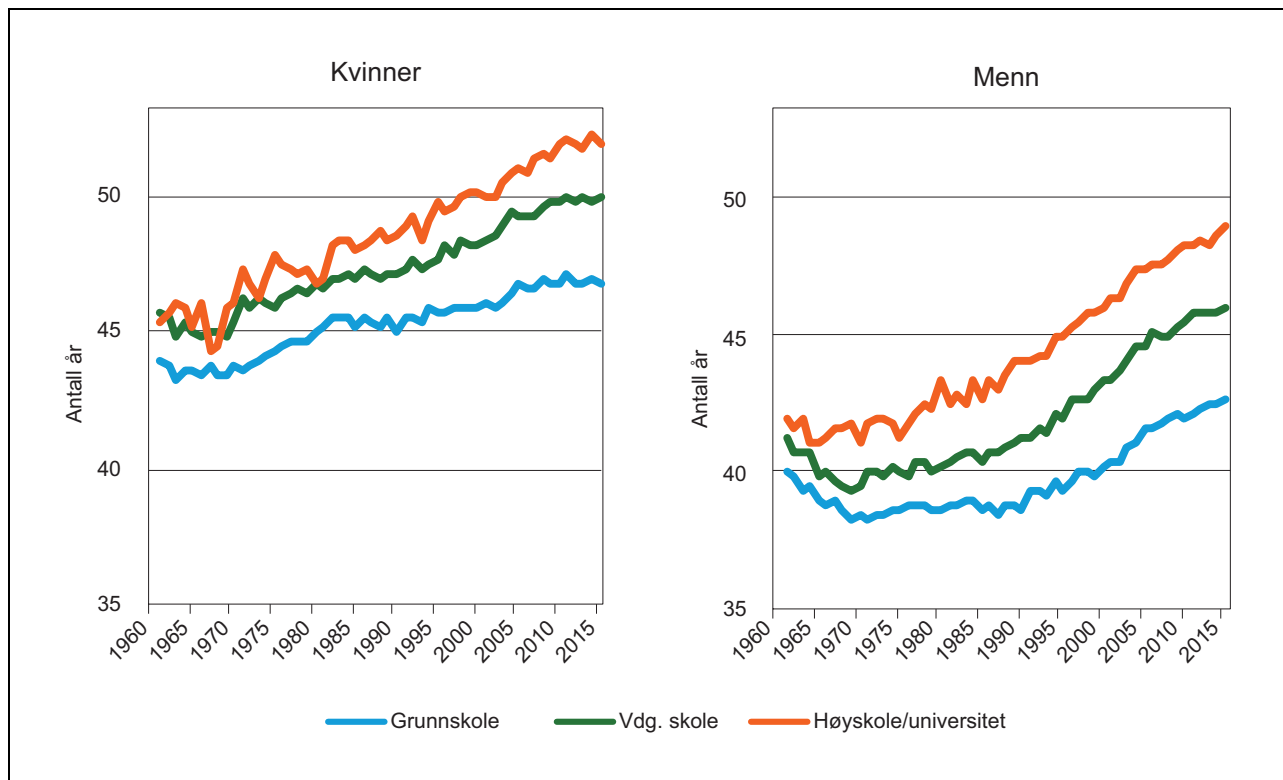
Regjeringa har lagt fram stortingsmeldinga Meld. St. 13 (2018–2019) «Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft». Meldinga tek opp

ulikskap og låginntekt i Noreg i eit internasjonalt perspektiv, kva arbeidsmarknaden og trygdeordningane har å seie for fordeling og moglegheiter, læring gjennom heile livet, ulikskap i helse, demokratisk og sosial deltaking og erfaringar frå andre land om kva som kan vere drivkreftene bak endring i inntektsfordelinga. Meldinga presenterer òg regjeringa sin innsats for å bidra til sosial bærekraft og motverke ulikskap og konsekvensar av ulikskap.

Med uttrykket «sosiale ulikskapar i helse» siktar ein til systematiske forskjellar i helsetilstanden som følgjer sosiale og økonomiske kategoriar – særleg utdanning og inntekt, men òg yrke. Ein kan dermed forstå sosiale ulikskapar i helse som sosioøkonomiske forskjellar i helse, der helsa blir betre for kvart trinn på den sosioøkonomiske stigen: Jo lengre utdanning eller høgare inntekt, desto betre helse.

Status og utfordringar

Dei siste 20 åra har det i Noreg vore ein gradvis auke i sosiale helseforskjellar målt i forventa leve-



Figur 4.2 Forventa attståande leveår for menn og kvinner (ved 35 års alder) i Noreg 1961–2015 gruppert etter utdanningsnivå.

Kjelde: 1961–1989: Steingrimsdottir (2012), 1990–2015: SSB/Norgeshelsa.no. Nivået på tala frå Steingrimsdottir (2012) er lett justert for å gjere samanlikninga lettare.

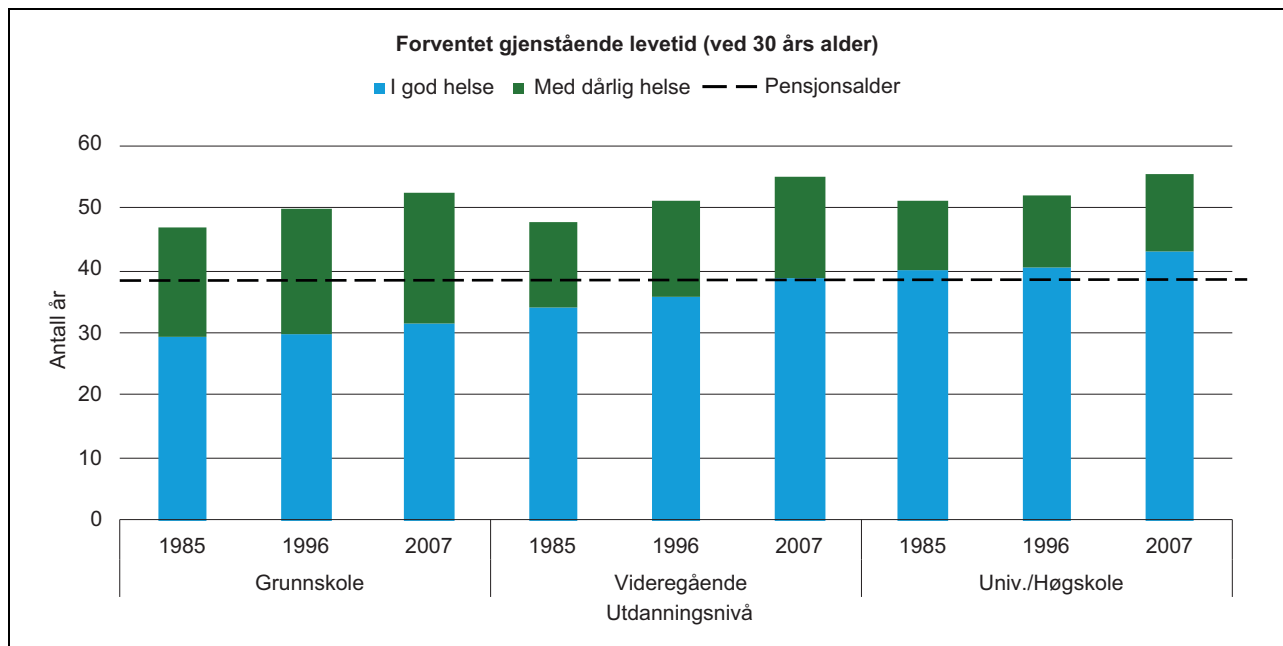
alder. Den forventa levealderen er fem–seks år høgare blant personar med høgskule- eller universitetsutdanning enn blant dei med berre grunnskuleutdanning. I Oslo er forskjellen i forventa levealder inntil åtte år mellom bydelane, og mellom ulike kommunar kan det vere opptil tolv års forskjell (Folkehelseinstituttet 2018a).

Figur 4.2 viser at alle utdanningsgruppene har hatt ein auka forventa levealder, men at oppgangen har vore størst for personar med lang utdanning. Parallelt med dette har det vore ei endring i storleiksforholdet mellom gruppene. Gruppene med høgast levealder (og altså dei med høgast utdanning) utgjorde ein vesentleg større del av befolkninga i 2015 enn tidlegare, mens gruppene med lågare forventa levealder (og kort utdanning) utgjer klart mindre delar.

Folkehelseinstituttet viser til at forskjellige røykjevanar, og dermed forskjellar i dødstalet for røykjerelaterte sjukdommar, truleg er ei spesielt viktig årsak til dei sosiale forskjellane i dødstal og levealder i Noreg. Noreg er eitt av dei vesteuropeiske landa der røyking betyr mest for den sosiale ulikskapen i helse målt i dødstal (Eikemo mfl. 2014). I andre land er faktorar knytte til låg inntekt og overvekt viktigare.

Dei sosiale helseforskjellane gjeld ikkje berre levealder, men òg leveår med god helse. Ein studie som er gjennomført ved Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag (Hunt) med befolkningsdata frå tre tiår, viser at folk med grunnskule som høgaste utdanning i gjennomsnitt har god helse til dei er om lag 60 år, folk med vidaregåande skule som høgaste utdanning til dei er om lag 67 år, og folk med universitets- og høgskuleutdanning til dei er om lag 70 år, jf. figur 4.3 (Storeng mfl. 2017). Figuren viser forskjell i utdanning i år med god helse sett i samanheng med pensjonsalder.

Dei sosiale helseforskjellane gjeld for nesten alle sjukdommar, skadar og plager (Dahl, Bergsli og Wel 2014). Det er vist at kreftdødstalet er større hos personar med kort utdanning, og personar med kort utdanning har òg høgare risiko for å døy etter hjarteinfarkt. Personar med låg sosioøkonomisk status har høgare risiko for å få psykiske lidningar, og vi ser det tilsvarande for muskel- og skjelettsjukdommar. Ungdommar som veks opp i familiar med høg sosioøkonomisk status, rapporterer om høgare livskvalitet, betre helse og færre psykiske plager. Førekosten av skadar og ulykker er høgare i grupper med kort utdanning enn i grupper med lang utdanning.



Figur 4.3 Bereking av leveår med god helse etter fylte 30 år

Kjelde: Storeng mfl. 2017.

Når det gjeld levevanar, ser vi sosiale forskjellar med det same mønsteret (Folkehelseinstituttet 2018a). Dei med lang utdanning røykjer mindre, er meir fysisk aktive og har generelt eit sunnare kosthald. Dei har òg lågare blodtrykk og har sjeldnare fedme enn dei med kort utdanning. Alkoholforbruket er høgast i grupper med høg sosioøkonomisk status, men det ser ut til at dei negative konsekvensane av alkoholforbruk er mindre i desse gruppene og større i grupper med lågare sosioøkonomisk status. Utdanningsforskjellar i røykjevannar blir rekna som ei av dei viktigaste årsakene til sosiale forskjellar i levealder. I gruppa med berre grunnskuleutdanning er 24 prosent røykjarar, mens berre 5 prosent i gruppa med høgskule- eller universitetsutdanning røykjer.

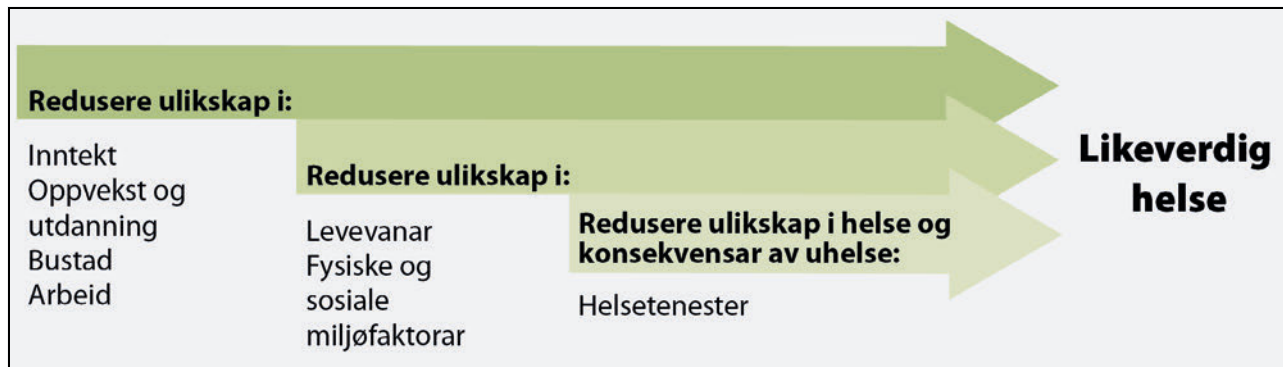
Innvandrarar som heilskap er overrepresenterte i låginntektsgrupper og har gjennomsnittleg lågare sysselsetjing. Det gjeld særleg personar med flyktningsbakgrunn, som kan ha særlege helseutfordringar som gjer det vanskeleg å komme i og vere i arbeid. I enkelte innvandrargrupper er det ein relativt stor prosentdel personar som har lite utdanning. Det gjeld ikkje for barn av innvandrarar, der ein stor prosentdel tek høgare utdanning. Grovt sett ser det ut til at innvandrarar med lang utdanning og høg inntekt har betre helse enn innvandrarar med mindre utdanning og låg inntekt, slik det er i majoritetsbefolkninga òg.

Særleg innvandringsårsak, men òg opphavslend og butid i Noreg har mykje å seie for helsa. Flyktingar har dårlegare helseprofil enn dei som kjem til Noreg på grunn av familiesameining, arbeid eller utdanning. Arbeidsinnvandrarar har i utgangspunktet god helse, men arbeidsforhold, livssituasjon og barrierar mot tilgang til helsetenester som følgje av avgrensa norskkunnskapar kan medføre svekt helse over tid. Asylsøklarar og flyktingar kan ha særlege helseutfordringar knytte til forhold før og under migrasjon (Helsedirektoratet 2018d).

Levekårsundersøkingar blant innsette i norske fengsel viser at fleirtalet av dei innsette har levekårsproblem på eitt eller fleire område (Revoid 2015). Om lag 65 prosent av dei domfelte i fengsel har rusproblem, og 92 prosent hadde teikn på ei personlegdomsforstyrning eller ei psykisk lidning (Cramer 2014). For at dei innsette skal ha høve til god tilbakeføring og integrering i samfunnet etter at straffa er gjennomført, må helse- og levekårsproblematikken følgjast opp, slik at ein forebyggjer utanforskap og motverkar nye kriminelle handlingar, i tråd med «Nasjonal strategi for samordna tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021)».

Kva kjem helseforskjellane av?

Årsakene til sosiale helseforskjellar er samansette. Det kan vere ulikskap i materielle forhold, til



Figur 4.4 Døme på innsatsområde

Døme på innsatsområde der ein kan gjere ein innsats for å redusere sosiale helseforskjellar.

Kjelde: Folkehelseprofilane til Folkehelseinstituttet 2016.

dømes inntekt og økonomi, eller det kan vere bumiljø, arbeidsmiljø, omgivnadshygiene og anna. Slike faktorar har historisk hatt mykje å seie til dømes fordi dei med låg inntekt i større grad var eksponerte for smitte og forureining og hadde dårlegare tilgang til gode bustader og trygge nærmiljø. Som nemnt er det òg ein sterk samanheng mellom utdanning og helse fordi utdanning mellom anna reduserer risikoen for arbeidsløyse og bidreg til auka inntektsnivå. Men det kan òg komme av ulikskapar i helseåtferd, slik som bruk av tobakk og alkohol, lite fysisk aktivitet og usunt kosthald, som igjen er knytt til ulik grad av sosial status.

Psykososiale faktorar som sosial støtte og deltaking har òg innverknad på sosiale helseforskjellar. Stress er eit nøkkelfenomen for å forstå psykososiale påverknadsfaktorar på helse og livskvalitet. Mangel på sosial støtte og sosialt nettverk gjer det meir utfordrande å meistre kvardagen og kan bidra til negative opplevingar av og problem med å handtere stress (Helsedirektoratet 2014). Det medfører risiko for dårlegare fysisk og psykisk helse. Samtidig er personar med lågare inntekt og kortare utdanning meir utsette når det gjeld mangel på sosial støtte, nettverk og deltaking i ulike organisasjonar. Ei opphoping av slike psykososiale, materielle og miljømessige forhold bidreg til å skape sosiale helseforskjellar. Helse er såleis ikkje berre eit resultat av individuelle forhold og levevanar, ho blir òg påverka av levkår og strukturelle forhold i samfunnet.

Andre forklaringar er at helse påverkar den sosiale posisjonen. Det vil seie at dårleg helse medfører kortare utdanning, mindre sosial kapital, redusert arbeidsdeltaking og dårlegare betalt jobb. Eller det det kan vere felles bakanforliggjande og individuelle faktorar som kognitive evner og meistringsevne som fører til betre utdanning, inntekt og helseval.

4.1 Hovudgrep for å jamne ut sosiale helseforskjellar

Skal dei sosiale helseforskjellane bli mindre, er det behov for eit breitt sett av tiltak for å påverke levkår, livssituasjon og levevanar. Figur 4.4 viser at det er behov for tiltak på ulike nivå og på tvers av ulike sektorar: Frå tiltak for å påverke grunnleggjande sosiale forhold som kan påverke heile årsakskjeda, slik som utdanningspolitikk, bustads- og arbeidslivspolitikk og økonomiske levkår, til tiltak retta direkte mot levevanar, sosial støtte og andre fysiske og sosiale miljøfaktorar, og tiltak som sikrar ei likeverdig helseteneste.

Fordi det er ein samanheng mellom sosial posisjon og helse, der helse blir betre for kvart trinn på den sosioøkonomiske stigen, vil ulikskapar i helse påverke heile befolkninga. Dermed vil òg universelle strategiar som rettar seg mot heile befolkninga kunne ha størst effekt (Dahl, Bergsli og Wel 2014). I praksis er universelle ordningar eller tiltak òg avgrensa, ofte ved at dei er knytte til behov i ulike aldrar, ved sjukdom eller arbeidsløyse, eller dei kan vere geografisk avgrensa. Det kan vere at desse ordningane har ein vridningseffekt, til dømes ved at dei med lang utdanning og høg inntekt er flinkare til å nyttiggjere seg dei ulike ordningane. Når ein skal utvikle ulike ordningar og tiltak, bør ein derfor i større grad leggje opp til konsekvensvurderingar og evalueringar av potensielle verknader for fordelinga av helse og livskvalitet.

Universelle ordningar må supplerast med meir målretta tiltak mot særleg utsette grupper. Gitt den store utdanningsulikskapen i tobakksbruk er det stort potensial for at alle effektive tiltak mot bruk av tobakk reduserer slike ulikskapar på sikt. Samtidig er det viktig å ta omsyn til at sterk grad av behovsretting ofte har motsett verknad og fører

til stigmatisering og umyndiggjering av dei gruppane ein ønskjer å hjelpe.

Å redusere sosiale helseforskjellar har i fleire år vore ein sentral del av folkehelsepolitikken. I 2007 blei det lagt fram ein tiårig nasjonal strategi for å jamne ut sosiale helseforskjellar (St. meld. nr. 20 (2006–2007)). Strategien blei avslutta i 2017. På dei ti åra skjedde det mykje utviklingsarbeid, og medvitet og kunnskapen om tematikken har auka kraftig. Likevel er ikkje helseforskjellane blitt reduserte – faktisk aukar dei sosiale helseforskjellane framleis målt etter utdanning. Regjeringa vil derfor vurdere ein ekstern gjennomgang av den norske politikken for å jamne ut sosiale helseforskjellar. Ein slik gjennomgang kan leggje grunnlag for ein ny nasjonal strategi.

Nasjonalt indikatorsystem for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Det systematiske folkehelsearbeidet skal ta utgangspunkt i helsetilstanden til befolkninga og kva faktorar som påverkar helsetilstanden. Det gjeld både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Helsedirektoratet utarbeider jamleg folkehelsepolitiske rapportar som viser status og utviklingstrekk på ei rekkje politikkområde som er viktige for folkehelsa og sosiale helseforskjellar. Dette indikatararbeidet blir gjort i tett samarbeid med andre sektorar og dekkjer desse områda: økonomiske levekår, sosial støtte, deltaking og medverknad, trygge og helsefremjande miljø, sunne val, oppvekst, arbeidsliv og lokalt folkehelsearbeid. Indikatorane blir samanstilte i «Folkehelsepolitisk rapport» og utgjer sektorane si eiga rapportering av status, utviklingstrekk og analysar på område som påverkar folkehelsa og dei sosiale helseforskjellane. Indikatorsystemet gjer det mogleg å følgje med på innsatsen og utviklinga i folkehelsearbeidet og på korleis den vedtekne politikken blir følgd.

Det ligg til rette for at dei tverrsektorielle indikatorane som er utarbeidde, i større grad kan brukast til å oppfylle utgreiingsinstruksjonen og krava i folkehelselova om å vurdere konsekvensane for folkehelsa der det er relevant. Indikatorane viser viktige samanhengar og konsekvensar av politikktutforming i mange sektorar og kva det kan ha å seie for folkehelse, livskvalitet og ulikskap. Dette gir eit betre grunnlag for å nå målet om ei samfunnsutvikling som fremjar helse og jamnar ut sosiale helseforskjellar.

4.2 Økonomiske faktorar

Det er ein klar samheng mellom forskjell i økonomiske ressursar (inntekt og formue) og helse. FN's berekraftsmål om å redusere ulikskap har eit delmål om at statane innan 2030 (og raskare for det nasjonale gjennomsnittet) skal oppnå ein gradvis og varig inntektsauke for dei fattigaste 40 prosentane av befolkninga.

Ulike stønadsordningar gir forsikring mot tap av inntekt ved til dømes sjukdom og nedsett funksjonsevne, og mellom ulike fasar i livet til den enkelte. Gjennom slike velferdsordningar skjer det ei omfattande omfordeling av dei økonomiske ressursane.

Inntekt og kjøpekraft verkar inn på kor mykje enkeltindivid kan ta del i både helseavgrensande og helsefremjande aktivitetar. Til dømes vil inntekt naturleg nok påverke den økonomiske byrda ved tobakksbruk, men kan òg påverke i kor stor grad ein kjøper hjelp eller hjelpemiddel som skal gjere det lettare å slutte.

Vedvarande låg inntekt er ein risikofaktor for dårleg helse. Samansetjinga av gruppa med vedvarande låg inntekt har endra seg over tid. Opptapping av minstepensjonen har ført til at det er færre eldre i gruppa med vedvarande låg inntekt. I perioden 2015–2017 hadde færre enn 10 prosent av dei som fekk alderspensjon i alle åra i perioden, vedvarande låg inntekt. Høg innvandring og svakare arbeidstilknytning blant innvandraraner enn for gjennomsnittet av befolkninga har bidrege til at personar med innvandrarakgrunn no utgjer ein stor del av gruppa med låg inntekt. Den største aldersgruppa med låg inntekt er no unge mellom 18 og 34 år og einslege forsørgjarar.

Dei fleste barn i Noreg veks opp i trygge omgivnader, med gode levekår og høve til å utvikle og utfalde seg heime, på skulen, i nabolaget og på fritidsarenaer. Samtidig er det mange barn som har ein utfordrande oppvekst på grunn av den økonomiske situasjonen til familien. Å vekse opp i ein familie med låg sosioøkonomisk status kan ha ei rekkje negative følgjer for den psykologiske utviklinga til barn og unge (Bøe 2015). Det ser vi mellom anna i skuleprestasjonar, kognitiv utvikling og språkutvikling, og det kjem tydelegast fram hos barn som veks opp i vedvarande fattigdom. Dårlege sosioøkonomiske forhold gir òg auka risiko for problem med åtferd og med den sosiale og den kjenslemessige utviklinga.

Talet på barn som lever i ein familie med vedvarande låginntekt, har auka frå 67 300 i 2006 til 101 300 i 2016. Det utgjer 10,3 prosent av alle barn

(Epland 2018). Barn med innvandrarakgrunn er sterkt overrepresenterte i låginntektsgruppa. Mens berre 5,5 prosent av barn utan innvandrarakgrunn høyrde til eit hushald med vedvarande låginntekt i 2016, var denne prosentdelen 37,8 for barn med innvandrarakgrunn. Sjølv om barn med innvandrarakgrunn utgjer fleirtalet av alle barn i hushald med vedvarande låginntekt, har det òg vore ein auke av barn utan innvandrarakgrunn i denne gruppa. Mykje av dette kan forklarast med at fleire barn i låginntektsgruppa veks opp i hushald med berre éi inntekt eller svak arbeidstilknytning.

Ifølgje Barnekonvensjonen skal alle barn og unge ha høve til å delta i leik og fritid, og dei har rett til ein anstendig levestandard og til å utvikle evnene og ferdigheitene sine. Regjeringa vil redusere fattigdom gjennom å hindre at levekårsutfordringar går i arv og ved å skape like moglegheiter for alle. Regjeringa arbeider for at alle barn skal kunne delta i ferie- og fritidsaktivitetar, og for at barn som veks opp i låginntektsfamiliar, skal ha høve til å delta i sosiale fellesskap på lik linje med andre.

7. juni 2016 skreiv regjeringa ved statsministeren, barne- og likestillingsministeren, kulturministeren, arbeids- og sosialministeren og kommunal- og moderniseringsministeren, frivillige organisasjonar og KS under Fritidserklæringa. Målet er å få til eit godt og langsiktig samarbeid for å gi alle barn, uavhengig av økonomien til foreldra, høve til å delta fast i minst éin organisert fritidsaktivitet saman med andre. Erfaringane med Fritidserklæringa har så langt vore svært positive, og samarbeidet mellom det offentlege og organisasjonane verkar fornuftig og gjensidig nyttig. Regjeringa vil derfor satse vidare på denne modellen. Det er òg gitt midlar til eit prosjekt for å sjå på korleis frivillige og idretten på ein enkel måte kan få dekt kostnader til utgifter for barn frå familiar som ikkje har høve til å betale, og korleis dette kan administrerast lokalt.

Ei nasjonal tilskotsordning for inkludering av barn i låginntektsfamiliar er eit verkemiddel som legg til rette for at fleire barn og unge skal få delta på viktige sosiale arenaer, som ferie- og fritidsaktivitetar, uavhengig av inntekta og den sosiale situasjonen til foreldra. Kommunane har ved hjelp av midlane utvikla utstyrsbasar og ferieklubbar og kan tilby fritidsaktivitetar som kostar lite eller ingen ting. Offentlege instansar, private aktørar og frivillige organisasjonar kan søkje om midlar. Regjeringa har styrkt ordninga frå om lag 100 millionar kroner i 2014 til om lag 312 millionar kroner i 2019.

Tilskotsordninga for barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn skal bidra til betre oppvekst- og levekår i større byar ved å etablere og utvikle opne møteplassar for utsette barne- og ungdomsgrupper i alderen 10–20 år. Storbyane som har fått tildelt midlar, har mellom anna utvikla fritidsklubbar, ungdomskafear og ungdomshus der det kostar lite å delta. Møteplassane er bemanna med ungdomsarbeidarar som har tett kontakt med ei rekkje førebyggjande og oppfølgjande tenester. Tilskotsordninga er styrkt og utgjer 41,5 millionar kroner i 2019.

4.3 Utdanning

Det er ein klar statistisk samanheng mellom utdanningsnivå og helse. Utdanning gir grunnlag for sosial mobilitet og kan redusere sosiale og økonomiske forskjellar i samfunnet.

Regjeringa vil gi enkeltmennesket høve til å forme si eiga framtid ved å sikre at innsats tel meir enn bakgrunn og opphav. Å skape si eiga framtid skal vere like oppnåeleg for barn som veks opp i låginntektsfamiliar, som for alle andre. Ressursar retta mot å styrkje dei faglege prestasjonane til barn frå familiar med låg sosioøkonomisk status har større effekt jo tidlegare dei blir sette inn (Dietrichson mfl. 2017). Regjeringa prioriterer tidleg innsats i skulen for å sikre hjelp til elevar med faglege utfordringar, jf. kapittel 2 om tidleg innsats for barn og unge.

Det er dokumentert at deltaking i barnehage gir betre språkutvikling og gjer det lettare å lære. Retten til barnehageplass har blitt utvida dei siste åra, og låg familieinntekt skal ikkje vere til hinder for at barn får gå i barnehage. Regjeringa vidarefører det nasjonale minstekravet til redusert foreldrebetaling for familiar med låg inntekt og foreslår å utvide ordninga med gratis kjernetid til å omfatte toåringar frå familiar med låg inntekt frå august 2019. I 2019 er det òg løyvd 9 millionar kroner til rekrutteringstiltak til barnehage i utsette byområde.

Barn av asylsøklarar har i utgangspunktet ikkje rett til barnehageplass før familien har fått opphaldsløyve og er busett i ein kommune. Likevel har ein stor del fire- og femåringar i asylmottak i fleire år fått tilbod om heiltidsplass dersom det er ledige plassar i vertskommunen. I 2016 blei det lagt til rette for gratis kjernetid 20 timar per veke for to- og treåringar frå familiar som hadde fått opphald, men som framleis budde i asylmottak. I 2018 blei ordninga utvida til å gjelde alle to- og treåringar i mottak, uavhengig av asylsøklarstatusen

til foreldra. I integreringsmottak får alle barn tilbod om barnehageplass.

Eit fireårig forsøk med gratis deltids plass i SFO/AKS starta opp hausten 2016 ved utvalde skular i Drammen, Oslo, Stavanger og Trondheim. Regjeringa vil vurdere å innføre ordningar for redusert foreldrebetaling og gratis opphald på SFO/AKS etter skuletid for barn av foreldre med låg inntekt for å auke deltakinga.

Tiltak for betre gjennomføring i vidaregåande opplæring

Elevar som ikkje fullfører vidaregåande opplæring, har auka risiko for svak eller inga tilknytning til arbeidslivet, låg inntekt, dårlegare levekår og dårlegare helse i vaksen alder samanlikna med dei som fullfører. Tre av fire elevar som begynte i vidaregåande opplæring i 2012 fullførte med studie- eller yrkeskompetanse innan fem år. Dei siste fem åra har 5 prosent fleire enn før fullført. Auken er størst blant elevar med svake karakterar frå grunnskulen. Fullføringsprosenten er lågare blant elevane som begynte på yrkesfaglege utdanningsprogram, enn blant elevane som begynte på eit studieførebuande utdanningsprogram, høvesvis 60 og 87 prosent. Elevar med høgt utdanna foreldre fullfører i større grad enn elevar med lågt utdanna foreldre.

Mange elevar bruker meir enn fem år på å fullføre vidaregåande skule. Etter ti år har rundt 80 prosent av elevane fullført.

I gjennomgangen av den norske politikken for unge utanfor utdanning og arbeid trekkjer OECD fram fråfall frå vidaregåande opplæring som den viktigaste risikofaktoren for å hamne i gruppa NEET («not in employment, education or training») i Noreg (OECD 2018). Ifølgje OECD har 56 prosent av alle mellom 15 og 29 år i NEET-gruppa ikkje fullført vidaregåande opplæring. Noreg har ein relativt låg prosentdel unge utanfor utdanning, arbeid og opplæring samanlikna med mange andre land, men dei det gjeld, er dårlegare stilte med tanke på utdanning, har ofte ein bakgrunn med låg sosioøkonomisk status og er truleg meir utsette for å få psykiske helseproblem. OECD er bekymra for den høge prosentdelen unge i denne gruppa som er passive og heller ikkje søker arbeid. Desse står gjerne langt frå arbeidsmarknaden, og det er vanskelegare for tenestene å nå dei fordi dei ofte ikkje er i kontakt med det offentlege tenesteapparatet. Ifølgje OECD er sju av ti i NEET-gruppa inaktive i Noreg, mot fem av ti i OECD-landa i gjennomsnitt.

Personar som ikkje har fullført vidaregåande opplæring innan dei fyller 24 år er tre gonger meir utsette for å bli verande i NEET-gruppa over lengre tid enn dei som har fullført (OECD 2018). Unge som er fødte utanfor Noreg, har dobbelt så høg risiko for å komme i NEET-gruppa som norskfødde.

Eitt av fire innsatsområde i integreringsstrategien til regjeringa er å sikre betre kvalifisering og utdanning til innvandrarakar for å oppnå auka arbeidsdeltaking. Mellom anna skal unge med kort butid i Noreg få betre grunnskuleopplæring slik at dei kan gjennomføre vidaregåande opplæring. Det skal òg utgreiast korleis unge, nyleg komne innvandrarakar med rett til vidaregåande opplæring kan få eit tilbod gjennom den ordinære opplæringa framfor gjennom introduksjonsordninga.

Program for betre gjennomføring har vore ei hovudsatsing for å få fleire til å fullføre vidaregåande opplæring. Ein del av programmet har vore systematiske utprøvingar av lokalt utvikla tiltak. Alle forsøka blir effektevaluerte, og sluttevalueringane kjem i 2019/20.

Regjeringa forsterkar satsinga på yrkesfag og fornyar yrkesfagutdanninga, og yrkesfagelevar skal få tidlegere spesialisering og lære meir om faget dei skal jobbe med. Utdanninga vil bli meir tilpassa behova i arbeidslivet. Den nye strukturen for yrkesfag i vidaregåande skule skal innførast hausten 2020.

Tilskotsordninga med støtte til oppfølgings- og losfunksjonar for ungdom rettar innsatsen mot ungdom som har høgt skulefråvær eller manglande skuletilknytning på grunn av utfordringar som manglande støtte frå foreldra, manglande sosialt nettverk og helseproblem. Målet med ordninga er å betre skuleprestasjonane og auke gjennomføringa i vidaregåande skule. Ordninga har blitt styrkt og er i 2019 på om lag 52 millionar kroner.

4.4 Arbeid og arbeidsmiljø

Det å vere i arbeid kan vere helsefremjande i seg sjølv. Når ein deltek i arbeidslivet, er ein ein del av eit sosialt fellesskap, og arbeidsoppgåvene kan vere ei kjelde til mening, meistring og personleg utvikling. Indirekte genererer arbeidsdeltaking ressursar som gjer oss i stand til å leve eit sjølvstendig og føreseieleg liv, og som sikrar oss gode materielle levekår.

Noreg har generelt ein kompetent og omstillingsvillig arbeidsstyrke med høg sysselsetjings-

grad. Dette er den viktigaste ressursen vår, jf. perspektivmeldinga 2017. Det er særleg inkluderinga av kvinner, yngre, eldre, kort utdanna og personar med nedsett helse som set Noreg i ei særstilling i europeisk målestokk (Dahl, Bergsli og Wel 2014). Innvandrara i Noreg har høg sysselsetjing samanlikna med innvandrara i andre OECD-land, men samanlikna med befolkninga elles har innvandrara lågare sysselsetjing.

Dei som er i arbeid, har gjennomgåande betre helse enn dei som er utanfor arbeidsmarknaden (Dahl, Wel og Harsløf 2010). Mange av dei som fell ut av arbeidslivet, gjer det på grunn av nedsett helse, så funna som viser helseforskjellar mellom yrkesaktive og yrkespassive, kan til ein viss grad tilskrivast ein helsemessig seleksjon. Vidare kan denne seleksjonen skrive seg frå aukande utdanningskrav i arbeidslivet. Risikoen for å falle ut av arbeidslivet ved nedsett helse er størst i gruppa med kort utdanning.

Arbeidet inneheld ei rekkje eksponeringsfaktorar som påverkar helsa. Arbeidstakarar med kortare utdanning er meir eksponerte for belastningar i arbeidslivet, mellom anna i form av tungt fysisk arbeid og ugunstige arbeidsstillingar, eksponering for fysiske farar og kjemiske stoff, mindre medråderett og ein mindre sikker jobb. Ved å førebyggje slike former for eksponering fremjar ein helse og livskvalitet. Eit målretta og kunnskapsbasert førebyggjande arbeidsmiljø vil kunne bidra til lågare sjukefråvær og helserelatert avgang frå arbeidslivet.

Når det gjeld internasjonale samanlikningar av dei fleste arbeidsmiljøfaktorar som påverkar helse og trivsel, kjem Noreg godt ut (Aagestad, Bjerkan og Gravseth 2017). Dei aller fleste arbeidstakarar i Noreg arbeider under trygge og forsvarlege forhold, men i enkelte yrke og næringar er det framleis utfordringar og potensial for forbetring.

Integreringsstrategi

Auka deltaking av innvandrara i arbeidslivet er viktig for berekraft i samfunnet, for å redusere sosiale forskjellar og for å bevare tillita og samholdet det norske samfunnet er bygd på. Eit viktig prosjekt for regjeringa er derfor å gjennomføre eit integreringsløft. Regjeringa la hausten 2018 fram integreringsstrategien «Integrering gjennom kunnskap (2019–2022)». Det er eit mål i strategien å auke arbeidsmarknadsdeltakinga blant innvandrara gjennom betre kvalifisering og utdanning, slik at fleire innvandrara skal få eit stabilt og godt fotfeste i arbeidslivet.

Inkludering av unge i arbeidslivet

Det å bli ståande utanfor utdanning og arbeidsliv over tid gir større risiko for å hamne varig utanfor arbeidslivet. I 2016 var 9 prosent (86 000) av alle unge mellom 15 og 29 år i Noreg i denne gruppa. Gjennomsnittet for OECD-land var 14 prosent. Dei relativt låge tala for Noreg bør sjåast i samanheng med eit godt utbygd utdanningssystem som sikrar kunnskap i breie ungdomsgrupper, og som gir tilgang til eit kompetent og ordna arbeidsliv. Ein arbeidsmarknad med høg etterspurnad etter arbeidskraft og låg generell arbeidsløyse legg eit godt grunnlag for høg sysselsetjing og låg arbeidsløyse også blant unge.

Regjeringa har sett i gang ei landsomfattande styrking av innsatsen for unge arbeidsledige i regi av arbeids- og velferdsetaten. Gjennom ungdomsinnsatsen skal unge ledige raskare få oppfølging frå Nav-kontoret for å komme i arbeid eller fullføre utdanning. Unge under 30 år som etter åtte vekers arbeidsløyse står utan tilbod om arbeid, utdanning eller annan formålstenleg aktivitet, skal få ei planlagd og individuelt tilpassa arbeidsretta oppfølging frå arbeids- og velferdsetaten.

Inkluderingsdugnaden

Regjeringa har sett i verk ein inkluderingsdugnad for å få fleire av dei som står utanfor arbeidslivet, inn i ordinære jobbar. Inkluderingsdugnaden inneber eit samarbeid mellom ulike aktørar, både offentlege og private. Gjennom felles innsats frå ulike aktørar og i ulike sektorar er målet å få fleire med nedsett funksjonsevne eller høl i CV-en over i ordinært arbeid. Ved å mobilisere denne arbeidskraftressursen blir vi betre rusta til å møte framtidige behov for arbeidskraft.

Inkluderingsdugnaden har tre hovudinnsatsområde:

1. senke terskelen inn i arbeidslivet og gjere det lettare for arbeidsgivarar å tilsetje personar frå målgruppene til inkluderingsdugnaden
2. vidareutvikle og styrkje tilbodet for arbeids-søklarar med psykiske lidingar og/eller rusproblem, slik at fleire kan delta i arbeidslivet
3. styrkje opplæringstilbodet slik at fleire kan bli kvalifiserte til arbeid

Regjeringa ønskjer at staten skal vise veg i inkluderingsarbeidet, og har sett som mål at fem prosent av alle nytilsette i staten skal vere personar med nedsett funksjonsevne eller høl i CV-en. Det skal utviklast verktøy og tiltak som skal støtte verksemdene i dette arbeidet.

Arbeids- og velferdsetaten spelar ei sentral rolle i inkluderingsdugnaden. Samarbeid med relevante aktørar og bruk av verkemiddel som gjer det enklare for arbeidsgivarar å tilsetje personar frå utsette grupper, er ein viktig del av dugnaden. Bruk av tiltak som lønnsstilskot, mentor, oppfølgings- og tilretteleggingstiltak kan bidra til at fleire får og beheld arbeid.

Å vidareutvikle samarbeidet mellom helse- og arbeidsretta tenester er òg eit sentralt tema i inkluderingsdugnaden. Fleire står utanfor arbeidslivet på grunn av psykiske helseplager. Personar med psykiske lidningar er ei sentral målgruppe. Ordninga med individuell jobbstøtte skal styrkjast slik at fleire med moderate og alvorlege psykiske helseproblem skal få integrert helse- og arbeidsretta støtte med sikte på å komme i arbeid.

4.5 Ulikskap i bruk av helsetenester

Den offentleg finansierte helsetenesta er ein del av den norske samfunnskontrakten, som er basert på grunnleggjande verdiar som sosial forsikring, omfordeling, solidaritet, tryggleik og like moglegheiter. Stortingets helse- og omsorgskomiteé understreka dette då dei behandla Meld. St. 34 (2015–2016) «Verdier i pasientens helsetjeneste». Stortingskomiteen la òg vekt på at befolkninga skal ha likeverdig tilgang til helsetenester, og at like tilfelle skal behandlast likt.

Formålsparagrafane i helse- og omsorgstenestelova, spesialisthelsetenestelova og helseføretakslova seier at det skal ytast gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn. I forskrift om helsestasjons- og skulehelsetenesta er det å bidra til å jamne ut sosiale helseforskjellar eit eige punkt i formålsparagrafen. Likevel er det forskjellar på fleire område når det gjeld bruken av helsetenester i Noreg.

Forskjellar i tilgjengelegheit og kvalitet

Mykje av variasjonen i tilgangen til helse- og omsorgstenester og bruken av dei, speglar eit mangfald av behov, geografiske omsyn og lokale og nasjonale prioriteringar, men noko kan òg vere uønskt variasjon. Både helseatlas og resultat frå kvalitetsregistra dokumenterer stor og grunnlaus variasjon i tilgangen og kvaliteten på helsetenester. Mindre uønskt variasjon kan heve kvaliteten og gi meir effektive tenester. Det er nærmare omtalt i dei årlege kvalitetsmeldingane til Stortin-

get. Variasjon i tilvisingar og bruk av helsetenester blei særskilt omtalt i Meld. St. 13 (2016–2017) «Kvalitet og pasientsikkerhet».

Det er sett i verk fleire ulike tiltak for å redusere omfanget av uønskt variasjon, til dømes innføring av pakkeforløp. Pakkeforløp tek utgangspunkt i nasjonale faglege retningslinjer og sikrar at pasientar med alvorlege helseutfordringar kjem inn i eit planlagt forløp med fristar for kva som skal skje, og når det skal skje. Dermed vil pakkeforløpa i seg sjølve bidra til større grad av likebehandling.

Likeverdige helse- og omsorgstenester føreset at den samiske befolkninga får eit tenestetilbod som er tilrettelagt for samisk språk og kultur. Dette er best til stades i dei samiske kjerneområda. Det er utvikla hjelpemiddel i form av ordbøker for tilsette i omsorgstenestene som ikkje snakkar samisk, slik at dei lettare kan kommunisere med eldre brukarar. Enkelte kommunar har etablert særskilde ordningar for å rekruttere samisktalende personell.

Kva sosioøkonomiske faktorar har å seie for bruken av helsetenester

Fleire undersøkingar har sett på sosioøkonomiske ulikskapar i bruken av helsetenester frå litt ulike vinklar. Det er ikkje så lett å få full oversikt, mykje fordi det er vanskeleg å vite kva behov som utløyser bruk av helsetenester. Forskinga kan samanfattast med at undersøkingane av bruksratar tyder på at den behovsjusterte bruken i allmennlegetenesta er nokolunde lik, men at det er sosial ulikskap for andre tenester: Høgstatus har meir bruk dess meir spesialiserte tenestene er, dess meir legane forordnar bruken, og dess meir bruken kostar, men sjukehusinnleggingar følgjer ikkje dette mønsteret (Elstad 2017).

Statistisk sentralbyrå har kartlagt sosial ulikskap i bruk av helsetenester med utgangspunkt i data frå levekårsundersøkinga om helse 2015 (Lunde, Otnes & Ramm 2017). Det ser ut til å vere tydelegare samanheng mellom inntektsnivå og bruk av helsetenester enn mellom utdanningsnivå og bruk av helsetenester. I gruppene som seier at dei har god helse, er det større forskjellar i helse-tenestebruk etter inntekt og utdanning enn i grupper som seier at dei har dårleg helse. Helsetenester med høg eigenbetaling, som tannlege og legespesialist, ser ut til å vere meir brukte i grupper med høg inntekt. Det er òg fleire med låg inntekt som nemner økonomi som årsak til udekt behov for tannhelsetenester. Yngre med kort utdanning har i større grad vore hos psykolog.

Det er meir bruk av reseptfrie legemiddel blant dei med lang utdanning, mens det er fleire med kort utdanning som opplyser at dei bruker reseptpliktige legemiddel. Reseptpliktige legemiddel blir brukte i større grad av personar som er 45 år og eldre, og av personar i lågare utdanningsgrupper, enn av yngre (Lunde, Otnes og Ramm 2017).

Ved førebyggjande helseåtferd, til dømes vaksiner, prøvetaking for ulike sjukdommar og deltaking i screeningprogram, ser ein forskjellar etter utdanning og inntekt, men mønstera varierer noko (Lunde, Otnes og Ramm 2017). Det er fleire med lang utdanning som har vaksinert seg mot influensa det siste året. Når det gjeld prøvar for å sjekke for sjukdom, finn ein at dei med høg inntekt i større grad tek slike prøvar og deltek i screeningprogram for brystkreft, livmorhalskreft og tarmkreft enn dei med låg inntekt, og det er uavhengig av helsetilstand.

I 2017 fekk 12 prosent av vaksnebefolkninga folketrygdstønad til tannbehandling. Ein sosioøkonomisk analyse av dei som fekk folketrygdstønad til tannbehandling, viser at det ikkje er tydelege sosiale helseforskjellar når det gjeld kven som får tannhelserefusjonar over folketrygda (Ekornrud, Skjøstad & Texmon 2015). Sosioøkonomiske forhold har likevel noko å seie for kor mange som får tannhelserefusjonar, og for kor store beløp det er snakk om. Personar med låg inntekt og personar som får ulike stønadsordningar (til dømes uføretrygd, dagpengar og sosialhjelp), har dårlegare eigenvurdert tannhelse, går sjeldnare til tannlege og har eit større udekt behov for tannbehandling. Mens stønadsmottakarar i større grad enn andre får stønad til tann-

behandling, er prosentdelen som får stønad til tannbehandling, lågare blant personar med låg inntekt enn blant personar med høgare inntekt.

Kva sosioøkonomiske faktorar har å seie for behandlingresultat

Fleire norske studiar har sett på sosioøkonomiske forskjellar i behandlinga av ulike sjukdommar, mellom anna i kreftbehandling. Eit arbeid som nyleg er gjort, har vist at kreftpasientar med lang utdanning og høg inntekt gjennomgåande hadde betre overleving ved dei vanlegaste kreftformene enn pasientar med kortare utdanning og lågare inntekt (Skyrud mfl. 2016). Det viser seg òg at lang utdanning blant kreftpasientar påverkar omfanget av og ressursbruken i behandlinga. Sjølv for døyande kreftpasientar fekk dei med lang utdanning fleire polikliniske konsultasjonar enn kreftpasientar med kort utdanning (Elstad 2018). I tillegg er det vist sosiale forskjellar i behandling og behandlingresultat for pasientar med hjarteinfarkt (Sulo mfl. 2016) og astma (Finnvold 2009).

Vi veit for lite om årsaka til at ein finn sosial ulikskap i behandlingresultat, og regjeringa ønskjer å få meir kunnskap om dette. Det kan vere ulikskap i sjølve behandlinga, ulikskap i andre typar sjukdommar som påverkar kvarandre, og ulikskap i livssituasjon eller livsstil. Det kan òg vere at pasientar med lang utdanning og høg inntekt er meir informerte om behandlingalternativ og meir aktive i avgjerdsprosessen. Nyare forskning har konsentrert seg om ulikskapar i «helsekompetanse» som ei mogleg forklaring på forskjellar i behandlingresultat, jf. kapittel 6.9.2.

Boks 4.1 Mindre sosial ulikskap i helse*Regjeringa vil*

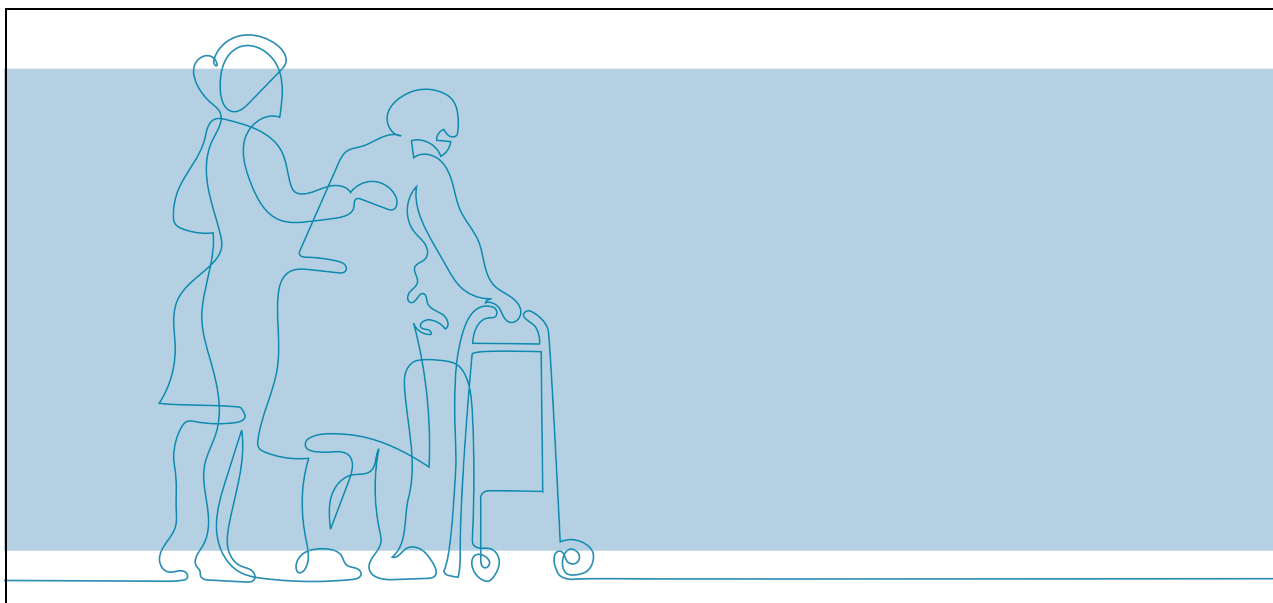
- leggje vekt på fordelingseffektar ved prioritering av folkehelseiltak
- vidareføre sektorrapporteringa om status i det nasjonale folkehelsearbeidet og styrkje fordelingsperspektivet i indikatorrapporteringa
- leggje til rette for å oppfylle krava i folkehelselova og utgreiingsinstruksen om å vurdere konsekvensar for folkehelsa der det er relevant, gjennom ei systematisk vurdering av korleis tiltak og strategiar påverkar fordelinga av helsa til folk sosialt og geografisk
- vurdere ein ekstern gjennomgang av den nasjonale politikken for utjamning av sosiale helseforskjellar. Ein slik gjennomgang kan leggje grunnlag for ein ny nasjonal strategi for å jamne ut sosiale helseforskjellar.
- greie ut årsakene til sosial ulikskap i bruken av helsetenester og i behandlingsresultat
- vidareføre innsatsen mot barnefattigdom
- vidareføre arbeidet med å forbetre levekåra i utsette byområde gjennom områdesatsingar
- vidareføre arbeidet for å redusere fråfallet i den vidaregåande opplæringa
- følgje opp inkluderingsdugnaden og integringsløftet for å få fleire utsette grupper inn i arbeidslivet

Del II
Innsats for eit trygt samfunn og gode levevanar



Figur 5.1

5 Eit trygt og helsefremjande samfunn



Figur 5.2

5.1 Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling

Helse blir til der menneske bur og lever, i nærmiljøa (WHO 1986). Nærmiljøet vårt er derfor viktig for helse og livskvalitet i oppveksten og gjennom heile livsløpet. Det er eit nasjonalt mål at alle skal ha ein trygg og god stad å bu. Det inneber mellom anna ein stabil busituasjon i eit godt bu- og nærmiljø med høve til å leve gode og aktive liv og bygge sosiale relasjonar over tid.

Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling blei løfta fram som eit utviklingsområde i den førre folkehelsemeldinga. Det skjer mykje kommunalt utviklingsarbeid og samarbeid på tvers av sektorane.

5.1.1 Kommunalt utviklingsarbeid

På oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet hatt ansvar for å gjennomføre prosjektet «Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse (2015–2018)», kjent som Nærmiljøprosjektet. Utprøving av ulike metodar for medverknad har vore sentralt. Om lag førti kommunar i åtte fylke har vore med på arbeidet.

Nærmiljøprosjektet blir evaluert regionalt og nasjonalt, og ein evalueringsrapport skal liggje føre før utgangen av 2019. Foreløpige funn frå evalueringa viser at ein suksessfaktor synest å vere ei nedanfrå-og-opp-tilnærming, der utviklingsarbeidet har hatt klare mål, men samtidig stilt kommunane fritt til å medverke til og gjennomføre tiltak ut frå lokale behov (Bergem mfl. 2018). Ein annan opplagd suksessfaktor er koplinga mellom universitets- og høgskulemiljøa og praksisfeltet. Denne koplinga har medverka til kompetansebygging i kommunane, samtidig som universitets- og høgskulemiljøa har fått praksisnær og relevant kunnskap som kan inngå i utdanningsløp og kompetansehevande kurs. Ei utfordring framover synest å vere å integrere medverknad i arbeids- og kunnskapsprosessar.

Prosjektet er formelt avslutta, men erfaringar skal vidareførast gjennom programmet for folkehelsearbeid i kommunane. Basert på erfaringane frå prosjektet skal det utviklast ein idé- og ressursbank, og Helsedirektoratet vil nytte erfaringane i arbeidet med å revidere rettleiinga til folkehelselova.

Eit parallelt prosjekt er Innovasjonsprosjektet «Folketråkk». Design og arkitektur Norge

Boks 5.1 «Attraktive nordiske byar»

Mange byar og tettstader ser berekraftsmåla som relevante i utviklingsarbeidet, men måla må omsetjast til ein lokal kontekst, slik at lokalsamfunn verda over kan medverke.

«Attraktive nordiske byar» er eitt av fleire initiativ i regi av Nordisk ministerråd for å fremje nordisk konkurransekraft, grøn omstilling, overgang til lågutsleppssamfunnet, integrering og gode vilkår for folkehelse. 18 små og mellomstore nordiske byar deltek i eit nettverk som skal teste ut ulike metodar og indikatorar for å måle berekraft og attraktivitet. Byane samarbeider om konkrete prosjekt for å møte lokale utfordringar. Nettverket tek mellom anna for seg ungdomsdeltaking, betre forhold for gonge og sykling, handel i sentrum, attraktivitet og digitalisering. I prosjektperioden, som varer ut 2019, skal det utviklast ein felles nordisk strategi for attraktivitet og berekraft.

(DogA) er prosjekteigar. «Folketråkk» har som utgangspunkt at medverknad i planarbeidet vil gjere planlegginga av byar og stader smartare og meir eigna til å møte utfordringar knytte til mellom anna demografi, urbanisering og klima. Ein ambisjon på sikt er å utvikle ein smart database som skal samle informasjon frå ulike eksisterande kjelder, og likeins informasjon frå mellom anna medverknadsprosessar. «Barnetråkk» og «Seniortråkk» er prosjekt som bruker tilsvarende metodikk for medverknad, men der barn og eldre er i målgruppa.

Demokrati og medverknad

Det å kunne påverke og forme samfunnet rundt seg og gi uttrykk for eigne synspunkt og meininger gjennom demokratisk medverknad er med på å gi individet ei sterkare kjensle av autonomi, noko som blir rekna som eit grunnleggjande behov hos menneska (Barstad og Sandvik 2015). Medverknad er eit viktig demokratisk prinsipp og eit prinsipp i folkehelselova, og det er dessutan heimla i kommunelova og plan- og bygningslova. Eit godt folkehelsearbeid skal byggje på involvering og oppslutnad blant innbyggjarane og brukarane av offentlege tenester. Prinsippet om medverknad skal leggjast til grunn både på systemnivå og på individnivå.

Medverknad handlar om retten for enkeltmenneske og grupper til å delta i og påverke offentlege utgreiings- og avgjerdsprosessar. Dette krev gode involveringsprosessar i politikk- og samfunnsutvikling nasjonalt og lokalt. Kommunane har ulike tilnæringsmåtar og verkemiddel for å inkludere innbyggjarane og få dei til å medverke i lokale prosessar. Det kan vere dialogmøte, høyringar, oppsøkjande prosessar, større innbyggjarmøte og liknande. Nokre kommunar har òg erfaringar med «gjestebod», ein metode som er særleg eigna til å nå visse målgrupper som vanlegvis ikkje stiller på folkemøte, og der innspela er meir prega av djupne og refleksjon.

Det er viktig at flest mogleg får høve til å medverke i saker som vedgår dei. Også barn og ungdom har rett til å delta og ha innverknad i planarbeidet, og dei kan gi viktige innspel og påverke sitt eige oppvekstmiljø og miljøet dei skal leve i som framtidige vaksne. Stortinget har vedteke at det skal vere krav om at kommunar og fylkeskommunar opprettar ungdomsråd eller eit anna organ der ungdom kan medverke. Dette er sikra gjennom ny kommunelov som trer i kraft i 2019. Til dømes oppretta kunnskaps- og integreringsministeren i juni 2018 eit integreringspanel som ein rådgivande ressurs i arbeidet med og implementeringa av integreringsstrategien.

Med fleire eldre innbyggjarar er det òg viktig å ta dei eldre og deira perspektiv med i planlegginga. Med eit program for eit aldersvennleg

**Boks 5.2 «UNGROM – rom for unge»
Randaberg kommune i Rogaland**

Prosjektet UNGROM er ein del av det pågåande kommuneplanarbeidet i Randaberg kommune. Målet er å kartleggje og identifisere sterke og svake sider ved nærmiljø som verkar inn på helsa til dei unge, prøve ut ulike metodar som engasjerer og involverer dei unge i kommunale planprosessar, og å skape kultur for at unge i framtida tek del i utforming og planlegging av nærmiljøet. I prosessen er det utvikla fleire produkt som skal brukast i planprosessen, mellom anna eit digitalt temperaturlkart som viser møteplassar og kvalitetar ved dei. Fire videoar er lagde ut på YouTube («Ungrom»), det er skissert psykologiske perspektiv på det å engasjere ungdom, og det er utarbeidd ei spørjeundersøking om medverknad i kommunale prosessar. Prosjektet vil vere nyttig også for andre kommunar.

Boks 5.3 Draumbileta til ungdommar i Ørsta

Ungdata-resultata frå 2013 og 2016 var utgangspunktet for ein dialog med Ørsta ungdomsråd der formålet var å forstå konteksten til resultatene. I samarbeid med ungdomsrådet blei det utvikla eit opplegg for medverknad som omfatta alle elevar på niande trinn i Ørsta kommune skuleåret 2017/18. Det blei laga ein animasjonsfilm som ungdomsrådet hadde ideen og skreiv manus til. Filmen handla om vennskap og relasjonar blant ungdom i Ørsta kommune og var utgangspunkt for elevane si skildring av korleis dei har det når Ørsta er den aller beste staden å vekse opp, og kva ein kan gjere for å få det slik.

Gjennom skildringar av draumbileta sine melde ungdommane at det som er viktig for dei, er eit inkluderande miljø på skulen og i fritida, gode møteplassar utanom dei organiserte fritidsaktivitetane som det er lett å komme seg til, og eit godt busstilbod. Resultata i prosjektet er kvalitativ kunnskap om faktorar som fremjar trivsel og livskvalitet blant ungdom i Ørsta kommune. Kunnskap frå draumbileta ligg til grunn for ny kommunedelplan og levekårsplan, for revisjon av folkehelseoversikt og for kommunal planstrategi.

Noreg vil utvikling av aldersvennlege kommunar og meir og betre medverknad frå eldre bli sett på saklista.

5.1.2 Områdesatsingar

I fleire område i dei største byane i Noreg ser ein tendensar til at levekårsproblema hopar seg opp. Oslo er ein by med store sosiale forskjellar, og nabolagskvalitetane i bydelane er tilsvarande geografisk skeivfordelte (Ljunggren 2017). Støy er til dømes ein miljøkvalitet som ofte rammar sosialt skeivt (Helgesen mfl. 2014).

Eit godt nærmiljø er ofte viktigast for dei som har avgrensa aksjonsradius, til dømes barn, eldre og grupper med redusert mobilitet, og for folk med færre ressursar og færre høve til å velje. Undersøkingar viser at nabolaget kan påverke framtidssiktene til barn og unge positivt eller negativt, sjølv om familiebakgrunn og skule er mest avgjerande (Brattbakk og Andersen 2017). Når det gjeld vaksne, er det til dømes sannsynleg at sjukefråvær

og uføretrygd heng saman med kor mange trygdemottakarar det er i nærmiljøet, jf. Meld. St. 29 (2016–2017) Perspektivmeldinga.

Staten og dei store byane har dei siste ti åra samarbeidd om innsats for å betre miljø, butilhøve og levekår i område med opphoping av dårlege levekår, såkalla områdesatsingar. I Meld. St. 18 (2016–2017) «Bærekraftige byer og sterke distrikt» foreslo regjeringa å vidareføre dei eksisterande områdesatsingane og vurdere samarbeid med nye byar etter kvart. Regjeringa vil arbeide vidare med områdesatsingar for å løfte bydelar med sosiale utfordringar. Innvandrarak busette i by er overrepresenterte i område der levekårsproblem knytte til bustad, arbeid, inntekt, nabolag, sosialt utanforskap og helse hopar seg opp.

Staten og Oslo kommune samarbeider om ei ny tiårig satsing i Groruddalen i perioden 2017–2026. Innsatsområda er nærmiljøutvikling, førebyggjande arbeid, oppvekst og utdanning, og selselsetjing. Formålet er å utvikle meir helsefremjande og sosialt bærekraftige lokalmiljø i utsette område. Staten og Oslo kommune inngjekk i 2018 ein intensjonsavtale om eit samarbeid om ei områdesatsing i Oslo sør frå 2018 til 2026 og ein tilsvarande avtale for ei ny områdesatsing i Oslo indre aust frå 2019 til 2026.

Regjeringa har sett ned eit offentleg utval som skal sjå nærmare på utfordringar knytte til levekår og integrering i buområde i og rundt dei store byane i Noreg. Utgreiinga skal munne ut i ei samla vurdering av utfordringane og gi innspel til tiltak for å fremje gode levekår og gode føresetnader for integrering i dei aktuelle byområda. Utgreiinga er eit viktig bidrag for å fremje ein kunnskapsbasert og langsiktig politikk omkring desse problemstillingane. Utvalet skal levere rapport innan utgangen av 2020.

5.1.3 Aktivitetsvennlege bu- og nærmiljø

Nærleik til attraktive grøntområde, også i byane, fremjar fysisk aktivitet både i kvardag og fritid. Aktivitetsvennlege bu- og nærmiljø handlar mellom anna om å leggje til rette for naturopplevingar, friluftsliv, idrett, eigenorganiserte aktivitetar og aktiv transport, og det handlar om enkel tilgang til kollektivtransport og nærleik til natur- og rekreasjonsområde.

Nær tilgang til grøntområde er særleg viktig for barn, gravide, eldre og menneske i utsette område med avgrensa økonomiske ressursar (WHO Europe 2016). Det er vist at det er mogleg å få dobbelt så mange til å gå ved å utvikle aktivitetsvennlege nabolag etter enkle prinsipp (Helse-

Boks 5.4 Planlegging for nærtur

I 2013 løyvde Noregs forskingsråd pengar til forskingsprosjektet «Nærtur», som blei gjennomført i eit samarbeid mellom Noregs miljø- og biovitenskaplege universitet, Noregs teknisk-naturvitenskaplege universitet og Norsk institutt for naturforskning. Formålet var å gjennomføre ei kvalitativ undersøking av korleis spelemidlar kan brukast for å gjere det enklare å gå på tur i nærmiljøet. Turstiar, turvegar og skiløyper er av dei viktigaste anleggstypene for å stimulere til nærturaktivitet. Ei samla oversikt over fordelinga av spelemidlar til alle kommunar i dei fem fylka som blei undersøkte i perioden 2011–2015, viser at berre ein liten del går til nærturanlegg (Thorén, Skjeggedal og Vistad 2016).

direktoratet 2018d). Mellom anna kan bygde omgivnader utformast slik at det stimulerer fleire til å gå, med bilfrie plassar, parkar, kaiar og passasjar med god estetisk utforming. I Stavanger har dei teke initiativ for å realisere ein by der dei viktigaste daglege gjeremåla i stor grad kan løysast innanfor ein gangavstand på ti minutt. God tilrettelegging for gåande er derfor grunnleggjande for å endre transportmønster.

Nærmiljø bør ha varierte fritidstilbod som eignar seg for alle barn og unge utan omsyn til foreldreøkonomi. Trivsel og aktivitet i nærmiljøet og tilgang til trygg transport kan òg gi betre trivsel og betre resultat på andre livsområde. I Meld. St. 33 (2016–2017) Nasjonal transportplan 2018–2029 er det ei målsetjing at 80 prosent av alle barn og unge skal gå eller sykle til skulen.

Regjeringa medverkar til nyskaping når det gjeld viktige anlegg for eigenorganisert aktivitet for innbyggjarar i alle aldrar, og har etablert ei forsøksordning med tilskot til nyskapande aktivitetsarenaer. Ordninga er finansiert med spelemidlar til idrettsformål. Tanken med ordninga er å stimulere kommunane til kreativitet og nytenking i utforminga av anlegg for eigenorganisert fysisk aktivitet. Å få til gode anlegg krev breie brukarprosessar der barn og unge er med.

I Noreg bur 82 prosent av befolkninga i byar og tettstader (Statistisk sentralbyrå 2018b). Fortetting og kompakt byutvikling er klare føringar i nasjonale retningslinjer og forventingar til planlegging, mellom anna i form av auka bustadbygging i sentrumsområde og utbygging ved kollek-

tivknutepunkt (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2014, Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015). Samtidig skal det leggjast vekt på urbane kvalitetar for å sikre miljø, trivsel, livskvalitet og tryggleik. I statlege planretningslinjer for samordna bu-, areal- og transportplanlegging går det fram at planlegginga skal medverke til å utvikle berekraftige byar og tettstader, leggje til rette for verdiskaping og næringsutvikling og fremje helse, miljø og livskvalitet. I planlegginga skal det takas omsyn til mellom anna overordna grøntstruktur, kulturhistoriske verdier og estetiske kvalitetar.

Det er lagt opp til å inngå byvekstavtalar for dei ni største byområda. Forhandlingane om avtalar for dei fire største byområda tok til i 2018, og førebunde arbeid til avtalar med dei fem neste byområda er i gang. Dette er positivt i eit miljø- og klimaperspektiv, men òg for å leggje betre til rette for auka mobilitet og aktiv kvardagstransport.

Nærmiljø og friluftsliv

Friluftsliv i nærmiljøet er høgt prioritert i det statlege arbeidet med friluftsliv. Regjeringa vil at friluftsliv skal ha ein låg terskel, og at det skal vere lett for alle å utøve friluftsliv i kvardagen. Ein viktig del av dette er å motivere til aktivitetstiltak i nærmiljøet, men det viktigaste er å sikre at det er grøne område nær der folk bur. Ved fortetting er dette særleg viktig, og det bør skapast nye grøne stader og møteplassar. Å ta vare på «hundremeterskogar» og mindre friluftsområde knytte til byar og tettstader, eller gjere tidlegare utbygd areal om til grøne område er òg viktig.

Ikkje alle område i nærmiljøet treng å vere omfattande tilrettelagde eller utforma som park, men godt merkte ferdselsårer er avgjerande for høg bruk. Å formidle erfaringar og kunnskap om korleis ein kan utvikle og ta vare på område for friluftsliv i nærmiljøet, er ei prioritert oppgåve. Mellom anna skal Miljødirektoratet i 2019 ha revidert rettleiinga om naturvennleg tilrettelegging og ha ferdigstilt rettleiingsmateriell om planlegging og tilrettelegging av ferdselsårer for friluftsliv.

Ved å forenkle lovverket om friluftsliv vil regjeringa medverke til å opne for nye former for friluftsliv og såleis auke deltakinga i friluftslivet. Forenklinga inneber at regjeringa i 2019 vil fremje forslag om at friluftsløva kan gi ein generell tilgang til ikkje-motorisert ferdsel i utmark.

Turvegar og turstiar er viktige verkemiddel for å få fleire til å delta i friluftsliv. Eit omfattande nett av skogsvegar kan vidareutviklast som turvegar i samarbeid med skogeigarar. Tilrettelegging

for ferdsel på stiar og vegar er òg eit viktig verke-middel for å styre ferdselen bort frå område der han kan komme i konflikt med viktige naturver-diar. Derfor vil regjeringa i 2019 setje i gang eit fleirårig ferdselsåreprosjekt som skal fremje samanhengande nettverk av turstiar i kommu-nane. Miljødirektoratet skal leie prosjektet i nært samarbeid med fylkeskommunane.

Dyrehald og kontakt med dyr kan verke posi-tivt på sosial kapital gjennom auka fellesskaps-kjensle. Eigne hundeparkar kan òg fungere som møteplass på tvers av generasjonar. I handlings-planen for friluftsliv oppmodar regjeringa kommu-nane til å leggje eigne område til rette for trening/aktivitet med hund.

Boks 5.5 Nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling

Regjeringa vil

- arbeide vidare med områdesatsing i dei store byane for å løfte bydelar med sosiale utfordringar
- løfte fram og støtte bustadbygging i fortet-tingsprosjekt som gir gode nærmiljø
- løfte fram og støtte utvikling av aktivitets-vennlege bu- og nærmiljø og lokalsamfunn i ny handlingsplan for fysisk aktivitet
- revidere rettleiinga om naturvennleg tilret-telegging og fullføre rettleingsmateriell om planlegging og tilrettelegging av ferdselsårer for friluftsliv
- starte eit fleirårig ferdselsåreprosjekt med sikte på å fremje samanhengande nettverk av turstiar i kommunane
- i 2019 fremje forslag om at friluftsløva kan gi ein generell tilgang til ikkje-motorisert ferdsel i utmark

5.2 Fremje livskvalitet og god psykisk helse i befolkninga

Psykisk helse skal vere ein likeverdig del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet. Det inne-ber at dei sektorane som har verkemidla til å fremje god psykisk helse, òg må ha eigarskapen til arbeidet. Sjølv om ein ofte ser psykisk helse i samanheng med psykiske plager og lidingar, handlar psykisk helse i folkehelsearbeidet først og fremst om det som fremjar god psykisk helse og

livskvalitet. Å oppleve meistring og meining, kjenne seg tilfreds og ha positive relasjonar er fak-torar som kan fremje god psykisk helse og gi eit vern mot ulike belastningar. Derfor er livskvalitet og meistring sentrale omgrep i det psykiske folke-helsearbeidet.

Mens folkehelsearbeidet i Noreg tradisjonelt har vore retta mot faktorar som kan førebyggje fysisk sjukdom, løfta folkehelsemeldinga Meld. St. 19 (2014–2015) «Mestring og muligheter» fram psykisk helse i eit folkehelseperspektiv, og under-streka verdien av å fremje livskvalitet som ein del av folkehelsearbeidet.

5.2.1 Livskvalitet som ein del av det psykiske folkehelsearbeidet

Livskvalitet handlar om det som gir livet verdi og meining for enkeltmennesket og for heile befolk-ninga. Det handlar òg om korleis politikken kan leggje til rette for at innbyggjarane i landet kan leve gode liv, jf. strategirapporten om livskvalitets-måling «Gode liv i Norge» (Barstad 2016). Kunn-skap om livskvaliteten til befolkninga og dei sen-trale psykososiale faktorane er viktig for arbeidet med å integrere psykisk helse i folkehelsearbei-det, og for korleis mål for livskvalitet kan løftast fram som ein viktig del av samfunnsutviklinga.

Livskvalitet har fått auka merksemd både internasjonalt og nasjonalt. Internasjonalt har livs-kvalitet («well-being») blitt viktig i folkehelsesamanheng. I Verdhelseorganisasjonen (WHO) sin strategi Helse 2020 er eitt av seks hovudmål å «betre livskvaliteten til befolkninga i Europa». Livskvalitet er òg vektlagt i FN's berekraftsmål 3, god helse. Fleire land bruker no ressursar på å føl-gje med på livskvaliteten til eiga befolkning som ein del av samfunnsutviklinga. Dei fleste er einige om at gode mål for livskvalitet handlar om både subjektive og objektive mål.

Måling av livskvalitet

«Vi må derfor spørre folk – ikke bare om gene-rell tilfredshet, men også om glede og meistring i hverdagen, om opplevelse av mening, handle-frihet, respekt og tilhørighet, om håpløshet, stress eller press. Vi må kombinere slike data med informasjon om faktiske livsbetingelser, samfunnsforhold, bo- og arbeidsforhold – sette mennesket inn i en større sammenheng. Og så må vi følge utviklingen over tid så vi kan forstå hvem som får det verre og hvem som får det

bedre – hvordan, på hvilke måter og under hvilke omstendigheter.»

Kilde: Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem (Nes mfl. 2018)

I førre folkehelsemelding fekk Helsedirektoratet saman med SSB og Folkehelseinstituttet i oppdrag å utarbeide ein strategi for å måle livskvalitet i befolkninga. Tiltrådingane for eit betre målesystem følgjer opp strategirapporten om livskvalitetsmåling.

Livskvalitet er eit mål på helsa og trivselen til enkeltmennesket, men òg eit mål på om heile samfunnet utviklar seg i den retninga vi vil. Å skape eit samfunn som fremjar god psykisk helse og livskvalitet, krev ei brei tilnærming, eigarskap i alle sektorar og kunnskap om både subjektive og objektive mål for livskvalitet. Betre mål for livskvalitet kan medverke til at kvar sektor og samfunnet som heilskap vurderer tiltak ut frå korleis tiltaka fremjar eller hemmar livskvalitet.

5.2.2 Psykisk helse og livskvalitet i befolkninga

Livskvalitetsnivået i Noreg og dei andre skandinaviske landa er høgt samanlikna med mange andre land, men vi ligg på gjennomsnittet i Europa når det gjeld meistring. Noreg har i fleire år vore blant dei landa som skårar best i World Happiness Report. Rapporten frå 2019 viser at Noreg låg på tredjeplass etter Finland og Danmark for åra 2016–2018, etterfølgd av Island og Nederland.

Likevel er psykiske plager og psykiske lidingar framleis blant dei største folkehelseutfordringane i Noreg og medverkar til eit vesentleg helse- tap. Ulike studiar viser at mellom 16 og 22 prosent av den vaksne befolkninga har ei psykisk lidning i ein periode på 12 månader. Dei vanlegaste er angstlidningar, depresjon og rusbrukslidningar.

For barn og unge viser befolkningsstudiar i Noreg at om lag 7 prosent av alle barn i førskule- og skulealder har symptom som kan tyde på ei psykisk lidning. Gutar har høgast risiko for utviklingsforstyrningar og åtferdsforstyrningar, men frå puberteten av er jenter overrepresenterte i kategoriane depresjon, angst, tilpassingsforstyrningar og eteforstyrningar.

Vi veit mindre om omfanget av psykiske lidingar blant eldre, men ein del studiar tyder på at det minkar med alderen, for så å auke att blant dei aller eldste. Ein svensk studie publisert i 2011 fann til dømes at nesten ein tredjedel av 95-åringane utan demens oppfylte kriteria for ei psykisk

lidning den siste månaden (Folkehelseinstituttet 2018d).

Psykisk helse og livskvalitet i den samiske befolkninga

Norske samar er nokså like majoritetsbefolkninga med omsyn til psykisk helse. Det kan likevel sjå ut til at den psykiske helsa er litt dårlegare for samar med sterk samisk identitet i område der dei er i mindretal, og hos samar som opplever etnisk diskriminering. Studiar baserte på data frå Saminor 2 viser at dei som rapporterte at dei hadde vore utsette for diskriminering, var meir tilbøyelege til å rapportere dårlegare eigenvurdert helse og meir psykisk stress. Historiske forhold knytte til fornorsking og diskriminering av den samiske befolkninga har påverka den samiske identiteten og korleis samar har brukt samisk språk, men korleis det har påverka den fysiske og psykiske helsa deira, har vi for lite kunnskap om. Regjeringa meiner det er behov for meir kunnskap og openheit om fornorskingspolitikken og konsekvensane av han.

Samiske reindriftsutøvarar er utsette for stressituasjonar som kan påverke den fysiske og psykiske helsa negativt. Arbeidet er tungt med stor fysisk belastning, og reindriftsutøvarar er meir utsette for skadar og ulykker enn andre. Dei må i tillegg kjempe mot arealinngrep, dei taper rein på grunn av rovdyr, og dei opplever diskriminering og negative haldningar (Møllersen 2018).

Samisk nasjonal kompetanseneste for psykisk helsevern og rus (SANKS) tilbyr utgreiing og behandling for barn, unge og vaksne innanfor psykisk helse- og rusvern. SANKS har òg nasjonale kompetansenestefunksjonar, og målet er å bidra til at den samiske befolkninga får eit likeverdig tilbod innanfor psykisk helsevern og rus.

Psykisk helse og livskvalitet i innvandrarbefolkninga

Fleire innvandrarar frå låg- og mellominntektsland rapporterer om psykiske helseplager enn befolkninga elles, men det er store variasjonar innanfor innvandrarbefolkninga. Levekårsundersøkinga blant ti store innvandringsgrupper fann at 12 prosent av innvandrarane rapporterte om betydelege psykiske plager, samanlikna med 6 prosent i befolkninga elles (Vrålstad og Wiggen 2017). Innvandrarbefolkninga er òg meir utsett for risikofaktorar som mangel på sosial støtte, nettverk og tilhøyrslø.

Årsaka til innvandringa verkar inn på helsa generelt og på den psykiske helsa spesielt.

Arbeidsinnvandrere er ofte meir økonomisk sjølvhjelpete. Flyktningar og asylsøkjere kan ha særlege helseutfordringar, og dei er overrepresenterte når det gjeld posttraumatiske stresslidningar, depresjon og angst. Studiar har vist at opplevingar før og under migrasjon har mindre å seie for den psykiske helsa enn opplevingar og erfaringar i mottakarlandet (Folkehelseinstituttet 2018d).

I undersøkingar vurderer innvandrere si eiga helse som noko dårlegare enn befolkninga som heilskap (Vrålstad og Wiggen 2017). Auka sjukdomsrisiko blant innvandrere kan komme av at dei er spesielt utsette for ekstrapåkjenningar som innvandrer, mellom anna i form av diskriminering og rasisme på ulike arenaer. Undersøkingar av livskvalitet viser òg at somaliarar, ei innvandrergruppe med relativt lågt utdanningsnivå, låg inntekt og vesentlege levekårsutfordringar, likevel seier seg fornøgde med livet (Barstad 2018).

Likevel viser studiar at innvandrere bruker fastlege og spesialisthelsetenester for psykiske helseplager i mindre grad enn majoritetsbefolkninga, men det er store forskjellar etter landbakgrunn. Innvandrere kan oppleve større barrierar mot å søkje hjelp, mellom anna i form av stigma, behandlingspreferansar, mangelfull kunnskap om helsetenesta, språklege utfordringar og manglande kulturell kompetanse hos helsepersonell (Folkehelseinstituttet 2018d).

Kunnskapen om barn og unge med innvandrarbakgrunn og førekomst av psykiske plager er ikkje god nok, men det ser ut til at førekomsten er noko høgare enn hos barn og unge med norsk bakgrunn (Folkehelseinstituttet 2018d). Her er det òg forskjellar mellom ulike landgrupper. Ei kunnskapsoppsummering om einslege mindreårige asylsøkjere og flyktningar viser høge førekomstar av posttraumatisk stresslidning (PTSD), depresjon og angst blant einslege mindreårige asylsøkjere og flyktningar (Svendsen mfl. 2018).

Nasjonalt kunnskapssenter om vald og traumatisk stress (NKVTS) har gjennomført ein kartleggingsstudie av syriske flyktningar som kom til Noreg i perioden 2015–2017 («Refugee-studien»). Undersøkinga kontakta 10 000 personar og er den største kartlegginga av helse og livssituasjon hos flyktningar i Noreg nokon gong. Studien blir gjennomført i samarbeid med mellom andre Folkehelseinstituttet og Karolinska instituttet i Sverige, og resultatane er venta i første halvår 2019. Studien skal følgjast opp med to nye undersøkingar fram til 2021.

5.2.3 Felles innsats for å styrkje livskvalitet og psykisk helse i befolkninga

Psykiske lidningar er ei påkjenning både for den som er ramma, og for dei pårørande. Kostnadene i form av sjukdomsbyrde, tap av livskvalitet, produksjonstap og utgifter til helsetenester er store.

Årsakene til psykiske lidningar er samansette og utgjør truleg eit komplekst samspel av mange miljømessige og genetiske risikofaktorar. Det er fleire felles og overlappende risikofaktorar for psykiske og fysiske plager og lidningar. Psykiske plager og lidningar gir auka risiko for fysisk sjukdom og tidleg død. Til dømes dør menneske med alvorlege psykiske lidningar i gjennomsnitt 15–20 år tidlegare enn befolkninga elles (Nordentoft mfl. 2013). Årsakene er komplekse, men omfattar mellom anna hjarte- og karlidningar, kreft og diabetes, biverknader av legemiddel, infeksjonar og sjukdommar forårsaka av rusmiddelbruk, manglande diagnostisering og for sein behandling.

Dei miljømessige risikofaktorane for psykisk helse omfattar både mellommenneskelege, økonomiske og samfunnsstrukturelle forhold (Folkehelseinstituttet 2018d). Sjølv om det er vanskeleg å fastslå årsakssamanhengane, vil særleg kunnskap om dei miljømessige faktorane verke inn på korleis vi kan førebyggje og integrere innsats som ein del av både det breie folkehelsearbeidet og gjennom tiltak for utsette grupper. Oppleving av stress og mangel på meistring er ein nøkkel for å forstå korleis psykososiale faktorar påverkar helse og livskvalitet (Samdal mfl. 2017). Tiltak som medverkar til at folk opplever meistring, mening og tilhøyrse, kan vere med og skape auka livskvalitet og førebyggje eller redusere psykiske plager og lidningar. Dette er forhold som er viktige gjennom heile livsløpet, og barnehage, skule, arbeidsplass og lokalsamfunn er hovudarenaer for innsatsen.

Regjeringa la i 2017 fram ein strategi for god psykisk helse, «Mestre hele livet (2017–2022)». Ein viktig del av strategien handlar om kva grep samfunnet kan gjere for å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet og såleis styrkje den psykiske helsa i befolkninga. Viktige grep er å klargjere kva ansvar dei ulike sektorane har for å fremje god psykisk helse, og å synleggjere samanhengane mellom psykisk og fysisk helse og kva levevanar kan ha å seie for psykisk helse.

Regjeringa legg våren 2019 fram ein opptrappingsplan for psykiske helse hos barn og unge. Planen byggjer mellom anna på regjeringa sin strategi for god psykisk helse og dekkjer både helsefremjing, førebygging og behandling. Fleire av tiltaka går ut på å løfte fram psykisk helse i det

nasjonale, regionale og kommunale folkehelsearbeidet og å inkludere psykisk helse på lik linje med fysisk helse, levevanar og smitte- og miljøvern. Opptappingsplanen synleggjer ansvaret barnehagar og skular har for å fremje god psykisk helse hos alle barn og unge.

Eit godt læringsmiljø omfattar også det psykososiale miljøet, mellom anna i form av vennskap, trygge vaksne og førebygging av sosial utestenging, krenking og mobbing. I løpet av 2020 skal folkehelse og livsmeistring inkluderast som eit tverrfagleg tema i læreplanverket. Rolla til barnehagar og skulen er nærmare omtalt i kapittel 2.

5.2.4 Førebyggje psykiske plager og lidningar

Mange sektorar og tenester gjer sitt for å fremje psykisk helse og førebyggje psykiske lidningar. Blant dei er helsestasjons- og skulehelsetenesta, utekontaktane, barnevernstenesta, fastlegen, dei psykiske helsetenestene og rustenestene.

Førebyggjande arbeid innanfor psykisk helse og rus skal gi fleire friske leveår for befolkninga og færre negative konsekvensar av rusmiddelbruk og psykiske helseproblem for enkeltmennesket, for tredjepartar og for samfunnet. Arbeidet skal medverke til å betre levekåra for personar som har eit rusmiddelproblem eller eit psykisk helseproblem, og det skal førebyggje og redusere problemutviklinga og fremje meistring av eige liv. Pårørande til menneske med rusmiddelproblem eller psykiske helseproblem skal sikrast nødvendig støtte og avlasting, jf. «Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne».

Frå 1. januar 2020 blir det lovfesta at alle norske kommunar skal ha psykologkompetanse. Tilgangen til psykolog er blitt vesentleg betre dei siste fem åra, og svært mange kommunar får tilskot til å rekruttere psykologar til den kommunale helse- og omsorgstenesta. I 2018 blei det gitt tilskot til totalt 550 stillingar i 311 kommunar og bydelar. Psykologar som er tilsette i kommunane, kan vere med og styrkje den samla innsatsen på området psykisk helse og rus. Innsatsen kan mellom anna omfatte tidleg intervensjon og behandling av psykiske helseproblem i alle aldersgrupper. Psykologar som er tilsette i kommunen, kan yte vesentlege bidrag til folkehelsearbeidet i kommunane gjennom meir grupperetta og befolkningsorientert arbeid, rettleiing og undervisning.

Det er innført direkte tilgang til fysioterapeut utan tilvising frå lege frå 1. januar 2017. Det lettar tilgangen til psykomotorisk fysioterapi, som kan vere eit viktig innslag i helsetenesta for pasientar med psykisk helseproblem.

Låge tersklar for å førebyggje psykiske lidningar

Med tidleg påvising og intervensjon kan ein hindre vidare utvikling og avgrense problema. Behandlinga kan kortast ned, og dei negative konsekvensane kan reduserast. Ved å tilby tenester med låg terskel kan ein lettare nå menneske med psykiske problem og/eller rusmiddelproblem.

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er eit korttids behandlingstilbod i kommunen for personar over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnande rusproblem og/eller søvnvanskar. Tilbodet skal vere lett tilgjengeleg og gratis, og målet er å gi direkte hjelp til fleire utan lang ventetid, for å hindre at problema utviklar seg. 55 kommunar og bydelar har fått tilskot til å etablere eit slikt tilbod. Mange frisklivssentralar gir òg tilbod om meistring av depresjon og søvnvanskar i tillegg til hjelp med levevanar som kan styrkje både den fysiske og den psykiske helsa.

Miljøretta tiltak ved utdanningsinstitusjonar som høgskular og universitet for å redusere påkjenningane på studentane bør vurderast. Arbeidsplassen er ein arena som gjennom tiltak både kan fremje god psykisk helse og hindre at tilsette fell ut av arbeidslivet.

Landbruket har gjennom satsinga «Inn på tunet» (IPT) mellom anna retta seg inn mot personar med psykiske plager og/eller rusmiddelmissbruk. Tenestene og aktivitetane er knytte til garden og til livet og arbeidet der, og å vere saman med dyr kan vere ein del av det pedagogiske og terapeutiske aktivitetstilbodet. Om lag 400 godkjende «Inn på tunet»-gardar er spreidde rundt om i heile Noreg. Det er utarbeidd rettleiande materiell for skular og for arbeidsførebuande tiltak, og Landbruks- og matdepartementet skal utarbeide rettleiande materiell som kan gjere «Inn på tunet» synleg for kommunale tenester innanfor psykisk helse og rus.

Eit tilsvarande tilbod frå reindriftsnæringa er «Ut på vidda», som begynte som eit treårig prosjekt (2016–2018) der målet var å etablere tilbod som fremja læring, meistring, trivsel og tilhørslse til samisk kultur, daglegliv og arbeid for folk som trong det. «Ut på vidda» dekte fem reindriftsfylke: Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag. Dette er òg omtalt i kapittel 8.4 under punktet «Landbruks- og matdepartementet».

Førebyggje kroppspress

Barn og unge blir påverka av og gjennom dei sosiale media. Der blir dei eksponerte for eit sterkt

utsjånadspress og uoppnåelege kroppsideal. Tankar om kropp og utsjånad er viktige risikofaktorar for psykiske plager blant både jenter og gutar. Resultat frå «Ung i Oslo» viser at dobbelt så mange jenter som gutar er misnøgde med utsjånaden sin. Jenter er storforbrukarar av sosiale medium: 27 prosent av jentene bruker sosiale medium meir enn 3 timar dagleg, men berre 15 prosent av gutane. Dei spurde opplever sosiale medium både som noko positivt og noko negativt: positivt fordi det er ei kjelde til sosiale relasjonar og positive tilbakemeldingar, samtidig som ein alltid er tilgjengeleg; negativt fordi det er ei kjelde til kroppspress og uoppnåelege kroppsideal som kan føre til depressive plager og dårleg sjølvbilete (Eriksen mfl. 2017). Ei nyare undersøking viser at ungdom som bruker sosiale medium ofte, har eit meir negativt kroppsbilete og er meir misnøgde med vekt si, noko som igjen heng saman med høgare skår på depressive symptom (Kelly mfl. 2018).

Barne- og likestillingsdepartementet har i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet sett i gang eit arbeid for å førebyggje kroppspress blant barn og unge. Det har vore arrangert møte med bloggarar og andre påverkarar for å setje kroppspress på saklista. Medietilsynet har i samarbeid med Forbrukartilsynet utarbeidd utkast til etiske retningslinjer mot kroppspress i sosiale medium som skal gjelde for påverkarar, nettverk og annonsørar. Dei endelege etiske retningslinjene skal aktørane sjølve setje opp. Aktørane skal òg handheve retningslinjene, og det blir derfor arbeidd med å opprette eit fagleg utval for marknadsføring gjennom påverkarar etter modell av Matvarebransjens Faglige Utvalg. Andre tiltak er under planlegging.

5.2.5 Fremje livskvalitet og psykisk helse gjennom gode levevanar

Summen av levevanane til enkeltmennesket, mellom anna kosthald, søvnvanar, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk og sosialt liv, verkar inn på den psykiske helsa. Gjennom pakkeforløp for psykisk helse og rus skal somatisk helse og gode levevanar varetakast betre enn i dag. Det er utarbeidd tilrådingar om korleis dette skal gjerast. Utgreiing av ulike risikoområde, til dømes psykososialt stress og einsemd, er innarbeidd i alle pakkeforløpa. Tiltaka har som mål å medverke til betre helse, auka livskvalitet og høgare levealder for pasientgruppa.

Ei rekkje studiar dei seinare åra tyder på at kostråda som er utarbeidd for betre fysisk helse,

og har effekt på den psykiske helsa. Studiar som har sett på inntak av omega-3-feittsyrrer og middelhavskosthald, har vist samanhengar med psykisk helse og mogleg redusert risiko for depresjon. Fysisk aktivitet er i dag rekna som eit godt dokumentert behandlingstiltak for milde og moderate depresjonar, men òg for angst. Fysisk aktivitet kan også ha førebyggjande effekt på milde depresjonar og angst.

Vi må nå ut til befolkninga med kunnskapen vi har i dag om samanhengane mellom levevanar og psykisk helse, og vi må summere opp kjend kunnskap og setje i gang ny forskning på område der vi manglar slik kunnskap. Som ledd i oppfølginga av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2017–2021) har Folkehelseinstituttet fått i oppdrag å samle informasjon for å avdekke område der det er behov for meir kunnskap om samanhengen mellom kosthald og psykisk helse.

Helsedirektoratet har utarbeidd ei ny side på helsenorge.no, «Bare du», med gode kvardagsråd, appar og andre verktøy som kan hjelpe den enkelte med å leggje seg til vanar som er bra for både den fysiske og den psykiske helsa.

Søvnvanskar har blitt eit aukande folkehelseproblem dei seinare åra, og stadig fleire studiar viser at søvnvanskar er ein sterk risikofaktor når det gjeld å utvikle både psykiske lidingar og smertelidingar, jf. kapittel 6.8 om søvn.

5.2.6 Førebyggje sjølv-mord og sjølv-mordsforsøk i befolkninga

Dei siste 15–20 åra har sjølv-mordstala i Noreg lege relativt stabilt på om lag 12 sjølv-mord per 100 000 innbyggjarar. I 2017 blei det registrert 593 sjølv-mord hos menn og kvinner (Dødsårsaksregisteret, FHI). Rundt 60 prosent av alle sjølv-mord skjer i aldersgruppene under 50 år, og sjølv-mord fører derfor til mange tapte leveår i befolkninga. Blant barn under 15 år er sjølv-mord svært sjeldan (Folkehelseinstituttet 2018a). Sjølv-mord er mindre utbreidd i innvandrarbefolkninga enn i befolkninga elles, men utlandsfødde med minst éin norskfødd forelder har vist seg å ha høgare sjølv-mordsrisiko. Rapporteringa av sjølv-mord er mykje betre i dag enn tidlegare, men ei systematisk underrapportering av skjulte sjølv-mord, som dødsfall i trafikken, overdosar, forgiftingar og andre dødsulykker, er ikkje usannsynleg.

Vi har ingen sikker kunnskap om kor utbreidd det er med sjølv-mordsforsøk, men går ut frå at det er omkring ti sjølv-mordsforsøk for kvart sjølv-mord. Risikofaktorane for sjølv-mord er saman-

sette og heng mellom anna saman med alvorleg psykisk lidning og ein del personlegdomsforstyringar, men òg med annan alvorleg sjukdom med dårleg prognose og/eller store smerter. Alkohol- og rusmiddelmissbruk aukar risikoen vesentleg, særleg i kombinasjon med ei psykisk lidning eller personlegdomsforstyring. Tidlegare sjølvordsforsøk er òg ein klar risikofaktor for sjølvord, og risikoen er høgast første tida etter eit sjølvordsforsøk. Ei rekkje psykososiale tilhøve, som langvarig stress, negative livshendingar, som tap av ektefelle, samlivsproblem eller store økonomiske problem, kan òg auke sjølvordsrisikoen hos utsette personar. Viktige beskyttande faktorar er mellom anna god sjølvkjensle, god sosial støtte og nære relasjonar, religiøs tilhøyrslø og tilgang til helsepersonell med kompetanse på sjølvordsrisiko (Folkehelseinstituttet 2018d). Ein nyare studie frå USA viser at auka utbreiing av depressive symptom og sjølvordsåtfærd heng saman med auka skjermbruk blant unge i alderen 13 til 18 år (Twenge mfl. 2018), men det er usikkert om noko tilsvarande gjeld for Noreg.

Vi veit lite om omfanget av sjølvord i den samiske befolkninga, men forskning tyder på at risikoen for sjølvord er høgare blant samiske menn enn blant ikkje-samar. For kvinner er risikoen på nivå med befolkninga elles. SANKS og Samerådet har samarbeidd om ein plan for å førebyggje sjølvord blant samar i Noreg, Sverige og Finland. Planen blei utgitt i 2017. Formålet med planen er å setje søkjelys på sjølvordsproblematikk blant samar og inspirere til diskusjon og handling både i og utanfor det samiske samfunnet. Strategiane i planen er å rekne som tilrådingar til alle samfunnsaktørar som arbeider med å førebyggje og forhindre sjølvord i dei samiske områda

Sjølvord har store konsekvensar for familien, for andre nærståande og for samfunnet elles. Om vi reknar ti etterlatne per sjølvord, får vi 5000–6000 nye etterlatne i Noreg kvart år. Etterlatne ved sjølvord får ofte auka påkjenningar både på psykisk og fysisk helse, og dei føler seg ofte meir einsame og isolerte enn etterlatne ved annan brå død, til dømes ulykker. Mange etterlatne ved sjølvord fungerer vesentleg dårlegare sosialt enn etterlatne ved naturlege dødsfall. Personar som opplever sjølvord blant nærståande, har sjølve større risiko for sjølvordsåtfærd (særleg tankar og forsøk) enn etter tap ved naturleg død (Helsedirektoratet 2011).

I det førebyggjande arbeidet skil ein mellom tiltak som skal fremje meistring og god psykisk helse i befolkninga, og tiltak retta mot risikogrup-

per. Intervensjonsstudiar har vist at redusert tilgang på våpen og gift kan redusere sjølvordstala. Sikring av bruer, opplysningsprogram på skular og arbeidsplassar og kunnskapsformidling om sjølvordsåtfærd er andre viktige førebyggjande tiltak (Folkehelseinstituttet 2018a).

Regjeringa vil utarbeide ein ny handlingsplan for sjølvordsførebygging. Planen skal byggje på eit kunnskapsgrunnlag om tiltak med dokumentert effekt. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å utarbeide kunnskapsgrunnlaget, som skal vere retta både mot befolkninga generelt og mot risikogrubbene, og skal gjennomgå tiltak for å førebyggje sjølvord blant personar som er innlagde i psykisk helsevern eller på anna vis er i kontakt med helsetenesta.

Boks 5.6 Fremje livskvalitet og god psykisk helse i befolkninga

Regjeringa vil

- følgje opp regjeringa sin strategi for god psykisk helse «Mestre hele livet» (2017–2022)
- vurdere korleis data om livskvalitet kan gjerast best mogleg tilgjengelege
- førebyggje kroppspress ved å leggje til rette for det vidare arbeidet med etiske retningslinjer for påverkarar, nettverk og annonsørar
- samanfatte kjend kunnskap og setje i verk forskning om kva levevanar har å seie for psykisk helse
- utvikle og tilpasse verktøy og metodar for å integrere omsynet til levekår, helse og livskvalitet hos innvandrarar i lokalt folkehelsearbeid
- utarbeide ein ny handlingsplan for å førebyggje sjølvord

5.3 Aldersvennleg samfunn

Noreg har ei av dei yngste befolkningane i Europa, men folketalsframskrivingar frå SSB viser at eldre kjem til å utgjere ein aukande del av befolkninga i tida framover: I 2016 var 11 prosent over 70 år, i 2060 kan talet vere 19 prosent. Alle kommunar får fleire eldre innbyggjarar, men den relative auken blir ikkje lik overalt. Særleg i mindre kommunar i distrikta er allereie over 25 prosent av innbyggjarane over 67 år (Syse og Rogne 2017).

Det er positivt at vi lever lenger og blir fleire eldre. Det er eit resultat av at samfunnet har teke hand om helsa og levekåra til befolkninga på ein god måte. Dei fleste eldre i Noreg lever gode liv. Mange er aktive og deltek i sosiale fellesskap på jobben, i frivillig arbeid, for familie og venner eller i nærmiljøet. Likevel kan ei aldrande befolkning bli ei utfordring framover. Med fleire eldre kan vi vente at fleire møter helseutfordringar som melder seg i høg alder. Det inneber auka utgifter i helse- og omsorgssektoren og auka pensjonsutgifter for staten. Perspektivmeldinga (Meld. St. 29 (2016–2017)) peiker på at vi må arbeide lenger, og at samfunnet bør leggje til rette for at eldre kan vere friske og sjølvstendige lengst mogleg. Det er bra for livskvaliteten deira, og det er bra for berekrafta i samfunnet.

Våren 2018 la regjeringa fram Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre». I meldinga er det vist til tiltak som gjer at eldre kan meistre livet lenger og vere trygge på at dei får god hjelp når dei treng det, at pårørende kan hjelpe til utan å bli utslitne, og at tilsette kan bruke kompetansen sin i tenestene. Meldinga er mest innretta på å skape eit meir aldersvennleg Noreg og å finne nye og innovative løysingar på dei kvalitative utfordringane i samband med aktivitet og fellesskap, mat og måltid, helsehjelp, samanheng og overgangar i tenestene. For å bidra til skape eit meir aldersvennleg samfunn skal det etablerast eit nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg.

I «Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn», er det lagt vekt på verdien av sunn og aktiv aldring og på behovet for å fjerne unødige hinder, slik at eldre lettare kan delta i arbeids- og samfunnsliv. Regjeringa vil fjerne diskriminering og fremje universell utforming i bygg, uterom og transportmiddel, og i måten teknologi og digitale verktøy fungerer på. Strategien er i tråd med dette. Eldrepolitikken skal òg byggje på visjonen om eit samfunn der alle får sjansen. Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrande befolkning viser at det er store variasjonar i kor godt kommunane planlegg for ei aldrande befolkning i eit folkehelseperspektiv (Helgesen og Herlofson 2017). «Lytt til senioren! En medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn» (Vestby mfl. 2017)) refererer ein pilotstudie om bruk av dialog med eldre innbyggjarar og bruk av den digitale medverknadsmetoden «Seniortråkk». Forsøket viser at når eldre får seie frå om kva tilbod som er viktige for dei, og kva som fungerer og ikkje, får kommunen betre informasjon. Samtidig blir dei eldre meir klar over kva

Boks 5.7 Meistrings- og motivasjonskonseptet i Bærum kommune

Meistrings- og motivasjonskonseptet i Bærum kommune starta opp ved ti omsorgsbustader i 2015 etter eit vellykka pilotprosjekt i samarbeid med Høyskolen Diakonova. Bebuarane fekk tilbod om eit seks vekers kurs som bestod av undervisning éin gong i veka om helserelaterede tema og styrke- og balansetrening to gonger i veka. Etter seks veker var det stor forbetring på dei fysiske testane på styrke og balanse. Deltakarane scora òg betre på sjølvvurdert fysisk form og på subjektiv vurdering av generell helse.

Styrke- og balansetrening, leidd av fysioteapeut, er vidareført i alle omsorgsbustadene, og er eit fast tilbod to gonger i veka. Alle bebuarane som ønskjer det, kan delta. Det er eit populært tilbod, og mange av bebuarane synest treninga er noko av det viktigaste dei gjer. Kursdeltakarane har uttrykt at dei har nytte av å delta på kurset, men at dei treng hjelp til å setje seg mål og vidareføre måla i kvardagen, jf. Kvardagsmeistring. Nyttan er til dømes uttrykt som at det sosiale fellesskapet blei viktig for deltakarane fordi dei fekk fleire å snakke med og meir å sjå fram til.

kvalitetar i nærmiljøet dei treng for å kunne leve meir aktive liv. Metoden skal prøvast ut på eldre som bur på institusjon.

5.3.1 Helse og livskvalitet i eldrebefolkninga

Livskvaliteten heng saman med helsetilstanden og lokalsamfunnet ein lever i, men òg med andre faktorar som påverkar om ein opplever velvære og meistring og er tilfreds med livet. Både unge og gamle ser på helsa og familien som viktigast for livskvaliteten. Seks av ti 80-åringar vurderer si eiga helse som god eller svært god (Otnes 2017). Sjølv om sjukdom gjer seg meir gjeldande med alderen, har talet på eldre med hjelpebehov relativt sett gått noko ned eller vore stabilt dei siste 20 til 30 åra, viser fleire helse- og levekårsundersøkingar. Halvparten av alle 80–89-åringar har ikkje brukt omsorgstenester i 2017, noko som tyder på at mange eldre klarer seg utan slike tenester (Haugstveit mfl. 2019). Det er store forskjellar i forventade levealder blant eldre. I grupper med lengre utdanning og god økonomi er levealderen

høgare enn i grupper med lågare utdanning og dårlegare økonomi. Fleire eldre enn før rapporterer at dei har god funksjonsevne og klarer utfordringane i kvardagen. Men mange lever lenge med kroniske sjukdommar og funksjonssvikt, og mange opplever sosial isolasjon og einsemd, jf. kapittel 3. Kvinner opplever depresjon, angst og einsemd oftare enn menn, spesielt i eldre år. Årsaka ligg både i at kvinner er meir tilbøyelege til å oppleve og uttrykkje vanskelege kjensler, og at dei oftare bur åleine og oftare har svekt helse i eldre år (Thorsen og Clausen 2005).

Blant innvandrarak er det fleire eldre som kjenner seg einsame. Migrasjon medfører at ein forlèt velkjende stader og menneske og mister sosiale fellesskap der ein deler språk og forståing med fleirtalet av befolkninga. I tillegg kan migrasjon føre til at ein mister tidlegare roller og funksjonar, både på arbeidsmarknaden, i nærmiljøet og i nettverket. I 2018 utgjorde eldre innvandrarak under 5 prosent av alle over 70 år i Noreg. I SSB sitt hovudalternativ for befolkningsframskriving vil denne delen auke til 24 prosent i 2060 (Leknes mfl. 2018).

Eldre innvandrarak har samanfallande forventingar med majoritetsbefolkninga; dei ønskjer stabil og føreseieleg helsehjelp og støtte når dei treng det (Sudmann 2017). Å kunne vareta kulturelle verdiar og tradisjonar og kommunisere på eige morsmål har mykje å seie for helse og livskvalitet hos eldre i etniske minoritetsgrupper. Dette er ikkje minst viktig for personar med demens. Til dømes kan personar med samisk som førstespråk tape andrespråkskompetansen i norsk ved demenssjukdom. Det viktige i å ta omsyn til slike faktorar er omtalt i Demensplan 2020.

Internasjonalt samarbeid om aldring

Aldringa er global, og fleire internasjonale organisasjonar har sett aktiv aldring på saklista. Det gir verdifull erfaringsutveksling og inspirasjon. Med ministererklæringa frå Lisboa frå 2017 har FN's økonomiske kommisjon for Europa sett «a sustainable society for all ages» som eit mål, og medlemslanda har slutta seg til at eldre skal få bruke ressursane sine. Det krev tverrsektorielle verkemiddel. WHO har fastsett ein global strategi og handlingsplan for aktiv og sunn aldring (2016–2020), og planen skal etterfølgjast av eit «Decade of Healthy Ageing» (2020–2030). FN har òg sett ned ei arbeidsgruppe om aldring som skal vurdere spørsmålet om ein mogleg konvensjon om menneskerettane til eldre. EU står for eit breitt innovasjonsprosjekt for sunn og aktiv aldring som

fremjar teknologisk og sosial innovasjon. «Active Ageing Index» er eit tverrsektorielt indikatorsystem som måler korleis eldrepolitikken til dei ulike landa fremjar aktiv aldring. Noreg og dei nordiske landa kjem best ut på indeksen, men i alle land er det rom for forbetring. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere korleis indeksen kan brukast til å følgje med på utviklinga i norsk eldrepolitikk.

5.3.2 Nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg

Regjeringa vil utvikle eit meir aldersvennleg samfunn, slik at eldre menneske kan delta og bruke evnene sine slik dei vil. Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet lanserer Nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg som eitt av fem innsatsområde. Programmet konkretiserer «Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn» og skal medverke til å setje strategien ut i livet i kommunar og lokalsamfunn i heile landet. Arbeidet med å skape eit meir aldersvennleg Noreg skal byggje på eit breitt partnerskap mellom offentlege styresmakter i stat og kommune, arbeids- og næringsliv, private aktørar, sivilsamfunnet og forskings- og utdanningsinstitusjonar. Programmet skal utfordre den eldre befolkninga til å engasjere seg i planlegginga av eigen alderdom og utforminga av eige miljø. Dei ulike sektorane skal medverke ved å vise korleis dei kan leggje til rette for aldersvennlege løysingar. Eit nasjonalt program for å skape eit aldersvennleg Noreg har som mål å skape aldersvennlege kommunar, lokalsamfunn, organisasjonar og verksemder.

Programmet har fem tiltak:

- Kampanje for å planleggje eigen alderdom. Dei eldre sjølve kan gjere meir for å tilpasse eigen bustad og ta vare på vennskap og funksjonsevne.
- Eldrestyrt planlegging. Dei kommunale eldre-råda og eldre innbyggjarar skal få ei meir aktiv rolle i det kommunale planarbeidet, og kommunane bør ta i bruk nye modellar for medverknad.
- Nasjonalt nettverk for aldersvennlege kommunar. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med KS invitere kommunane til å delta i utviklingsarbeid og nettverk for aldersvennlege kommunar. KS vil starte nettverket i 2019.
- Partnerskapsordning. Alle sektorar, både offentlege og private verksemder, bør ha som mål å vere aldersvennlege. Departementet vil invitere breitt til å slutte seg til målet og vere med i utviklingsarbeidet.

Boks 5.8 Eldre er blitt sterkare i klypa

Dagens 80-åringar er like sterke som 75-åringane for ein generasjon sidan, viser ein analyse frå Tromsø-undersøkinga. Over 5500 eldre kvinner og menn blei testa i gripestyrke, som er eit objektivt mål på styrke og aldring. Personar i same alder blei samanlikna på tre ulike tidspunkt med totalt 21 års mellomrom, som svarer til ein generasjon. På ein generasjon ser det ut til at 80-åringar har betra gripestyrken sin og er like sterke som 75-åringar fødte ein generasjon tidlegare. Gripestyrken er betre både for «yngre eldre» og for «eldre eldre». Hovudforklaringa er at det siste kullet av eldre i undersøkinga har meir utdanning og er høgare enn tidlegare, noko som igjen illustrerer kva levekår i unge år har å seie for korleis ein fungerer fysisk gjennom livet. Gripestyrke er ein objektiv måte å måle helsetilstanden hos eldre på, og svak gripestyrke kan henge saman med andre sjukdommar (Strand mfl. 2018).

- Seniorressursen i arbeid og frivillig verksemd. Det er eit stort potensial i å få fleire til å arbeide lenger, kanskje på andre måtar som pensjonist, og mange vil finne det meningsfylt å delta i frivillige aktivitetar.

Arbeidet skal byggje på samarbeid på tvers av sektorar. Regjeringa har etablert Rådet for eit aldersvennleg Noreg, som skal vere med og gjennomføre programmet og forankre arbeidet med eit aldersvennleg Noreg. Rådet er sett saman av representantar for ulike organisasjonar og verksemdar som har ansvar for å skape eit meir aldersvennleg samfunn, og som har verkemiddel som kan bidra til dette. Rådet skal òg medverke til å spreie kunnskap og bevisstgjerjing om aldring og vere ein pådrivar for nødvendig endring og nytenking. Det skal etablerast ein sekretariatsfunksjon for programmet og rådet som òg skal medverke til betre dokumentasjon og idéutvikling.

Nasjonalt eldreombod

Regjeringa skal opprette eit nasjonalt eldreombod. Formålet er å auke merksemda om dei eldre og deira behov og å gi dei eit talerøyr for å setje eldreomsorga og rettane deira på saklista. Ombodet skal ha eit breitt mandat som skal leggje til

rette for at eldre blir høyrde og får rettane sine varetekne på ulike område og samfunnsarenaer. Regjeringa vil greie ut ordninga og foreslå organisering og etablering av eldreombod i 2019, med sikte på oppstart i 2020.

Med eit nasjonalt program for eit aldersvennleg samfunn og eit eige eldreombod utviklar regjeringa eldrepolitikken. Dette vil gjere konsekvensane av ei aldrande befolkning meir kjende, styrkje rettane til dei eldre og medverke til haldningsendring og nytenking om eit aldersvennleg samfunn. På same tid satsar regjeringa på å styrkje kvaliteten i tenestetilbodet til eldre gjennom å følgje opp Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet.

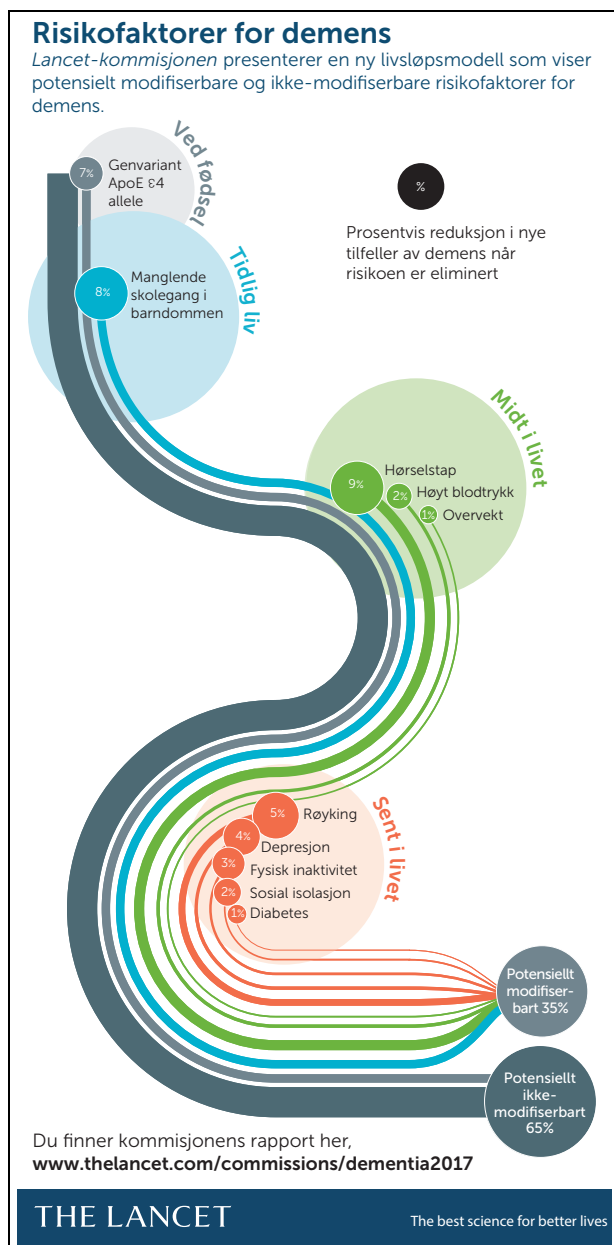
5.3.3 Demens – førebygging og meistring

Demens blir meir utbreidd etter kvart som befolkninga eldest. Minst 80 000 lever med demens i Noreg i dag. Den kognitive helsa i eldre år er avhengig av ei rekkje faktorar, og for utviklinga av demens er alder den viktigaste. Talet på personar med demens vil derfor auke dess fleire eldre vi blir. Mange av dei same livsstilsfaktorane som gir auka risiko for hjarte- og karsjukdom, gir òg auka risiko for redusert kognitiv funksjon og demenssjukdom.

Nyare norske studiar peiker i same retning (Folkehelseinstituttet 2018 og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse). Sjå omtale av demens i Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024).

Boks 5.9 Hunt 4 og Trondheim 70+

Hunt 4 70+, som tok til i Nord-Trøndelag i september 2017, er utvida med Hunt 4 Trondheim 70+. Samla er dette ei av dei største undersøkingane av helse og funksjon hos eldre på verdsbasis. Undersøkinga tek for seg nokre av dei viktigaste områda som har med livskvalitet hos eldre å gjere: fysisk funksjon, ernæring, munnhelse, evne til å klare seg i dagleglivet og ulike kroppslege og psykiske plager. Undersøkinga er eit samarbeid mellom NTNU, Trondheim kommune og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og vil gi eit heilskapleg og godt bilete av ressursar og utfordringar i samband med aldring. Meir enn 12 000 personar over 70 år har delteke i Hunt 4 70+, og om lag 1 000 personar over 70 år har delteke i Hunt 4 Trondheim 70+.



Figur 5.3 Livsløpsmodell over bidraget frå modifiserbare risikofaktorar til demens. Tala er runda av til nærmaste heiltal. Figuren viser potensielt modifiserbare eller ikkje-modifiserbare risikofaktorar.

Kjelde: Lancet-kommisjonens livsløpsmodell for demens. Omsett til norsk etter løyve frå The Lancet.

Den internasjonale demenskommisjonen, «The Lancet Commission on dementia prevention, intervention and care», summerte opp den eksisterande kunnskapen om førebygging, behandling og omsorg ved demens i ein rapport i 2017 (Livingston mfl. 2017). Her trekkjer kommisjonen fram at førebygging, behandling og pleie kan gjere det betre å leve og døy med demens både for den som har demens, og for dei pårør-

ande. Rapporten viser til at førebygging knytt til risikofaktorar som utdanning, trening, sosial aktivitet, røykjereduksjon og behandling av hørselstap, depresjon, diabetes og sjukeleg overvekt kan medverke til å utsetje eller hindre ein tredjedel av demensstilfella. Elles dreg rapporten mellom anna fram behovet for individuelt tilpassa eldreomsorg, støtte til omsorgspersonar, planlegging, fokus på omsorg ved livets slutt og det teknologiske forberingspotensialet i omsorgstenestene. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har publisert ein norsk versjon av rapporten (www.aldringoghelse.no, Verdens demenskommisjon på norsk).

Det er nødvendig å auke merksemda om førebygging av demens. Samtidig er det ei stor utfordring å fremje god livskvalitet hos dei som blir ramma. Behovet for pleie og omsorg vil variere over tid, mellom anna med graden av kognitiv svikt, fysisk funksjonsnedsetjing og støtte frå familie og venner.

Det er avdekt manglande kunnskap om eldre innvandrarak og demens. Stereotypiar omkring innvandrarak kan hindre ei personsentrert tilnærming som tek omsyn til livshistorie, generasjonsopplevingar, kulturelle normer og korleis desse kan påverke personar med demens og deira pårørande (Spiker og Kumar 2016). Ei velfungerande tolketeneste er nødvendig for at pasientar skal kunne skildre opplevingar og plager. Det er òg ein fordel om helsepersonell har kjennskap til den kulturelle bakgrunnen og referanseramma som pasienten har med seg.

Demensplan 2020

Noreg var eitt av de første landa i verda som utarbeidde ein nasjonal plan for demens, Demensplan 2015. Denne planen blei etterfølgd av Demensplan 2020. Demens er éin av fleire hjernesjukdommar som er løfta fram i Nasjonal hjernehelsetraategi (2018–2024). Demensplan 2020 er blitt til gjennom eit samarbeid med personar med demens og deira nærmaste. Målet med planen er å skape eit meir demensvennleg samfunn der personar med demens er inkluderte og kan delta. Eit meir demensvennleg samfunn er eit betre samfunn for alle. For personar med demens, som for alle med nedsett funksjon, handlar det om å bygge ned barrierar i dei fysiske og sosiale omgivingadene for å sikre vidare deltaking og likestilling. Søkjelyset bør derfor rettast like mykje mot omgivingadene som mot eigenskapane og ressursane til den demente.

Demensplanen skal vere med og skape gode, fleksible og tilpassa tenester med fokus på førebygging, diagnostisering og oppfølging etter diagnose. Eit sentralt tiltak i Demensplan 2020 er dagaktivitetstilbodet. Dagaktivitetar gir ein meiningfull kvardag for brukaren og avlastar dei pårørande. Regjeringa planlegg å fremje forslag om ei lovfesta plikt for kommunen til å tilby dagaktivitetar for heimebuande med demens frå 1. januar 2020.

Som ein del av arbeidet med Demensplan 2020 har Nasjonal kompetanseteneste for aldring og helse på oppdrag frå Helsedirektoratet utvikla og tilpassa informasjon og verktøy som rettar seg mot personar med samisk språk- og kulturbakgrunn. Det er mellom anna utarbeidd ein informasjonfilm om demens med nordsamisk språk- og kulturperspektiv. Arbeidet med ein tilsvarende film med lulesamisk språk- og kulturperspektiv er i gang. Den prislønna animasjonsfilmen «Hvem ser meg» er laga på nordsamisk, og det blir arbeidd med å tilpasse filmen til både sørsamisk og lulesamisk. Kartleggingsverktøy for utgreiing av demens er tilpassa nordsamisk, og ulike tema- og faktaark om mellom anna kommunikasjon, rettar og verjemål er no tilgjengelege på fleire samiske språk.

Planperioden for Demensplan 2020 går ut i 2020. Regjeringa vil følgje opp dagens plan og har begynt arbeidet med Demensplan 2025 – ein ny plan for å skape eit meir demensvennleg samfunn og styrkje tenestetilbodet til personar med demens og dei pårørande. Ein tek sikte på å leggje

Boks 5.10 Musikkterapi

Dersom ein person med demens har mist evna til å snakke og forstå, kan musikk vere ei alternativ form for kommunikasjon. Musikkterapi inneheld element som song, lytting, improvisasjon, rørsle, dans og bruk av instrument under leiing av ein musikkterapeut.

Ei systematisk oversikt over studiar av kva effekt musikkterapi kan ha, viste at musikkterapi kan gi større velvære og mildne symptom på depresjon og angst hos personar med demens. Det kan òg sjå ut til at musikkterapi kan redusere åtferdsproblem og gi noko betre kognisjon (van der Steen mfl. 2017). Dei fleste tiltaka i dei i alt 17 studiane som var gjorde, omfatta både musikk, song og rørsle, mellom anna klapping og dans.

fram planen som ein del av Prop. 1 S (2020 – 2021). Helsedirektoratet får i 2019 i oppdrag å samanfatte og vurdere erfaringane med og resultatene av planperioden så langt og å fremje forslag til korleis dagens plan eventuelt bør følgjast opp når planperioden er omme.

Boks 5.11 Aldersvennleg samfunn

Regjeringa vil

- gjennomføre Nasjonalt program for eit aldersvennleg Noreg som ein del av kvalitetsreforma for eldre – Leve hele livet. Programmet skal vere med og konkretisere «Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn». Programmet skal byggje på partnerskap og samarbeid med ulike verksemdar og organisasjonar på tvers av sektorar
- etablere eit nasjonalt eldreombod

5.4 Skadar og ulykker

Status for skadar og ulykker

Kvart år døyr i underkant av 2000 personar av ulykker i Noreg, og omtrent 12 prosent av befolkninga får behandling i helsetenesta for ein skade (Folkehelseinstituttet 2018a). Endringar i talet på arbeidsinnvandrarar, parallelt med at vi blir fleire eldre, kan føre til endringar i skadepiletet i Noreg. Levekårsundersøkinga blant innvandrarar i 2016 viser at fire gonger så mange sysselsette innvandrarar som sysselsette i befolkninga elles var utsette for arbeidsulykker i 2016 (Vrålstad og Wiggen 2017).

Strategien «Ulykker i Norge – Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade» gjekk ut i 2018. Eit sentralt innsatsområde var å sikre kunnskap og oversikt over ulykker som grunnlag for å kunne talfeste mål for reduksjon av ulykker. Det er behov for å vidareføre arbeidet med å skaffe betre oversikt og data. I dag har vi fleire skaderegister i Noreg, men inga komplett oversikt over skadepiletet. Ein djupnestudie frå 2016 viste at det berre i Oslo var registrert 6309 fotgjengarskadar, mens den offisielle ulykkesstatistikken frå Statistisk sentralbyrå viste 104 skadar etter fotgjengarulykker i 2016.

Basert på eksisterande statistikk frå Norsk pasientregister (NPR) og andre kjelder kjem det

jamleg ut ei oversikt over skadebiletet i Noreg, sist i 2019. Helsedirektoratet har publisert ei elektronisk nettløysing for skadedata med «felles minimum datasett» (FMDS) som ein del av NPR i 2018, og kommunane kjem venteleg til å etter spørje meir komplette data. Ifølgje styringsdokument for dei regionale helseføretaka er det nødvendig å organisere arbeidet internt i sjukehusa og utvalde legevakter for å styrkje ulykkesregistreringa. Det skal innførast måltal for registrering av skadedata i Norsk pasientregister frå 2020. Helseføretaka skal i 2019 arbeide målretta for å registrere ein større del av ulykkene.

Godkjenningsordningane «Trygge lokalsamfunn» og «Trafikksikker kommune» omfattar metodar for arbeid på tvers av sektorane på lokalt nivå, med vekt på politisk forankring og systematiske prosessar for slikt samarbeid. Ei tverrsektoriell tilnærming vil vere viktig også med tanke på nasjonale mål og prioriteringar.

Samarbeid mellom det offentlege, frivillig sektor og næringslivet

Forsikringsbransjen og helsestyresmaktene har felles interesse i å forhindre skadar, og Finans Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har ein samarbeidsavtale om drift av Skadeforebyggende forum. Skadeforebyggende forum er ein medlemsorganisasjon og eit kontakt- og samarbeidsorgan for eit nettverk av aktørar som arbeider med ulike former for skadeforebygging. Nettverket omfattar offentlege instansar, frivillige organisasjonar og representantar for privat næringsliv og har fem prioriterte innsatsområde: skadeforebygging lokalt, førebygging av drukningsulykker, tryggleik for barn og unge, tryggleik for eldre og formidling av skadedata. Gjennom mandatet sitt har Skadeforebyggende forum i dag ei viktig rolle som nettverksbyggjar, møteplass, kunnskapsformidlar og pådrivar. Samarbeidsavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finans Norge om drift av Skadeforebyggende forum skal vidareførast for ein ny femårsperiode (2019–2023), og avtalen er styrkt samanlikna med førre periode.

Det er teke fleire initiativ til samarbeid mellom det offentlege, det frivillige og det private dei siste åra, både i helsesektoren og på andre område. Nokre døme er den nasjonale førstehjelpsdugnaden «Saman reddar vi liv» og «Det store brannløftet», der Gjensidigestiftelsen er hovudsamarbeidspartnar. Eit anna døme er «Hjarteson», ein felles kampanje for trygg skuleveg med breitt anlagt samarbeid. Samarbeidet mellom det offentlege,

det private og det frivillige gir ein samla ressursbruk som er til fordel for det førebyggjande arbeidet.

Boks 5.12 Skadar og ulykker

Regjeringa vil

- styrkje kunnskapsgrunnlaget når det gjeld skadar og ulykker, og mellom anna sørge for betre og meir komplette skadedata og for å gjere data meir tilgjengelege
- leggje til rette for samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor, og mellom anna styrkje Skadeforebyggende forum

5.4.1 Nullvisjon 2019 – 2027 – reduksjon av alvorlege fallulykker i heimen

Det er flest eldre som dør eller skader seg ved fall. For personer over 70 år var det registrert 307 dødsfall som følgje av fall i heimen. Det reelle talet er truleg høgare grunna at mange fallulykker vert registrert som «andre dødsulykker» (Dødsårsaksregisteret 2017 og Ohm, Madsen og Alver 2019). I aldersgruppa over 60 år har Folkehelseinstituttet berekna at om lag 42 000 er utsett for fallulykker som krev legebehandling, særleg skjer det mange hoftebrot og handleddsbrot (Ohm, Madsen og Alver 2019). Totalt for alle aldersgrupper skjer ei av tre fallulykker i eller ved bustad. Noreg ligg på verdstoppen når det gjeld hoftebrot. Av dei vel 9 000 personane – dei aller fleste kvinner – som blir ramma kvart år, bur om lag 75 prosent heime (Helsedirektoratet 2018d). Hoftebrot har personlege følgjer for den skadde og økonomiske konsekvensar for samfunnet. Det er rekna ut at eitt brot i gjennomsnitt kostar det offentlege (stat og kommune) ein halv million kroner det første året, og opp mot det doble over to år (Hektoen 2014). Mange opplever dårlegare funksjonsnivå og redusert livskvalitet etterpå. Ein studie (Hektoen 2014) som tok for seg heimebuande over 70 år, viste at éin av seks døydde innan eitt år, og at éin av fire flytta på sjukeheim. Mange blir avhengige av auka hjelp frå heimetenesta. Fall er den tiende viktigaste årsaka til dødsfall og sjuande viktigaste årsaka til helsetap i landet (Folkehelseinstituttet 2018). Det er flest falldødsfall blant dei over 90 år, spesielt kvinner.

Eldre som bur heime, er ansvarlege for eigen tryggleik. Mange kommunar ser det likevel som

viktig å arbeide for å førebyggje fallulykker. Gjennom systematiske tiltak på fleire innsatsområde vil regjeringa leggje til rette for at kommunane kan gjere ein best mogleg jobb for å førebyggje fall og påfølgjande brot.

Færre alvorlege fallulykker er eit mål for regjeringa. Metodikken skal vere inspirert av nullvisjonar frå andre område.

Nullvisjon tyder ikkje at vi heilt kan unngå alvorlege ulykker i heimen, men alle ulykker har ei årsak. Ved å setje årsakene i system og ha ei kunnskapsbasert tilnærming er det mogleg å redusere risikoen for fall og konsekvensane av dei. Viktige element er god oversikt over skadane, tidleg innsats og samarbeid på tvers av sektorar. Arbeidet med å redusere skadane ved fallulykker skjer langs heile aksen frå førebygging til behandling og rehabilitering, og målet er betre evne til å fungere.

Regjeringa vil fastsetje nasjonale mål og utarbeide tiltak for å nå måla. Kommunane vil vere sentrale samarbeidspartnarar, mellom anna gjennom samarbeid med paraplyorganisasjonen Skadeforebyggende forum og deira arbeid for trygge lokalsamfunn.

Organisasjonar som Sanitetskvinnene, Røde Kors, Nasjonalforeningen for folkehelsen og relevante profesjonsorganisasjonar vil bli inviterte til å ta del i arbeidet, mellom anna gjennom samarbeidet med Skadeforebyggende forum. Pårørande og bustadforeiningar er andre aktuelle partnarar i arbeidet med å førebyggje fallulykker.

Regjeringa har som politikk at fleire eldre skal bu heime lenger. Å bu i eigen heim betyr mykje for livskvalitet, meistring og aktivitet, men heimen skal vere trygg. God helse og funksjonelle bustader kan mellom anna redusere risikoen for fall med påfølgjande brot.

Fallulykker heime kan mellom anna førebyggjast med rett utforming av bustaden, tilgang til rett hjelpemiddel til rett tid, trening for å bevare styrke og balanse, rett ernæring og legemiddelbruk og tilgang til velferdsteknologi.

Nullvisjonen skal følgjast opp ved at Helsedirektoratet får i oppdrag å utvikle ein handlingsplan med aktuelle tiltak for å nå målet om vesentleg færre alvorlege fallulykker. I samband med dette skal det òg fastsetjast meir konkrete mål og delmål med indikatorar for å følgje utviklinga. Indikatorane skal mest mogleg kunne integrerast i det ordinære saksbehandlings- og journalsystemet i kommunane. Planen skal utviklast i samarbeid med aktuelle etatar, som Folkehelseinstituttet, Direktoratet for samfunnstryggleik og bered-

skap (DSB), Direktoratet for byggkvalitet (DiBK) og Nav, og med frivillig sektor og næringslivet.

Aktuelle innsatsområde:

- tilpassing av bustader og bustadrådgiving
- hjelpemiddel og velferdsteknologi
- fysisk aktivitet som styrke- og balansetrening
- kartlegging av ernæring og auka merksemd om temaet
- gjennomgang av bruken av legemiddel
- førebyggjande heimebesøk
- oppfølging etter fall
- betre kunnskap om årsakene til skadar og ulykker og kva omfang dei har

Innsats på tvers av sektorane, samarbeid med næringslivet, oppmuntring til frivillig innsats og styrking av kunnskapsgrunnlaget er sentrale verkemiddel.

Tilpassing av bustader og bustadrådgiving

Ein grunnleggjande premiss for dagens bustadpolitikk er at det i utgangspunktet er eit privat ansvar å skaffe seg ein eigna stad å bu. Samtidig må det leggjast til rette for at kvar og ein kan ta gode bustadval og såleis redusere risikoen for ulykker heime. Trygge og tenlege bustader og uteområde kan medverke til å minske risikoen for fall. Éin av seks over 80 år har behov for tilrettelegging (Sandlie og Gulbrandsen 2016). Mange eldre har behov for råd og praktisk hjelp for å gjere bustaden sin meir eigna for ulike livsfasar. For at eldre skal kunne bu lenger heime, er godt samarbeid mellom det kommunale bustadkontoret, ergoterapitenesta og pleie- og omsorgstenesta avgjerande. Husbanken og Nav rettleier kommunane i korleis dei kan organisere rådgivingstenestene sine på dette området. Førebygging av fallulykker vil vere ein viktig del av dette.

Teknisk forskrift (TEK) er det primære verkemiddelet for å skaffe fleire universelt tilgjengelege bustader. Husbanken har ordningar for lån og tilskot som kan hindre fallulykker i heimen. Lån frå Husbanken, tilskot til heis, tilstandsvurdering og tilskot til tilpassing av bustaden skal gjere det lettere for fleire å bli buande heime lenger. Ansvaret for tilskot til bustadtilpassing skal overførast til kommunane frå 2020. Regjeringa vil stimulere til oppgradering av eldre bustader. Som ledd i oppfølginga av Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre» skal det i samarbeid med KS, bustadbransjen og dei eldre sjølve etablerast eit program for eit aldersvennleg

Noreg med ein kampanje for korleis ein kan planleggje for eigen alderdom.

Hjelpemiddel og velferdsteknologi

For mange eldre er hjelpemiddel viktige for å kunne meistre livet i heimen og vere sjølvhjelpete. Rette hjelpemiddel opnar for personleg utvikling, aktiv deltaking og meistring. Hjelpemiddel kan styrkje evna til å fungere, dei held oppe det fysiske aktivitetsnivået og dei motverkar risikoen for ytterlegare funksjonsreduksjon og ulykker. Folketrygda dekkjer hjelpemiddel ved varig sjukdom, skade eller lyte, mens kommunen dekkjer hjelpemiddel ved mellombelse behov, også når det er snakk om førebygging. Godt tilrettelagde bustader kan føre til mindre behov for andre hjelpetiltak, som personleg assistanse eller innlegging i institusjon. Funksjonstap kan auke risikoen for fall. I arbeidet med handlingsplanen skal ein vurdere om hjelpemiddel som kommunen har ansvar for, i større grad òg kan innrettast mot å førebyggje fall. Ein skal òg sjå på korleis hjelpemiddel kan bidra til å redusere risikoen for fall for personar med funksjonsnedsetjingar.

Innovasjon i fallførebyggjande teknologi kan medverke til tryggare liv i heimen. Nasjonalt velferdsteknologiprogram skal sikre spreieing av relevant teknologi. InnoMed, eit nasjonalt kompetansenettverk for behovsdriven innovasjon innanfor helse og omsorg, har fleire prosjekt knytte til fallførebyggjande teknologi. Stortingsmeldinga om helsenæringa vil leggje vekt på at helse- og omsorgstenestene skal vere samarbeidspartnarar for næringslivet. Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med Finans Norge gjennom ein femårig samarbeidsavtale for å drifte Skadeforebyggende forum. Finans Norge vil vere ein pådriver for at aktuelle næringar, og medlemmer skal ha fokus på planlegging av bustadar og trygge heimar, og at næringar skal rettleie og motivere relevante aktørar og eldre sjølve til å velje smarte hus og trygge heimar.

Fysisk aktivitet, styrke- og balansetrening

Regelmessig fysisk aktivitet fremjar fysisk og psykisk helse, gir god funksjonsevne og gjer menneske meir sjølvhjelpete. Styrke- og balansetrening kan redusere brot med rundt 40 prosent. Berre to av ti eldre trener styrke kvar veke (Statistisk sentralbyrå 2016). Helsestyresmaktene tilrår øvingar for store muskelgrupper to eller fleire dagar i veka for vaksne og eldre, og eldre med nedsett mobilitet bør utføre styrke- og balansetrening

minst tre gonger i veka. I samband med dialogmøtet til handlingsplanen for fysisk aktivitet hausten 2018 peikte fleire på kompetanse, tverrfagleg perspektiv, proaktivitet og langtidsoppfølging frå helse- og omsorgspersonell som viktige faktorar for å fremje fysisk aktivitet. Det blei òg peikt på at behovet for trening ofte ikkje blir oppdaga før ein har eit funksjonstap, og at systemet ikkje fangar opp dei med størst behov og komplekse utfordringar.

Fleire frisklivssentralar og kommunar tilbyr styrke- og balansetrening. Som oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet» vil regjeringa arbeide for å spreie heilskapleg og systematisk arbeid med tanke på å førebyggje fallulykker.

Trening som eit viktig innslag i livet til dei eldre skal synleggjerast i helse- og omsorgstenestene og fritidstilbodet. Også etter eit fall er det viktig å trene for å hindre nye fall.

Regjeringa skal utvikle ein handlingsplan for fysisk aktivitet, jf. kapittel 6.3. Tema i handlingsplanen blir mellom anna å utvikle gode bu- og nærmiljø, spreie og utvikle treningsmetodar og inkludere fysisk aktivitet som del av førebygging og behandling i helse- og omsorgstenesta. Mange eldre trener på treningssenter, og i samarbeid med treningssenterbransjen skal det utviklast eit opplæringsprogram for instruktørar om styrke- og balansetrening for eldre. Mellom anna skal det utviklast ein ny app til bruk i opplæringa.

Kartleggje og auke merksemda om ernæring

Dårleg ernæringsstatus hos eldre er ein faktor som kan føre til kraftløyse, tiltaksløyse og fallulykker. Eit regelmessig, allsidig samansett kosthald i tråd med tilrådingar for målgruppa er viktig. «Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» er eit viktig verktøy i arbeidet. Arbeidet med å kartleggje ernæringsstatusen og utarbeide ein ernæringsplan i tråd med «Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring» er mangelfullt, men kan truleg betrast etter at det blei innført nye kvalitetsindikatorar for dette i kommunane i 2017. Ernæring, mat og måltidsfellesskap er eitt av satsingsområda i Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, som òg følgjer opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), jf. kapittel 6.4. I pasienttryggleiksprogrammet er førebygging av underernæring eit innsatsområde. Det er utarbeidd tiltakspakke for både heimetenesta, sjukeheimar og sjukehus. Kosthald som kjelde til helse i alderdommen må bli eit tema tidleg. I kampanjen

«Bare du» gir Helsedirektoratet alderstilpassa helseråd og kosthaldsinformasjon. Ein tek sikte på å utarbeide ein strategi for godt kosthald og sunn ernæring hos eldre i tråd med Granavolden-plattformen.

Gjennomgang av bruken av legemiddel

Tal frå Reseptregisteret viser at mange eldre bruker mange legemiddel samtidig, noko som kan auke faren for feilbruk, biverknader og pasient-skadar, til dømes fall. Samtidig bruk av fleire legemiddel er ein risikofaktor, og kombinasjon av enkelte legemiddel og alkohol kan gi auka risiko for fall. Tal frå Folkehelseinstituttet viser at rundt 570 000 nordmenn over 65 år som bur heime, bruker minst fem ulike legemiddel fast (Folkehelseinstituttet 2018a). Betre kontroll med behovet for legemiddel kan føre til færre fall. Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2019 fått i oppdrag å «vurdere dagens verkemiddel for legemiddelgjennomgang» og utarbeide forslag til og gjennomføre nødvendige tiltak som kan få fastlegar og sjukeheimar til å gjere fleire legemiddelgjennomgangar. Oppdraget skal utførast i samarbeid med relevante aktørar.

Førebyggjande heimebesøk

Førebyggjande heimebesøk hos eldre kan bidra til å redusere fall hos eldre. Helsedirektoratet skal i 2019 utarbeide eit e-læringsprogram om førebygging av fallulykker som skal auke kompetansen hos tilsette i heimetenesta. I rettleiinga til tiltaket om å gjennomføre førebyggjande heimebesøk i kommunen blir ein mellom anna rådd til å samtale om kor eigna bustaden er, om ernæring, fysisk aktivitet, fall, rus, legemiddelbruk, sosialt fellesskap, vald, hjelpemiddel og velferdsteknologi.

Oppfølging etter fall og bruk av tenestene i det førebyggjande arbeidet

God oppfølging etter brot kan hindre nye fall og skadar. 60–70 prosent av dei som fell, vil falle på nytt før det har gått eitt år (Narum og Bergland 2010). Stortinget har vedteke at det skal bli obligatorisk å ha ergoterapeut i kommunane i 2020. Ergoterapeutar er ei yrkesgruppe som er sentral når det gjeld å vurdere funksjonsevne og behov for hjelpemiddel hos eldre. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019 er følgd opp med eit stimuleringsstilskot til kommunar som ønskjer å vidareutvikle rehabiliteringstilbodet sitt.

Boks 5.13 Heilskapleg arbeid for å førebyggje fall

Bydel Nordstrand arbeider tverrfagleg og heilskapleg og har redusert talet på hoftebrot frå 156 i 2013 til 86 i 2017. Prosjektet starta i 2013 med ei massiv satsing på styrke- og balansetrening i grupper for skrøpelege eldre med høg fallrisiko. I tillegg har dei no utvikla teknologi for trening som byggjer på virtuell verkelegheit. Prosjektet har vore forankra hos bydelsoverlegen. Det var tverrfagleg og omfatta opplæring av heimetenestene og fastlegane, og alle over 75 år fekk informasjonsbrosjyrar om kva dei sjølve kunne gjere for å førebyggje fall. Også fastlegekontora og seniorsentra distribuerte brosjyrane. Deretter kom samhandling med spesialisthelsetenesta og kartlegging av heimemiljø på plass. I samarbeid med skadelegevakta blei det generert automatiske fallmeldingar til fastlegane. Fastlegane utvikla standard pasientforløp etter brot og fall. Metodikken er overført til bydel Østensjø, der dei ser den same gode trenden med nedgang i talet på hoftebrot.

Boks 5.14 Rørosprosjektet

Rørosprosjektet er eit samarbeid mellom St. Olavs hospital og Røros kommune. Eit delmål i samarbeidet er å førebyggje fallulykker hos eldre over 75 år. Ergoterapeut og sjukepleiarar frå kommunen og ambulansarbeidarar frå spesialisthelsetenesta treffer dei eldre heime med sikte på å kartleggje, vurdere og eventuelt setje i verk tiltak for å hindre fall. Tiltaket blei sett i verk i 2018. Arbeidet er mellom anna forankra i samarbeidsavtalar mellom sjukehuset og kommunen og er ei oppfølging av mellom anna NOU 2015: 17 «Først og fremst» og Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet».

Dømet frå Nordstrand bydel viser resultat av eit heilskapleg arbeid for å førebyggje fall. Brot hos eldre krev store ressursar. For pasientar over 80 år er dei vanlegaste tilstandane hoftebrot, hjertesvikt, influensa og lungebetennelse, og ein må vere merksam på brot i samband med andre teikn på at dei eldre er sjuke og skrøpelege.

Betre kunnskap om omfanget av skadar og ulykker og årsakene til dei

Skadedata er sentralt for å lykkast med nullvisjonen, både som verkemiddel i samband med målretta arbeid i kommunen og for å kunne setje dagsorden. Helsetenesta skal registrere skadedata i eit felles minimumsdatasett i Norsk pasientregister som seier noko om omstenda rundt skadane. Betre registrering vil stå sentralt i det vidare arbeidet, mellom anna for å fremje relevante data for kommunane. Per i dag blir rundt halvparten av alle ulykkene registrerte med minimumsdatasett. Frå inneverande år skal skadedata publiserast på nett, og det at manglane blir synlege, vil venteleg føre til at fleire kommunar ber sjukehusa om å skaffe fram betre data. Frå 2020 blir det innført måltal for registrering av skadedata i Norsk pasientregister, og dei regionale helseføretaka skal i 2019 sjå til at helseføretaka arbeider målretta for å auke registreringa av slike data.

Det er behov for meir kunnskap i heimetenesta om langsiktige effektar av fallførebyggjande tiltak, og likeins kunnskap om velferdsteknologi brukt i førebyggjande tiltak.

Boks 5.15 Nullvisjon 2019 – 2027 – reduksjon av alvorlege fallulykker i heimen

Regjeringa vil

- utvikle ein tverrsektoriell handlingsplan for ein nullvisjon for alvorlege fallulykker i heimen. Handlingsplanen skal mellom anna omfatte hjelpemiddel og velferdsteknologi, førebyggjande heimebesøk, fysisk aktivitet og balansetrening, ernærings tiltak, gjennomgang av legemiddelbruk og oppfølging etter fall. Han kan òg omfatte bustadtilpassing og -rådgiving.

5.5 Vald og overgrep

Regjeringa vil vidareføre innsatsen mot vald og overgrep. Både barn, vaksne og eldre blir utsette for vald i nære relasjonar og andre former for vald og seksuelle overgrep.

I 2016 lanserte regjeringa Opptappingsplan mot vald og overgrep (2017–2021). Ein har òg utarbeidd «Handlingsplan mot negativ sosial kon-

troll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)». Vidare har regjeringa lagt fram ein ny handlingsplan mot valdtekt. Regjeringa vil òg vidareutvikle Handlingsplan mot vald i nære relasjonar (2014–2017).

Opptappingsplanen mot vald og overgrep (2017–2021) skal gi færre tilfelle av vald i nære relasjonar, med særleg vekt på vald og overgrep som rammar barn og unge. Opptappingsplanen gjer greie for omfanget av vald og overgrep og kva som er hovudutfordringane, og presenterer tiltak for å møte desse utfordringane. Regjeringa har følgd opp opptappingsplanen ved å satse på førebyggjande tiltak, behandling og oppfølging. Fleire departement følgjer opp opptappingsplanen, og Barne- og likestillingsdepartementet koordinerer arbeidet. Planen er òg ei oppfølging av FN's berekraftsmål 5.2, som handlar om å avskaffe alle former for vald mot jenter og kvinner.

Regjeringa har ratifisert to europarådskonvensjonar som er svært viktige for arbeidet mot vald og overgrep. Europarådskonvensjonen for å førebyggje og kjempe mot vald mot kvinner og vald i nære relasjonar, den såkalla Istanbul-konvensjonen, tredde i kraft i Noreg 1. november 2017. Konvensjonen understrekar den menneskerettslege plikta statane har til å førebyggje og nedkjempe alle former for vald mot kvinner og vald i nære relasjonar, og har fire hovudpilarar: førebygging, bistand og vern, straffefølgje og heilskapleg og integrert politikktutvikling.

1. oktober 2018 tredde Europarådets konvensjon om vern av barn mot seksuell utnytting og seksuelt misbruk (Lanzarote-konvensjonen) i kraft i Noreg. Konvensjonen har til formål å førebyggje og nedkjempe alle former for seksuell utnytting og seksuelt misbruk av barn. Konvensjonen skal òg verne rettane til barn som er utsette for slike overgrep, og fremje nasjonalt og internasjonalt samarbeid med dette som mål. Konvensjonen inneheld eit breitt spekter av førebyggjande tiltak og hjelpe- og støttetiltak for valdsutsette og tiltak overfor seksualovergrep.

5.5.1 Vald og overgrep – ei folkehelseutfordring

Vald er eit stort samfunnsproblem og eit folkehelseproblem. Dei helsemessige konsekvensane av vald og overgrep kan vere omfattande, alvorlege og potensielt livstrugande. Fleire studiar viser klare samanhengar mellom det å vere valdsutsett og å ha redusert funksjonsnivå og oppleve fysiske og psykiske helseplager (Opptappingsplan mot vald og overgrep).

Befolkningsundersøkingar viser at vald råkar ein stor del av befolkninga i Noreg. Mellom 75 000 og 150 000 menneske blir utsette for vald i ein nær relasjon i Noreg kvart år (Rasmussen mfl. 2012). Velferdsforskningsinstituttet NOVA ga i 2016 ut ein rapport om omfanget av vald og overgrep mot barn og unge og korleis omfanget av ulike valdsformer har utvikla seg over tid (Mossige og Stefansen 2016). Rapporten viser mellom anna at 21 prosent av dei som svarte, har opplevd fysisk vald frå ein forelder gjennom oppveksten, mens 23 prosent hadde opplevd minst éi form for seksuell krenking. Blant vaksne rapporterer om lag 8 prosent av kvinnene og 2 prosent av mennene å ha vore utsette for alvorleg vald frå partnaren (Thoresen og Hjemdal 2014). Vaksne barn kan øve vald mot foreldra. Dette kan vere eldre og ofte pleietrengande personar. Nasjonalt kunnskaps-senter om vald og traumatisk stress (NKVTS) rapporterte i 2017 at mellom 6,8 og 9,2 prosent av alle eldre heimebuande hadde opplevd vald etter fylte 65 år. I ei undersøking frå 2015 rapporterte samiske personar at dei var meir utsette for valdsbruk enn ikkje-samiske personar i det same området (Eriksen mfl. 2015).

Årsakene til vald og overgrep er samansette. Det å vere utsett for vald i barndommen aukar risikoen for seinare valdshendingar. Særleg utsette er familiar der det er rusproblem og psykiske problem, og svak økonomi er ein annan risikofaktor. Personar frå visse minoritetsmiljø og personar med funksjonsnedsetjingar kan vere særleg utsette. Samanlikna med befolkninga elles er innvandrarar noko oftare utsette for vald og truslar. Dette gjeld særleg vald utan synlege skadar, men òg alvorlege truslar. Særleg utsette er innvandrarar mellom 16 og 24 år, spesielt gutar (Vrålstad og Wiggen 2017). Når det gjeld norskfødde med innvandrarforeldre, er det liten forskjell samanlikna med befolkninga elles. Men det er fleire norskfødde med innvandrarforeldre som er utsette for truslar enn befolkninga elles (Dalgard 2018).

Tal frå Saminor 2 viser at samiske kvinner er gjennomgåande meir utsette for vald og seksuelle overgrep, både i barndommen og som vaksne, enn ikkje-samiske kvinner – og enn menn, uavhengig av etnisitet. Nærmare halvparten av samiske kvinner og éin av tre ikkje-samiske kvinner rapporterte å ha opplevd mental, fysisk eller seksuell vald. Éin av tre samiske menn og éin av fire ikkje-samiske menn rapporterte at dei har vore utsette for éi eller fleire valdelege hendingar i løpet av livet. På oppdrag frå Sametinget og Justis- og beredskapsdepartementet har Nasjonalt kunnskapssenter om vald og traumatisk stress

(NKVTS) gjennomført ein studie om vald i nære relasjonar i samiske samfunn. I studien blir mellom anna manglande samisk språk- og kulturkompetanse hos hjelpeapparatet og politiet løfta fram som ei utfordring.

5.5.2 Førebygging av vald og overgrep

Vald i nære relasjonar og seksuelle overgrep kan både førebyggjast og stansast. Det førebyggjande arbeidet må rettast både mot heile befolkninga og mot dei mest risikoutsette individ, familiane eller gruppene i samfunnet. Eit godt valdsførebyggjande arbeid krev tidleg innsats, langsiktig planlegging og god samordning. Det inneber mellom anna å prioritere tiltak retta mot barn og unge og familiane deira. Valden må førebyggjast på dei arenaene der han går for seg, anten det er i heimen, i barnehagen, på skulen, på arbeidsplassen eller på fritidsarenaer. Internett og sosiale medium er andre arenaer der mobbing, overgrep og seksuell trakassering grip om seg.

Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) legg vekt på at det førebyggjande arbeidet mot vald og overgrep skal prioriterast og styrkjast. Det er sett i verk tiltak og utvikla verktøy for at tilsette i både barnehagar, skular og helsetenester skal bli betre til å avdekkje vald og overgrep og til å handle ved mistanke. Dette inneber mellom anna tiltak som skal bidra til at tenestene skal få auka kompetanse til å samtale med barn om vanskelege tema som vald, overgrep og omsorgssvikt. Det er òg lagt vekt på å betre opplæringa om vald og overgrep i barnehagar og skular. Tiltak i opptappingsplanen retta mot personar som utøver vald og gjer seg skuldige i overgrep, kan òg gjere sitt til å hindre at nye overgrep skjer.

Ei kunnskapsoppsumming frå Folkehelseinstituttet om førebyggjande tiltak for barn og unge viser at det finst få kunnskapsbaserte førebyggjande tiltak (Skogen mfl. 2018). Det går likevel fram at tiltak til støtte for foreldre kan redusere risikoen for at barn blir utsette for vald, og at tiltaka derfor kan reknast som effektive folkehelse-tiltak. Internasjonal forskning viser òg at breie tilnæringsmåtar og kombinasjonar av ulike strategiar må til for å hindre at barn opplever vald i familien (Skogen mfl. 2018).

Helse- og omsorgstenesta spelar ei viktig rolle når det gjeld å førebyggje, avdekkje, behandle og følgje opp skadar etter vald i nære relasjonar. Gjennom helsestasjonsprogrammet skal helsestasjonen medverke til å avverje og avdekkje vald, overgrep og omsorgssvikt. Ved mistanke om overgrep har helsepersonell plikt til å informere bar-

nevernet. Dei nasjonale retningslinjene for svangrskapsomsorga rår til at ein skal spørje kvinnene om dei er blitt utsette for vald, og eventuelt skaffe hjelp eller tilvise vidare. NKVTS (2018) har utarbeidd ei elektronisk rettleiing for helse- og omsorgstenestene i arbeidet med vald i nære relasjonar.

Regjeringa lanserte i juni 2018 ein strategi for foreldrestøtte som skal medverke til å førebyggje vald og omsorgssvikt. Vidare er det utvikla nye verktøy som kommunane skal bruke for å oppdage og følgje opp barn og unge som er utsette for vald og overgrep.

Auka merksemd om vald og overgrep både i barnehagar og skular kan verke førebyggjande. Rammeplanen for barnehagen krev at personalet skal ha kunnskap som gjer at dei skjønar at barn kan vere utsette for omsorgssvikt, vald og seksuelle overgrep, og vite korleis dette kan førebyggjast og oppdagast. Tilsvarende heiter det i forskrift om rammeplan for grunnskolelærerutdanningen at kandidatane skal ha kunnskap om barn i vanskelege livssituasjonar, inkludert kunnskap om mobbing, vald og seksuelle overgrep overfor barn og unge. Kandidatane skal òg kunne identifisere teikn på mobbing, vald og seksuelle overgrep og raskt kunne setje i verk nødvendige tiltak.

Som ledd i Opptappingsplan mot vold og overgrep skal politiet få auka kompetanse til å ta hand om tilfelle av vald og overgrep. Dette skal sjåast i samanheng med tiltak i opptappingsplanen som siktar mot å utvikle ein felles nasjonal kompetansestrategi om vald og overgrep for alle relevante sektorar. Justis- og beredskapsdepartementet finansierer «dinutvei.no», ein nettportal om vald i nære relasjonar og valdtekt. «Dinutvei.no» inneheld oppdatert og kvalitetssikra informasjon til utsette, pårørande, utøvarar og hjelpeapparat om vald i nære relasjonar og valdtekt, mellom anna tips om hjelpetilbod. Det er Nasjonalt kunnskaps-senter om vald og traumatisk stress (NKVTS) som driv nettportalen.

I 2017 blei støttesenter for kriminalitetsutsette etablerte i alle politidistrikt for å styrkje tenestetilbodet til personar utsette for kriminalitet. Støttesentera skal sjå til at dei som er utsette for kriminalitet, får den hjelpa dei treng, og har som oppgåve å følgje dei utsette gjennom heile straffesaksprosessen. Tilbodet ved støttesentera omfattar psykososial støtte og hjelp, mellom anna til å handtere det som har skjedd, og likeins reaksjonane, utfordringane og livssituasjonen framover. Sentera skal rettleie og lose den kriminalitetsutsette til kontakt med andre delar av hjelpeapparatet.

Justis- og beredskapsdepartementet gav i 2018 500 000 kroner i tilskot til NKVTS til vidare forskning på temaet vald i nære relasjonar i samiske samfunn, som eit forprosjekt til ein større forskingsinnsats i ein ny programperiode for forskingsprogrammet om vald i nære relasjonar (2019–2024). Det er vidare i 2018 og 2019 gitt tilskot til Norske reindriftssamers landsforbund (NRL) og prosjektet «Mot til handling». Prosjektet skal bidra til å førebyggje vald i nære relasjonar innanfor reindriftsnæringa og skal gjennomførast i samarbeid med mellom anna Finnmark politidistrikt. Tiltaket er sett i verk i samarbeid med Sameitinget.

Det er sett i gang arbeid med å styrkje det samiske språket knytt til behandling av saker der samiske barn har vore utsette for vald eller overgrep. Statens barnehus i Tromsø har fått eit ansvar og har styrkt bemanninga med ein samisk-språkleg psykolog. I mars 2018 opna ei underavdeling av Statens barnehus Tromsø i Kirkenes.

I fleire år er det blitt stilt midlar til disposisjon for dei politidistrikta der det er kommunar innanfor forvaltingsområdet for samisk språk. Målet er å motivere til auka kunnskap om samisk språk og kultur i politidistrikt med samisk befolkning.

Gjennom Folkehelseprogrammet (2017–2026) skal kommunane utvikle og spreie metodar for å fremje psykisk helse og rusførebyggjande arbeid. Denne modellen kan òg vere eigna til å omfatte det førebyggjande arbeidet mot vald og overgrep. I budsjettet for 2019 er det derfor løyvd 3 millionar kroner til at eitt fylke i 2019 kan vurdere og særskilt prøve ut korleis arbeidet mot vald og overgrep kan utviklast og samkøyrast med andre nærliggjande tema i Folkehelseprogrammet. Folkehelseinstituttet har i 2019 fått i oppdrag å starte eit samarbeid med SSB for å ta inn data om vald og overgrep i folkehelseprofilane. På den måten kan kommunar og fylke følgje med på utviklinga i eiga befolkning og setje i verk tiltak.

Personar med utviklingshemming og eldre med demens er grupper i ein livssituasjon som gjer dei meir risikoutsette enn andre. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har sett i verk eit pilotprosjekt der elleve kommunar, inkludert to bydelar, skal prøve ut ein modell for korleis ein kan handtere vald og overgrep mot sårbare vaksne. Modellen er basert på det britiske SOVA-programmet (Safeguarding of Vulnerable Adults) og har fått det norske namnet TryggEst. TryggEst omfattar òg vald og overgrep som tilsette i tenestene, også helse- og omsorgstenestene, gjer seg skuldige i. Dette blir registrert både i risikovurderinga (med nokre atterhald knytte til

Boks 5.16 Verktøya «Snakke» og «Jeg vet»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) lanserte i 2018 «jegvet.no», eit digitalt heilskapleg informasjonsopplegg for barn og unge om valdsrelaterte tema frå barnehage til vidaregåande skule. Innhaldet tek utgangspunkt i konkrete læringsmål for dei ulike trinna. Formålet er å medverke til systematisk og nasjonalt likeverdig opplæring. Informasjonsopplegget er under utprøving og skal implementerast breitt frå og med 2019. Det skal omsetjast til samiske språk. Bufdir har i 2018 lansert ein kunnskaps- og øvingsportal, «snakkemedbarn.no». Her kan tilsette som jobbar med barn og unge, øve praktisk på samtalar med barn om sensitive tema som vald og overgrep og finne fagstoff om temaet. Portalen skal utviklast vidare og vil bli implementert breitt frå og med 2019.

Boks 5.17 Prosjektet «November» på Stovner politistasjon i Oslo

Prosjektet «November» på Stovner rettar seg i hovudsak mot personar som opplever vald i nære relasjonar. Prosjektet dreier seg om å prøve ut ein modell for samarbeid og samlokalisering av tenester til valdsutsette. Både politi, sosialarbeidarar og psykologspesialistar er tilsette i prosjektet, som skal følgjeevaluerast av Velferdsforskningsinstituttet (NOVA). Rapport skal vere ferdig tidleg i 2019. Evalueringa vil gi eit godt grunnlag for å vurdere om prosjektet skal spreiest til andre politidistrikt. I samband med at regjeringa i budsjettet for 2019 foreslår ei sterkare politisatsing retta mot ungdomskriminalitet og gjengkriminalitet i Oslo, skal prosjektet «November» utvidast. Fleire bydelar skal vere med, og samanhengen mellom ungdomskriminalitet og dårlege oppvekstvilkår på den eine sida og vald og overgrep i familien på den andre skal tydeleggjerast.

EUs personverndirektiv, GDPR) og i den kommunale rapporteringa til Bufdir.

For å kunne setje i verk gode førebyggjande tiltak må vi ha kunnskap om vald og kva som er årsakene til vald. Regjeringa har løyvd i alt 50 millionar kroner til forskning på vald i nære relasjonar over ein femårsperiode. Programmet blir gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter om vald og traumatisk stress (NKVTS) og Velferdsforskningsinstituttet (NOVA). Programmet skal vidareførast for ein ny femårsperiode frå 2019 til 2024. Justis- og beredskapsdepartementet har i tillegg samarbeidd med Sametinget om forskning på vald i nære relasjonar i samiske samfunn.

Regjeringa lanserte i mars 2019 ein ny handlingsplan mot valdtekt. Handlingsplanen skal vere med og sikre heilskapleg og samordna innsats på eit område der mange sektorar har sin del av ansvaret. Eit viktig tema i handlingsplanen er målretta førebygging av valdtekt før skaden har skjedd. Det skal vere lett tilgang til eit hjelpetilbod etter valdtekt. Samtidig som det er behov for meir kunnskap og kompetanse når det gjeld valdtekt, er det viktig å bruke den kompetansen som alle-reie finst. I tråd med dette følgjer det tiltak for god etterforskningskvalitet og behandling av valdtektsaker i rettsapparatet.

Førebygging av vald i nære relasjonar og seksuelle overgrep krev godt samarbeid på tvers av sektorar og ansvarsområde. Politiråd og SLT-samarbeidet – samordning av lokale rus- og kriminalitetsførebyg-

gjande tiltak – er døme på samarbeidsstrukturar der involverte instansar møtest og jobbar «på tvers».

Førebygging av risiko for vald og overgrep på internett

Bruk av ny teknologi og digitale medium står sentralt i kvardagen til både vaksne og barn. Det gir rom for sosialisering, læring og deltaking, men medfører samtidig ulike former for risiko. I analysar peiker politiet på at normene for samhandling på internett er endra, og at dette verkar inn på statistikken over lovbrøt. Slike lovbrøt er mellom anna truslar, ulike typar personangrep, spreieing av aggressive, valdelege budskapar og sosial kontroll på nettet. Bruken av ny teknologi påverkar òg utviklinga når det gjeld seksuallovbrøt.

Saksomfanget i tilknytning til ulovleg deling av overgrepsmateriale og intime bilete og filmar har auka. Det er stort behov for å utvikle førebyggjande tiltak og meir effektiv etterforskning av denne kriminaliteten.

Som ein del av oppfølginga av opptrappingsplanen mot vald og overgrep blir det utarbeidd ein eigen strategi mot internettrelaterte overgrep. Arbeidet er forankra i det interdepartementale samarbeidet mot vald og overgrep. Justis- og beredskapsdepartementet koordinerer arbeidet med strategien.

Justis- og beredskapsdepartementet har i 2018 gitt Institutt for medium og kommunikasjon ved Universitetet i Oslo i oppdrag å vurdere om det bør etablerast eit framtidig nasjonalt forskarnettverk og analysesamarbeid på området barn, risiko og Internett.

Politidirektoratet har i 2018 lagt fram strategien «Kriminalitetsforebygging som politiets primærstrategi 2018–2020». Målet er å gi det førebyggjande arbeidet eit kvalitetsløft på tvers av områda politiet opererer på, og overfor alle former for kriminalitet. Politiet skal vere meir til stades på digitale arenaer, bli betre rusta til å førebyggje kriminalitet via digitale kanalar og styrkje arbeidet med å førebyggje kriminalitet på internett og i sosiale medium.

5.5.3 Tilbod og behandling for personar utsette for vald og overgrep og for utøvarar

Det er eit mål at vald og overgrep skal oppdagast tidleg, at valdsutsette skal få individuelt tilpassa oppfølging og behandling, og at valdsutøvarar og overgripingar skal få hjelp, slik at nye overgrep kan førebyggjast. Det er sett i verk fleire tiltak for å nå desse måla.

Folkehelseinstituttet er i gang med å utarbeide systematiske oversikter over effekten av behandlingstiltak overfor barn og vaksne som er utsette for vald, og for barn og vaksne som utøver vald og gjer seg skuldige i seksuelle overgrep. Arbeid med kompetanse om og tilbod til overgripingar skal utviklast vidare, og det skal utarbeidast ein strategi for auka kompetansespreiing og innsats.

I tillegg til behandling for fysiske skadar treng valds- og overgrepsette hjelp og støtte til å takle dei psykiske trauma etter valden. Kva tilbod som passar best, må vurderast i kvart tilfelle.

I pakkeforløpa for psykisk helse og rus som er implementerte frå 1. januar 2019, skal ein kartlegge om helsetilstanden til ein pasient som er til utgreiing, kan henge saman med tidlegare og noverande belastande livshendingar som vald, overgrep eller andre traumatiske erfaringar.

Innanfor tannhelse er det dei siste åra etablert eit nytt tilbod til personar som har alvorleg angst for tannbehandling, og til offer for tortur og overgrep. Det er fylkeskommunane som tilbyr denne tenesta, med tilskot frå Helse- og omsorgsdepartementet. Pasienten får psykologisk behandling for å takle angst, slik at tannbehandling kan setjast i gang. Team av psykologar og tannlegar behandlar pasientar som i mange tilfelle ikkje har vore til

tannlege på mange år, og som har eit stort behov for tannbehandling.

Den behandlinga familieverntenesta tilbyr valdsutsette og valdsutøvarar, er trappa opp dei seinare åra. Familievernet har etablert eit nasjonalt fagmiljø med spisskompetanse på vald, og regionale ressursmiljø skal spreie kunnskap og rettleie dei andre kontora i valdssakene. «Alternativ til Vold» (ATV) er òg blitt vesentleg styrkt dei seinare åra, seinast i 2019. Styrkinga har både gått ut på å etablere nye kontor og å gi eksisterande kontor eit familiemandat, det vil seie at ATV ikkje berre skal gi eit tilbod til valdsutøvarar, men òg til vaksne som er blitt utsette for valdsbruk og barn som opplever vald heime. Etableringa av tilbod i Finnmark med samisk kompetanse skal prioriterast.

Helse vest RHF har fått i oppdrag å leie arbeidet med å styrkje kompetansen og etablere eit behandlingstilbod i alle helseregionar for barn og unge med problematisk eller skadeleg seksuell åtferd. Helseføretaket skal samarbeide med dei andre regionale helseføretaka om oppdraget. Dei regionale helseføretaka har elles etablert eit nasjonalt klinisk nettverk for å byggje opp kunnskapsbasert utgreiings- og behandlingskompetanse i spesialisthelsetenesta for barn og unge med problematisk eller skadeleg seksuell åtferd. Helse vest RHF leier nettverket.

5.5.4 Negativ sosial kontroll

Det finst barn og unge i Noreg som veks opp med frykt for å bli utsette for negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlesting. Dei som søker om hjelp, er både innvandrarar og unge som er fødte og har vakse opp i Noreg. Fleire lever med langvarige påkjenningar som hindrar dei i å delta fullt ut i samfunnet gjennom utdanning, arbeid og frivillig engasjement. Innsatsen mot vald og overgrep som negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlesting er viktig for å sikre grunnleggjande rettar og forhindre utanfor-skap.

Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse «Retten til å bestemme over eget liv» (2017–2020) inneheld 28 tiltak i fleire sektorar. Tiltaka skal styrkje rettsvernet og hjelpa til dei som blir ramma, endre praksis og haldningar i aktuelle miljø og styrkje kunnskapen i tenestetilbodet og forskinga på feltet. Eitt av tiltaka er at ordninga med minoritetsrådgivarar som arbeider på skular der det er mange elevar med minoritetsbakgrunn, skal utviklast vidare. Minoritetsrådgivarane gir råd, følgjer opp enkelt-

saker og skal auke kompetansen hos dei tilsette ved skulane og i det offentlege hjelpeapparatet. Handlingsplanen må sjåast i samanheng med opptrappingsplanen mot vald og overgrep (2017–2021).

Regjeringa har oppnemnt ei ekspertgruppe som skal gå gjennom inntil ti enkeltsaker der barn og unge er blitt etterlatne i utlandet mot sin vilje. Ekspertgruppa skal sjå på om utsending kunne ha vore forhindra, og om det har svikta i det offentlege si handtering av desse sakene før utsending og etter heimkomst. Ekspertgruppa skal gi tilrådingar som skal bidra til at ein kan førebyggje og forhindre framtidige tilfelle. Korleis born og unge sjølve har opplevd hjelpeapparatet, er ein viktig del av mandatet for gruppa. Arbeidet skal resultere i ein rapport i løpet av 2019.

Negativ sosial kontroll er eitt av dei fire innsatsområda i integreringsstrategien som regjeringa la fram i november 2018. Strategien inneheld ni tiltak som på ulike måtar skal førebyggje og hindre ulike former for negativ sosial kontroll og tvang. I februar 2019 lanserte regjeringa ein nettportal der ungdom som er bekymra eller utsette for negativ sosial kontroll, kan søkje råd og hjelp. Det er Integrerings- og Mangfoldsdirektoratet, IMDi som har utvikla og driftar sida: <https://www.imdi.no/nora>

Eitt av hovudsatsingsområda for integreringsstrategien til regjeringa i perioden 2019–2021 er retten til å leve eit fritt liv. Målet er å byggje ned barrierar som gjer mennesket ufritt, mellom anna negativ sosial kontroll. Personar som bryt med normer for kjønn og seksualitet og veks opp i familiar som utøver negativ sosial kontroll, har auka risiko for å bli utsette for fysisk eller psykisk vald, som avvising, utstøyting, tvangsekteskap eller andre alvorlege brot på retten til å bestemme over eige liv. LHBTIQ-personar (lesbiske, homofile, bifile, transpersonar, interkjønn og queer) kan kjenne seg pressa til å inngå heterofile ekteskap. «Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk» (2017–2020) inneheld ei rekkje tiltak på området.

Boks 5.18 Vald og overgrep

Regjeringa vil

- vidareføre innsatsen mot vald og overgrep og følgje opp regjeringa sin opptrappingsplan
- vidareutvikle Handlingsplan mot vold i nære relasjonane.
- utarbeide ein strategi mot internettrelaterte overgrep
- følgje opp ny Handlingsplan mot voldtukt (2019–2022)
- sikre at indikatorar for vald og overgrep blir innarbeidde i folkehelseprofilane
- vurdere vidare oppfølging av tiltak mot vald og overgrep i folkehelseprogrammet
- prioritere arbeidet med å førebyggje vald og overgrep mot barn og arbeidet med å styrkje behandlingstilbodet til personar som gjer seg skuldige i overgrep

5.6 Smittevern og antibiotikaresistens

Eit godt smittevernarbeid er heilt avgjerande for god folkehelse. Det krev tilstrekkelege ressursar, oppdatert kunnskap og deltaking i samarbeid over landegrensene. Regjeringa legg vekt på at Noreg skal ha eit godt smittevern. Eit høgt prioritert område er å førebyggje antibiotikaresistens. Ein tek utgangspunkt i eit «one health»-perspektiv og set dyrehelse og folkehelse i samanheng. Dei sterke samanhengane mellom human-, landdyr- og fiskehelse, plantehelse og miljø krev ein samla global innsats på tvers av fagområda. For å møte dei alvorlegaste helsetruslane vi står overfor, er det nødvendig å sjå utvikling og spreining av smittestoff og antibiotikaresistens hos menneske og dyr, i mat og i det ytre miljøet under eitt. Antibiotikaresistens og spreining av ulike former for influensavirus er slåande døme på kor tett dyrehelse og folkehelse heng saman.

5.6.1 Smittevern

Smittevernlova (lov 5. august 1994 om vern mot smittsomme sykdommer) har til formål å verne befolkninga mot smittsame sjukdommar og hindre spreining av smittsame sjukdommar til eller frå Noreg.

Arbeidet for betre smittevern og arbeidet mot antibiotikaresistens omfattar til dels overlap-

pande aktivitetar, men er ikkje det same. Eit godt smittevern har ein verdi i seg sjølv, utover å avgrense utvikling og spreiding av resistens. Eit betre smittevern førebyggjer infeksjonar forårsaka av både følsame og resistente mikrobar, og på den måten kan både unødvendig sjukdom og død førebyggjast. Men smittevern omfattar ikkje tiltak for å redusere unødig bruk av antibiotika, som òg er viktig for å motverke utviklinga av antibiotikaresistens. Omvendt vil redusert antibiotikabruk vere med og redusere seleksjonen av resistente mikrobar og dermed lette arbeidet for eit betre smittevern.

Evalueringar har vist at strukturane og kompetansen som skal til, i hovudsak er på plass i det norske arbeidet med smittevern og antibiotikaresistens.

Likevel peiker European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) i sin rapport om Noreg (ECDC 2019) på at innsatsen for eit betre smittevern må styrkjast fort. Grunnen er at særleg visse former for aggressive, resistente tarmbakteriar er ein global trussel som no spreier seg raskt i europeiske land. Det har allereie vore fleire utbrot av slike bakteriar på norske sjukehus, mellom anna på Haukeland og Oslo universitetssjukehus. ECDC understrekar at Noreg ikkje bør vente med tilstrekkelege mottiltak til desse mikrobane er etablerte i Noreg. Dersom dei får fotfeste, vil det særleg gå ut over dei mest sårbare pasientane, til dømes eldre og immunsvekte. For å motverke spreiding av slike resistente tarmbakteriar har det liten effekt å skrive ut mindre antibiotika. Her er det berre smitteverntiltak som hjelper. Nettopp desse resistente tarmbakteriane er på topp på prioriteringslista til WHO frå 2017 over infeksjonar som ein manglar kritisk viktige antibiotika mot, noko som understrekar alvorlet i situasjonen.

Smittevern er eit samansett tema. Det spenner frå god praksis på individnivå med omsyn til når og korleis vi vaskar hendene og hostar, til tekniske og økonomiske tilhøve ved bygningar og utstyr på institusjonar. Godt smittevern er avhengig av god hygiene i samfunnet og ei friskast mogleg befolkning med høg vaksinasjonsdekning både generelt og blant helsepersonell. Godt smittevern er òg avhengig av eit solid kunnskapsgrunnlag som gjer det mogleg å planleggje og følgje utviklinga.

Det er inga internasjonal semje om korleis det samla smittevernet best kan målast, og heller ikkje om kva indikatorar som er mest veileigna å bruke for å følgje utviklinga over tid. Særleg gjeld dette smitteverntiltak i helseinstitusjonane. Derfor er det ei utfordring å utvikle indikatorar for å

følgje utviklinga i smittevernet som fagmiljøa kan stille seg bak, og som særleg kan vere nyttige for leiinga på sjukehusa og i helseinstitusjonane.

Innvandrarar, medrekna asylsøkjjarar, frå låg- og mellominntektsland er overrepresenterte som berarar av enkelte infeksjonar, mellom anna tuberkulose- og hiv-smitte (Folkehelseinstituttet 2018a). Dette er sjukdommar der innvandraren vanlegvis er smitta i opphavslandet, men får diagnosen i Noreg.

5.6.2 Statusen for antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens er i dag eit raskt veksande problem og ein alvorleg helsetrussel på verdsbasis. Tiltak mot antibiotikaresistens krev internasjonalt samarbeid. Antibiotikaresistens kryssar landegrensene gjennom handel, mat, menneske, dyr og miljø og krev ein global respons. Alle har interesse av at det blir ført ein ansvarleg antibiotikapolitikk. Det må arbeidast for at antibiotika berre skal brukast når det er nødvendig, samtidig som alle som treng tilgang på antibiotika, bør få det.

Verksame antibiotika er ein føresetnad for moderne medisinsk behandling. Dette gjeld i alle situasjonar der infeksjonar kan gi alvorlege utslag, til dømes ved kreftsjukdommar, i nyfødmedisinen, ved transplantasjonskirurgi og i samband med ein del vanlege kirurgiske inngrep der antibiotika blir brukt førebyggjande for å hindre infeksjonar. Utan effektive antibiotika vil risikoen ved slik behandling auke til uakseptable nivå. Dette kjem i tillegg til nødvendig bruk av antibiotika ved alvorlege bakterielle infeksjonar, som lungebetennelse og hjernehinnebetennelse. Vi risikerer ei framtid utan effektive antibiotika, der infeksjonar som vi i dag reknar som ufarlege, igjen kan få dødeleg utfall. Auken i antibiotikaresistens kjem samtidig med at utviklinga av nye antimikrobielle legemiddel stagnerer. Noreg må bidra til at det kan utviklast nye antibiotika og diagnostiske hjelpemiddel.

Antibiotikaresistens er ein trussel som ikkje kan fjernast. Derfor må det setjast i verk tiltak for å minske resistensutviklinga, og vi må innrette oss slik at konsekvensane for menneske og dyr blir minst mogleg. Dette har vore ein prioritet for regjeringa både nasjonalt og i det internasjonale helsearbeidet. Arbeidet held fram med uforminska styrke gjennom oppfølging av Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020). I strategien har regjeringa fastsett måla for arbeidet mot antibiotikaresistens og tiltaksområde for å nå måla. Strategien er utgangspunktet for den nasjo-

nale og internasjonale innsatsen i fem departement.

Eit sentralt tiltaksområde i strategien er betre infeksjonskontroll, som omfattar:

- førebygging av infeksjonar og tiltak for kontroll med infeksjonar
- vaksinar
- rask og god diagnostikk

Noreg har eit lågt forbruk av antibiotika samanlikna med mange andre land, men vi kan likevel bli betre. Status for antibiotikaforbruk og antibiotikaresistens ved utgangen av 2017 går fram av NORM og NORM-VET-rapporten for det året. Hovudfunna frå overvakinga er at resistensen breier seg gradvis, men at enkelte mikrobar, til dømes bakteriar som gir sjukdommen gonoré, no er resistente mot alle eller nesten alle antibiotika.

Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten med det mål å redusere antibiotika-bruken i befolkningen med 30 prosent innan utløpet av 2020 (frå 2016) var den første handlingsplanen Helse- og omsorgsdepartementet la fram som ledd i denne strategien. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med ein handlingsplan for eit betre smittevern med fokus på helseinstitusjonane. Planen vil konkretisere arbeidet for eit betre smittevern i tråd med den overordna strategien.

Andre departement har utarbeidd tilsvarande handlingsplanar på sine område. Mellom anna fastsette Landbruks- og matdepartementet i 2016 ein handlingsplan mot antibiotikaresistente bakteriar i mat og dyr.

5.6.3 Utdanning og opplæring i smittevern

Det er behov for å vurdere smittevernkompetansen hos helsepersonell og kva plass smittevernet skal ha i helsefagutdanningane. Behovet for kompetanse innanfor smittevern er aukande. Den undervisninga studentane får, må innrettast etter dette.

Dei fleste smittevernlegar ved norske sjukehus er spesialistar i medisinsk mikrobiologi eller infeksjonsmedisin. Dei har ikkje nødvendigvis kompetanse i epidemiologi eller systemforvaltning, noko som er viktig i smittevern faget. Smittevernlegar i kommunane er ofte spesialistar i samfunnsmedisin eller allmennmedisin.

Det er eit tydeleg behov for å gi smittevernet større plass i dei helsefaglege grunnutdanningane og sikre vidare- og etterutdanning i smittevern.

Ei nordisk utdanning i smittevern er i etableringsfasen, og det finst ulike norske utdanningstilbod og internasjonale kurs.

I dialog med universitet og andre institusjonar skal ein vurdere å leggje til rette for fleire akademiske stillingar for å auke forskinga på smittevernfeltet. Noreg har gode register og databasar og er i ein unik posisjon til å kunne skaffe fram ny kunnskap på fagområdet. Auka kompetanse på epidemiologi er ønskjeleg for å integrere overvaking og dagleg smittevernarbeid betre. Akkrediteringssystem for infeksjonsepidemiologar bør vurderast for å sikre standardisering av fagområdet.

Smittevern bør vere læringsmål i aktuelle spesialistutdanningar for å sikre nødvendig merksemd om smittevern i all pasientbehandling.

Boks 5.19 Smittevern og antibiotikaresistens

Regjeringa vil

- framleis prioritere arbeidet mot antibiotikaresistens ved å implementere Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020) og handlingsplanane mot antibiotikaresistens i helsetenesta og for eit betre smittevern
- leggje til rette for at helsepersonell i Noreg kan ta ei utdanning i smittevern på masternivå
- starte ein prosess for å få kunnskap om smittevern tydelegare inn i alle relevante medisinske spesialitetar
- vurdere eit akkrediteringssystem for infeksjonsepidemiologi

5.7 Mattryggleik

Berekraftsmål 2 handlar om å redusere svolt og fremje mattryggleik og godt kosthald. God mattryggleik er mellom anna tilgang til nok trygg mat med rett næringsinnhald.

Trygg mat er ein grunnleggjande føresetnad for god folkehelse. Godt førebyggjande arbeid i heile matproduksjonskjeda er grunnleggjande for trygg mat. Betring av plante- og dyrehelsa globalt er svært viktig for å kunne forsyne verda med nok og trygg mat. Ein stor del av den globale matproduksjonen går tapt på grunn av planteskadegjerarar og dyresjukdommar. Stadig fleire sjukdommar og skadegjerarar kryssar landegrensene som følgje av handel, reising og klimaendringar. Derfor blir det stilt krav ved internasjonal handel med mat.

I internasjonal samanheng er Noreg i ei heldig stilling når det gjeld plante- og dyrehelse og innhald av uønskte stoff og smittestoff i mat. Årsaka er målretta og effektiv kamp mot smittestoff blant husdyr og planteskadegjerarar, ei næring som tek ansvar, og eit godt utbygd tilsyn med all produksjon og omsetning av mat. Eit strengt regelverk og rutinar for god hygiene i alle ledd langs heile kjeda, saman med overvåkings- og kontrollprogram for innsatsvarer, plantar, landdyr, fisk og mat, syter for at situasjonen er god. Slik blir det mindre risiko for å overføre uønskte stoff og smittestoff til menneske, og sjukdomsutbrot blir mindre sannsynlege. God dyre- og fiskehelse gjer òg sitt til at bruken av antibiotika til dyr går ned.

Regjeringa legg vekt på å tryggje denne gode tilstanden. Det krev systematisk regelverks- og tilsynsarbeid langs heile verdikjeda, og effektive tilsynssystem må utviklast vidare. Det er verksemdene sjølve som har ansvaret for at maten er trygg. God dialog med bransjeorganisasjonar og verksemdar er viktig for å sikre at dei tek ansvar, og at regelverksarbeidet er formålstenleg. Målet om å sikre trygg mat kan ein best nå ved å sjå alle ledd langs heile matproduksjonskjeda – frå jord og fjord til bord – i samanheng. Derfor har Noreg ei heilskapleg matlov og eit tilsyn (Mattilsynet) som dekkjer heile matproduksjonskjeda. Den offentlege innsatsen for å sikre trygg mat er risikobasert for å gi best effekt. Kunnskap om korleis ulike risikofaktorar verkar inn på sjukdom og død i folket, er derfor viktig. I denne samanhengen spelar Vitskapskomiteen for mat og miljø (VKM) ei viktig rolle som leverandør av risikovurderingar til Mattilsynet. Nedanfor i dette kapitlet nemner vi enkelte aktuelle tema som er ei utfordring i arbeidet med mattryggleik.

Globalisering av matvaremarknaden, ny produksjonsteknologi og internasjonale trendar har stor innverknad på matvaretilbodet og kosthaldsvanane våre. Behovet for rett kunnskap om kva folk i Noreg et, er grunnleggjande for nasjonalt førebyggjande kosthaldsarbeid og arbeid med mattryggleik. Det er viktig og krevjande å ha oppdaterte og gode data over det norske kosthaldet til kvar tid. Folkehelseinstituttet og Mattilsynet samarbeider om overvaking av mat og kosthald i Noreg.

Mattilsynet har ansvaret for matvaretabellen, og Folkehelseinstituttet har ansvaret for kosthaldsundersøkingane. Mattilsynet gjennomfører eit analyseprosjekt på næringsstoff i matvarer kvart år og oppdaterer matvaretabellen årleg. Mattilsynet har òg det administrative ansvaret for overvåkingsprogram på framandstoff. Datakvali-

teten må vere god nok til å kunne rekne ut inntaket av matvarer, næringsstoff og framandstoff. Dette er derfor eit kontinuerleg arbeid. Fleire kunnskapsinstitusjonar tek del i arbeidet, mellom dei Havforskningsinstituttet og Veterinærinstituttet.

Noreg deltek aktivt i internasjonalt samarbeid på matområdet gjennom Nordisk ministerråd, EU, WHO, FAO, IPPC (International Plant Protection Convention), OIE (World Organisation for Animal Health) og Codex Alimentarius. Gjennom dette arbeidet medverkar Noreg til internasjonal regelverksutvikling og auka forståing av at førebyggjande arbeid er heilt grunnleggjande. Nye, trugande sjukdommar, som zoonosar (sjukdommar som smittar mellom menneske og dyr), og utvikling av antibiotikaresistens kan best motverkast gjennom sterkt internasjonalt samarbeid og eit harmonisert regelverk. Det aller meste av regelverket på mattryggleiksområdet er harmonisert med EU. Ein stor del av innsatsen går derfor ut på å ta del i regelverksutviklinga i EU.

5.7.1 Nokre utfordringar på området mattryggleik

Det har vore ei rekkje nasjonale og internasjonale sjukdomsutbrot knytte til vegetabiliske matvarer dei siste ti åra. Eteklare vegetabiliske matvarer kan vere forureina med bakteriar, virus og parasitar som fører til sjukdom hos menneske. Risikoen er særleg knytt til friske bladgrønsaker og krydderurter importerte frå varmare land med avgrensa tilgang på reint vatningsvatn. Importerte frosne bær har òg vore årsak til fleire utbrot.

Utbrot på grunn av friske vegetabil kan vere vanskelege å spore, då matvarene er lite haldbare og det sjeldan er noko att av dei til å ta prøvar av. Kontrollar Mattilsynet har gjort hos verksemdar når det har etterforska utbrot, har vist mangelfulle sporingssystem og avgrensa kompetanse når det gjeld farane ved import, produksjon og omsetning av vegetabiliske risikoprodukt. Importørane har ansvaret for å sikre at produkta dei importerer, er trygge. Mattilsynet har i samråd med Folkehelseinstituttet, Veterinærinstituttet og NMBU Veterinærhøgskolen utarbeidd råd til forbrukarane med sikte på trygg handtering av frukt, bær og grønsaker på www.matportalen.no.

Ei anna utfordring for mattryggleiken er at moderne bioøkonomi og utvikling av ein meir sirkulær økonomi opnar for at fleire ressursar kan gjenbrukast i matkjeda, til dømes kan matavfall brukast som dyrefôr og slam frå oppdrettsanlegg bli til biobrensel og gjødsel. Det kan bringe nye

element inn i verdikjeda for mat som ein ikkje har prøvd ut og testa. Her er det behov for meir kunnskap for å sikre effektiv og trygg bruk av nye ressursar og ny teknologi. Til dømes må regelverksutviklinga og tilsynssystema for mattryggleik tilpassast ny kunnskap og nasjonale og internasjonale utviklingstrekk.

Tiltak mot radioaktiv forureining i dyr, fôr og næringsmiddel

Noreg var det landet utanom det tidlegare Sovjetunionen som fekk mest nedfall av radioaktivt cesium etter reaktorulykka i Tsjernobyl i april 1986. Framleis er det nødvendig å gjere årlege målingar og treffe mottiltak i landbruket for at nivåa av radioaktivt cesium i kjøt, mjølk og liknande produkt skal vere under gjeldande tiltaksgrenser og dermed kunne omsetjast som mat.

På oppdrag frå Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidde Statens strålevern (no DSA, Direktoratet for strålevern og atomtryggleik) og Mattilsynet i 2013 «Strategi for forvaltning av radioaktivitet i fôr og næringsmidler». På bakgrunn av denne strategien blei det utarbeidd ein gjennomføringsplan for forvaltning av radioaktiv forureining i levande dyr, fôr og næringsmiddel, medrekna drikkevatt.

Formålet med strategien og den tilhøyrande gjennomføringsplanen var å leggje grunnlaget for relevante og kostnadseffektive mottiltak på matområdet også i tilfelle ei ny strålingshending. Viktige tema i gjennomføringsplanen var organiseringa av måle- og laboratoriekapasiteten og behovet for kartlegging, overvaking og kontroll for å sikre trygg mat, trygt drikkevatt, trygt fôr og trygge innsatsvarer med omsyn til radioaktiv forureining. Å styrkje og halde oppe strålevernkompetansen var andre tema. Dei fleste oppgåvene i gjennomføringsplanen er no utførte.

DSA og Mattilsynet har fått i oppdrag å lage ein ny strategi for å løyse resterande utfordringar på matområdet, igjen med ein tilhøyrande gjennomføringsplan.

Merking av alkoholhaldige drikkevarer

Alkoholhaldige drikkevarer med over 1,2 volumprosent alkohol er fritekne frå det obligatoriske kravet i matinformasjonsforordninga om merking med ingrediensliste og næringsdeklarasjon. I norsk rett er denne forordninga gjennomført i matinformasjonsforskrifta.

Etter matinformasjonsforordninga skal Europakommisjonen vurdere om alkoholhaldige drikkevarer skal omfattast av dei merkjekrava som det i dag er gitt fritak frå. Så langt har kommisjonen oppmoda ein samla alkoholindustri til å foreslå ei felles sjølvreguleringsordning for å tilfredsstille forbrukarar som forventar informasjon om næringsinnhald i alkoholhaldige drikkevarer. Alkoholindustrien la fram forslag til sjølvreguleringsordning i mars 2018. Forslaget er no til vurdering i Europakommisjonen.

Regjeringa meiner at alkoholhaldige drikkevarer bør merkjast på lik linje med andre matvarer, då slik merking gir viktig informasjon med tanke på folkehelsa og er nødvendig for at forbrukarane skal kunne vite kva produkta inneheld og ta informerte val. Frå norsk side er ei regulering ønskeleg, og Noreg har ved fleire høve teke dette opp med Europakommisjonen. Helse- og omsorgsdepartementet følgjer utviklinga i EU.

Energidrikkar

Det har vore ein vesentleg auke i salet av energidrikkar i dei seinare åra. Fram til hausten 2008 var næringsmiddel med tilsett koffein rekna som legemiddel, og berre små mengder koffein kunne lovleg tilsetjast som aroma til cola og andre leskedrikkar. Etter gjeldande regelverk kan koffein no tilsetjast som aromastoff i matvarer og drikkar. For høgt inntak av koffein kan medføre helse-skade.

Endringa har ført til ein stor auke i talet på produkt med tilsett koffein som blir selde i butikkar og kioskar, på treningssenter og over Internett. Marknadsføringa er gjerne knytt til idrettsførebi-lete for å appellere til barn og unge.

Forbrukarrådet har gjennomført ei undersøking der barn heilt ned i 10–12-årsalderen melder at dei drikk energidrikkar jamleg. Forbruksmønsteret endrar seg med alderen ved at «inntak fleire gonger i veka» aukar kraftig frå aldersgruppa 10–12 år til gruppa 13–15 år. I ein rapport frå 2009 seier Vitskapskomiteen for mat og miljø (VKM) at barn og unge kan få i seg for mykje koffein frå energidrikkar. Sjølv om det ikkje er noka aldersgrense for kjøp av energidrikkar i Noreg, har leverandørane av energidrikkar til den norske marknaden blitt einige om å ikkje marknadsføre energidrikkar mot ungdom under 16 år. I tillegg har den norske drikkevarerbransjen pålagt seg sjølv å ikkje drive noka form for marknadsføring mot barn under 13 år.

Hausten 2018 bad Helse- og omsorgsdepartementet Mattilsynet om å greie ut ulike alternative

tiltak for betre å kunne verne barn og unge mot helseskadar som følgje av høgt konsum av energidrikkar. Utreiinga blei overlevert i februar 2019. Hovudkonklusjonen er at med dagens konsum vil eit middels inntak av koffein frå energidrikkar åleine ikkje medføre nokon helserisiko blant barn og unge, men det gjeld så lenge inntaket ikkje aukar ytterlegare og koffeininnhaldet ikkje blir høgare. På bakgrunn av mellom anna ei ny risikovurdering frå Vitskapskomiteen for mat og miljø (VKM), dialog med myndigheiter i andre land og dialog med bransjen foreslår Mattilsynet fleire tiltak, til dømes ei forskriftsfesta grense for kor mykje koffein energidrikkar kan innehalde, betre informasjon overfor barn og unge, meir forpliktande retningslinjer for sjølvregulering av marknaden og overvaking av omsetning og forbruk av energidrikkar og andre koffeinholdige produkt. Departementet vil vurdere dei ulike tiltaka og følgje opp på eigna måte.

Boks 5.20 Mattryggleik

Regjeringa vil

- følgje utviklinga med omsyn til smitte frå vegetabiliske matvarer og be Mattilsynet arbeide vidare med å sjå til at norske verksemder og importørar har gode system for å sikre at eteklare vegetabiliske matvarer er trygge
- vurdere tiltak for å verne barn og unge mot helseskadar som følgje av høgt konsum av energidrikker
- utarbeide ein ny strategi for å styrkje beredskap og informasjon i forvaltninga av radioaktiv forureining i dyr, fôr og næringsmiddel i regi av DSA (Direktoratet for strålevern og atomtryggleik) og Mattilsynet

5.8 Drikkevatt

Tilgang på tilstrekkelege mengder reint vatn til drikke og matlaging er avgjerande for folkehelsa. Det er òg avgjerande for næringslivet og alle andre samfunnsfunksjonar. I hovudsak har folk i Noreg tilgang på drikkevatt som er tilfredsstillande både i mengd og kvalitet, men gammalt og dårleg leidningsnett, klimaendringar og ein endra tryggingssituasjon gjer at det er nødvendig å auke

medvitet og oppgraderingstakten i kommunane for å unngå framtidige problem.

5.8.1 Status og utfordringar

Det er i all hovudsak kommunane som eig og driv vassforsyningssystema. Følgjeleg er det kommunane som har ansvaret for å følgje utfordringane betre opp. Den alvorlegaste utfordringa er den uvissa eit gammalt og dårleg leidningsnett representerer. Lekkasjetapet er i gjennomsnitt på 30 prosent, i dei verste tilfella opp mot 60 prosent. Noreg er dermed blant dei dårlegast stilte landa i Europa når det gjeld lekkasjetap. Lekkasjar kan føre til innsug av forureina vatn og dermed fare for at folk kan bli sjuke av drikkevatt. Det er dessutan lite berekraftig, sidan mykje meir drikkevatt må behandlast og desinfiserast enn det som når forbrukarane. Lekkasjane medfører dessutan ekstra belastning på avløpsnettet, sidan lekkasjevatt ofte renn inn i like dårlege avløpsleidningar og dermed belastar avløpsreinseanlegga òg. Sider ved tryggleikssituasjonen er nærmare omtalte i kapitlet om beredskap.

Kommunane ser ikkje ut til å ta utfordringane med gammalt og dårleg leidningsnett alvorleg nok. Problema med dårleg leidningsnett har vore kjende lenge. Likevel har utskiftingstakten dei seinare åra lege på 0,6–0,7 prosent både for drikkevassleidningar og avløpsleidningar. Med ein utskiftingstakt på 1 prosent tek det 100 år å fornye nettet. I dei nasjonale måla for vatn og helse er målet å auke takten til 2 prosent dei kommande tiåra for å ta att etterslepet. Norsk Vann (Norsk Vann 2017) har, ut frå ei auke til 1 % i utskiftingstakten, stipulert at investeringsbehovet fram til 2040 er på ca. 280 milliardar kroner. Dersom fornyingstakten ikkje aukar vesentleg, vil nettet blir meir og ikkje mindre forelda.

Klimaendringane skaper òg utfordringar. Store nedbørsmengder påverkar vasskvaliteten i råvasskjeldene, og utgraving kan ødeleggje leidningsnettet. På motsett ytterkant kan lange tørkeperiodar føre til vassmangel.

Utviklinga er urovekkjande fordi den vedvarende foreldinga av drikkevassleidningane våre på sikt kan føre til fleire sjukdomstilfelle. I dag veit vi for lite om kor mange som blir sjuke av drikkevatt. Folkehelseinstituttet gjennomfører no ein omfattande studie for å kartleggje samanhengen mellom vasskonsum og mage-tarm-sjukdom. Resultata er venta å liggje føre i 2020.

Internasjonalt samarbeid om vatn og helse

WHO/UNECE-protokollen om vatn og helse har som mål å verne helsa og velferda i befolkninga gjennom betre vassforvalting, mellom anna vern av vatn og økosystem, og ved å førebyggje, avgrense og redusere vassrelaterte sjukdommar. Noreg ratifiserte protokollen 6. januar 2004.

Noreg har i ei årrekke vore aktiv i fleire arbeidsgrupper under arbeidsprogrammet til protokollen. Noreg er mellom anna leiarland for aktivitetane på områda drikkevassovervaking og overvaking av sjukdom i drikkevatt, der Folkehelseinstituttet deltek. Kapasitetsbygging og utvikling av internasjonale støtteverktøy for sjukdoms- og drikkevassovervaking er sentrale element i dette arbeidet.

I 2012 gjorde Noreg opptakten til eit nordisk-baltisk nettverk om vatn og helse. Nettverket møtest årleg for å utveksle erfaringar knytte til trygt drikkevatt, leidningsnett, badevatn og avløpsvatn.

5.8.2 Nasjonale mål for vatn og helse – tiltak

For å møte utfordringane vedtok regjeringa i 2014 nasjonale mål for vatn og helse med utgangspunkt i at Noreg har slutta seg til WHO/UNECE-protokollen for vatn og helse. Helse- og omsorgsdepartementet følgjer opp dette arbeidet med ein rullerande gjennomføringsplan som sist blei revidert hausten 2017. Nokre av måla er alt nådde. Ny drikkevassforskrift, som tok til å gjelde 1.1.2017, har eit tydelegare krav om drift og vedlikehald av leidningsnett og tydelegare krav om førebyggjande sikring og beredskap. Ei ny rådgivingstene for vassverk i krisesituasjonar (Nasjonal vannvakt) blei etablert ved Folkehelseinstituttet våren 2017. Den nemnde undersøkinga av sjukdomsbyrde er òg eit tiltak under gjennomføringsplanen.

Gjennomføringsplanen vil bli evaluert og oppdatert innan utgangen av 2020.

FNs berekraftsmål 6 gjeld reint vatn og gode sanitærforhold. Berekraftsmål 3.3 handlar om vassborne sjukdommar. Måla som gjeld etter protokollen for vatn og helse, er òg rekna som viktige for å følgje opp berekraftsmål nr. 6 og nr. 3.3.

Program for teknologiutvikling i vassbransjen

Regjeringa arbeider med eit forslag til ein norsk modell for eit program for teknologiutvikling i vassbransjen for å hjelpe kommunane med å møte utfordringane som gammalt og dårleg leidnings-

nett, klimaendringar og endra tryggleikssituasjon utgjer. Målet er å fremje forskning og utvikling med sikte på kostnadseffektive og berekraftige framtidige løysingar. Eit slikt program kan bli ei tilskunding for kommunar og vass- og avløpsselskapa til å skifte ut leidningsnettet raskare. Folkehelseinstituttet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet greidd ut dette. Klima- og miljødepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet har vore representerte i styringsgruppa for arbeidet.

Utgreiinga tek mellom anna til orde for at eit program for teknologiutvikling i vassbransjen får namnet «Vannbransjens innovasjonsprogram», og at sekretariatet blir lagt til Folkehelseinstituttet. Ifølgje utgreiinga blir det nødvendig med lov- og avgiftsendringar for å finansiere eit slikt program for teknologiutvikling.

5.8.3 Betre samordning i forvaltinga

Ei rekke departement er delaktige i forvaltinga på vassområdet. Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Olje- og energidepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet er dei mest sentrale. Kommunane, Norsk Vann og bransjeorganisasjonar innanfor vatn og avløp har etterlyst ei meir heilskapleg forvalting på vassområdet. Ifølgje Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap (samfunnssikkerhetsinstruksen), forankra i Justis- og beredskapsdepartementet sin budsjettproposisjon for 2019, er Helse- og omsorgsdepartementet hovudansvarleg departement for den kritiske infrastrukturen for vatn og avløp, og har såleis eit særleg ansvar for å samordne nødvendig arbeid med samfunnstryggleik på området. Vassforsyning er dessutan tema i «Totalforsvarsprogrammet 2016–2020».

Ei sikker vassforsyning oppnår ein best med ei heilskapleg forvalting der ein ser vatn, avløp og anna som kan påverke drikkevattet, i samanheng. Regjeringa vil derfor opprette eit interdepartementalt samarbeidsforum under leiing av Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på ei heilskapleg forvalting der ein ser vatn, avløp og anna som kan påverke drikkevattet eller er viktig for samfunnstryggleiken, i samanheng.

For å kunne følgje opp dei nasjonale måla og krava i drikkevassforskrifta er det viktig at både vassverkseigarar og tilsynsmyndigheiter har data og oversikter som gjer at dei kan vurdere situasjonen. Som nemnt er kommunane eigarar av vassverka som forsyner størstedelen av befolkninga. For å kunne følgje opp pliktene sine må kommu-

nane byggje på dei rette føresetnadene. Folkehelseinstituttet offentliggjør i dag data om tilstanden på drikkevassområdet som ledd i dei årlege kommunale folkehelseprofilane. Dessverre er informasjonen som blir gitt i dag, ikkje god nok til å identifisere utfordringane i kommunesektoren, mellom anna når det gjeld leidningsnett. På den andre sida ser vassbransjen på innrapporteringa til statlege etatar som tidkrevjande og lite effektiv. Betre rapporteringsrutinar og databehandling kan gi kommunane betre styringsverktøy og effektivisere oppfølginga for styresmaktene.

Boks 5.21 Drikkevatt

Regjeringa vil

- ta del i arbeidet med kapasitetsbygging og utvikling av internasjonale støtteverktøy for sjukdomsovervaking og risikobasert overvaking av drikkevasskvalitet som går for seg i samband med WHO/UNECE-protokollen om vatn og helse
- evaluere og oppdatere gjennomføringsplanen for nasjonale mål for vatn og helse innan 2020
- vurdere eit program for teknologiutvikling i vassbransjen
- etablere eit interdepartementalt samarbeidsforum med sikte på ei heilskapleg forvaltning der ein ser vatn, avløp og anna som kan påverke drikkevattnet eller er viktig for samfunnstryggleiken, i samanheng
- vurdere å setje ned eit utval for å gjennomgå rapportering på vassområdet med sikte på å effektivisere og identifisere veikskapar og utfordringar på området

5.9 Miljø og helse

For folkehelsa er det eit mål å verne befolkninga mot helse- og miljøfarlege kjemikal, luftforureining, støy, dårleg inneklimate og stråling. I delmål 3.9 til FN's berekraftsmål 3 er det vist til at ein innan 2030 skal få i stand ein vesentleg nedgang i talet på dødsfall og sjukdomstilfelle på grunn av farlege kjemikal og forureina luft, vatn og jord.

Etter folkehelselova har kommunane ansvar og verkemiddel innanfor miljø og helse (miljøretta helsevern). Det er fleire aktørar som gir kommunane råd og rettleiing innanfor dette området,

mellom anna Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og fylkesmannen. Det er aktuelt å vurdere nærmare korleis dagens system fungerer, og om det er behov for å gjere endringar med det formål å gi kommunane betre støtte for å vareta ansvaret.

5.9.1 Kjemikal og miljøgifter

Kjemikal er med på å gi oss betre produkt og er medverkande til den levestandarden vi nyt godt av i dag. Vi er avhengige av kjemikal, og dei fleste er ufarlege. Likevel kan visse kjemikal vere farlege for helse og miljø. Nokre av desse helse- og miljøfarlege kjemikala kallar vi miljøgifter. Vi blir utsette for ei rekkje miljøgifter kvar dag gjennom ulike kjelder. Vi blir mellom anna eksponerte via luft, vatn og mat. I tillegg omgir vi oss med produkt og materiale som kan innehalde miljøgifter. Mange kvardagsprodukt, som klede, leiker, elektriske og elektroniske artiklar, møblar, byggjemateriale, måling, matemballasje og kosmetiske produkt, kan innehalde miljøgifter.

Miljøgifter kan føre til uopprettelege skadar på miljø og helse. Sidan miljøgiftene lett hopar seg opp i levande organismar, kan sjølv små utslepp over tid føre til høge konsentrasjonar i dyr og menneske. Miljøgifter kan vere akutt giftige, men kan òg ha ein langvarig og kronisk effekt ved at dei kan føre til sjukdommar, til dømes kreft, redusere reproduksjonsevna eller skade arvestoffet. Andre kan påverke stoffskifte, hjerneutvikling, læring og åtferd, eller føre til overvekt. Miljøgifter er derfor ein alvorleg trussel mot naturmangfaldet og folkehelsa.

Det er mangel på gode data og kunnskap om eksponering og sjukdomsutvikling, og globalt er dei skadelege helseeffektane av miljøgifter undervurderte, ifølgje Lancet-kommisjonen for forureining og helse (2017) og WHO-rapporten «The public health impact of chemicals: knowns and unknowns frå 2016» (WHO 2016).

Det er eit nasjonalt mål at utslepp av helse- og miljøfarlege stoff skal stansast. Noreg gjer ein særleg innsats nasjonalt og internasjonalt for å stanse utsleppa av prioriterte miljøgifter. Dette er nærmare omtalt mellom anna i «Et miljø uten miljøgifter – Handlingsplan for å stanse utslipp av miljøgifter». Folkehelseinstituttet har sett i gang eit program for å overvake miljøgifter som den norske befolkninga blir utsett for. Saman med 28 andre land i Europa deltek Noreg i eit prosjekt for å følgje betre med på utbreiinga av miljøgifter i befolkninga og på forskinga om moglege helsekonsekvensar. Dette gir eit betre grunnlag for å verne folkehelsa mot miljøgifter.

Å fase ut miljøgifter i forbrukarprodukt er høgt prioritert. Miljøgifter blir frakta over landegrensene, og innsatsen er derfor retta mot internasjonale reguleringar og avtalar. Det europeiske kjemikalregelverket REACH står sentralt. EU har eit omfattande og ambisiøst regelverk for registrering, vurdering, godkjenning og restriksjonar på kjemikal (REACH-regelverket), og for klassifisering og merking av helse- og miljøfarlege stoff (CLP). Noreg er aktivt med i arbeidet for å styrkje regelverket gjennom å fremje forbod og evaluere stoff under REACH, og vi er ein sterk pådrivar for strengare reguleringar internasjonalt.

Marin forsøpling, mellom anna tilførsel av mikroplast til havet, er eit av dei mest alvorlege miljøproblema i dag. Regjeringa har ei brei tilnærming til å redusere marin forsøpling og mikroplast. Emnet er nærmare beskrive i regjeringsstrategien mot marin plastforsøpling og spreiding av mikroplast (plaststrategien) som inngår i Meld. St. 45 (2016 – 2017) Avfall som ressurs. I 2018 oppretta regjeringa eit eige bistandsprogram som skal hjelpe utviklingsland i arbeidet mot marin forsøpling og mikroplast. Dette er eit viktig verktøy for å nå berekraftsmåla og FN-målet om ein nullvisjon for utslepp av avfall og mikroplast i havet. Det er behov for meir kunnskap om korleis plast og mikroplast påverkar økosystema, næringskjedene og helsa vår. Noreg støttar derfor eit samarbeid mellom Verdas helseorganisasjon (WHO) og

FNs miljøprogram (UNEP) som skal kartleggje samanhengen mellom mikroplast og helseproblem. I første omgang vil det dreie seg om mikroplast i drikkevatnet, men seinare skal kartlegginga utvidast til å omfatte andre kjelder òg, slik som luft og mat.

Noreg har fremja forslag om å styrkje det globale rammeverket gjennom ein mogleg ny avtale om marin forsøpling og mikroplast.

5.9.2 Luftforureining

Det er eit nasjonalt mål å sikre trygg luft. Globalt blir luftforureining (ute og inne) sett på som den miljøfaktoren som fører til størst helsetap. I 2018 la WHO fram data som viste at på verdsbasis blir ni av ti personar utsette for urein luft kvar dag. FN har nyleg inkludert luftforureining som ein av dei faktorane som skal takast med i arbeidet mot ikkje-smittsame sjukdommar, jf. vedtak i FN i oktober 2018 (FN 2018). I Noreg er utandørs luftforureining i form av fint svevestøv ($PM_{2,5}$) blant dei ti risikofaktorane som medverkar mest til død og helsetap, gjennom hjarte-, kar- og luftvegssjukdommar (Folkehelseinstituttet 2018a).

To av berekraftsmåla til FN rettar seg mot luftkvalitet. Delmål 3.9 under berekraftsmål 3 slår fast at landa innan 2030 skal sjå til at vesentleg færre blir sjuke eller døyr som følgje av farlege kjemikal og forureina luft, vatn og jord. Vidare slår delmål

Boks 5.22 Svevestøv

Berekningar viser at luftforureining i form av svevestøv gav mellom 1100 og 1500 for tidlege dødsfall i Noreg i 2016 (det globale sjukdomsbyrdeprosjektet). Dei viktigaste kjeldene til svevestøv er eksosutslepp, vegslitasje, vedfyring og langtransportert forureining. Kapittel 7 i forureiningsforskrifta er det sentrale verkemiddelet for betre lokal luftkvalitet og fastset grenseverdier og krav til utbyggjarar. I forskrifta er grenseverdiane for svevestøv (PM_{10} og $PM_{2,5}$) innskjerpa frå 2016. Regjeringa har fastsett nasjonale mål for spesifikke luftforureiningskomponentar som er strengare enn grenseverdiane i forureiningsforskrifta. Sjølv om dei nasjonale måla ikkje er juridisk bindande, viser dei ambisjonen om ein luftkvalitet som er trygg for alle. Luftkvalitetskriteria frå Folkehelseinstituttet og Miljødirektoratet tilseier dessutan nivå som er helsemessig trygge for alle.

Hausten 2015 blei Noreg dømt i EFTA-domstolen for brot på luftkvalitetsdirektivet etter å ha overskride grenseverdiane for visse typar luftforureining, slik som svoveldioksid, svevestøv og nitrogendioksid (SO_2 , PM_{10} og NO_2) og ikkje oppfylt kravet om utgreiing av tiltak. I Noreg har luftforureininga utvikla seg i rett lei det siste tiåret, mellom anna etter tiltak som støvbinding, vasking av vegar og utskifting av køyretøyparken. I 2017 var det ingen overskridingar av grenseverdiane for det gjennomsnittlege årlege nivået (årsmiddel) av PM_{10} (grovfraksjon svevestøv), men det var overskridingar av det nasjonale målet i enkelte byar. For det gjennomsnittlege årlege nivået (årsmiddel) av nitrogendioksid (NO_2) var det i 2017 berre overskridingar av grenseverdien (tilsvarande det nasjonale målet) i Oslo. I 2016 var det i Oslo òg overskridingar av grenseverdien for akutt luftforureining (timesmiddel).

11.6 under berekraftsmål 11 fast at landa innan 2030 skal redusere dei negative konsekvensane for miljøet i storbyane målt per innbyggjar, mellom anna ved å leggje særleg vekt på luftkvalitet og offentleg og anna avfallshandtering.

Utandørs luftforureining kan utløyse og forverre sjukdommar, først og fremst luftvegssjukdommar og hjarte- og karsjukdommar (Folkehelseinstituttet 2018).

Helseeffektane synest å slå inn ved lågare konsentrasjonar enn ein tidlegare har trudd (Helsedirektoratet 2018a). Dei største helseproblema ved lokal luftforureining er knytte til svevestøv.

Med eit oppdatert kunnskapsgrunnlag for 2018 og etter å ha vurdert kor gjennomførlege og samfunnsøkonomisk nyttige utsleppsreduksjonar kan vere, skal Miljødirektoratet, Vegdirektoratet og Folkehelseinstituttet vurdere grenseverdiane for svevestøv som skal gjelde frå 2020. Vidare leier Miljødirektoratet eit prosjekt for utvikling av eit nasjonalt verktøy for å estimere effektar av luftkvalitet, i samarbeid med Vegdirektoratet og Meteorologisk institutt. Både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er bidragsytarar. Prosjektet skal òg utvikle ei nettbasert plattform og varslingssteneste som kan bli eit viktig verktøy for det systematiske arbeidet med lokal luftkvalitet i kommunane. Ein første fase der kommunane testar varslingsstenesta, blei lansert 1. november 2018, og 30. januar 2019 var ein testversjon av tenesta tilgjengeleg for publikum (<https://luftkvalitet.miljostatus.no/>).

Grunnleggjande førebygging av luftforureining ligg i god planlegging. I 2012 blei retningslinjer for behandling av luftkvalitet i plan- og bygningslova (T-1520) publiserte (Klima- og miljødepartementet 2012). Formålet med retningslinjene er å førebyggje helseskadar som følgje av luftforureining gjennom god arealplanlegging. Retningslinjene er statlege tilrådingar om korleis luftkvaliteten bør handterast i den kommunale arealplanlegginga. Retningslinjene inneheld tilrådde luftforureiningsgrenser i form av gul og raud sone for å synleggjere luftforureiningsnivåa, som bør leggjast til grunn i den kommunale arealplanlegginga. Vesentlege avvik frå retningslinjene kan gi grunnlag for statleg motsegn.

5.9.3 Støy

Stortinget har fastsett som nasjonalt mål at støyplaga i 2020 skal vere redusert med 10 prosent samanlikna med 1999, der ein ikkje tek omsyn til befolkningsvekst, og at talet på personar utsette

for over 38 dB innandørs støy skal vere redusert med 30 prosent samanlikna med 2005.

Støy kan påverke helse gjennom høyringsskadar, søvnproblem og stressreaksjonar. Undersøkingar har vist at søvnproblem, depresjon, mismot, fordyingsplager, nervøsitet og rastløyse er meir utbreidd i område med mykje trafikkstøy enn i område med lite trafikkstøy. Betre dokumentasjon på samanhengen mellom trafikkstøy og hjarte- og karsjukdom går fram av WHO-retningslinjene om støy frå 2018 (WHO Europa 2018), som har eit tydelegare fokus på langtidsverknader av støy.

Støy over grenseverdiane er den miljøforureininga flest nordmenn blir utsette for (Folkehelseinstituttet 2018). Tal frå Miljødirektoratet i 2013 viste at om lag 25 prosent av befolkinga var utsette for eit gjennomsnittleg utandørs støynivå på over 55 dB ved eigen bustad, og ein halv million menneske var svært plaga av støy. Vegtrafikk er den klart største kjelda til støy og støyplager. Statens vegvesen har rekna ut at om lag 13 000 personar som bur ved riksveg, har innandørs støy på over 38 dB, og Folkehelseinstituttet la i 2012 fram utrekningar som viser at mellom 2 og 3 prosent får søvnen sterkt forstyrta av støy frå vegtrafikken.

God planlegging sikrar grunnleggjande førebygging av luftforureining og støy. Utviklinga går i retning av fortetting, urbanisering, befolkningsvekst i støyutsette område og trafikkvekst, noko som fører til at fleire menneske blir utsette for vegtrafikkstøy utanfor bustaden.

Førebygging er nødvendig for å redusere støy og støyplager. For å nå måla om støyreduksjon må effektive tiltak til. I nokre tilfelle vil det seie å sørgje for å redusere støyen der han oppstår; det er ikkje nok å setje i verk tiltak som støyskjerming av bustader. Det er behov for meir kunnskap og auka merksemd om støy. Folkehelselova og forskrift om miljøretta helsevern gir viktige føringar for støyarbeidet i kommunane, og med retningslinjer for behandling av støy i arealplanlegging frå 2016 (T-1442/2016) skal kommunen ta sikte på å førebyggje støyplager i arealplanlegginga (Klima- og miljødepartementet 2016a). Miljødirektoratet har fått i oppdrag å oppdatere retningslinjene for behandling av støy i arealplanlegging i tråd med tidlegare evaluering innan utgangen av desember 2019.

Folkehelseinstituttet, Miljødirektoratet, Vegdirektoratet, Jernbanedirektoratet og Luftfartstilsynet har fått i oppdrag å greie ut ein ny måleindikator for støy som skal fokusere på søvnproblem. Dei skal sjå på kva som er dei mest kostnadseffektive tiltaka for å redusere støy, og vurdere effekten av dei. Utgreiinga skal liggje føre innan oktober 2019.

5.9.4 Inneklima

Godt inneklima er viktig i alle typar bygningar, og eit godt inneklima bør vere tilfredsstillande med omsyn til både temperatur, luft, støy, lys og stråling. Det er påvist ein samanheng mellom det å opphalde seg regelmessig i hus med fukt eller mugg og auka førekomst av luftvegsplager som astma, allergi og luftvegsinfeksjonar. Fuktskadar og muggsoppvekst har dei seinare åra blitt vektlagt som risikofaktorar i arbeidet med å førebyggje inneklimarelaterte helseplager, men ein veit lite om bygningsmessige forhold og eksponeringssituasjonar som er avgjerande for inneklimaet i Noreg.

Byggteknisk forskrift (TEK17) er eit viktig verkemiddel for å sikre eit godt inneklima i bygg som skal oppførast, men har normalt lite å seie i driftsfasen til bygningen. I TEK17 er det sett krav til fleire inneklimarelaterte område, til dømes friskluftmengder, emisjonar frå byggjemateriale, innetemperaturar, radonkonsentrasjon, akustikk, dagslys, utsyn, fukt i byggjemateriale og fuktskadeførebyggjande tiltak. Det er òg sett krav til reiniging av bygningen før han skal takast i bruk. Også det mekaniske innemiljøet er regulert i denne forskrifta, men då mest med omsyn til personar med nedsett funksjonsevne (universell utforming). For å sikre godt inneklima på sikt er det viktig å følgje med på korleis desse krava blir følgde opp i praksis, og korleis inneklimaet i bygg utviklar seg over tid.

Det er viktig å vere merksam på inneklimaet i barnehagar og skular, då barn er spesielt sensitive for dårleg inneklima, og det er eit mål at barnehagar og skular skal planleggjast og drivast slik at inneklimarelaterte helseplager kan førebyggjast (Helsedirektoratet 2018a). Inneklimaet i nye barnehage- og skulebygningar er i hovudsak godt, men det er eit etterslep når det gjeld utbetring av eksisterande barnehage- og skulebygningar. Vidare veit vi at det er mange skular og barnehagar, og først og fremst skular, som ikkje oppfyller krava i helselovgivinga med omsyn til det fysiske miljøet. Kartleggingar av skulane i landet i 2007, 2009 og 2013 viser inga positiv utvikling på dette området (Helsedirektoratet 2018b).

Det fysiske og psykososiale miljøet i barnehagar og skular er i dag regulert i regelverk som sorterer under både Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelseleva og forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. stiller krav om at barnehagar og skular skal planleggjast, byggjast, leggjast til rette og drivast slik at krava til det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet, mellom anna tilfredsstillande

inneklima, blir oppfylte. I førre folkehelsemelding blei det varsla ein gjennomgang og ei oppdatering av regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehagar og skular for å etablere eit meir heilskapleg regelverk som definerer ansvar og krav til barnas arbeidsmiljø. Ei tverrdepartemental arbeidsgruppe har gått gjennom regelverket og foreslår i ein rapport moglege forbetringar. Rapporten skal danne grunnlag for å revidere forskrift om miljøretta helsevern i barnehagar og skular mv. Forslag til revidert forskrift skal sjåast i samanheng med den igangverande utgreiinga av lovføresegner om eit trygt omsorgs- og læringsmiljø i barnehagen. Ein tek sikte på å sende begge forslaga på høyring hausten 2019 (sjå kapittel 2.3).

I 2019 skal Helsetilsynet gjennomføre eit landsomfattande tilsyn der temaet er tilsynsarbeidet i kommunane når det gjeld miljøretta helsevern i barnehagar og skular. Regelverket for miljøretta helsevern er eigna for tilsyn, og søkjelyset vil vere på korleis kommunen styrer og gjennomfører tilsynet med eigne verksemder. Med eit slikt landsomfattande tilsyn vil alle fylkesmennene samtidig føre tilsyn med korleis regelverket på området blir etterlevd. Siktemålet er å avdekkje svikt og medverke til forbetring. Samtidig vil landsomfattande tilsyn skape nasjonal merksemd om eitt område, noko som i seg sjølv kan føre til meir merksemd om utfordringar med miljø og helse i barnehagar og skular, mellom anna inneklima.

Kva kommunen gjer på miljø- og helseområdet, varierer frå stad til stad. Kommunen kan ha behov for betre fagleg støtte både frå statleg og regionalt nivå i arbeidet med miljø og helse. I tillegg til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet kan aktuelle miljø for å gi kommunane slik kunnskapsstøtte vere dei arbeidsmedisinske sentera, regionale senter for astma, allergi og hypersensitivitet og andre relevante fagmiljø.

5.9.5 Stråling

Størsteparten av strålinga vi blir eksponerte for, kjem frå naturlege kjelder. Dette gjeld mellom anna kosmisk stråling, UV-stråling frå sola og stråling frå radioaktive stoff i berggrunn og jordsmonn. I tillegg har vi fleire menneskeskapte strålekjelder, til dømes røntgenmedisinske diagnostiske undersøkingar, laserar, UV-stråling frå solarium og elektromagnetiske felt frå kraftleidningar og mobiltelefonar. Verknaden av stråleeksponering er avhengig av stråledose og stråletype (Helsedirektoratet 2018a).

Mange engstar seg for moglege helseeffektar av stråling ved eksponering for elektromagnetiske

felt (EMF). Helsestyresmaktene følgjer med på utviklinga og held seg oppdaterte på ny kunnskap. Dette medverkar til god og open kommunikasjon til befolkninga basert på kvalitetssikra kunnskap. Pasientar som er uroa over eksponering for EMF, skal få tilbod om adekvat oppfølging i helsetenesta. Direktoratet for strålevern og atomtryggleik (DSA), Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet vil opprette ei samarbeidsgruppe for å sikre betre samarbeid om kunnskap, kommunikasjon, råd og rettleiing knytt til EMF.

UV-stråling og nasjonal UV- og hudkreftstrategi

Vi treng sol og utandørsaktivitet, men for mykje UV-stråling kan vere skadeleg. Medvitet om risikoen ved UV-stråling ser ut til å vere aukande, og færre blir solbrende. Likevel er Noreg framleis eitt av dei landa i verda som har flest tilfelle av hudkreft og flest dødsfall som følgje av føflekkreft. Hudkreft kan førebyggjast, og det er mykje meir kostnadseffektivt å førebyggje enn å behandle hudkreft.

Bruk av solarium aukar i seg sjølv risikoen for hudkreft, særleg dersom ein har begynt i ung alder og bruker solarium for ofte og for mykje. Dei siste åra er det innført nye regelverkskrav som kan redusere UV-eksponeringa frå solarium. Tilsynskampanjen DSA gjennomførte hausten 2017 i samarbeid med nærmare to hundre kommunar, viste at 51 prosent av verksemdene ikkje dreiv i tråd med regelverket.

På oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet har DSA fastsett ein nasjonal UV- og hudkreftstrategi som skal føre til at færre får og døyr av

hudkreft som følgje av soling og bruk av solarium. DSA skal leie ei koordineringsgruppe som skal følgje opp tiltaka overfor befolkninga, forvaltinga og helsepersonell. Dette skal føre til meir informasjon, kunnskap og tverrsektorielt samarbeid, noko som igjen kan auke medvitet om hudkreft og førebyggje sjukdommen.

Radon

Radon er ein usynleg og luktfri gass som blir danna kontinuerleg i jordsmonnet. Radon er eit inneklimateproblem fordi radoneksponering kan medføre risiko for lungekreft, og radon medverkar til omtrent 12 prosent av alle lungekrefttilfella i Noreg. Strålevernregelverket fastset tiltaks- og grenseverdier for radon og er bindande for skular, barnehagar og utleigebustader. Tilsvarende tiltaks- og grenseverdier for radon er oppførte i Byggteknisk forskrift (TEK17) for alle bygg som blir oppførte, og som har opphaldsrom. Det er enkelt å måle radon. Spørjeundersøkingar viser at fleire enn før måler radon i eigen bustad, men at auken har stagnert dei siste åra (Statens strålevern (DSA) 2012 og 2017). Radonreduserande tiltak, som ventilering av grunnen eller tetting av sprekkar mot grunnen, nyttar. Det må arbeidast for å få fleire til å gjennomføre tiltak.

Gjennom Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge (2009–2020) jobbar DSA og andre relevante styresmakter for å gjere befolkninga mindre eksponert for radon. Tidlegare evaluering av strategien har vist at eit koordinert og tverrsektorielt arbeid med radon er viktig, og arbeidet med

Boks 5.23 Miljø og helse

Regjeringa vil

- vurdere modellar for å kunne støtte kommunane betre på området miljø og helse
- vidareføre samarbeidet med andre europeiske land om å overvake utviklinga i innhaldet av miljøgifter i befolkninga og arbeide vidare med å kartleggje og følgje med på miljøgift- og kjemikaleksponeringa i den norske befolkninga, mellom anna synergieffektar mellom radioaktiv forureining og andre miljøgifter, og sikre eit godt kunnskapsgrunnlag for å vurdere potensielle helseeffektar
- styrkje kunnskapen om luftforureining gjennom forskning og systematiske kartleggingar, mellom anna omkring effekten av ulike tiltak
- vurdere om sonегrensene i retningslinje for behandling av luftkvalitet i arealplanlegging (T-1520) bør endrast i tråd med nye nasjonale mål, og eventuelt endre sonегrensene
- vurdere oppdatert kunnskapsgrunnlag om kva slags grenseverdier for svevestøv som bør gjelde frå 2020
- vurdere tiltak for å styrkje gjennomførings-evna på området lokal luftkvalitet
- starte arbeidet med å fastsetje nye nasjonale mål for støy, mellom anna greie ut ny måleindikator for støy med fokus på søvn, greie ut kostnadseffektive støyreduserande tiltak og vurdere å gjennomføre tilrådde tiltak
- evaluere korleis byggtekniske krav tek omsyn til helsemessige forhold

radonstrategien skal evaluerast med tanke på ein ny strategiperiode etter 2020. Det skal mellom anna vurderast korleis ein kan gjere det enklare å gjennomføre tiltak mot radon ved å utvikle ei rettleiing om radontiltak for bustadeigarar og vurdere målretta tiltak i område med særleg alvorlege radonproblem gjennom informasjonsarbeid og samarbeid med kommunane og primærhelsetenesta.

5.10 Beredskap

Å sikre god folkehelse er òg å ha beredskap til å førebyggje uønskte hendingar og kriser og redusere den negative helseeffekten dei kan ha. Beredskapsarbeidet byggjer på det daglege folkehelsearbeidet. Det har støtte i spesialiserte planar og kompetansemiljø og kan delast inn i fire hovudområde:

- beredskap mot smittsame sjukdommar og farlege stoff
- samfunnstryggleik og beredskap på drikkevassområdet
- mattryggleik
- legemiddelberedskap

Noreg samarbeider med WHO, Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA), EU/EØS og NATO om å førebyggje, overvake, analysere, varsle og kjempe mot sjukdommar. Noreg har òg underteikna ein nordisk helseberedskapsavtale som omfattar assistanse og informasjonsutveksling ved kriser og katastrofar. Formålet med samarbeidet er å bli betre til å førebyggje og kjempe mot sjukdom.

Nedanfor følgjer nærmare omtale av status, utfordringar og beredskapstiltak når det gjeld smittsame sjukdommar og farlege stoff, samfunnstryggleik og beredskap på drikkevassområdet, og legemiddelberedskap.

5.10.1 Beredskap mot smittsame sjukdommar og farlege stoff

Helsesektoren har ein beredskap mot smittsame sjukdommar og farlege stoff som byggjer på det vanlege arbeidet med smittevern, miljøretta helsevern, strålevern og atomberedskap. Det er etablert system for overvaking, måling og analyse, varsling og tiltak for å førebyggje og redusere skadeverknaden slike hendingar kan ha på folkehelsa. På enkelte område er det òg etablert spesialiserte beredskapsplanar og kompetansemiljø.

Føresegner om helseberedskap er innarbeidde i helselovgivinga på området.

Smittevernlova og folkehelselova med forskrifter har føresegner om beredskap som mellom anna regulerer ansvar, varsling og beredskap ved smitteutbrot og hendingar knytte til eksponering for helseskadelege fysiske, kjemiske eller biologiske miljøfaktorar. Kommunen pliktar å ha oversikt over sider ved miljøet som inneber helseisiko, og skal ha ein beredskapsplan for sine oppgaver på området. Folkehelseinstituttet har fagekspertise som kan hjelpe kommunane og andre ved hendingar. Folkehelseinstituttet er òg nasjonalt kontaktpunkt for det internasjonale helsereglementet til WHO (WHO 2005) og EU-systemet for varsling (Early Warning and Response System, EWRS). Noreg deltek òg i beredskapsarbeidet i EU ved å vere representert i helse- og tryggleikskomiteen (HSC).

Atomberedskapen er regulert i strålevernlova og kongeleg resolusjon 23. august 2013, som etablerer kriseutvalet for atomberedskap og delegerer mynde. Direktoratet for strålevern og atomtryggleik (DSA) er tilsynsmakt på området og leier og er sekretariat for Kriseutvalet for atomberedskap. Arbeidet er avhengig av god samordning med relevante etatar og fylkesmannsembeta. Verksemdar som er omfatta av strålevernlova og atomenergilova, er pålagde varslings- og meldeplicht ved driftsfeil og uhell. DSA er nasjonalt varslingspunkt i samband med internasjonale konvensjonar og bilaterale avtalar om tidleg varsling og assistanse ved hendingar.

Institutt for energiteknikk (IFE) driv dei to forskingsreaktorane på Kjeller og i Halden, og med auka fokus på tryggleik og sikring ved anlegga har DSA dei siste åra ført eit intensivert tilsyn med IFE. I dette arbeidet er Helse- og omsorgsdepartementet ansvarleg for at DSA har dei nødvendige verkemidla og fyller rolla si som tilsynsmakt etter strålevernlova og atomenergilova. Nærings- og fiskeridepartementet har eit overordna ansvar for å følgje opp sikringa ved anlegga og sjå til at IFE sørgjer for trygg drift av dei. Departementet skal òg sjå til at IFE følgjer opp pålegg frå tilsynsmaktene.

Strategi for forvaltning av radioaktivitet i før og næringsmidler (Statens Strålevern og Mattilsynet 2013) er langt på veg gjennomført, men det er nødvendig å styrkje beredskap og informasjon i arbeidet. Regionreforma, som inneber at nye embete skal på plass og nye risiko- og sårbarheitsanalysar må gjennomførast i dei nye fylka, gjer òg til at det er behov for å styrkje atomberedskapen. Ein planlegg ei større øving innanfor strålevern- og atomberedskap i 2020/2021. Vidare vil

DSA og fylka utarbeide eit nytt opplegg for kompetanseheving og øvingar regionalt og lokalt.

Vidare treng publikum kunnskap om kva dei sjølve kan gjere ved ei ulykke. Som følgje av eit endra risikobilete er jodtablettar i 2018 blitt distribuerte til nesten alle kommunar i landet. Dei kan no seljast reseptfritt på apotek og er blitt ein del av eigenberedskapskampanjen til Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap.

I beredskapssamanheng blir smittsame sjukdommar og farlege stoff gjerne omtalte som CBRNE-hendingar. Det er hendingar som omfattar kjemiske stoff (C), biologiske agens (B), radioaktive stoff (R), nukleært materiale (N) og eksplosiv (E) med høgt farepotensial. Justis- og beredskapsdepartementet har i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Forsvarsdepartementet utarbeidd ein nasjonal strategi for CBRNE-beredskap for 2016–2020. Strategien definerer ansvar og slår fast at Justis- og beredskapsdepartementet er ansvarleg for å samordne kjemikalområdet og eksplosiv, bortsett frå etablerte ordningar for handtering av akutt forureining, der Samferdselsdepartementet og Kystverket har ei særskild rolle. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for å samordne beredskap mot biologiske agens og atomberedskap. Klima- og miljødepartementet har ansvar for beredskap knytt til akutt radioaktiv forureining, med DSA som utøvande instans. Vidare er Forsvarsdepartementet ansvarleg for CBRNE-området i forsvarssektoren.

Vaksinasjon er eit viktig tiltak for å verne befolkninga mot spreiding av smittsame sjukdommar. Folkehelseinstituttet har ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Vaksinasjonsdekninga i barnevaksinasjonsprogrammet er god, og vaksinedekninga for sesonginfluensa viser ein positiv tendens.

Hendingar som har konsekvensar for folkehelse, kan òg ha følgjer utover landegrensene. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for varslingsystema i WHO's internasjonale helsereglement (WHO 2005) og varslingsystemet i EU (EWRS).

Helse- og omsorgsdepartementet følgjer opp CBRNE-strategien saman med relevante departement.

5.10.2 Samfunnstryggleik og beredskap på drikkevassområdet

Vassforsyning er kritisk infrastruktur. I tillegg til vatn til matlaging, drikke og personleg hygiene er

samfunnet avhengig av drikkevatt for å kunne halde oppe drift (toalettløysingar, sløkkjevatt og anna). Vassforsyninga må derfor vere rusta til å kunne stå imot hendingar og vilja handlingar med øydeleggjande verknad. Derfor er førebyggjande sikring og god beredskap avgjerande.

Dei fleste i Noreg får drikkevatt frå store vassforsyningssystem med god kvalitet og gode beredskapsplanar. Om lag 90 prosent av dei vassverka som leverer vatn til minst 50 fastbuande, har rapportert til Mattilsynet at dei har ein beredskapsplan etter helseberedskapslova og matlova. Om lag halvparten av planane er ifølgje rapportane oppdaterte siste året. Ein del mindre vassverk har manglar i beredskapsplanane sine, og enkelte større vassverk manglar tilstrekkeleg reservevassforsyning. Dette siste gjeld òg Oslo kommune. Helse- og omsorgsdepartementet og Mattilsynet følgjer særskilt opp arbeidet med den nye reservevassforsyninga for Oslo, som skal stå klar i 2028.

Elles er den viktigaste utfordringa gammalt og dårleg leidningsnett. Stadig meir ekstrem nedbør som følgje av klimaendringar medfører aukande problem med å handtere overvatt. Det fører til auka press på avløpsnettet og større fare for forureining av drikkevattnet. I tillegg kan overvatt utløyse jordras, som igjen kan resultere i brot på leidningsnettet. Klimaendringar er ein viktig del av årsaka til overvatt i byar og tettstader, og i 2015 blei NOU 2015: 16 «Overvann i byer og tettsteder – som problem og ressurs» lagd fram. Utgreiinga er til vurdering i departementa. Kommunane står i første linje i møte med klimaendringane, og det er såleis viktig med retningslinjer for kommunal planlegging. Statlege planretningslinjer for klima- og energiplanlegging og klimatilpassing blei vedtekne i september 2018.

Utviklinga dei seinare åra har vist at det er behov for auka merksemd om tryggingaspekta ved vassforsyninga. Fare for inntrenging i vassforsyningsanlegga, både fysisk inntrenging og inntrenging i drifts- og styringssystema for anlegga med sikte på å sabotere og forstyrre drifta, gjer at skalsikring av anlegg og sikring av IKT-system må gjennomførast. Regjeringa har under nasjonale mål for vatn og helse (sjå omtale under drikkevatt i kapittel 5.8.2) lagt vekt på å sikre forsyningstryggleik, på førebyggjande sikring og på beredskap. Dette er følgt opp i den nye drikkevassforskrifta som gjeld frå 2017.

Det er peikt ut skjermingsverdige objekt under tryggingsslova, og nye tiltak vil bli vurderte i samband med ny tryggingsslov.

5.10.3 Legemiddelberedskap

Statens legemiddelverk har ført statistikk over situasjonar med legemiddelmangel og avregistrering av legemiddel sidan 2008. Dei siste åra har talet på mangelsituasjonar auka vesentleg. Dette er ei utfordring på globalt nivå.

Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap la våren 2018 fram ein risikoanalyse av legemiddelmangel med ulike krisescenarior for 2018. Rapporten gjer nøye greie for tilstanden på legemiddelmarknaden og kva risikoar Noreg står overfor. Direktoratet peiker på at dei viktigaste årsakene til at legemiddelmangelen aukar, heng saman med at legemiddelproduksjonen er uoversiktleg, at verkestoffa i aukande grad blir produserte i Kina og India, at legemidla må transportrast over lange avstandar, at Noreg er eit lite land og har marginal innanlandsk produksjon av legemiddel, at det er mindre lagerhald enn før, og ikkje minst at svikt i IKT-system i ulike delar av verdikjeda kan føre til mangelsituasjonar.

Legemiddelforsyninga fungerer i hovudsak godt i Noreg. Statens legemiddelverk spelar ei viktig rolle i å overvake og føre tilsyn med legemiddelforsyninga. Legemiddelverket set òg i gang tiltak når det oppstår mangel på legemiddel.

Det er etablert eit effektivt samarbeid mellom Statens legemiddelverk, helseføretaka, apoteka og legemiddelgrossistane for å skaffe norske pasientar dei legemidla dei treng. Så langt har det vore få tilfelle der pasientar ikkje har kunna få ei tilfredsstillande behandling.

For å styrkje dialogen mellom alle aktørane etablerte Helsedirektoratet ein legemiddelberedskapskomité i 2014. Frå og med 2016 pliktar grossistar som distribuerer legemiddel til apotek, å sikre eit ekstra beredskapslager av eit utval legemiddel til bruk i primærhelsetenesta som svarer til to månaders omsetning.

Noreg er nesten fullstendig avhengig av import av legemiddel, og løysinga på problemet med mangel på legemiddel er først og fremst betre internasjonalt samarbeid. I det nordiske samarbeidet kjem legemiddelberedskapen stadig meir i søkjelyset, og Noreg tek aktivt del i EU-arbeidet for å finne nye tiltak som kan styrkje legemiddelberedskapen.

Dei grunnleggjande strukturelle tilhøva på legemiddelmarknaden er det svært lite norske styresmakter kan gjere med, men vi møter forsyningsproblema med nasjonale tiltak som lagerhald, informasjon, endra behandling og eventuelt rasjonering.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gå igjenom legemiddelberedskapen og skal levere ein rapport på området våren 2019.

5.10.4 Nasjonal førstehjelpsdugnad

Regjeringa sette i 2017 i gang den nasjonale førstehjelpsdugnaden «Sammen redder vi liv». Formålet er å setje folk betre i stand til å gi livreddande førstehjelp og dermed styrkje det norske totalforsvaret. Å redde liv og redusere varige helseskadar må reknast som ein sentral del av folkehelsearbeidet.

Dugnaden er eit samarbeid mellom offentleg, frivillig og privat sektor. Gjensidigestiftelsen har så langt gitt over 62 millionar kroner til mellom andre Røde Kors, LHL, Norske Kvinners Sanitetsforening, roverspeidarane og andre frivillige organisasjonar og forskings- og utviklingsmiljø, som då kan tilby opplæring i livreddande førstehjelp i barnehagen, gjennom skuleløpet, i arbeidslivet og inn i pensjonisttida.

Potensialet for å auke overlevinga og redusere varige funksjonstap ved akutt skade eller sjukdom er knytt til desse tre faktorane:

1. Publikum på staden må tidleg kunne identifisere livstrugande tilstandar som hjerneslag, alvorlege skadar, hjarteinfarkt, medvitstap og hjartestans.
2. Publikum må forstå kor viktig det er å varsle medisinsk nødtelefon 113 fort.
3. Publikum må kunne setje i verk enkle livreddande førstehjelpstiltak.

Eit hovudtiltak for førstehjelpsdugnaden er å mobilisere befolkninga som akuttmedisinsk ressurs. Gjennom ein modell for livslang førstehjelpsopplæring som startar i barnehagen, skal dette kanskje vidareførast i skulen, førarkortopplæringa, arbeidslivet, idretten og på andre arenaer for den vaksne og den eldre delen av befolkninga.

Boks 5.24 Opplæring i førstehjelp i grunnskulen

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke leier delprosjektet «Nasjonal førstehjelpsopplæring i grunnskolen» med finansiering frå Gjensidigestiftelsen. Prosjektet har utvikla eit nytt pedagogisk opplegg for førstehjelpsopplæring i grunnskulen. Opplegget skal prøvast ut som pilotprosjekt i 2018/2019 ved fleire grunnskular i Oslo, på Jessheim og i Tromsø. Oppstart med nasjonal deltaking er planlagt til midten av 2019 og skal omfatte meir enn 2800 grunnskular og til saman 630 000 elevar.

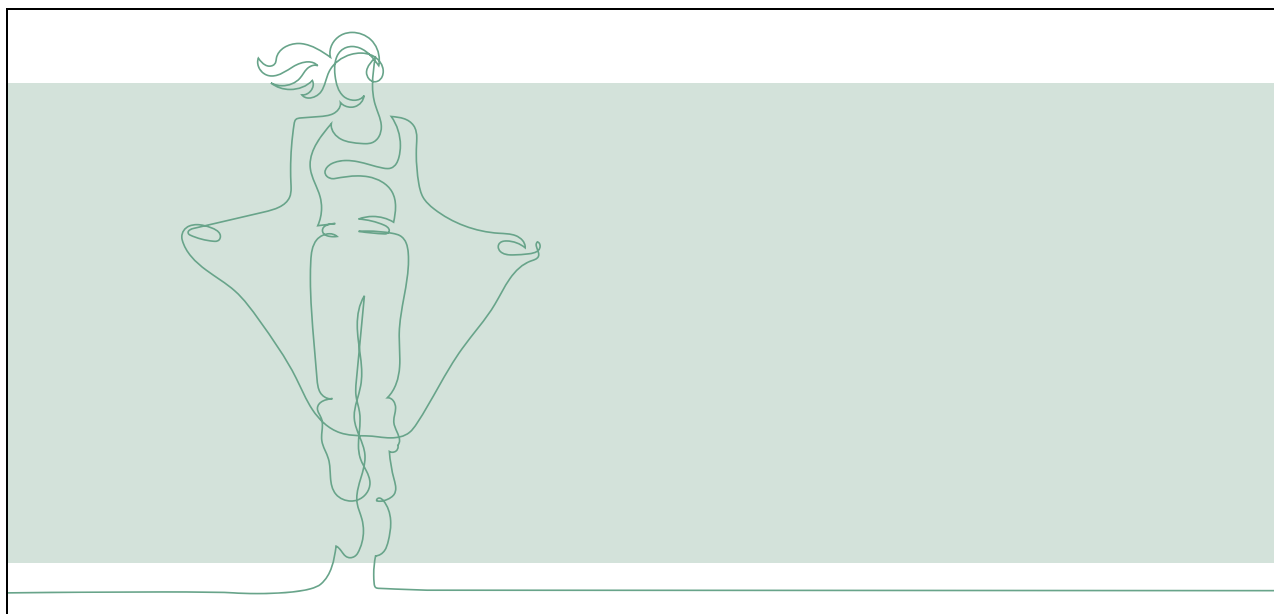
Boks 5.25 Rask behandling av slag

Årleg blir rundt 12 000 personar ramma av hjerneslag i Noreg. Hjerneslag er den tredje vanlegaste dødsårsaka og den vanlegaste årsaka til alvorleg funksjonshemming og langvarig institusjonsomsorg. Data frå hjerneslagregisteret viser at tre av fire pasientar har klassiske symptom på hjerneslag når dei kjem til sjukehuset. Samtidig når berre om lag 40 prosent av hjerneslagpasientane fram til sjukehus innan fire timar. Ein vesentleg del av denne tida er pasientforseinking, det vil seie at pasient eller pårørande ventar med å kontakte medisinsk nødnummer 113. Det er gjennomført ein nasjonal hjerneslagkampanje med budskapet «Vanskeleg å prate, smile, løfte. Det kan vere hjerneslag. Ring 113». Kampanjen har ført til at fleire ringjer 113 ved mistanke om symptom på hjerneslag. Å lære befolkninga om symptom på hjerneslag inngår òg i den nasjonale førstehjelpsdugnaden.

Boks 5.26 Beredskap*Regjeringa vil*

- planleggje og gjennomføre ei nasjonal beredskapsøving i 2020/2021 innanfor strålevern- og atomberedskap.
- følgje opp arbeidet med sikring av objekt på drikkevassområdet etter ny tryggingslov
- følgje tryggings- og beredskapsarbeidet i kommunar og vassverk
- følgje opp innstillinga frå overvassutvalet
- følgje opp den gjennomgangen Helsedirektoratet har gjort når det gjeld legemiddelberedskap
- styrkje samarbeidet med frivillig og privat sektor for å lære folk flest meir om førstehjelp

6 Gode levevanar og helsevennlege val



Figur 6.1

6.1 NCD-utfordringane (ikkje-smittsame sjukdommar)

For å skape fleire gode leveår og auke den forventede levealderen vil regjeringa føre vidare innsatsen for å redusere tilfelle av for tidleg død og helsesvikt på grunn av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD), i tråd med dei globale måla til WHO, jf. omtale i kapittel 1.3.1. WHO definerte i 2012 dei ikkje-smittsame sjukdommane som hjarte- og karsjukdommar, kreft, kols og diabetes. Desse sjukdommane står for to av tre dødsfall i Noreg (sjå boks 6.1) og utgjer ein stor del av konsultasjonane i helsetenesta. Generelt kan ein seie at fleire får desse sjukdommane enn tidlegare, men talet på tilfelle av tidleg død i samband med NCD-sjukdommane har gått ned, og folk lever lenger med dei. Seinare er psykisk lidning òg teke med i definisjonen frå WHO. I Noreg reknar vi dessutan muskel- og skjelettsjukdommar til NCD-sjukdommane, jf. kapittel 6.1.1.

FN har nyleg inkludert luftforureining som ein viktig risikofaktor, jf. kapittel 5.9.2.

På samfunnsnivå kan dei ikkje-smittsame sjukdommane i stor grad førebyggjast og utsetjast

gjennom endringar i levevanar. Å leggje til rette for helsevennlege val er eit viktig prinsipp for folkehelsepolitikken.

Statusen for psykisk helse er skildra nærmare i kapittel 5.2. Sjå òg omtalen av demens i kapittel 5.3.3.

6.1.1 Ny NCD-strategi

Den norske strategien mot ikkje-smittsame sjukdommar (2013–2017) blei utarbeidd i nært samarbeid med NCD-alliansen (sjå boks 6.2). Strategien omfatta hjarte- og karsjukdommar, kreft, kols og diabetes. Tal frå Folkehelseinstituttet viser at utviklinga i talet på dødsfall på grunn av NCD-sjukdommar før fylte 70 år er blitt redusert med 18 prosent sidan 2010. Målet er reduksjon med 25 prosent før 2025 og med 30 prosent før 2030. Det er framleis nødvendig med innsats retta mot dei store folkesjukdommane som tek flest liv. Samtidig må innsatsen òg omfatte muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidningar, som utgjer ei stor sjukdomsbyrde både for den enkelte som blir ramma, og for samfunnet som heilskap. Regjeringa vil derfor utarbeide ein ny strategi. NCD-

Boks 6.1 Status for NCD-sjukdommar

Kreft

Meir enn 32 000 nye krefttilfelle blei diagnostiserte i 2016. Fram til 2025 er det venta at talet på krefttilfelle vil halde fram med å auke, i hovudsak som følgje av aukande folketal og auka levealder. Omtrent 70 prosent av alle kreftpasiensane overlever kreftsjukdommen sin i minst fem år etter at dei har fått diagnosen.

Kols (kronisk obstruktiv lungesjukdom)

Ein reknar med at om lag 6 prosent av befolkninga over 40 år har kols. Dette utgjer 150 000 personar. Desse tala er usikre. Dei fleste har ei mild utgåve av sjukdommen. Men kols er òg ei viktig dødsårsak. I 2016 var kroniske sjukdommar i luftvegane (som inkluderer kols) den tredje mest registrerte dødsårsaka.

Hjarte- og karsjukdom

Tilfelle av for tidleg død (under 70 år) på grunn av hjarte- og karsjukdom har gått vesentleg ned dei seinare åra. Det er likevel mange som blir behandla i spesialisthelsetenesta kvart år; om lag 40 000 for hjarteinfarkt og angina, 16 000 for hjartesvikt og 11 000 for hjerneslag. Totalt 1,1 millionar nordmenn nyttar legemiddel for å førebyggje eller behandle hjarte- og karsjukdom.

Diabetes

Diabetes er ein av dei store folkesjukdommane, og om lag 245 000 personar (4,7 prosent av befolkninga) har ein kjend diabetesdiagnose. Av desse har om lag 28 000 type 1-diabetes og 216 000 type 2-diabetes. I tillegg kjem mange tilfelle av ikkje-diagnostisert diabetes. Data frå Reseptregisteret viser at talet på brukarar av legemiddel som gir lågare blodsukker, har auka for kvart år frå om lag 110 000 personar (2,5 prosent av innbyggjarane) i 2004 til vel 190 000 personar (3,6 prosent av innbyggjarane) i 2017. Ein slik auke kan i teorien komme av at det blir fleire nye tilfelle per år, at fleire tidlegare ukjende tilfelle blir diagnostiserte, eller at dei som har diagnosen diabetes, lever lenger.

Muskel- og skjelettsjukdommar

I Noreg er diagnosegruppa muskel- og skjelettsjukdommar den vanlegaste årsaka til sjukefråvær og utgjer omkring 30 prosent av tilfella av sjukefråvær. Diagnosegruppa står samla for 20 prosent av det ikkje-døyelege helsetapet i Noreg. «Ikkje-døyeleg helsetap» er eit mål på redusert helse som tek omsyn både til at helsetapet oppstår, og konsekvensane av det. Omtrent éin av fire har langvarige plager som gjeld muskel- og skjelettsystemet. Dette gjeld 27 prosent av kvinner og 18 prosent av menn. Det viser tal frå perioden 2002–2012.

Kjelde: Folkehelseinstituttet

strategien 2013–2017 inneheldt tiltak både på folkehelseområdet og i helse- og omsorgstenestene. Regjeringa har ført vidare tiltak og mål mellom anna gjennom primærhelsetenestemeldinga, som skal bidra til å førebyggje og avdekkje sjukdom tidleg, gi god behandling der folk bur, og hjelpe folk til å meistre livet med sjukdom.

Som oppfølging av strategien er det vidare utarbeidd ein nasjonal kreftstrategi for 2018–2022 og ein nasjonal diabetesplan for 2017–2021. Det er òg utarbeidd og revidert nasjonale faglege retningslinjer for hjarte- og karsjukdom og diabetes, og utarbeidd ein ny nasjonal handlingsplan for betre kosthald.

Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) Leve med kreft

Regjeringa har ein ambisjon om at Noreg skal bli eit føregangsland når det gjeld førebygging av kreft. Nasjonal kreftstrategi viser til at kvart tredje krefttilfelle kan førebyggjast ved auka fysisk aktivitet, sunt kosthald, røykjeslutt og redusert alkoholforbruk. Det er derfor viktig å informere om faktorar som kan redusere risikoen for kreft, slik at det motiverer folk til å endre levevanar.

Ved allereie etablert kreftsjukdom vil levevanar òg kunne påverke behandlinga, livskvaliteten og risikoen for tilbakefall eller ny kreftsjukdom. For å oppnå best mogleg resultat av kreftbehandlinga er det viktig å førebyggje og behandle ernæringsproblem og vekttaut parallelt med kreft-

Boks 6.2 NCD-alliansen

NCD-alliansen representerer dei største pasientgruppene innanfor ikkje-smittsame sjukdommar. Alliansen omfattar Diabetesforbundet, Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Rådet for psykisk helse. Organisasjonane gjer eit svært viktig arbeid internasjonalt, nasjonalt og lokalt for å fremje gode helsevanar, informere innbyggjarane generelt og pasientar og helsetenesta spesielt. Det er viktig for styresmaktene å ha eit godt samarbeid med NCD-alliansen.

behandlinga. Det er i aukande grad dokumentert at fysisk aktivitet og systematisk trening tilpassa den enkelte har positive effektar under og etter kreftbehandling. Det er derfor viktig å systematisk inkludere fysisk aktivitet som tilbod i behandlinga. Pakkeforløpa for kreft omhandlar korleis pasientar skal få greidd ut tilstanden sin og starta opp behandling raskt og på føreseieleg vis. Pakkeforløpa omtaler òg kort heile behandlingsforløpet, rehabilitering og oppfølging. Talet på personar som har hatt kreft og gått gjennom kreftbehandling aukar, men mange pasientar utviklar nye helseproblem som skriv seg frå sjukdommen og/eller behandlinga – såkalla seineffektar.

Det skal no etablerast Pakkeforløp heim for kreftpasientar. Pakkeforløpet vil omfatte oppfølging av pasientane etter behandling i spesialisthelsetenesta og tilbod om psykososial oppfølging for pasientar, pårørande og etterlatne.

Nasjonal diabetesplan 2017 – 2021

Det overordna målet med Nasjonal diabetesplan er å betre arbeidet i helse- og omsorgstenesta med å førebyggje, følgje opp og behandle personar med diabetes. Tiltaka som følgjer av diabetesplanen, skal betre tenestene ved å løyse fleire utfordringar både i den kommunale helse- og omsorgstenesta og i spesialisthelsetenesta. Nokre av dei viktigaste risikofaktorane for type 2-diabetes som kan påverkast, er overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, kosthald, røyking og tidlegare svangerskapsdiabetes. Tiltaka i planen skal samla bidra til:

- betre arbeid med å endre levevanar både hos personar som har diabetes, og i grupper i

befolkninga som har høg risiko for å utvikle diabetes

- auka kvalitet på diagnostisering frå fastlegar og oppfølging av personar med diabetes
- betre kvalitet i tenester til personar med diabetes, redusert ulikskap i helse og mindre variasjon i behandling
- auka meistring og betre eigenbehandling
- auka merksemd på grupper i befolkninga med særlege utfordringar i samband med diabetes
- betre førebygging av komplikasjonar
- auka gjennomføring av tilrådde undersøkingar/prosedyrar i alle delar av tenesta
- betre registrering av data for gjennomførte undersøkingar til bruk for evaluering, kvalitetsbetring og forskning

Overvekt og fedme

Overvekt og fedme i befolkninga aukar, og dette er eit område som går i feil retning når vi held det opp mot dei globale måla om at færre skal ha ikkje-smittsame sjukdommar. Det er store sosiale og geografiske forskjellar i kor utbreidd overvekt og fedme er. Barnevekststudien frå Folkehelseinstituttet frå 2015 viste at 13,3 prosent av gutar og 16,7 prosent av jenter i alderen 8–9 år var overvektige. I tal frå Ung-Hunt – Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag (NTNU), kom det fram at 25 prosent av jenter og 27 prosent av gutar i vidaregåande skule var overvektige. Om lag 1 av 4 menn og 1 av 5 kvinner i aldersgruppa 40–45 år har no fedme. Dette har auka dei siste 40–50 åra (Folkehelseinstituttet 2018). Fedme aukar uavhengig av etnisk bakgrunn, men aukar mest blant samiske menn. I SAMINOR 2 er det høgare prosentdel diabetes hos den samiske gruppa enn hos andre grupper, og talet på diabetikarar har auka, men når ein justerer for fedme, forsvinn forskjellane. Det er med andre ord fedmen som forklarar forskjellane i tala for diabetes.

Fedme er meir utbreidd i enkelte innvandrargrupper enn hos innbyggjarane elles. Dette gjeld særleg blant innvandrarar frå Tyrkia, Irak og Pakistan. Lågast prosentdel med fedme er det blant innvandrarar med bakgrunn frå Vietnam, Afghanistan og Eritrea.

Vektauken blant innbyggjarane har samansette årsaker; strukturelle endringar i samfunnet og personlege preferansar har ført til redusert fysisk aktivitet og endra kost. Psykologiske og fysiologiske forhold har òg mykje å seie. Med overvekt og fedme følgjer auka risiko for sjukdommar som diabetes type 2, hjerte- og karsjukdommar og kreft i vaksen alder, og auka risiko for

komplikasjonar i samband med graviditet og ved fødsel (GBD 2015 Obesity Collaborators 2017). Når det er blitt behov for behandling, krev det stor innsats av den enkelte og helsetenesta.

For å snu auken i talet på innbyggjarar med overvekt og fedme er det behov for ein samla førebyggingsinnsats på tvers av etatar. Helsesektoren kan ikkje ta dette ansvaret åleine. EU har vedteke dokumentet «Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020». Tiltaka er baserte på livsløpsperspektiv, tiltak på tvers av sektorar, partnerskap mellom offentlege og private aktørar og sosial og politisk mobilisering, sidan den sosiale ulikskapen er stor når det gjeld overvekt og fedme.

Tilrettelegging for å gjere det enkelt å ha gode kost- og aktivitetsvanar er sentralt og blir følgt opp mellom anna gjennom den nasjonale handlingsplanen for betre kosthald, som er omtalt i punkt 6.4. Ein ny handlingsplan for fysisk aktivitet vil òg ha mykje å seie, jf. 6.3. Helsedirektoratet har utvikla verktøy, mellom anna appar, som skal støtte den enkelte i å endre levevanar gjennom kommunikasjonskonseptet «Bare du», jf. kapittel 6.9. WHO Euro kom i 2016 med råd om korleis ein kan betre tilbodet for hjelp med vektreduksjon, kosthald og fysisk aktivitet i primærhelsetenesta (Helsedirektoratet 2019a). Ein samla tiltakspakke for å møte overvektsproblematikken i tråd med handlingsplanen frå EU og råda frå WHO kan vere aktuelt å konkretisere i ny NCD-strategi.

Ein tiltakspakke som rettar seg mot å hjelpe pasientar og personar med overvekt og fedme, vil potensielt påverke store delar av helsetenesta. Det er viktig med ei heilskapleg tilnærming, der faktorar som kroppspress og psykisk helse blir tekne hand om. Det krev god kompetanse, gode verktøy og bruk av dette både i kommunar, i ulike delar av helse- og velferdstenestene og blant innbyggjarane generelt.

Helsestasjons- og skulehelsetenesta møter foreldre og barn i ein tidleg fase og skal gi rettleiing og råd om kosthald og sunne levevanar. Fastlegane har ansvar for å tilby førebyggjande tiltak der det blir avdekt større risikoar for utvikling av sjukdom eller funksjonssvikt, og dei kan til dømes vise vidare til ein frisklivssentral eller eit lærings- og meistringstilbod i kommunen. Frisklivssentralar tilbyr kunnskapsbasert støtte til endring av levevanar gjennom mellom anna fysisk aktivitet og kosthald, og er viktige arenaer for å nå ut med tiltak til personar med overvekt eller fedme.

Helsedirektoratet har utarbeidd fleire nasjonale faglege retningslinjer for helsetenesta som er relevante i arbeidet for å førebyggje og behandle overvekt og fedme. Ein bør gjennomgå og vur-

dere desse retningslinjene for å finne ut om dei er implementerte, og om dei treng oppdatering.

Muskel- og skjeletthelse

Nest etter psykiske lidningar er muskel- og skjelettlidningar den vanlegaste årsaka til at folk blir uføre. Regjeringa vil auke merksemda rundt desse utfordringane. Muskel- og skjeletthelse vil derfor få ein sentral plass i den nye NCD-strategien.

Muskel- og skjelettlidningar omfattar ei rekkje ulike tilstandar som har det til felles at dei kan gi smerter og føre til nedsett funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Mest utbreidd er tilstandar i rygg og nakke, osteoporose og osteoporotiske brot og revmatiske sjukdommar. Det er i stor grad snakk om kroniske lidningar. Mange sjukdommar og plager som er knytte til muskel- og skjelettsystemet, har samanheng med stillesitjande livsstil og overvekt. Risikofaktorane for muskel- og skjelettsjukdommar varierer, men jamleg fysisk aktivitet og redusert røyking kan truleg bidra til å førebyggje fleire av desse tilstandane. Risikofaktorane for smerter i rygg og nakke er samansette og delvis ukjende. Resultat frå Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag tyder på at oppleving av stressande arbeidsliv aukar risikoen for utvikling av nakke- og skuldresmerter, særleg hos menn (Folkehelseinstituttet 2018).

Medisinske kvalitetsregister gir verdifull informasjon om variasjon i behandlingstilbodet til ulike pasientgrupper med muskel- og skjelettsjukdommar og om effekten av ulike behandlingsformer. Helseatlas er òg eit verkemiddel for å unngå uønskt variasjon i pasientbehandlinga og sikre eit likeverdig tilbod av helsetenester på tvers av geografi og sosiale grupper. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord presenterte hausten 2018, i samarbeid med ortopediske fagmiljø i Helse Vest, eit atlas for ortopedi. Atlaset viser stor geografisk variasjon i behandlinga av muskel- og skjelettsjukdom. Informasjonen i atlaset gir fagmiljøa kunnskap som kan bidra til å redusere grunnlaus variasjon og sikre likeverdige helsetenester. Helseatlas viser til dømes stor variasjon i behandlinga av aldersforandringar i kneleddet og i kikkhølsbehandling ved meniskskade.

Det er viktig at personar med muskel- og skjelettplager kjem raskt til behandling, slik at plagene ikkje blir for omfattande og langvarige. Derfor innførte regjeringa direkte tilgang til fysioterapeut utan tilvising frå lege eller annan tilvisande instans frå 1. januar 2018. Tilgangen til kiropraktor er òg betra ved at den tidlegare grensa for talet

på behandlingar med refusjon frå trygda blei oppheva frå 1. januar 2017. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for muskel- og skjelettlidingar.

Endring av levevanar – frisklivs-, lærings- og meistringstilbod

Effektive tiltak retta mot risikofaktorane tobakksbruk, skadeleg alkoholbruk, usunt kosthald og fysisk inaktivitet vil kunne redusere talet på nye tilfelle av kreft, diabetes (jf. omtale ovanfor), kols og hjarte- og karsjukdommar.

Aukande levealder, òg hos personar med kols, vil bidra til at talet på personar som lever med kols, vil halde seg høgt i åra framover. Røyking er den vanlegaste årsaka til kols og ligg bak to av tre tilfelle. Reduksjonen i talet på røykjarar vil derfor redusere talet på nye kolstilfelle og motverke auken noko. Røykjeslutt er ein helt sentral del av behandlinga for personar med kols. Les òg om ny nasjonal tobakksstrategi i kapittel 6.5.

I åra framover er det venta at talet på dei som lever med hjarte- og karsjukdom, aukar på grunn av den aukande prosentdelen eldre blant innbyggjarane (Folkehelseinstituttet 2018a). Omfanget av viktige risikofaktorar for hjarte- og karsjukdom, som høgt blodtrykk og høgt kolesterolnivå, har gått ned dei seinare åra. Meir overvekt og fedme vil kunne motverke denne positive utviklinga.

Gode levevanar må vere ein sentral del av behandlinga, saman med, eller i mange tilfelle i staden for, bruk av legemiddel. Det er derfor viktig at helsepersonell har god kompetanse på rettleiing om gode levevanar og tek dette i bruk som del av behandlinga. Intervensjonsstudiar frå Finland (Lindstrom mfl. 2006) og USA (Diabetes Prevention Program, DPP) har vist at intensiv livsstilsrettleiing fører til langvarig vektreduksjon og førebyggjer utviklinga av type 2-diabetes. Kost- og mosjonsendringar kan vere like effektiv behandling som insulin hos personar med etablert type 2-diabetes (Herman mfl. 2005). Trass i at livsstilsrettleiing er ressurskrevjande, er det stadfesta i fleire systematiske samanfatingar av kunnskap at det er kostnadseffektivt (Helsedirektoratet 2018d).

Frisklivssentralane er ei førebyggjande lågterskelteneste i kommunen som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevanar. Det er etablert ei tilskotsordning som inneber at kommunar som ønskjer å etablere frisklivssentral med lærings- og meistringstilbod kan søkje om midlar til å etablere og utvikle dette tilbodet

vidare. Målgruppa for frisklivssentralen er personar i alle aldrar som har auka risiko for sjukdom eller allereie har utvikla det, og som treng hjelp til å endre levevanar og meistre helseutfordringar. Tilbodet er for alle i målgruppa som bur og oppheld seg i kommunen, og spesielt for dei som ikkje finn andre eigna tilbod, eller som treng hjelp til å oppsøkje tilbod.

Tal frå 2017 viser at 3 av 5 kommunar har etablert frisklivssentral, men at det er stor fylkesvis variasjon i utbreiinga av frisklivssentralane. I 2016 nytta meir enn 27 000 deltakarar eitt eller fleire tilbod ved frisklivssentralane på landsbasis.

Opprettinga av frisklivstilbod er ein del av det samla tilbodet om opplæring i kommunane. Kommunane bør kunne gi opplæringstilbod for alle vanlege sjukdommar eller tilstandar, og mange kommunar har no eit differensiert tilbod til store brukargrupper som slit med å meistre livet med sjukdom.

Frisklivssentralen kan òg tilby diagnosespesifikke gruppetilbod i eigen regi eller i samarbeid med andre dersom dei har stort nok pasientgrunnlag og nok ressursar. Desse tilboda må vere lagde opp og leidde av kompetent personell i kommunen eller i samarbeid med andre tenester eller aktørar. Oppfølging av personar som har ikkje-smittsame sjukdommar, eller som har auka risiko for det, krev at samarbeidet mellom fastlegar og frisklivs-, lærings- og meistringstilbodet i kommunen er godt.

Boks 6.3 Lærings- og meistringssenteret i Sandefjord

Lærings- og meistringssenteret i Sandefjord blei etablert i 2004, som det første kommunale lærings- og meistringssenteret i landet. Senteret har ei rekkje tilbod til personar som har fått endra helsa- og livssituasjonen, og til pårørande. Formålet med tilbodet er å gi inspirasjon, kunnskap og støtte for at den enkelte skal kunne handtere kvardagen på ein god måte. Senteret har òg tilbod til helsepersonell der formålet er å bidra til auka kunnskap om kva som fremjar læring og meistring. Fleire av kurstilboda er i samarbeid med brukarar, pårørande og helsepersonell.

Kjelde: <https://www.sandefjord.kommune.no/Helse-og-omsorg/Helse-og-omsorg/Larings-og-meistringssenteret/>

Astma og allergi

Astma og allergi er store folkesjukdommar i vår tid, og den globale sjukdomsbyrda i samband med astma aukar (Global Asthma Report 2018). I Noreg viser undersøkingar at det er mykje astma og allergi blant innbyggjarane, og talet på tilfelle ser ut til å ha auka dei siste 20–30 åra (Helsedirektoratet 2018d). Eit meir systematisk arbeid for å betre luftkvaliteten utandørs i norske byar har positiv effekt for personar med astma og allergi.

Inneklima, og særleg fukt, har mykje å seie for utvikling av astma og allergi. Det er påvist samanheng mellom jamleg opphald i hus med fukt eller mugg og auka mengd astma og allergi. Sjå òg kapittel 5.9.

Fagmiljøa opplever overdiagnostisering og sjølvdiagnostisering av matallergi. Opptil 25–40 prosent av innbyggjarane sjølvrapporterer at dei får symptom av mat, og reknar seg som matvareintolerante (Østerballe mfl. 2005). Berre 1 av 10 som trur dei har matallergi, viser seg ved utgreiing å ha det (Roehr mfl. 2004).

Det er etablert regionale senter for astma, allergi og anna overfølsemd (RAAO) i alle helseregionar. Desse sentera spelar ei viktig rolle i å spreie kunnskap om astma og allergi både i spesialisthelsetenesta og i primærhelsetenesta. God diagnostikk og behandling av astma er viktig for å førebyggje forverring av astma og redusere risikoen for å utvikle kols seinare. Det er behov for betre diagnostikk i helsetenesta og auka kunnskap blant innbyggjarane.

Boks 6.4 NCD-utfordringane

Regjeringa vil

- utarbeide ein ny NCD-strategi som skal inkludere muskel- og skjeletthelse og psykisk helse
- følgje opp registerdata frå dei seks nasjonale helseregistera for muskel- og skjelettsjukdommar og funna i Helseatlas for ortopedi til å førebyggje sjukdom, motverke uønskt variasjon i behandlinga og auke pasienttryggleiken
- etablere eit nasjonalt nettverk mellom dei regionale sentera for astma, allergi og overfølsemd (RAAO) for å fremje eit heilskapleg, landsdekkjande og likeverdig tilbod
- innføre pakkeforløp for muskel- og skjelettlidingar

6.2 Betre helse og livskvalitet for personar med kronisk sjukdom eller sansetap

Personar med kronisk sjukdom, funksjonsnedsetjing eller sansetap kan ha utfordringar når det gjeld sosial deltaking og god livskvalitet. Mange vil ha behov for spesifikk oppfølging frå helse- og omsorgstenestene, men dette er grupper som ein òg må ta omsyn til i det generelle folkehelsearbeidet.

6.2.1 Kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar

Kjenneteikn ved kronisk sjukdom er at sjukdommen har eit langt forløp, og ikkje alle sjukdommane lèt seg lege. Kor stor innverknad sjukdommen har på den enkelte, er avhengig av variasjonar i sjukdomsaktiviteten, kor alvorleg sjukdommen er, kor god effekten av behandlinga er, og i kva grad personen meistrar symptoma. Det å ha eller få ein kronisk sjukdom kan vere psykisk tungt og føre til tap av arbeidsevne med sjukefråvær, status som ufør og utfordringar med å delta i samfunnslivet. Samtidig veit vi at mange med kronisk sjukdom lever gode liv, trass i dei plagene sjukdommen gir.

Kronisk sjukdom inkluderer dei store folkesjukdommane kreft, diabetes, hjarte- og karsjukdommar og luftvegslidingar som kols og astma. Revmatiske lidningar, allergiar, hudlidningar, mage- og tarmsjukdommar og stoffskiftesjukdom er andre døme. Hjernesjukdommar som migrene og demens kan òg nemnast. Det er i tillegg mange psykiske lidningar og ruslidningar som er langvarige. Dette vil seie at variasjonen i alvorgrad og funksjonstap er stor. For personar med kronisk sjukdom er det òg auka risiko for å få andre sjukdommar. Til dømes kan kreftpasientar få auka risiko for hjartesyjukdom. Mange pasientar har ofte fleire diagnosar.

For ein del kroniske sjukdommar er det dokumentert sosioøkonomiske forskjellar i kven som blir ramma. Menneske med låg inntekt og/eller kort utdanning blir oftare ramma av kroniske sjukdommar enn dei med høgare inntekt og lengre utdanning.

Livskvaliteten for personar med kronisk sjukdom vil òg bli påverka av innsats i andre sektorar, som barnehage, skule/utdanning og arbeidsliv, og av kva trygdeytningar dei får. At personar med nedsett funksjonsevne skal vere likestilte, gjeld på alle samfunnsområde. Det krev både universell utforming og individuell tilrettelegging av mellom

anna arbeidsplass, bustad, servicebygg, transportmiddel, uteareal, tenester og elektronisk kommunikasjon. Dette blir følgt opp gjennom strategien for likestilling av menneske med funksjonsnedsetjing for perioden 2020–2030. Tilgang til hjelpemiddel, støtte og rettleiing er viktig for den kronisk sjuke og dei pårørande.

I tillegg til behandling og oppfølging av den kroniske sjukdommen er det òg nødvendig å sjå på faktorar som gir vern mot eller risiko for andre typar plager og problem. Meir systematisk førebyggjande innsats mot til dømes depresjon hos personar som blir diagnostiserte med ein kronisk, somatisk sjukdom, vil kunne ha stor effekt på livskvaliteten til desse menneska.

Helsedirektoratet har sett på bruk av helse- og omsorgstenester blant pasientar med behov for heilskaplege tenester og finn at talet på innleggjarar som kunne ha vore førebygde, aukar, trass i at bruken av fastlegar og legevakt òg har auka (Helsedirektoratet 2019b). Rapporten viser at pasientar med kroniske sjukdommar som diabetes, astma eller kols har fleire konsultasjonar hos fastlege enn gjennomsnittet av pasientane.

Barn og unge med funksjonsnedsetjing må ha høve til å vere ein del av det same fellesskapet som funksjonsfriske er. Ein god vennekrets og inkluderande aktivitetar der barn og unge med funksjonsnedsetjing kan delta saman med andre, bidreg til gode sosiale relasjonar og hindrar at samfunnet bidreg til utestenging og diskriminering frå viktige arenaer. Sjølvhjelps- og likepersonsarbeid kan ha mykje å seie, og kan nå fram til brukarane på ein annan måte enn profesjonelle kan klare.

Statistisk sentralbyrå har utvikla eit indikatorsett som kan kaste lys over korleis levekåra til personar med funksjonshemming endrar seg over tid. Dette bidreg til at styresmakter og organisasjonar kan følgje med på om nasjonale mål blir nådde og internasjonale forpliktingar haldne.

Primærhelseteam, oppfølgingsteam og BPA

Eit sentralt tiltak i oppfølginga av Meld. St. 26 (2014–2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» er meir tverrfagleg arbeid og betre samarbeid gjennom meir arbeid i team. Målet er å gjere tenesta lettare tilgjengeleg, skape større breidd i tilbodet, betre opplæringa og oppfølginga av brukarar med kronisk sjukdom og dei med store og samansette behov, og å skape meir samanhengande og koordinerte tenester. I 2019 blir det gjennomført fleire prøveprosjekt med

arbeidsformer som bidreg til meir førebygging og betre tenester.

I 2018 blei prøveprosjektet med primærhelseteam starta. Eit primærhelseteam er ein utvida fastlegepraksis. I prøveprosjektet deltek fastlege, sjukepleiar og helsesekretær, og dessutan ein psykolog i ein av prøvepraksisane. Teamet yter tenester til alle innbyggjarane på lista til fastlegane. Organiseringa i primærhelseteam skal mellom anna gi fleire legetenester og betre oppfølging og opplæring av brukarar med store og samansette behov, brukarar med kronisk sjukdom og brukarar som i liten grad spør etter tenester.

Oppfølgingsteam er ein systematisk måte å arbeide tverrfagleg på ved oppfølging av dei innbyggjarane som har eit stort behov for tenester. Samansetjinga av teamet varierer ut frå kva behov den enkelte har for ulike tenester. Eit viktig element er å utvikle og prøve ut eit elektronisk verktøy for risikokartlegging. Verktøyet blir brukt til å identifisere personar med risiko for framtidig sjukehusinnlegging og auka behov for kommunale helse- og omsorgstenester. Det skal òg setjast i gang ei vidare utprøving for medisinsk avstandsoppfølging hausten 2018–2021. Målgruppa er personar med kroniske lidningar med høgt forbruk av helsetenester.

Brukarstyrt personleg assistanse (BPA) er ein lovfesta rett for personar med nedsett funksjonsevne og stort behov for støtte. For personar i denne situasjonen har BPA mykje å seie for yrkesdeltaking, utdanning og høvet til å leve eit aktivt og sjølvstendig liv. Retten til BPA har bakgrunn i eit ønske om å gjere det enklare for menneske med stort behov for praktisk støtte å ta ansvar for sitt eige liv og si eiga velferd. Kommunane har plikt til å tilby tenesta.

Læringsnettverk og brukarkompetanse

Lærings- og meistringstilbod som er etablert i kommunar og ved sjukehus, i frivillig sektor og i privat sektor, kan vere nyttig for å etablere meistringsteknikkar og handtere plager ved kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar. Frisklivstilbod i kommunane verkar mellom anna inn på levevaneområda og meistringa av lettare psykiske plager. Frisklivssentralane gir òg rettleiing om korleis ein kan leve betre med kroniske plager og sjukdommar.

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk sjuke og læringsnettverk for gode pasientforløp for psykisk helse og rus er etablerte i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinsti-

tuttet og KS. Læringsnettverka skal mellom anna betre overgangane i pasientforløp. Dette gjeld både internt i kommunane og mellom sjukehus og kommunar. Læringsnettverka er førte vidare som eit tiltak i Meld St. 15 (2017–2018), «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre».

Brukarane sit på viktig erfaringskompetanse. Kommunane og sjukehus må leggje til rette for brukarinvolvering og at denne kompetansen blir nytta i utvikling og gjennomføring av frisklivs-, lærings- og meistringstilbod. Dette kan ein gjere gjennom å etablere samarbeid med brukarorganisasjonar om likepersonsarbeid. Likepersonsarbeid har ein verdi i seg sjølv, og samtidig hevar det både kvaliteten og kapasiteten i opplæringstilbodet.

Gode lærings- og meistringstilbod er viktig for å setje pasientane og dei pårørande i stand til å handtere sin eigen sjukdom på ein god måte. I samband med arbeidet med ny nasjonal helse- og sjukehusplan som skal leggjast fram for Stortinget hausten 2019, blir det mellom anna vurdert korleis lærings- og meistringstilbod i endå større grad kan brukast som eit verkemiddel for å fremje kompetansen til pasientane.

I Storbritannia har dei sett i gang ei ordning der det kan tilvisast til mellom anna sosiale aktivitetar (jf. boks 6.5). Regjeringa vil sjå nærmare på ordninga og vurdere korleis erfaringane frå ordninga kan brukast til å vidareutvikle tenestene her i landet.

Habilitering og rehabilitering

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019) rettar seg i hovudsak mot brukarar med funksjonsnedsetjingar som følgjer av fysisk sjukdom, uavhengig av alder, diagnose og bustad. Ein hovudbodskap i planen er at ein må jobbe annleis enn i dag. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukarar med kronisk sjukdom og med store og samansette behov ikkje får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til eigenmeistring. Manglande systematikk i kommunalt tverrfagleg arbeid rammar mange brukargrupper. Kommunane skal bli sette i stand til å ta over ein større del av ansvaret for habilitering og rehabilitering frå spesialisthelsetenesta. Derfor inneheld planen eit stimuleringsstilskot som kommunane kan søkje på, i tillegg til at 200 millionar kroner av dei frie inntektene til kommunane i 2019 er grunnlagt med opptappingsplanen.

Boks 6.5 Sosial aktivitet etter tilvising

I Storbritannia (UK) er det etablert ei ordning som blir kalla «social prescribing». Tanken bak «social prescribing», eller sosial tilvising, er at pasienten skal få høgare livskvalitet og betre helse ved å innsjå at helsa blir påverka av ei rekke sosiale, økonomiske og miljømessige faktorar. Sosial tilvising har vist seg å redusere etterspurnaden etter helse- og sosialtenester. Bakgrunnen for tiltaket er aukande etterspurnad etter tenester frå legar og helsepersonell, mellom anna som følgje av problem på grunn av samlivsforhold eller bustad- og arbeidsrelaterte spørsmål. Tanken er at ein både skal nå fram til dei som er einsame eller sosialt isolerte, dei som ikkje vanlegvis oppsøker helsetenester, og at ein skal redusere sosiale ulikskapar. Aukande førekomst av demens er ei anna årsak til at det er behov for ikkje-medisinske behandlingssopplegg. Tilvisingane går til lokale, ikkje-kliniske tenester. Dei som blir tilviste, får hjelp til å komme i gang med aktivitetar og til å takle problema sine, slik at livet blir betre. Noko av formålet er å vere med i sosiale samanhengar, til dømes gjennom å oppleve kunst og kultur. Ein kan til dømes vere med i kor, turgrupper, lesesirkklar eller hageklubbar. Folk kjem saman og blir involverte i noko som er bra for helsa og godt for samfunnet. Dei offentlege midlane blir kanaliserte via frivillig sektor.

Boks 6.6 ParkinsonNet

ParkinsonNet har som formål å styrkje kompetansen hos fagpersonar, brukarar og pårørande, og blir prøvd ut i Stavanger og Oslo. Ressursane til pasienten blir mobiliserte for å førebyggje vidare utvikling av sjukdommen. Dette kan gi eit rikare liv, og data frå Nederland indikerer at personar med Parkinson kan klare seg lenger heime og utsetje flytting til sjukeheim. Betre meistring av sjukdommen kan òg hindre ulykker, som fall med brotskadar. ParkinsonNet kan bidra til betre tenester, meir tverrfagleg aktivitet og styrkt samhandling mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Der som prosjektet viser gode resultat, kan det vere aktuelt å føre det vidare nasjonalt.

Boks 6.7 Strategi for likestilling av menneske med funksjonsnedsetjing – eit samfunn for alle

«Et samfunn for alle – regjeringens strategi for likestilling av menneske med funksjonsnedsettelse for perioden 2020–2030» skal bidra til ein betre samordna og heilskapleg innsats for å nå måla til regjeringa om likestilling av personar med funksjonsnedsetjing. Strategien er utarbeidd av fleire departement, og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjonar (SAFO) og Unge funksjonshemmede har òg bidrege med viktige innspel til strategien. Strategien legg vekt på å bruke både universelle løysingar og spesielle tiltak, satse på sjølvbestemming, medverknad, deltaking og inkludering og betre samordning av tiltak på alle nivå. Strategien har fire innsatsområde: utdanning, arbeid, helse og omsorg og kultur og fritid. I 2019 startar arbeidet med ein handlingsplan som skal inngå som ein del av strategien. I tillegg set regjeringa i gang arbeidet med ei stortingsmelding for utviklingshemma for å følgje opp NOU 2016: 17 «På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggjende rettigheter for personer med utviklingshemming.»

Digitalisering og teknologiutvikling i helsetenesta

Tilgang til hjelpemiddel, støtte og rettleiing er viktig for den kronisk sjuke og dei pårørande. Digitale verktøy kan bli skreddarsydd og tilpassa individuelt og fungere som rein sjølvhjelp eller med ein eller annan grad av oppfølging med behandlaren. I kombinasjon med såkalla berbar sensorteknologi nærmar dette seg «persontilpassa» førebygging. Det opnar for tettare automatisert oppfølging, som blir opplevd som meir relevant for moderne digitale forbrukarar. Den store fordelten er at ein på sikt kan skalere opp digitale tiltak utan å auke personellkostnadene, og dermed kan dette òg bidra til å lette presset på ei helseteneste med aukande kapasitetsutfordringar. Eit døme er digitale program for førebygging av diabetes.

6.2.2 Sansetap og livskvalitet

Sansetap kan gi ei alvorleg funksjonsnedsetjing. Sansetap gir ofte tap av meistringsevne, sjølvstende og eigenomsorgsevne, og omfattar ofte redusert evne til å komme seg rundt. Uttrykket sansetap omfattar nedsett eller totalt tap av ein sans, som høyrsel, syn, lukt, smak eller følesans. Sansetap utanom det som skjer naturleg som del av aldringsprosessen, kjem vanlegvis av sjukdom eller skade.

Syn og høyrsel er viktig for deltaking i sosialt liv, for å utvikle og halde oppe ulike ferdigheiter, for å hindre sosial tilbaketrekking og isolasjon, og for å unngå ulykker. Sansetap gjer kommunikasjon vanskelegare og kan føre til sosial isolasjon og psykiske plager. Sansetap verkar inn på balanseevna og rørsleevna. Det er viktig å fange opp personar, ikkje minst barn og unge, som blir ramma av sansetap. Behandling, praktiske tiltak og god oppfølging i helse- og omsorgstenesta kan hindre tilbaketrekking og følgjetilstandar, som psykiske problem.

Nedsett syn og høyrsel er vanleg blant eldre og verkar for mange inn på kvardagsfunksjon og sosial kontakt. Nær éin av ti over 66 år har problem med synet, sjølv om dei bruker briller, og om lag halvparten av innbyggjarane over 65 år har eit høyrselstap som påverkar kommunikasjonen deira, og prosentdelen aukar med aukande alder (Folkehelseinstituttet 2018). Nedsett høyrsel er vanlegare blant personar med kort utdanning og låg inntekt enn blant personar med lang utdanning og høg inntekt, og det kan berre delvis forklarast med at såkalla lågstatusyrke blir utøvde i eit støyande arbeidsmiljø (Folkehelseinstituttet 2018).

Den viktigaste risikofaktoren for høyrselstap er aukande alder. Når talet på eldre aukar, vil derfor òg talet på personar med høyrselstap auke. Hørselshemmedes landsforbund reknar med at det vil bli ein million menneske med høyrselstap i 2020. Dette vil vere ei stor utfordring for samfunnet og helse- og omsorgstenesta. Det er derfor behov for å vurdere organiseringa og ressursbruket i dag og kva teknologi/hjelpemiddel som er tilgjengeleg, for å sikre at tilbodet framleis blir godt når talet på brukarar og pasientar aukar. Ein bør sikre kompetanse på tilpassing av høyreapparat og særleg sjå på korleis oppfølginga kan bli betre i kommunane. Opplæring i bruken kan betrast gjennom eit samarbeid mellom helsetenesta, Nav Hjelpemiddelsentral, høyrselkontaktar og høyrselshjelparar i kommunane. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å greie ut dette i samarbeid

Boks 6.8 Ringeriksprosjektet

Hørselshemmedes landsforbund har teke initiativ til Ringeriksprosjektet. Arbeidet er forankra i 12 kommunar på Ringerike og i Hallingdal, og ved Ringerike sjukehus og Hallingdal sjukestugu. Målet er at tilsette i helse- og omsorgstenestene og i Nav og avgjerdstakarar i regionen skal få betre kompetanse på høyrsel. Det er laga eit opplæringsprogram som er i gang i kommunane og ved sjukehusa.

700 sjukepleiarar, legar og andre tilsette på sjukehuset har vore gjennom eit tretimars intensivkurs om høyrsel. Pasientane skal møte helsepersonell som kommuniserer godt med hørselshemma, og som gir pasientar med høyrselstap god informasjon om behandlingssforløp og rehabilitering. Det er utvikla e-læringskurs som er tilgjengelege for alle helseregionane og på læringsportalen til KS. Sintef følgjeevaluerer prosjektet.

Kjelde: <https://www.hlf.no/hva-vi-jobber-med/ringeriksprosjektet/>

med brukarorganisasjonar og fagmiljø. Helsedirektoratet har i første omgang fått eit oppdrag på hørselsområdet som handlar om å gi ei skildring av organiseringa av tilbodet til hørselshemma i spesialisthelsetenesta og kommunane og hente inn ny kunnskap om høyrsel. Utgreiinga vil liggje føre gjennom Hunt 4. Helsedirektoratet skal òg gjere ei prioritering av aktuelle tiltak. Utgreiinga skal vere ferdig ved utgangen av 2019. I tillegg har Arbeids- og sosialdepartementet bestilt ein rapport frå Sintef om høyreapparatformidlinga, og denne rapporten skal vere ferdig medio 2019.

Det generelle folkehelsearbeidet inkluderer først og fremst førebygging av sansetap gjennom arbeid med støyreduksjon og forhindring av skadar og ulykker, men òg indirekte gjennom til dømes å førebyggje og gi god oppfølging av diabetes, som er ei viktig årsak til synstap. Personar med sansetap kan òg ha nytte av ulike lærings- og meistringstilbod og har stor nytte av universell utforming. Hjelpemiddel som høyreapparat og tiltak som betre lys heime og fargebruk for å få fram kontrastar kan hjelpe mange.

Eit anna døme på eit tiltak som kan bidra til å oppfylle det ansvaret kommunane har for det førebyggjande helse- og omsorgsarbeidet, er førebyggjande heimebesøk hos eldre. Ved å besøkje dei

eldre kan kommunane mellom anna avdekkje behov for nødvendige tilpassingar i bustaden og for hjelpemiddel, kartleggje kosthald, fysisk aktivitet og sosialt fellesskap, vurdere psykisk helse, bruk av rusmiddel og om legemiddelbruken er forsvarleg. Førebyggjande heimebesøk har blitt meir utbreidd dei siste ti åra, og regjeringa vil bidra til å støtte opp om denne utviklinga vidare.

Det er vanskeleg å førebyggje aldersrelatert sansetap medisinsk, men ein kan utsetje eller behandle enkelte typar synstap ved å operere grå stær og gi injeksjonar i auget ved sjukdommen AMD (aldersrelatert makuladegenerasjon).

Norges Blindeforbund og Hørselshemmedes landsforbund er døme på brukarorganisasjonar som er aktive pådrivarar for meir merksemd rundt sansetap. Dei er viktige bidragsytarar gjennom samarbeid og påverknad av arbeidet til styresmaktene med å førebyggje og behandle sansetap. Medlemmene i organisasjonane yter stor frivillig innsats lokalt som likepersonar i rettleiing og støtte til menneske med sansetap.

6.2.3 Om pårørande

Å skape gode rammer for pårørandeomsorga er eit ledd i det arbeidet regjeringa gjer for å skape ei helse- og omsorgsteneste for pasientane og brukarane. Regjeringa vil at pårørande skal ha høve til å påverke hjelpetilbodet når brukaren ikkje sjølv er i stand til å ta hand om behandlingssforløpet. Merksemda skal rettast mot at dei pårørande kan ha fleire roller, både som avlastarar, omsorgspersonar og avgjerdstakarar når det gjeld behandlingssforløpet. Regjeringa vil anerkjenne pårørande som ein viktig ressurs innanfor helse- og omsorgstenesta og fremje god helse og gode tilbod for pårørande i krevjande omsorgssituasjonar. Regjeringa tar sikte på å utarbeide ein eigen pårørandestrategi.

Pårørandealliansen reknar med at pårørande- og familieomsorga årleg utgjer om lag 110 000 årsverk.

I 2017 blei rettsstillinga til pårørande styrkt gjennom ei ny føresegn i lova om kommunale helse- og omsorgstenester. Føresegna gjer det tydeleg at kommunen har plikt til å tilby støtte til pårørande i form av mellom anna avlasting, rettleiing og omsorgsstønad. Kommunen skal òg vurdere behova til dei pårørande og utforme eit heilskapleg tilbod som tek vare på både kvar enkelt brukar og dei pårørande.

Som del av Omsorg 2020 er det etablert eit eige program for ein aktiv og framtidsretta pårørandepolitikk. Målet med pårørandeprogrammet er å

- synleggjere, anerkjenne og støtte pårørande som har krevjande omsorgsoppgåver
- betre samspelet mellom den offentlege og den uformelle omsorga, og styrkje kvaliteten på det samla tenestetilbodet
- leggje til rette for å føre vidare pårørandeomsorga på dagens nivå og gjere det enklare å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge eller vaksne og eldre med alvorleg sjukdom, funksjonsnedsetjing eller psykiske og sosiale problem

Som oppfølging av programmet har Helse- og omsorgsdepartementet sett i verk tiltak for å utvikle fleksible avlastingsordningar og tiltak for å gi opplæring og rettleiing til pårørande. Vidare har Helsedirektoratet utarbeidd ei pårøranderetleiiing for helse- og omsorgstenesta.

Helse- og omsorgsdepartementet vil sjå nærare på behovet for arenaer eller møteplassar der pasientar, brukarar og pårørande kan ta opp saker av felles interesse. Målet er å leggje betre til rette for at pårørande får vere aktive endringsagentar til beste for dei nærmaste og for utvikling av kvaliteten i tenestene.

6.2.4 Samarbeid med frivillige organisasjonar og brukarorganisasjonar

Brukarorganisasjonar og frivillige organisasjonar bidreg til å byggje sosialt nettverk, drive rådgiving og vere støttespelar eller motivator. Regjeringa vil samarbeide med frivillige for å utvikle tilbod til utsette barne- og ungdomsgrupper, eldre og kronisk sjuke jf. omtale av frivilligheit i mellom anna kap 8.2 og under dei enkelte departementa. Mange organisasjonar driv eit utstrekt likepersonsarbeid. Statlege helsestyresmakter har eit omfattande samarbeid med eit breitt spekter av frivillige organisasjonar og brukar- og pårørandeorganisasjonar på nasjonalt og lokalt nivå. Dette er formalisert i faste samarbeidsmøte der fleire organisasjonar møtest samla, i tillegg til møte med enkeltorganisasjonar i meir konkrete saker. Helseføretakslova slår fast at dei regionale helseføretaka skal ha brukarmedverknad i arbeidsforma si, og i vedtektene til dei regionale helseføretaka er det teke inn ei føresegn om brukarmedverknad. Det er eit breitt spekter av tilskotsordningar som er retta mot frivillige organisasjonar og brukar- og pårørandeorganisasjonar.

Helsedirektoratet arrangerer årleg ein kontaktkonferanse for frivillig sektor der alle frivillige

organisasjonar som har kontaktflate med Helsedirektoratet blir invitert. Vidare er det tett dialog med organisasjonar om ulike tilskotsordningar. Helsedirektoratet har òg eit brukarråd jf. boks 6.8.

Brukarar har rett til å medverke, og tenestene har plikt til å involvere brukaren. Samtidig har brukarmedverknad ein eigenverdi, ein terapeutisk verdi, og det er eit verkemiddel for å forbetre og kvalitetssikre tenestene. Brukarmedverknad inneber at brukaren blir rekna som ein likeverdig partner i diskusjonar og avgjerder som gjeld problema hans eller hennar.

Det er etablert eit kontaktforum for brukarar i helse- og omsorgstenesta som gir råd til Helse- og omsorgsdepartementet om forhold i helsetenesta, og i spørsmål om samhandling i helsetenesta som angår brukarane. Kontaktforumet skal bidra til å betre folkehelsa og skape ei betre helse- og omsorgsteneste for befolkninga.

Boks 6.9 Helsedirektoratets brukarråd

Brukarrådet skal fremje brukarperspektivet i strategisk viktige saker og prosessar for Helsedirektoratet. God kvalitet føreset at erfaringane og synspunkta til brukaren og pasienten påverkar tenestene. Eit element i arbeidet med brukarmedverknad er etableringa av eit overordna brukarråd. Brukarrådet er eit rådgivande organ der samansetjinga speglar breidda i porteføljen og brukargruppene til Helsedirektoratet, som famnar mellom anna somatikk, psykisk helse, rus, funksjonshemma og kronisk sjuke, barn, ungdom / unge vaksne, eldre, folkehelse, innvandrarbefolkninga og pårørande. Brukarrådet skal ikkje erstatte annan brukarmedverknad i Helsedirektoratet. Brukarrådet skal som hovudregel involverast tidleg i dei aktuelle sakene og prosessane.

Mål for Helsedirektoratets brukarråd

- fremje brukarperspektivet i strategisk viktige saker og prosessar knytte til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag
- bidra til utvikling og oppfølging av Helsedirektoratets systematiske brukarmedverknad

Kjelde: Mandat for Helsedirektoratets brukarråd 2018–2020

Boks 6.10 Betre helse og livskvalitet for personar med kronisk sjukdom eller sanse- tap

Regjeringa vil

- bruke resultatane i Hunt 4, utgreiinga om organisering av høyrse- og synstilbodet frå Helsedirektoratet og Sintef-rapporten om høyreapparatformidling til å vurdere aktuelle tiltak
- vurdere tiltak for å førebyggje høyrselstap, til dømes opplysning retta mot utsette grupper og tiltak på arenaer i yrkesliv og fritid, som konsertar, russefeiring og andre fritidsarenaer for ungdom
- oppmode kommunar om å vurdere sanse- tap som element i arbeidet med å overvake forhold som påverkar helse og livskvalitet
- betre oppfølginga og opplæringa av personar med kroniske sjukdommar gjennom utprøving av primærhelseteam og gjennom frisklivs-, lærings- og meistringstilbod
- ta sikte på å utarbeide ein pårørande- strategi i tråd med Granavolden-plattformen

6.3 Fysisk aktivitet

Regjeringa vil leggje fram ein ny handlingsplan for fysisk aktivitet i 2019 med eit tidsperspektiv på ti år. Målet om 10 prosent reduksjon i fysisk inaktivitet fram mot 2025 blir ført vidare, og i tråd med berekraftsmåla til FN, jf. Agenda 2030, er eit langsiktig mål 15 prosent reduksjon i fysisk inaktivitet fram mot 2030.

Visjon, overordna mål og hovudretningar

Visjonen er at fysisk aktivitet skal vere eit naturleg val for alle gjennom heile livet.

Eit overordna mål er at handlingsplanen til departementa skal bidra til å skape eit meir aktivt- vennleg og berekraftig samfunn, der alle, uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn, skal få høve til og bli stimulerte til meir rørsle og fysisk aktivitet i dagleglivet.

Grunnlaget for rørsleglede, gode aktivitets- vanar og eit aktivt og sosialt liv gjennom heile livs- løpet blir lagt i barne- og ungdomsåra. Tidleg inn-

sats med tiltak på arenaer som famnar alle barn og unge, blir derfor viktig. Nye data viser svak nedgang i aktivitetsnivået blant 9 år gamle gutar i siste tiårsperiode, og at berre halvparten av 15-åringane framleis er tilstrekkeleg fysisk aktive. Vi menneske kan trenast gjennom heile livet. Ein inaktiv 70-åring kan vinne tre år med god helse ved å bli fysisk aktiv. Berre tre av ti vaksne og eldre lever opp til minimumstilrådingane om fysisk aktivitet. Aktivitetsnivået blant innbyggjarane er lågt, og ein kan sjå eit tydeleg sosialt skilje der særleg utdanningsnivå slår ut.

Dette vil seie at det både er behov for universelle tiltak og for målretta innsats mot ulike grupper som treng tilpassa oppfølging, samtidig som utjamning må komme fram i mål og tiltak. Regjeringa vil støtte opp om arbeid som er i gang, og gir støtte til nye initiativ på kvardagsarenaer, som barnehagar, skulen og arbeidslivet, innanfor idrett og friluftsliv, og innanfor helse- og omsorgstenestene for å støtte opp under ansvaret og oppgåvene til kommunesektoren.

For å demme opp for passiverande motkref- ter som følgjer av samfunnsendingar som leier til mellom anna meir stillesitjing og inaktiv livsstil, må vi ta vare på og skape nye kjelder til fysisk aktivitet for alle. Vi må samtidig avgrense kjelder til stillesitjing. Dei fysiske omgivingane våre – ute og inne – må ha kvalitetar som gjer rørsle i kvar- dag og fritid og ved transport til eit naturleg val for alle. Vi må utvikle og ta i bruk aktiviserande tek- nologi og kommunikasjon som kan motivere og stimulere til meir fysisk aktivitet. Samtidig må vi ta høgd for nødvendig utvikling i ein handlings- plan med eit tiårsperspektiv.

Tre innsatsområde blir løfta fram for utvik- lingsarbeid i eit tiårsperspektiv for å

- leggje betre til rette for å skape aktivitets- og gåvennlege bu- og nærmiljø og ta vare på område som er under press, til dømes leikeom- råde, naturområde, parkar, grøntområde og stiar nær der folk bur, gjennom mellom anna eigna verkemiddel, samskaping og modellut- vikling i både by- og landkommunar
- utvikle og ta i bruk nyskapande og framtid- retta løysingar for å motivere og mobilisere til auka fysisk aktivitet i alle innbyggjargrupper gjennom mellom anna samarbeid med innova- sjons- og teknologimiljø og med media
- leggje til rette for tverrfagleg forskning og utvik- ling, kunnskaps- og erfaringsbasert praksis og system for betre oversikt over aktivitetsnivået blant alle innbyggjarane.

Status og utfordringar

Aktivitetsnivået

Objektive målingar av fysisk aktivitet viser at om lag 3 millionar menneske i Noreg i dag ikkje når opp til minimumstilrådingane om fysisk aktivitet og dermed ikkje er aktive nok – og mellom desse er over 300 000 barn og unge. Aktivitetsnivået er for lågt blant ungdom, vaksne og eldre, mens dei minste barna utgjer eit unntak. Berre halvparten av 15-årige gutar, fire av ti 15-årige jenter og tre av ti vaksne og eldre er tilstrekkeleg fysisk aktive. Blant vaksne er det eit tydeleg sosialt skilje i aktivitetsnivået. Sjølvrapporterte data indikerer at berre ein av fem vaksne utfører muskelstyrkjande aktivitet i samsvar med tilrådingane kvar veke.

Mindre rørsle i det daglege forklarar mykje av det låge aktivitetsnivået totalt sett. Vi bruker stadig meir tid i ro og til stillesitjing – 15 år gamle gutar bruker 73 prosent av vaken tid i ro – meir enn det vaksne og eldre gjer. Nye objektive data frå Hunt 4 viser at vaksne nyttar i gjennomsnitt 13 timar dagleg anten sitjande eller ståande.

Tal frå januar 2019 viser at det totale aktivitetsnivået målt med aktivitetsmålarar blant gutar og jenter på 6 og 15 år og jenter på 9 år har vore stabilt i perioden frå 2011 til 2018. Blant 9 år gamle gutar ser vi likevel ein reduksjon i aktivitetsnivået i same periode (Steene-Johannessen m.fl. 2019).

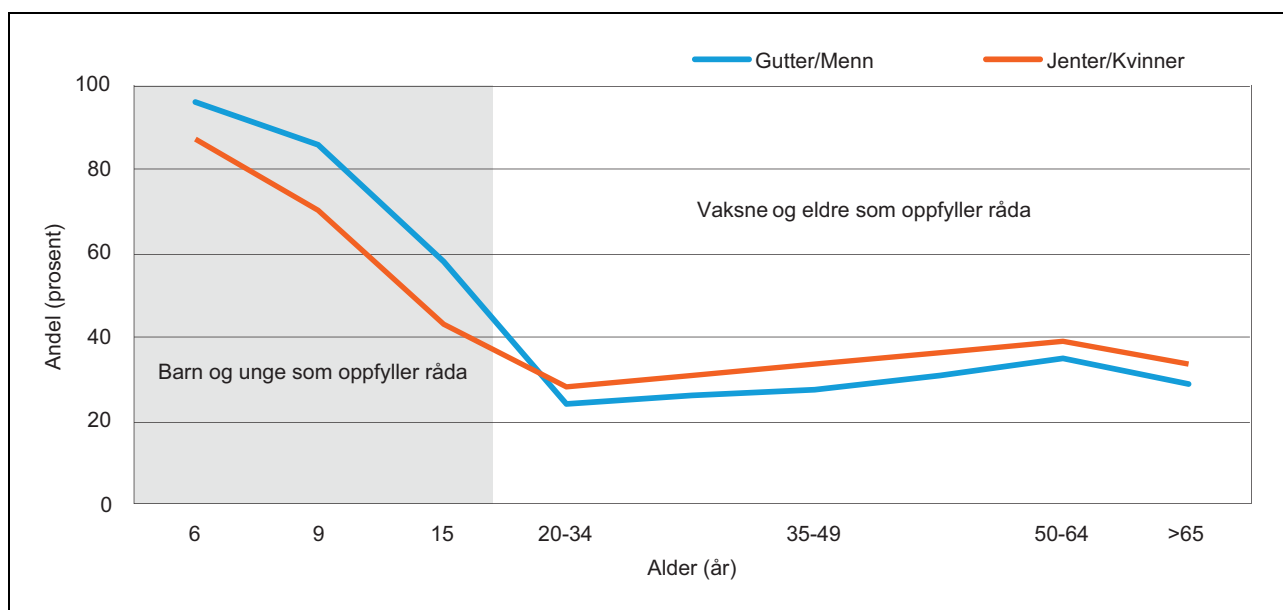
Denne utviklinga i inaktivitet er ein del av ein internasjonal trend, og fysisk inaktivitet er globalt ein av dei viktigaste risikofaktorane for tidleg død av ikkje-smittsame sjukdommar.

Samfunnsendringar

Trendar som globalisering, digitalisering, urbanisering og klimaendringar legg endra rammer for livet vårt. Innanfor arbeidslivet fører dette til større og endra krav til kompetanse og evne til omstilling. Vi blir meir urbane – om lag 80 prosent av innbyggjarane i Noreg bur i dag i byar og tettstader. Trendane gjer at vanane våre og strukturane for fysisk aktivitet er under press. Mellom anna gjeld det vinteraktivitetar i låglandet og søndagsturen.

Demografiske endringar, med mellom anna ein større prosentdel eldre og eit stort etnisk mangfald, krev at dei fysiske omgivnadene våre blir lagde til rette og utforma på ein måte som sikrar alle det same høvet til fysisk aktivitet.

Delar av samfunns- og teknologiutviklinga gjer fysisk inaktivitet til det normale, mens fysisk aktivitet er noko vi aktivt må velje og planleggje for. Det krevst sterke motkrefter til passiviserande teknologi. Aukande tidsbruk ved skjermar og på sosiale medium gir mindre tid til direkte kontakt, aktivt samvær og tid til nødvendig rørsle og bruk av kroppen.



Figur 6.2 Prosentdelen som oppfyller minimumstilrådingane om 60 minutt dagleg moderat fysisk aktivitet for barn og unge og 150 minutt moderat fysisk aktivitet per veke, 75 minutt med høg intensitet eller ein kombinasjon av moderat og høg intensitet for vaksne og eldre.

Kjelde: Steene-Johannessen m.fl. 2019, Helsedirektoratet 2015

Forsterka innsats på tvers av sektorar

Politikk og verkemiddel i ei rekkje departement legg grunnlag for eit meir aktivitetsvennleg og berekraftig samfunn, jf. kapittel 8, og i den politiske plattformen til regjeringa blir det lagt opp til å styrkje verkemidla på fleire område som påverkar den fysiske aktiviteten til innbyggjarane. Med auka satsing på bymiljøavtalar og byvekstavtalar, som er det viktigaste statlege verktøyet for å nå nullvekstmålet om at all vekst i persontransporten i byområda skal skje med kollektivtransport, sykkel og gonge, blir det lagt grunnlag for tiltak som kan fremje miljø- og helsevennleg mobilitet. Stortingsmeldinga om friluftsliv frå 2016 og handlingsplanen for friluftsliv frå 2018, og dessutan idretts- og anleggspolitikken med nye føringar i den politiske plattformen til regjeringa, legg grunnlag for tiltak som kan inkludere fleire i organisert og eigenorganisert aktivitet i fritida. Det gjeld òg politikk og prosessar på oppvekstarenaer som barnehage og skule, prosessar som er i gang i arbeidslivet, og oppfølginga av kvalitetsreforma for eldre, «Leve hele livet», og den nye folkehelsepolitikken.

Helse- og omsorgstenestene er ein viktig arena for målretta innsats for å fremje fysisk aktivitet, endre levevanar, for meistring av eigen sjukdom og for å halde oppe funksjonsevne og evne til sjølvhjelp. Noreg ligg på verdstoppen i hoftebrottforekomst. Styrke- og balansetrening kan redusere risikoen for brott med om lag 40 prosent. Det skal derfor leggjast vekt på system som kan fange opp grupper med nedsett funksjon. Fysisk aktivitet har positive effektar på både fysisk og psykisk helse, og kan bidra til å førebyggje angst og depresjon. Rettleiing frå helse- og omsorgspersonell om fysisk aktivitet påverkar pasientar og brukarar. Fysisk aktivitet må integrerast der det er nødvendig for å sikre forsvarlege tenester, også innanfor pleie og omsorg, i oppfølgingstilbod og i pasientforløp. Sjå omtalen av nullvisjonen i kapittel 5.4.1 og av frisklivstilbod i kapittel 6.1.1.

Barnehagen, skulen og SFO er oppvekstarenaer i livet til barn og unge som er viktige for vekst, læring og utvikling. Derfor er det viktig at aktiviteten i barnehagen og skulen fremjar rørsleglede og er av god kvalitet. Dei overordna måla for læring, trivsel og helse er uttrykte i rammeplanen for barnehagen og læreplanverket for grunnopplæringa. Regjeringa vil leggje til rette for auka fysisk aktivitet i skulen og SFO, med eit mål om éin time dagleg fysisk aktivitet innanfor det time-talet ein har i dag, utan at det går ut over metodefridommen til lærarane.

Arbeidslivet er ein viktig arena for fysisk aktivitet. Yrkesaktive bruker ein stor del av døgnet på jobb, og vere i rørsle i arbeidstida har mykje å seie for det totale aktivitetsnivået. Norske arbeidstakarar må vere rusta til å stå lenger i jobb og til eit arbeidsliv som mellom anna vil krevje stor evne til omstilling og høgare krav til produktivitet. Grenseovergangane mellom arbeid og fritid er òg område ein kan rette merksemda mot i eit arbeidsliv som er i endring. Samtidig krevst det målretta innsats for dei som står utanfor arbeidslivet.

Idretten og friluftorganisasjonane er saman med treningssenterbransjen viktige tilbydarar av organisert og eigenorganisert aktivitet i fritida. Totalt er om lag 1 million nordmenn medlemmer på eit treningssenter. Denne treningsforma er populær både blant menn og kvinner, og blir i aukande grad brukt av ungdom. I tråd med mål om idrett og fysisk aktivitet for alle og føringane i

Boks 6.11 Attraktive turmål

Kulturmiljø er ein arena for opplevingar og gir høve til å drive aktivitetar, anten som utgangspunkt for rekreasjon og turar eller gjennom aktiv røkt. Til dømes har Klima- og miljødepartementet freda fleire kulturmiljø, som Bygdøy, Kongsberg sølvverk og Ny-Hellesund. Desse kulturmiljøa er attraktive mål for turar. Klima- og miljødepartementet samarbeider med Landbruks- og matdepartementet om satsinga «Utvalde kulturlandskap i jordbruket». Desse områda har store natur- og kulturhistoriske kvalitetar, og områda er i seg sjølv attraktive å besøkje eller gå på tur i. Riksantikvaren og Den norske turistforening (DNT) samarbeider om prosjektet «Historiske vandreruter». Dette er ei satsing for å få gamle ferdselsårer meir kjende og brukte. Dei historiske vandrerutene ligg i ulike delar av landet og viser fram ulike delar av norsk historie: seterkultur, handelsveggar, fangstruter og den tidlegaste turistferdselen i fjellet. Rutene blir lagde til rette av medlemsforeiningar i DNT i samarbeid med andre lokale ressursar.

Forteljingar om kulturminne og historie som er knytte til rutene, blir formidla til turgåarane undervegs, men like viktig er satsinga på digital formidling; dei som ikkje kjem seg ut på tur, skal òg kunne lese om den spennande historia og oppdage kulturminne langs rutene.

den politiske plattformen til regjeringa skal ein leggje til rette for at organisasjonar og idrettslag enklare kan inkludere minoritetar og menneske med nedsett funksjonsevne. Ressurssenteret for eigenorganisert idrett og fysisk aktivitet og initiativ for nyskapande aktivitetsarenaer skal bidra til å følgje nye aktivitets- og anleggstrender. Saman med føringane i regjeringsplattformen om anleggsmidlar vil gode behovsvurderingar og medverknad i kommunale planprosessar bidra til ei anleggsutvikling som er i samsvar med aktivitetsprofilen hos innbyggjarane, særleg for barn og unge mellom 6 og 19 år.

Handlingsplanen for friluftsliv legg saman med friluftslivsmeldinga eit godt grunnlag for å realisere målet om at fleire skal utøve friluftsliv jamleg. Friluftsliv i nærmiljøet og anlegg som turvegar, turløyper og turstiar har brei appell i befolkninga. Det er godt dokumentert at friluftsliv og kontakt med naturen bidreg til god livskvalitet og er viktig for å førebyggje og behandle ulike psykiske lidingar, som depresjon og angst. Naturen er ein god arena for sosial kontakt og fellesskap og derfor òg viktig for å motverke einsemd.

Utviklingsområde

Samfunnsendringar legg rammer for livet vårt. Mindre rørsle i dagleglivet og ved transport forklarar mykje av det låge aktivitetsnivået blant innbyggjarane totalt sett. I eit samfunn som trekkjer i retning av meir stillesitjing og inaktiv livsstil, må vi avgrense kjelder til stillesitjing og samtidig ta vare på og skape nye kjelder til rørsle og fysisk aktivitet. Det dreier seg mellom anna om aktivitets- og gåvennelege kvalitetar i dei fysiske omgivnadene våre – ute og inne – i transportløysingar og gjennom utvikling og bruk av aktiviserande teknologi og strukturar for samhandling og kommunikasjon.

Fremje kvalitetar i dei fysiske omgivnadene våre

Det er viktig at dei fysiske omgivnadene – ute og inne – gir høve og fridom til at alle trygt kan få rørt på seg, ta del i fellesskapet og leve eit aktivt liv. Meir enn 80 prosent av innbyggjarane i Noreg bur i byar og tettstader, og urbaniseringstrenden held fram. Regjeringa satsar på kompakt og berekraftig byutvikling, og auka satsing på byvekstavtalar skal sikre at all veksten i persontransporten blir teken med kollektivtransport, sykkel og gonge. Saman med andre satsingar på gang- og sykkelveggar er dette nødvendig for god stadutvikling og auka mobilitet, trygg eigentransport til skule, arbeid, fritidsaktivitetar og daglege gjere-

mål. Det er òg nødvendig for å nå nasjonale mål om auka prosentdel gåande og syklande – særleg blant ungdom.

I fortetting, ved transformasjon av område og i nærmiljøutvikling generelt, vil ein vurdere verkemiddel for å ta vare på areal under press, til dømes leikeområde, parkar, nærnaturen, grøntområde og stiar nær der folk bur.

Regjeringa vil i arbeidet med handlingsplanen vurdere verkemiddelbruk og verktøy, og modellutvikling og metodar for samskaping og reell innbyggjarinvolvering i både by- og landkommunar. Sjå omtalen i kapittel 5.1 og 5.2.

Innovasjon og framtidretta løysingar

Det offentlege kan ikkje løyse utfordringane åleine. Handlingsplanen vil derfor omfatte tiltak for å skape synergjar i samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor. Planen skal òg sjå på korleis bruk av digital teknologi kan bidra til auka fysisk aktivitet. Slik kan ein skape møteplassar og fremje løysingar på tvers av sektorar. Samhandling med mellom anna innovasjons- og teknologimiljøa, media og andre aktørar er aktuelt for å mobilisere og stimulere til auka fysisk aktivitet blant innbyggjarane. Ein tek sikte på å byggje partnerskap for utvikling av nye løysingar, tenester og produkt, og ein vil setje i gang arbeidet med ei tverrfagleg innovasjonsplattform for å mobilisere fleire og utløyse ressursar.

Forskning og utvikling

I eit tiårsperspektiv for handlingsplanen tek ein sikte på å leggje til rette for tverrfagleg forskning, utvikling av forskings- og erfaringsbasert praksis, effektive tiltak for å fremje fysisk aktivitet og betre system for å få god oversikt over aktivitetsnivået i befolkninga og i ulike grupper, til dømes blant innvandrarar. Samtidig vil utvikling av indikatorar, dokumentasjon og utvikling av retningslinjer, verktøy og metodar vere nødvendig for å støtte opp under arbeidet i kommunesektoren og hos andre aktørar.

Boks 6.12 Fysisk aktivitet

Regjeringa vil

- i 2019 leggje fram handlingsplanen frå departementa for fysisk aktivitet, med eit tidsperspektiv på ti år og med revisjon undervegs

6.4 Kosthald og ernæring

6.4.1 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2017–2021)

«Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle – nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2017–2021)» blei lansert av regjeringa i mars 2017. Kosthald, mat og måltid har innverknad på helse og trivsel og er ein viktig del av kvardagen. Tilgangen på sunn og god mat er grunnleggjande for folk i alle aldrar. Samtidig er usunt kosthald ein av dei viktigaste risikofaktorene for sjukdom og for tidleg død, jf. omtale i punkt 1.4. Mat og måltid har ein sentral plass i mange kulturaktivitetar og det sosiale fellesskapet. For å få til endringar i kosthaldet må det gjerast ein innsats på tvers av sektorane og i eit samarbeid mellom offentleg, privat og frivillig sektor.

Handlingsplanen, som er utarbeidd i fellesskap av sju departement, inneheld ei rekkje mål (sjå boks 6.13) og tiltak. Tiltaka i handlingsplanen skal bidra til sunt kosthald og måltidsglede for å fremje helse og førebyggje kosthaldsrelaterte sjukdommar. Handlingsplanen inkluderer ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstenesta. I tillegg har handlingsplanen enkelte konkrete mål for kosthaldsendring. Målgruppene for handlingsplanen er barn, unge og eldre. Det blir òg vist til at ein må leggje til rette for arbeid med å betre kosthaldet, og informasjon for å få til dette, for ulike grupper i samfunnet. Dei kosthaldsråda som gjeld i dag, tek utgangspunkt i norske matvanar og norsk matkultur. Miljø som har eit anna kosthald enn tradisjonell norsk kost, kan oppleve det som utfordrande å innarbeide desse råda. Dette vil seie at det er behov for å målrette kommunikasjon mot

innvandrarar og tilpasse informasjonen kulturelt og språkleg.

I handlingsplanen er samanhengen mellom kosthald og psykisk helse løfta spesielt fram. Tiltak som gjeld barnehagar, skulen og SFO, er skildra i kapittel 2 om tidleg innsats og i kapittel 8, der tiltak for å auke fiskeforbruket er omtalte. Det er lagt vekt på at sunne val skal vere enkle val. Eit av tiltaka i handlingsplanen gjeld ernæringskriterium i offentlege anskaffingar. Det er eit mål at offentlege anskaffingar av mat og drikke skal oppfylle nokre nærmare definerte kriterium for ernæring. Det som blir tilbydd og servert på offentlege arenaer, set rammer for matvala til brukarane, og dette inneber eit ansvar for å gjere det mogleg å velje helsevennleg. Helsedirektoratet har som oppfølging av handlingsplanen fått i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide ein mal for bruk av ernæringskriterium ved offentlege anskaffingar som inkluderer mat og drikke. Ein slik mal, som omfattar innkjøp til barnehagar, skular, kantiner o.a. i offentleg regi, blir publisert våren 2019. Ein innkjøpsmal til heildøgns forpleiing (sjukehus, sjukeheimar osv.) vil òg bli utarbeidd.

Det skal gjennomførast ei midtvegsevaluering av handlingsplanen i 2019, og denne evalueringa vil ligge til grunn for ei mogleg justering av arbeidet. Ei slik justering vil òg bli sett i lys av denne stortingsmeldinga.

Oppfølging av handlingsplanen vil bli sett i samanheng med mellom anna satsinga «Matnasjonen Noreg», som òg er nemnd i kapittel 8. Gjennom «Matnasjonen Noreg» vil regjeringa samle og synleggjere politikken som gjeld mat og kosthald, og bidra til at desse områda i større grad kan sjåast i samanheng og gjensidig forsterke kvarandre. Mat grip inn i kvardagen til innbyggjarane på mange måtar og har mykje å seie for identitet, helse og ernæring. Aktuelle arbeidsområde er servering av norsk mat og drikke i offentleg sektor og på offentlege arrangement i inn- og utland, auka kunnskap og kompetanse om mat og helse blant alle innbyggjarar (spesielt hos barn og unge), rekruttering til og høve til å få seg arbeid i matfaga, og verdiskaping med utgangspunkt i natur- og kulturarv.

Kosthald er eit område der det er teke ei rekkje globale initiativ og skjer eit internasjonalt samarbeid. WHO har saman med FAO fått ansvar for å følgje opp FNs ernæringsstiar. Tiåret skal bidra til handling for å nå dei globale NCD-måla, forpliktingane etter ICN2 (2nd International Conference on Nutrition) og berekraftsmåla til FN.

Boks 6.13 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2017 – 2021)

Måla for handlingsplanen fram mot 2021 er:

- å auke forbruket av grønnsaker, frukt og bær, grove kornvarer og fisk med 20 prosent
- å redusere innhaldet av tilsett sukker i kosten til 11 energiprocent
- å redusere innhaldet av metta feitt i kosten til 12 energiprocent
- å redusere innhaldet av salt i kosten frå 10 gram til 8 gram per dag

Berekraftig kosthald

FN-organisasjonen for ernæring og landbruk (FAO) omtaler eit berekraftig kosthald som eit kosthald som tek omsyn til helse, miljø, økonomi og sosiale aspekt. Å fremje eit sunt kosthald er viktig både for berekraftsmål 2 og for berekraftsmål 3.

Handlingsplanen for kosthald har derfor berekraft som eit viktig element. Eit plantebasert kosthald og auka inntak av fisk, men mindre innslag av kjøt, vil bidra til å nå både helsepolitiske og klimapolitiske mål.

Parisavtalen er ein internasjonal avtale som skal sørge for at verdas land klarer å avgrense den globale oppvarminga til 2 gradar, og helst ikkje meir enn 1,5 gradar. FN's klimapanel viser i den siste hovudrapporten at utsleppsutviklinga knytt til global matproduksjon spelar ei viktig rolle for dette målet. Parisavtalen seier òg at matproduksjon og det å tryggje matsikkerheit for verdas befolkning er ei grunnleggjande prioritering.

Omsyn til miljøet kan bli sentralt i framtidige kostråd. Ved revisjon av nordiske råd for næringsstoff, i regi av Nordisk ministerråd, vil ein i større grad enn tidlegare ta omsyn til berekraftsperspektivet. Revisjonsarbeidet vil vare fram til 2022.

Ein tredjedel av den maten som blir produsert, blir ikkje eten. Strategiar for å redusere matsvinn i heile verdikjeda må til (teknologi, produksjon, emballasje, rask nedkjøling, ubrotten kjølekjede osv.). Størstedelen av matsvinnet skjer i forbrukarledet, og det vil seie at ein må auke kompetansen hos forbrukarane. Styresmaktene og næringa har undertekna ein avtale om reduksjon av matsvinn.

6.4.2 Mat og ernæring i helse- og omsorgstenesta

Mat, måltid og ernæring er viktige fagområde som må vere ein del av førebygging, behandling, habilitering og rehabilitering. Det finst ernæringsrelaterte utfordringar hos pasientar og brukarar i spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Tenesta er prega av mange aktørar og varierende grad av tverrfagleg samarbeid og samhandling. Det er mange typar personell som har med mat og ernæring å gjere, frå kokkar, kostøkonomar og kliniske ernæringsfysiologar til legar, sjukepleiarar og helsefagarbeidarar. Helse- og sosialpersonell rapporterer om behov for meir kunnskap om ernæring i grunnutdanningane. Samtidig er det ønskjeleg med lettare tilgang til spisskompetanse frå kliniske ernæringsfysiologar som kan rettleie anna personell i det daglege arbeidet. Det har i dei seinare åra blitt

utarbeidd opplæringspakkar, e-læringskurs og anna materiell for å støtte opp under tenestene.

Mat for eldre

Alle menneske har sitt personlege forhold til mat og måltid. Mat er ein viktig del av kvardagen for mange og verkar inn på livskvaliteten og funksjonsevna til den enkelte. God mat er derfor grunnleggjande for god helse og livskvalitet heile livet. Kva mat som fell i smak, varierer frå person til person.

Målet til regjeringa er å skape gode måltidsopplevingar og redusere underernæring. Alle brukarar i helse- og omsorgstenestene skal få næringsrik mat som både ser god ut, luktar godt og smaker godt. Maten skal vere tilpassa behova til den enkelte og serverast i ei hyggjeleg ramme. Mange meiner at gode måltid er nokre av dei viktigaste hendingane i kvardagen. Eldre og andre med behov for helse- og omsorgstenester bør få større høve til å velje kva dei vil ete, og når dei vil ete, og få høve til å dele eit godt måltid med andre.

God ernæringspraksis krev kartlegging, vurdering og dokumentasjon av ernæringsstatus, vurdering av matinntak, igangsetjing av målretta opplæringsiltak, og dessutan oppfølging og evaluering. Å kartleggje og vurdere ernæringsstatusen for pasientar og brukarar vil seie at helse- og omsorgstenesta har klar leiing, tydeleg ansvarsfordeling mellom tenesteutøvarar, gode rutinar og tilstrekkeleg kompetanse.

Handlingsplanen for betre kosthald inkluderer tiltak for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet. Det blei òg innført nye kvalitetsindikatorar i 2017 som viser kor stor del av høvesvis dei som bur på sjukeheimar, og dei som får helsetenester i heimen, i aldersgruppa frå 67 år og oppover, som har fått kartlagt ernæringsstatusen sin i løpet av dei siste 12 månadene.

Mykje tyder på at ikkje alle eldre får dekt dei grunnleggjande behova sine for mat, ernæring og gode måltidsopplevingar. Om lag kvar tredje person som bur på sjukeheim, og kvar fjerde mottakar av helsetenester i heimen er undernært eller risikerer underernæring (Jensen og Beyrer 2018). Hovudutfordringane er manglande systematisk oppfølging, manglande sosialt fellesskap og lite vektlegging av omgivnadene i samband med måltid. Det er ofte få måltid og lang nattfaste, lite mangfald og valfridom og lang avstand mellom produksjon og servering. Derfor er mat og måltid ei av hovudsakene i Meld St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*. En kvalitetsreform for eldre. Reforma foreslår fem løysingar for å redusere

underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevingar for den enkelte:

- det gode måltidet
- måltidstider
- valfridom og variasjon
- systematisk ernæringsarbeid
- kjøkken og kompetanse lokalt

Det er varsla i regjeringsplattforma at regjeringa vil gi betre tilbod til eldre på institusjon gjennom å leggje fram ein nasjonal strategi for godt kosthald og sunn ernæring hos eldre. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gi faglege bidrag til utarbeidinga av ein slik strategi.

Med ei aldrande befolkning som skal bu heime lengst mogleg og klare seg sjølv, er det nødvendig å utvikle nye matvarer og måltidsløysingar som er tilpassa heimesituasjonen og dei personlege behova. Personaltilpassa mat og måltidsløysingar kan vere eit aktuelt tema også for samarbeidet med matvarebransjen.

6.4.3 Samarbeid med matvarebransjen

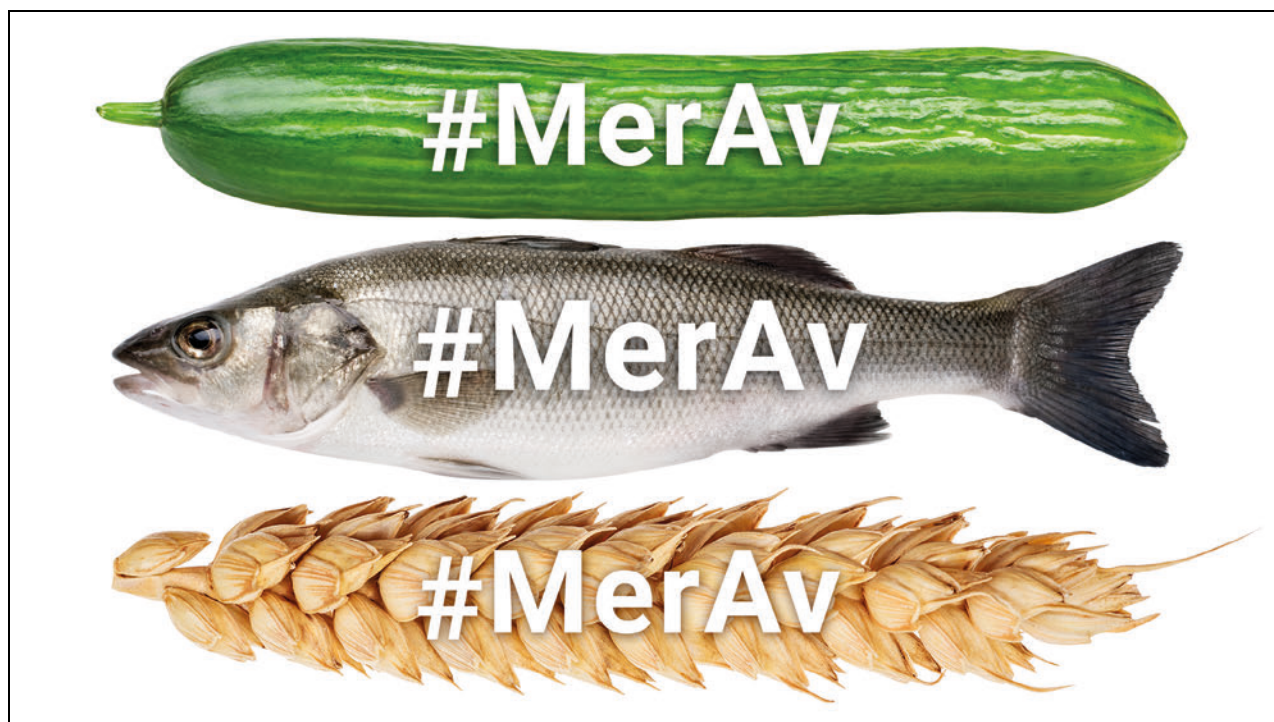
Helseministeren etablerte i 2014 ei næringslivsgruppe på matområdet. Næringslivsgruppa er sett saman av aktørar frå matvarebransjen. Hovudmålet med arbeidet er å gjere det enklare for forbrukarane å velje sunne alternativ. For å gjere arbeidet som er sett i gang av denne gruppa, meir heil-

skapleg og føreseieleg, inngjekk Helse- og omsorgsdepartementet og matvarebransjen i 2016 ein intensjonsavtale for å samarbeide om betre kosthald. Avtalen varer ut 2021. I 2018 blei avtalen utvida, slik at han òg omfattar serveringsbransjen. Ei rekkje aktørar, kioskar, bensinstasjonar og bedrifter i serveringsbransjen, har underteikna avtalen. I underkant av hundre aktørar er no knytte til intensjonsavtalen. Sjå òg kapittel 8.3.

Avtalen inneheld konkrete mål for reduksjon av salt, metta fett og sukker, og mål for å auke inntaket av frukt, bær, grove kornvarer og fisk. Dei talfesta måla er i tråd med måla i handlingsplanen for betre kosthald. Helsestyresmaktene har eit særskilt ansvar for kommunikasjon og for å følgje utviklinga i det norske kosthaldet. Matvarebransjen har arbeidd systematisk, og ein kan alle-reie no sjå positive resultat på dei områda som er ein del av avtalen. Sukkerforbruket er redusert, innhaldet av salt er redusert i ei rekkje varer, og prosentdelen grove kornvarer har auka.

Departementet tek sikte på å halde fram og vidareutvikle samarbeidet med matvarebransjen ved å forlengje tidsramma for intensjonsavtalen fram til 2025.

I Meld. St. 19 (2014–2015) «Folkehelsemeldingen – mestrings og muligheter» blei arbeid med måltidspartnerskap løfta fram. Regjeringa ønskjer å følgje opp dette som eit verkemiddel for betre kosthald. Dette kan tilpassast til ulike mål-



Figur 6.3 Bilete av kampanjeelement som blir nytta i #Merav-kampanjen i 2018.

Kjelde: Helsedirektoratet/TRY.

Boks 6.14 Kosthald og ernæring*Regjeringa vil*

- føre vidare satsinga på betre kosthald ved å følgje opp den nasjonale handlingsplanen for betre kosthald og gjennomføre ei midtvegs-evaluering av planen i 2019
- arbeide for at offentleg sektor tek ernæringsomsyn i anskaffingar av mat og drikke
- føre vidare og halde fram utviklinga av samarbeidet med matvarebransjen med intensjon om å forlengje tidsramma for intensjonsavtalen fram mot 2025
- gjennomføre kommunikasjonstiltak for å støtte opp under fokusområda i intensjonsavtalen mellom helsestyresmaktene og bransjen
- ta sikte på å etablere måltidspartnarskap i samarbeid mellom offentleg, privat og frivillig sektor
- bidra til å løfte berekraftsperspektivet inn i revisjonen av nye nordiske tilrådingar om næringsstoff
- systematisere og gjere tilgjengeleg relevant informasjonsmateriell om kosthald som er kulturelt og språkleg tilpassa ulike målgrupper
- ta sikte på å utarbeide ein strategi for godt kosthald og sunn ernæring hos eldre, i tråd med Granavolden-plattform

grupper, både barn og unge, eldre og familiar på tvers av ulike kulturar. Mellom anna vurderer ein å etablere eit samarbeid mellom ulike aktørar med sikte på ein nasjonal dugnad for å fremje auka matkunnskap og gode mat- og måltidsvanar blant barn og unge. I Danmark har dei lang erfaring med måltidspartnarskap som det er viktig å hente erfaringar frå.

Den nordiske merkeordninga Nøkkelhullet har ein viktig posisjon blant forbrukarane og i matvarebransjen. Denne ordninga skal halde fram og bli utvikla vidare. Den nye forbrukarmeldinga vil òg ha med element om kosthald, mellom anna merking av matvarer som påverkar kva varer forbrukarane vel. Forbrukarmeldinga er òg omtalt i kapittel 8.4.

I 2018 gjennomførte Helsedirektoratet ein #Merav-kampanje som la vekt på alt det gode vi bør ete meir av: frukt, bær og grønsaker, fisk og sjømat og grove kornprodukt.

6.5 Ny nasjonal tobakksstrategi

Regjeringa legg her fram ein ny tobakksstrategi for perioden 2019–2021.

Noreg er gjennom tobakkskonvensjonen forplikta til å ha oppdaterte strategiar og handlingsplanar på tobakksområdet. Vidare har Noreg slutta seg til NCD-målet om 30 prosent reduksjon i tobakksbruk fram mot 2025 og berekraftsmåla om å redusere NCD-dødsfall med ein tredjedel

fram mot 2030 og å styrkje gjennomføringa av tobakkskonvensjonen i alle land.

Regjeringa vil gjennom denne strategien ta sikte på å redusere tobakksrelaterte helseskadar i Noreg og bidra til å oppfylle desse internasjonale forpliktingane. Strategien følgjer opp Granavolden-plattform, der det kjem fram at regjeringa vil utarbeide ein ny tobakksstrategi, med mål om ein generasjon der ingen er avhengig av tobakk.

Status

Det har vore ein kraftig nedgang i prosentdelen daglegrøykjarar blant innbyggjarane dei siste ti åra – frå 21 prosent i 2008 til 12 prosent i 2018 (aldersgruppa 16–74 år) (Statistisk sentralbyrå 2019). I tillegg er det 9 prosent som røykjer av og til. Den store nedgangen har hovudsakleg komme fordi det er færre som begynner å røykje. Trass i dette er røyking likevel framleis den viktigaste enkeltårsaka til sjukdom og for tidleg død i Noreg, og ei hovudårsak til sosiale helseforskjellar. Kvar dag døyr 17 menneske av sjukdommar knytte til røyking. På grunn av det lange spennet i tid mellom røykjeåttferd og sjukdomsdebut vil røyking halde fram med å vere ei viktig årsak til vanhelse i overskodedeleg framtid. Sjølv om prosentdelen røykjarar har gått kraftig ned, særleg blant unge, er det totalt sett framleis over 1,1 millionar nordmenn som bruker tobakk. Bruken av snus har auka dramatisk dei seinare åra, særleg blant unge. I 2018 brukte 22 prosent av unge menn og 16 prosent av unge kvinner (16–24 år) snus dagleg. For

Boks 6.15 Tobakksstrategien (2013 – 2016)

Noreg har historisk lege i førarsetet internasjonalt på tobakksområdet. Dei viktigaste tiltaka regjeringa gjennomførte i førre strategiperiode, var å innføre standardiserte tobakkspakkar, følgje opp nytt tobakksdirektiv og arbeide mot ulovleg handel med tobakksvarer. Desse måla blei oppnådde i førre strategiperiode (2013–2016):

- Prosentdelen barn og unge (16–24 år) som røykjer dagleg, skal vere under 6 prosent.
- Auken i dagleg snusbruk blant unge (16–24 år) skal stansast – oppnådd for unge menn.
- Prosentdelen gravide som røykjer ved slutten av svangerskapet, skal vere under 4 prosent.

unge kvinner har bruken meir enn tredobla seg på ti år. Rundt tusenårsskiftet brukte tilnærma ingen kvinner snus. Utviklinga er urovekkjande, sidan også bruk av snus fører til risiko for alvorleg helseskade, både for brukaren sjølv og for foster. Folkehelseinstituttet har konkludert med at snusbruk mellom anna aukar risikoen for kreft og diabetes type 2, at det aukar sjansen for å døy etter hjarteinfarkt og hjerneslag, og at snusbruk under graviditet kan føre til låg fødselsvekt, for tidleg fødsel og dødfødsel.

6.5.1 Hovudmål i ny strategi

Det overordna målet for tobakksstrategien er å oppnå ein tobakksfri ungdomsgenerasjon. Samtidig er det nødvendig å hjelpe fleire vaksne røykjarar til å slutte dersom vi skal redusere den enorme sjukdomsbyrda som har opphav i røyking. Regjeringa er oppteken av at dette skal gjerast på ein måte som ikkje avgrensar handlegfridommen til folk, men som samtidig tek konsekvensen av dei alvorlege skadeverknadene av tobakk. Regjeringa er òg oppteken av å oppfylle dei norske forpliktingane etter tobakkskonvensjonen.

Mål for 2021:

- Prosentdelen daglegrøykjarar blant innbyggjarane er under 10 prosent (12 prosent i 2018).
- Bruken av snus blant unge skal ikkje auke (19 prosent dagleg og 6 prosent av og til i 2018).
- Kunnskapen om bruk av tobakk blant gravide har auka.

Desse måla speglar dei viktigaste innsatsområda i tobakkspolitikken. Departementet vil òg vurdere korleis prosentdelen unge som bruker snus, kan bli redusert utover strategiperioden.

6.5.2 Innsatsområde og tiltak

Skadereduksjon på tobakksområdet

Noreg tillèt sal av snus og vil òg tillate sal av e-sigarettar. I tillegg vil dagens forbod mot nye tobakks- og nikotinprodukt bli oppheva og erstatta med ei godkjenningssordning. For begge desse endringane avventar ein EUs nye tobakksdirektiv, som truleg blir innlemma i EØS-avtalen i 2019. Tobakkspolitikken til regjeringa tek på denne måten omsyn til skadereduksjon for etablerte røykjarar som ikkje greier eller vil slutte, samtidig som ein hindrar tobakksbruk og nikotinavhengnad blant barn og unge. Dette er ein balanse som stadig må vurderast på nytt i lys av marknadsutviklinga og ny kunnskap.

Ei særleg utfordring er knytt til lanseringa av nye produkttypar og diskusjonen om kva rolle skadereduksjonen skal spele i tobakkspolitikken. Det er viktig å ikkje la tobakksindustrien få definere kva som ligg i dette omgrepet. Skadereduksjon er ikkje det same som fråvær av regulering, men kan mellom anna innebere at mindre skadelege produkt er tilgjengelege for etablerte tobakksbrukarar som ikkje greier eller vil slutte heilt, balansert mot omsynet til at produkta ikkje må ha potensial til å rekruttere barn og unge til nikotinavhengnad. Det er òg viktig å hugse på at dei aller fleste sluttar å røykje utan hjelpemiddel.

Skuleprogram og tobakkskampanjar

Helsedirektoratet har utvikla det digitale skuleprogrammet FRI for ungdomsskulen. Programmet har fått gode resultat i evalueringar.

Tobakkskampanjar kan vere effektive for å hindre at unge begynner med tobakk, ettersom kampanjane er haldningsskapande. Tobakkskampanjar kan i tillegg bidra til å auke motivasjonen til å slutte hos etablerte tobakksbrukarar. Helsedirektoratet gjennomfører kvart år fleire typar kampanjar og andre former for informasjonsopplegg. Dersom ein kampanje skal bli effektiv, er han nøydd til å ha stor utbreiing i både tradisjonelle og sosiale medium. Direktoratet har mellom anna vore aktive på Facebook og nettsider og utvikla ein populær slutte-app, under merkenamnet Slutta.

Regjeringa er oppteken av at innbyggjarane skal ha god kunnskap om skadeverknadene ved tobakksbruk, og vil føre vidare tiltaka som er nemnde ovanfor, i den nye strategiperioden.

Vern mot passiv røyking

I eit estimat frå 2010 rekna ein med at om lag 100 000 norske barn under 13 år dagleg blei utsette for passiv røyking i heimen. Det finst ikkje oppdaterte tal på kor mange barn som blir utsette for passiv røyking i dag, men det er grunn til å tru at talet er blitt lågare i takt med at det er færre som røykjer i samfunnet.

Regjeringa vil greie ut korleis vernet mot passiv røyking kan betrast, særleg på arenaer der det ferdast barn. Regjeringa vil òg greie ut korleis kommunane kan få betre verktøy til å handtere klagar knytte til naborøyking og liknande saker.

Redusere marknadsføringa og påverknaden frå tobakksindustrien

Tobakksindustrien utviklar stadig nye metodar for marknadsføring og påverknad. Noreg er gjennom tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 forplikta til å hindre at tobakksindustrien får innverknad på tobakkspolitikken. Helse- og omsorgsdepartementet bad i ei høyring i 2015 om innspel til korleis denne føresegna kunne gjennomførast i Noreg. Regjeringa vil følgje opp arbeidet i den nye strategiperioden.

Gjere tobakksvarer mindre tiltrekkjande for unge

Folkehelseinstituttet har gått gjennom forskning på produktregulering av tobakksvarer og e-sigarettar. Det kan sjå ut som at ulik utforming av sjølve tobakksvara og pakningsforma bidreg til feilaktige oppfatningar om kor skadelege produkta er. Eit aktuelt tiltak kan vere å endre fargen på sigarettane og å føre på helseåtvaringar. Når det gjeld e-sigarettar, er det stor variasjon i utforming og innpakning. Enkelte e-sigarettar er utforma med glitter, diamantar, teikna figurar osv., som særleg tiltrekkjer unge. Helse- og omsorgsdepartementet vil sjå nærmare på korleis ein kan motverke denne utviklinga.

Det er i dag forbod mot sal av sigarettpakkar med færre enn 20 sigarettar. Tobakksindustrien har lansert mindre snusboksar, som populært blir kalla «nybegynnarsnus». Desse boksaane er billigare og meir tilgjengelege for unge. Sverige har innført ein minstestørleik på porsjonssnus på 20

porsjonar. Regjeringa vil vurdere tilsvarende tiltak.

Sal av tobakk i Noreg

Samanlikna med mange andre land er det få restriksjonar på tobakksal i Noreg. Det er ingen restriksjonar på kva type stader som kan selje tobakk. Undersøkingar har vist at det oftast er dei små utsalsstadene som bryt aldersgrensa. Tobakksindustrien har nytta festivalar til å lansere og reklamere for nye produkt. Dei siste åra har enkelte snusprodusentar òg lansert nye typar spesialforretningar for produkta sine. Desse forretningane kan fungere som reklame. Regjeringa meiner at det er viktig å motverke ulovleg tobakksal til mindreårige og nye og kreative former for tobakksreklame, og vil sjå nærmare på aktuelle tiltak.

Ulovleg handel med tobakk

Regjeringa vil følgje opp Prop. 75 L (2017–2018) om ulovleg handel med tobakk. Det skal etablerast ei løyveordning for produksjon, import og eksport av tobakk, og innførast nye system for sporing og merking av tobakksvarer.

Gjere tobakksprodukt mindre helsefarlege

I tobakksdirektivet til EU er det fastsett maksgrenser for utslepp av nikotin, karbonmonoksid og tjøre i sigaretttrøyk og obligatoriske målemetodar for å kontrollere desse utslippsgrensene. Kreftforeningen har sett søkjelys på at tobakksindustrien bruker ventilasjonshøl i sigarettfilter, noko målemetodane ikkje tek høgd for. Nederland har starta ein prosess overfor EU for å få endra regelverket om målemetodar.

Den norske eldre- og folkehelseministeren har, saman med fleire nordiske land, sendt ein felles førespurnad til Europakommisjonen om saka. Ventilasjonsløysingar i sigarettar blei òg diskutert under partsmøtet om tobakkskonvensjonen i 2018, og det vil bli arrangert eit eige ekspertmøte om denne tematikken i 2019. I tillegg har Folkehelseinstituttet fått i oppdrag å greie ut om det er fornuftig å regulere ventilasjonsløysingar i sigarettar, og om det eventuelt bør bli forbode.

Snusindustrien har oppmoda norske styresmakter om å regulere innholdsstoff i snus og mellom anna fastsetje maksgrenser for kreftframkallande stoff. Folkehelseinstituttet har uttalt at det trengst meir utgreiing før dei kan tilrå eit slikt tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp begge desse sakene i strategiperioden.

Avgifter

Prisverkemiddel er eit av dei best dokumenterte tiltaka for å redusere tobakksbruk, særleg blant unge og personar med dårleg kjøpekraft. Tobakksvarer er underlagde ei særavgift som går inn i statskassen. I 2017 var inntektene til staten frå tobakksavgiftene på om lag 7 milliardar kroner. Tal frå Folkehelseinstituttet indikerer at av nordmenns totale forbruk av sigarettar og snus kjem om lag 40 prosent frå ikkje-avgiftslagd omsetning (taxfreehandel og kjøp i utlandet). Helse- og omsorgsdepartementet rekna i 2010 ut at røyking kostar samfunnet 8 milliardar kroner per år i direkte kostnader, og 80 milliardar kroner per år dersom ein inkluderer indirekte kostnader. WHO rår til at tobakksavgifta bør utgjere minst 70 prosent av prisen. Få land følgjer denne tilrådinga. I Noreg har prosentdelen falle dei siste åra og ligg no på om lag 63. Nedgangen kjem av at prisane dei siste åra har auka meir enn avgiftene på tobakksvarer.

I tillegg til særavgiftene har Helse- og omsorgsdepartementet egne sektoravgifter som belastar delar av tobakksbransjen, og som skal finansiere konkrete oppgåver for styresmaktene knytte til tobakksdirektivet, ulovleg handel og registreringsordninga for tobakkssal.

Gjennomføring av tobakkskonvensjonen i Noreg

Noreg er saman med 180 andre land og EU part i WHO-konvensjonen om tobakk. Konvensjonen er ein bindande internasjonal avtale. Dei første åra har landa vore opptekne av å utvikle retningslinjer for korleis konvensjonen er å forstå og bør gjennomførast. No er merksemda retta mot sjølve gjennomføringa i dei enkelte landa. Derfor passar det no å gå gjennom korleis konvensjonen og retningslinjene som høyrer til, er gjennomført i Noreg, og kva som eventuelt står att.

Miljøkonsekvensar av tobakksproduksjon og tobakksbruk

Dei enorme helsekonsekvensane av tobakksbruk er velkjende, men dei siste åra har også dei negative effektane tobakken har på klimaet og miljøet, fått stadig meir merksemd internasjonalt.

Ifølgje ein WHO-rapport frå 2017 (WHO 2017) blir det produsert tobakk i 124 land, og tobakksproduksjon opptek 4,3 millionar hektar landbruk-sjord. Rundt 90 prosent av produksjonen skjer i

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

På verdsbasis utgjer tobakksavfall den viktigaste enkeltkomponenten av søppel. I Finland er det berekna at det kvart år blir kasta om lag 4 milliardar sigarettstumpar på gata. Mange av dei inneheld kadmium, arsenikk og bly. Dei giftige kjemikala frå sigarettstumpar kan forureine vatn og forgifte fisk og dyr som et stumpane. Sigarettstumpar består i hovudsak av plast, og blir ikkje brotne ned. Etter kvart utviklar plasten seg til skadeleg mikroplast. Forsøpling med brukte snusposar er òg eit aukande problem.

Ei undersøking i EU viste at 50 prosent av den marine forsøplinga på europeiske strender var plast til eingongsbruk. Av dette var sigarettstumpar nummer 2 på lista over dei produkta som forsøplar mest (etter drikkeflasker og før mellom anna plastposar, plastkoppar, sugerøyr og matemballasje).

Regjeringa vil framover rette søkjelyset mot miljøkonsekvensane av tobakksproduksjon og bruk.

Hjelp til tobakksavvenning i helsetenesta

Helsepersonell bør jamleg ta opp tobakksbruk med pasientane sine. Det aukar sjansen for at dei vil slutte. Dei fleste klarer å slutte på eiga hand (gjerne etter fleire forsøk), men dersom ein får profesjonell hjelp, er det ti gonger så stor sjanse for å lykkast. I 2017 var det 265 kommunar som hadde etablert frisklivssentral anten i sin eigen kommune eller i form av interkommunalt samarbeid. Eit av basistilboda ved dei kommunale frisklivssentralane er kurs i korleis ein skal greie å slutte å røykje. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidd retningslinjer for røykjeavvenning i helsetenesta, men retningslinjene har i liten grad vore tekne i bruk. Det bør greiast ut korleis desse retningslinjene i større grad kan bli tekne i bruk i helsetenesta.

Prøveprosjekt overfor storrøykjarar

Røyking er svært sosialt skeivfordelt og fører til sosiale helseforskjellar. Danmark har etablert eit eige prosjekt for å hjelpe storrøykjarar til å slutte. Prosjektet omfattar eit samarbeid mellom utvalde fastlegar og røykjesluttrettleiarar og subsidiering av legemiddel for røykjeslutt. Helse- og omsorgsdepartementet har bede Helse- og omsorgsdepartementet om å greie ut korleis eit liknande prosjekt retta mot storrøykjarar kan gjennomførast i Noreg, basert på erfaringane frå Danmark.

Røykfri før operasjon

Det er godt dokumentert at risikoen for komplikasjonar etter operasjonar aukar kraftig dersom pasienten røykjer. Alle sjukehus bør etablere rutinar som sørgjer for at pasientane blir oppmoda om å slutte å røykje i forkant av planlagde operasjonar. Helse- og omsorgsdepartementet vil sjå nærmare på korleis rutinar for at pasientar skal bli røykfrie før operasjon, kan innførast i alle helseføretak.

Røykjeavvenning hos fastlegen

Av dei som røykjer over lang tid, blir over halvparten sjuke og døyr mange år for tidleg av sjukdommar som kjem av røyking, særleg kreft, hjarte- og karsjukdommar og kols. Folketrygda yter stønad dersom ein oppsøker lege for sjukdom eller mistanke om sjukdom, gjennom ein eigen takst for røykeavvenning hos fastlegen. Legen kan nytte taksten ved starten av ei individuell strukturert røykeavvenning som ledd i behandling av sjukdom, jf. «Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning». Det er sett i gang eit prøveprosjekt med utprøving av primærhelseteam. Her blir det lagt til rette for

tettare oppfølging av personar som har ein kronisk sjukdom, eller som står i fare for å utvikle ein slik sjukdom. For å støtte prøveprosjektet er det gjort mellombelse endringar i takstsystemet for å leggje til rette for at sjukepleiarar i legepraksisen kan bidra til betre oppfølging. Sjukepleiaren i primærhelseteamet kan òg gi gode råd til pasientane om førebygging av sjukdom og om tobakksavvenning.

6.6 Rusmiddel og doping

Det overordna målet med rusmiddelpolitikken er å redusere dei negative konsekvensane rusmiddelbruk har for enkeltpersonar, tredjepersonar og samfunnet. Eit trygt og helsefremjande samfunn som sikrar like moglegheiter og gode levekår for alle, er det beste utgangspunktet for ein god rusmiddelpolitikk. Regjeringa sluttar opp om berekraftsmålet til FN om å styrkje førebygginga og behandlinga av misbruk, mellom anna av narkotiske stoff og skadeleg bruk av alkohol, og det globale målet frå WHO om minst 10 prosent reduksjon av skadeleg bruk av alkohol fram mot 2025. Alkohol, narkotika og doping er omtalt nedanfor.

Boks 6.16 Ny nasjonal tobakksstrategi

Regjeringa vil

- føre vidare dagens satsing på skuleprogram og tobakkskampanjar
- vurdere tiltak for betre informasjon til gravide om helserisikoen ved bruk av røyk og snus, og få betre oversikt over gravide sin bruk av tobakks- og nikotinprodukt
- greie ut endringar i tobakkskadelova for å betre vernet mot passiv røyking, særleg på arenaer der barn ferdast, og vurdere korleis kommunane kan få betre verktøy i samband med at naboar blir plaga av røyking
- følgje opp tobakkskonvensjonen art. 5.3 om plikta til å hindre at tobakksindustrien får påverke tobakkspolitikken, og som ein del av dette utvikle eit informasjonsopplegg for relevante aktørar slik at forpliktinga blir betre kjend
- vurdere eventuelle reguleringar for å gjere tobakksvarer mindre tiltrekkjande for unge, til dømes når det gjeld minstestørleik på snusboksar og regulering av utsjånaden på sigarettar og e-sigarettar
- greie ut tiltak for i større grad å sørge for at aldersgrensa blir respektert, mellom anna auka tilsyn med tobakksal
- greie ut eventuelle endringar i regelverket for sal av tobakksvarer på festivalar og i spesialforretningar for å unngå nye former for reklame retta mot unge
- følgje opp arbeidet mot ulovleg handel med tobakk, mellom anna ved å vurdere nye tiltak som er knytt til handheving og tiltak mot smugling
- greie ut tiltak for å gjere tobakksvarer mindre helsefarlege, inkludert tiltak som er retta mot ventilasjonsløysingar i sigarettar
- vidareføre dagens system for tobakksavgifter
- gjere ein systematisk gjennomgang av korleis tobakkskonvensjonen er gjennomført i Noreg, der frivillig sektor blir invitert til å delta
- leggje meir vekt på miljøkonsekvensane av tobakksproduksjon og tobakksbruk
- vurdere tiltak for betre implementering av «Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning», inkludert rutinar for røykfrie pasientar før operasjon
- vurdere å setje i gang eit prøveprosjekt overfor storrøykjarar, basert på erfaringar frå Danmark, med samarbeid mellom fastlegar, røykjesluttretteljarar på frisklivssentralar og subsidierte legemiddel til røykjeslutt

Pengespelpolitikken er omtalt i kapittel 8.4, under omtalen av Kulturdepartementet.

6.6.1 Alkohol

Regjeringa vil leggje fram ein nasjonal alkoholstrategi for å følgje opp den gjeldande målsetjinga om reduksjon i det skadelege alkoholkonsumet. Innsatsen framover vil mellom anna vere knytt til kommunal rusmiddelpolitikk, tredjepartsskadar, alkoholbruk både blant unge og eldre og internasjonalt samarbeid.

Noreg har forplikta seg til å følgje utviklinga i skadeleg alkoholforbruk i tråd med rammeverket frå Verdhelseorganisasjonen (NCD Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications). Folkehelseinstituttet overvaker indikatorane, og generelt ser utviklinga på dette området ut til å gå rett veg. Det er inga endring i prosentdelen med episodisk høgt alkoholinntak i perioden (2012–2016), men ein nedgang i alkoholforbruk på 8 prosent og ein nedgang i alkoholrelaterte dødsfall på 8 prosent. Data frå den europeiske skuleundersøkinga Espad viser at det i perioden 1999–2015 var ein nedgang i bruken av alkohol hos 15–16-åringar.

Regjeringa har gjennomført enkelte endringar i alkohollova. Det er gjort justeringar og moderniseringar i forbodet mot alkoholreklame, mellom anna som følgje av den teknologiske utviklinga og auka krav til forbrukarinformasjon. Det er vidare innført normerte reglar for inndraging av sals- og skjenkeløyve. Innføringa er meint å sikre likebehandling og føreseielege vilkår for løyvehavarar og sikre at kommunane tek i bruk dei verkemidla som ligg i alkoholregelverket.

Kommunal rusmiddelpolitikk

Regjeringa vil føre vidare hovudlinjene i dagens alkoholpolitikk, som er løyveordning, reklameforbod, aldersgrenser, vinmonopolordning og avgifter. Kommunane spelar ei sentral rolle i førebygging av alkoholrelatert skade, ikkje minst gjennom forvaltninga av løyveordninga for sal av alkoholhaldig drikke og utarbeiding av planverk, som alkoholpolitiske og rusmiddelpolitiske handlingsplanar og kommuneplanar. Folkehelseprofilane gir kommunane god oversikt over lokale utfordringar. Helsedirektoratet støttar kommunane i det førebyggjande arbeidet deira ved å utarbeide rettleiingar, drive kursing og tolke lovverket.

Tredjepartsskadar

Utfordringane som er knytte til alkohol, rammar ikkje berre den som drikk, men ofte uskuldelege tredjepartar òg. Mange barn og unge har ein oppvekst som er sterkt prega av at nokon rundt dei har ein skadeleg alkoholbruk. Folkehelseinstituttet reknar med at om lag 90 000 barn veks opp i ein heim der minst éin av foreldra har alkoholproblem. Det er viktig at desse barna og foreldra deira blir fanga opp, slik at dei kan få hjelp og oppfølging. For barn kan alkoholkonsumet til vaksne bli opplevd som vanskeleg lenge før foreldra har eit uttalt alkoholproblem. Mange av dei som i vaksen alder oppsøker behandlingstilbod, har vakse opp i ein heim der foreldra aldri har søkt hjelp for alkoholproblema sine.

Regjeringa vil forsterke det haldningsskapande arbeidet som mellom anna er retta mot foreldre. Formålet er mellom anna å gjere folk bevisste på at barn og vaksne kan ha svært ulik oppfatning av kva som er problematisk bruk av alkohol.

Promillegrensa har vist seg å vere eit effektivt regulatorisk verkemiddel i trafikken. Grensa på 0,2 promille definerer når ein er alkoholpåverka og dermed ikkje har lov til å føre motorkøyretøy (regulert i vegtrafikklova). For førarar av motorkøyretøy finst det òg faste grenser for andre rusmiddel enn alkohol. Dette er eit av fleire viktige verkemiddel for å redusere køyring i ruspåverka tilstand og dermed redusere talet på trafikk-skadde og drepne. Det er òg fastsett promillegrenser for førarar av fritidsbåtar og småbåtar under 15 meters lengd (0,8 promille) og for skip med lengd over 15 meter (0,2 promille).

Alkoholbruk blant unge

Regjeringa vil styrkje det rusførebyggjande arbeidet retta mot ungdom. Programmet for folkehelsearbeid i kommunane (jf. kapittel 7.4.1) støttar opp under lokalt utviklingsarbeid for å fremje psykisk helse og drive lokalt førebyggjande arbeid mot rus. Satsinga skal hindre utanforskap ved å fremje tilhøyrslø, tryggleik, meistring, deltaking og aktivitet i lokalsamfunnet.

Det er viktig å gi unge kvalitetssikra og kunnskapsbasert informasjon om rusmiddel, tilpassa alderstrinna i skulen. Mange barn og unge har spørsmål om rus og rusmiddel, og mange vil søkje råd og informasjon blant venner eller på nettforum. Både ung.no og Rustelefonen gir barn og unge kvalitetssikra informasjon. Skulane kan dra nytte av desse ressursane i undervisninga om rus.

Alkoholbruk blant eldre

Ei utvikling som gir grunn til uro, er det aukande alkoholkonsumet blant eldre. Dagens eldre har betre helse samanlikna med tidlegare generasjonar, men prosentdelen eldre aukar, samtidig som middelaldrande og eldre nordmenn drikk meir og oftare enn før. Fysiologiske endringar som kjem med alderen, gjer at kroppen toler alkohol dårlegare.

Førebyggje bruk av rusmiddel i arbeidslivet

Førebygging av rus og avhengnad i arbeidslivet fremjar livskvaliteten til enkeltmenneske, aukar nærværet på arbeidsplassen og sparer samfunnet for helse- og velferdsutgifter. Arbeidsplassen er ein god arena for å førebyggje rusmisbruk og skape endring, men dette krev at ein har kunnskap om det og er bevisst på det. Systematisk arbeid med å førebyggje rus- og avhengnadsproblem kan bidra til ein open og omsorgsfull kultur som reduserer risikoen for rusmiddelproblem. Akan kompetansesenter er ein viktig ressurs for å førebyggje og handtere rus- og avhengnadsproblem i arbeidslivet.

Regjeringa har sidan førre melding forsterka innsatsen for å førebyggje rusmiddelbruk i arbeidslivet, mellom anna gjennom utviklinga av verktøyet Rusoff. På nettsida rusoff.no frå Helsedirektoratet er det lagt til rette for at både offentlege og private verksemdar kan komme i gang med å utvikle eigne retningslinjer for rusmiddelbruk. Innsatsen for rusmiddelførebyggjande arbeid blant studentar er òg styrkt gjennom tilskotsordninga for rusmiddelførebyggjande innsats som er retta inn mot studentar og studiestader, i regi av mellom anna studentsamskipnader og studentorganisasjonar. For å forenkla søknadsprosessen er denne tilskotsordninga samordna med tilskot som går til å fremje den psykiske helsa til studentar.

Informasjon og kunnskap

Oppdatert kunnskap om rusmiddelsituasjonen er avgjerande for å kunne gjere dei rette prioriteringane både nasjonalt og lokalt. Statistisk sentralbyrå fører oversikt over det registrerte alkoholsalet, og Folkehelseinstituttet fører oversikt over taxfreesalet av alkohol ved norske lufthamner. Resten av alkoholforbruket blir rekna ut på grunnlag av årlege innbyggjarundersøkingar som Folkehelseinstituttet gjennomfører i samarbeid med Statistisk sentralbyrå. Dei regionale kompetansesentera for rusmiddelspørsmål følgjer opp over-

siktsarbeidet til kommunane, og Helsedirektoratet har eit ansvar for kampanjeverksemd og anna informasjonsverksemd retta mot ulike målgrupper blant innbyggjarane.

For å unngå skadeleg alkoholbruk er det nødvendig å gi innbyggjarane lett tilgjengeleg og kunnskapsbasert informasjon. For gravide er bodskapen enkel: Det er inga sikker nedre grense for alkohol under graviditeten. Derfor bør gravide alltid unngå alkohol. Men andre forbrukarar skal òg vere informerte om at bruk av alkohol alltid gir risiko, mellom anna auka risiko for enkelte krefttypar, òg ved moderat inntak.

Helsedirektoratet nyttar kampanjar for å auke kunnskapen om samanhengen mellom levevanar og fysisk og psykisk helse, om førebyggjande tiltak og for å motivere til atferdsendring. Det vil framleis vere viktig å vere synleg i tradisjonelle massemediekampanjar, i sosiale medium og på andre digitale plattformer. Sjå kapittel 7.8.

Internasjonalt samarbeid

Regjeringa prioriterer internasjonalt samarbeid på alkoholområdet, både gjennom WHO, EU og i nordisk samheng. Det blir arbeidd for å auke forståinga om alkohol som ei ikkje-alminneleg vare og for å sikre at ein tek omsyn til folkehelsa i handelsavtalar.

6.6.2 Narkotika

Regjeringa vil føre ein ruspolitikk tufta på kunnskap, med mål om førebygging av rusproblem, skadereduksjon og fridom frå rus.

Avhengnad og andre narkotikarelaterte problem fører til store belastningar for den enkelte, for tredjepartar og for samfunnet. Narkotikautløyste dødsfall er den tredje vanlegaste dødsårsaka blant personar under 50 år i Noreg. Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet blant innbyggjarane i Noreg. Sett under eitt er forbruket av narkotiske stoff i Noreg relativt stabilt, og det er tendensar til utflating og nedgang i bruken blant barn og unge. Samtidig finst det indikasjonar på at bruken av narkotiske stoff i utelivet har eit stort omfang.

Regjeringa vil endre reaksjonane frå styresmakterne si side mot personar som blir tekne for bruk og innehav av narkotika til eigen bruk, frå straff til hjelp, behandling og oppfølging. Regjeringa vil ikkje legalisere bruk og innehav av narkotika.

Regjeringa legg vekt på førebygging og tidleg innsats. Oppvekstvilkåra til barn og unge har mykje å seie for resten av livet. Rusmiddelpro-

blem kan ofte ha opphav i krenkjande oppvekstvilkår og traume i tidleg barndom. Forsømde og/eller misbrukte barn har auka sannsyn for å utvikle problem seinare i livet. Det er derfor avgjerande å bli merksam på og hjelpe barn og unge som treng hjelp, i ein så tidleg fase som råd.

Tidleg innsats

Tidleg innsats er eit omfattande satsingsområde for regjeringa på tvers av fleire departement, jf. og kapittel 2.

Helsedirektoratet har gjennom rettleiinga «Fra bekymring til handling» profilert innsatsen for å fange opp og hjelpe barn og unge med risiko for å utvikle eit rusproblem. Vitskapleg baserte førebyggingsintervensjonar vil kunne bidra til at barn og unge får ein best mogleg oppvekst. FNs narkotikabyrå har utarbeidd internasjonale førebyggingsstandardar som samanfattar tilgjengelege intervensjonar med dokumentert effekt (UNODC/WHO 2018).

Rusreform

Regjeringa ønskjer vesentlege endringar i norsk narkotikapolitikk. Ansvaret for oppfølginga frå samfunnet si side når det gjeld bruk og innehav av ulovlege rusmiddel skal overførast frå justissektoren til helsesektoren. Ulovlege rusmiddel, som heroin og cannabis, skal framleis vere ulovlege, men reaksjonane på bruk og innehav til eigen bruk skal komme frå helsesektoren og ikkje ha form av straff.

Det er sett ned eit offentleg utval som skal førebu ei rusreform etter desse retningslinjene. Formålet er at den som bruker eller innehar narkotika til eige bruk, skal bli møtt med hjelp og behandling i staden for straff. Utvalet skal vurdere korleis ein kan organisere ei slik ordning, og det skal òg vurdere og foreslå nødvendige lovendringar. Rusreforma skal ikkje legalisere bruk av narkotika.

Informasjon, kunnskap og førebygging

Godt og breitt forankra førebyggingsarbeid er viktig for å redusere risikoen for rusmiddelproblem. Les meir om satsingar i skulen og arbeidslivet ovanfor, i kapittelet om alkohol. God kunnskap om utfordringane er ein føresetnad for å setje inn rette tiltak. Dette gjeld både lokalt og nasjonalt, jf. kapittel 9. Vidare er god og målretta informasjon til ulike innbyggjargrupper viktig, jf. kapittel 6.8.

I den offentlege debatten blir av og til spørsmålet om å møte narkotikaproblem med helsehjelp heller enn straff blanda saman med spørsmå-

let om kor skadelege dei narkotiske stoffa, og kanskje særleg cannabis, er. Det er derfor avgjerande med faktabasert informasjon om skadepotensialet som kan etterprøvast. Det er kjent at bruk av cannabis har alvorlege skadeverknader, både ved langvarig bruk og ved kortvarig bruk for sårbare individ. Det er òg truleg at skadepotensialet er større for unge personar som framleis er i utvikling, enn for godt vaksne, og at skadepotensialet varierer med innhaldet av verkestoffet THC. THC-innhaldet har dei seinare åra stadig auka. Det er eit mål å sikre at informasjon om narkotiske stoff, ikkje minst cannabis, og skadeverknadene ved bruk er godt kjende blant innbyggjarane. Helsedirektoratet skal i samarbeid med relevante miljø sikre oppdatert og styrkt kommunikasjon om cannabis og skadeverknadene av stoffet. Det er viktig at informasjonen er tilpassa og treffer dei aktuelle målgruppene godt. Helsedirektoratet skal vurdere om det er mogleg å styrkje dei nettbaserte ressursane og bruke målretta arenaer, som helsestasjonar for ungdom.

I studiar i 2014 og 2017 samla Folkehelseinstituttet inn spyttprøver frå meir enn 1000 personar ved utestader. Prøvene frå Oslo i 2014 viste at kvar fjerde person (25 prosent) nyleg hadde brukt eitt eller fleire illegale stoff. Dette er svært høge tal samanlikna med tal frå undersøkingar av alle innbyggjarane og viser at dette er ein arena med behov for auka aktivitet, både i form av førebygging og gjennom skadereduksjon. Både alkohol- og narkotikabruken var høgare i Oslo enn i dei andre byane som var med i studien frå 2017. Alkoholbruken i Oslo var høgare i 2017 enn i 2014, mens narkotikabruken var stabil eller noko lågare i 2017, med unntak av MDMA/ecstasy. Helsedirektoratet koordinerer oppfølginga og samarbeider mellom anna med Politidirektoratet for å auke merksemda rundt og kunnskapen om bruk av illegale rusmiddel i utelivet. Det er avgjerande at dette òg blir følgt opp av utelivsbransjen.

Opptrappingsplanen for rusfeltet

Regjeringa har lagt fram opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) med oversikt over hovudutfordringane og kortsiktige og langsiktige strategiar for å møte dei. Opptrappingsplanen for rusfeltet har tre innsatsområde: tidleg innsats for å førebyggje rusavhengnad, behandling og oppfølgingstenester etter behandling. Planen har personar med etablerte rusmiddelproblem som hovudmålgruppe. Innsatsen på det rusmiddelførebyggjande området blir sett i nær samheng med heilskapen i rusmiddelpolitikken, men innsatsen er òg ein viktig og

integrert del av det samla folkehelsearbeidet. Hovudinnsatsen blir retta mot dei kommunane der utfordringane er størst. Måla i planen er

- at ein skal sikre reell brukarmedverknad gjennom fritt behandlingsval, brukarstyrte løysingar og sterkare medverknad ved utforming av tenestetilbodet
- at personar som står i fare for å utvikle eit rusproblem, skal fangast opp og få hjelp tidleg
- at alle skal bli møtte av eit tilgjengeleg, variert og heilskapleg tenesteapparat
- at alle skal ha eit aktivt og meningsfullt tilvære
- at ein skal utvikle og auke bruken av alternative straffereaksjonar og straffegjennomføringsformer

Internasjonalt samarbeid

Narkotikaproblema kjenner ingen landegrensar. Noreg vil framleis prioritere det internasjonale samarbeidet på feltet, både globalt, gjennom dei ulike organa i FN, og regionalt. Narkotikaproblema viser seg på ulike måtar i verda. Det er derfor viktig å sikre ei tilnærming som er retta mot utfordringane i Noreg. Regjeringa vil samarbeide om dei globale utfordringane, med utgangspunkt i narkotikakonvensjonane, menneskerettane og prinsippet om delt ansvar mellom produsent-, transitt- og konsumentland.

6.6.3 Doping

Doping som samfunnsproblem – lokal mobilisering
Bruk av dopingmiddel utanfor den organiserte idretten dreier seg i all hovudsak om bruk av anabole androgene steroid (AAS). Sentralstimulerande stoff, veksthormon og ei rekkje andre ulike muskelbyggjande og/eller slankande preparat blir òg brukte som dopingmiddel.

Stortinget vedtok endringar i legemiddellova i 2013 som omfattar forbod mot bruk og innehav av dopingmiddel. Talet på melde dopinglovbrot, relaterte straffereaksjonar og talet på dopingbeslag har auka etter lovendringane i 2013. Spørjeundersøkingar viser at bruk av AAS ser ut til å vere relativt lite utbreidd i Noreg (Folkehelseinstituttet 2018). Blant ungdom i alderen 15–16 år seier omkring 1 prosent at dei har brukt AAS. Blant unge vaksne i alderen 16–34 år seier mellom 1 og 2 prosent at dei har brukt AAS. Prosentdelen er vesentleg lågare på spørsmål om bruk i løpet av dei siste 12 månadene. Mange fleire menn enn kvinner seier at dei har brukt AAS.

Antidoping Norge får øyremerkt driftsstøtte til arbeidet mot doping som samfunnsproblem. Antidoping Norge rettar innsatsen mot unge generelt og mot spesielt utsette grupper. Samarbeid med relevante fagmiljø og aktørar på feltet er viktig.

Antidoping Norge har sett i verk ei lokal mobilisering mot doping gjennom systematisk arbeid over tid, lokal forankring og tverrfagleg tilnærming. Antidoping Norge legg vekt på å fremje sunne haldningar til kropp, trening og helse, og samarbeider tett med kommunar og fylkeskommunar. Ungdom i vidaregåande opplæring er ei viktig målgruppe for Antidoping Norge i det førebyggjande arbeidet. Det er ressurskrevjande å treffe alle ungdomskull gjennom årlege besøk på skulane, og i 2017 utvikla derfor Antidoping Norge læringsplattforma «Ren Elev» for lærarar og elevar i den vidaregåande skulen. Gjennom «Ren Elev» blir det tilbydd komplette undervisningsopplegg som lærarane kan ta i bruk i undervisninga si, der alt er knytt opp til læreplanen i dei ulike faga.

Gjennom det førebyggjande arbeidet sitt tilbyr Antidoping Norge kompetanse til fagpersonar slik at dei kan handtere og førebyggje dopingbruk på linje med andre utfordringar som gjeld ungdom og oppvekst.

Regjeringa har som mål at aksepten for bruk av doping ikkje skal auke blant unge eller blant innbyggjarane generelt. Regjeringa vil føre vidare innsatsen mot doping som samfunnsproblem gjennom samarbeidet med Antidoping Norge.

Boks 6.17 Rusmiddel og doping

Regjeringa vil

- leggje fram ein nasjonal alkoholstrategi for å følgje opp den gjeldande målsetjinga om reduksjon i det skadelege alkoholkonsumet
- styrkje det rusførebyggjande arbeidet som er retta mot ungdom
- etablere eit samarbeid med idretten og partane i arbeidslivet om medvit rundt haldningar til alkohol i idrett og arbeidsliv og synleggjering av verdien av alkoholfrie arenaer
- styrkje verktøykassa til kommunane i arbeidet med alkoholpolitikken
- leggje fram ei rusreform
- sikre kunnskapsbasert informasjon om skadeverknadene ved narkotikabruk

6.7 Seksuell helse

Ein samla strategi for seksuell helse, «Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)», blei lansert i desember 2016. Strategien er med på å gjere verdien av seksuell helse tydeleg og gir grunnlag for ein heilskapleg innsats for å styrkje den seksuelle helsa til alle innbyggjarar. Strategien for seksuell helse samlar for første gong arbeidet for seksuell helse i ein felles strategi. Gjennom mange år har satsingane på god seksuell helse vore i to separate strategiar/handlingsplanar – éin for det nasjonale arbeidet på hivfeltet og éin for å førebyggje uønskte svangerskap og abortar.

Strategien tek utgangspunkt i at seksualitet er ein helsefremjande ressurs i alle livsfasar, og at handlingskompetanse hos individet for å sørgje for god seksuell helse bidreg til god livskvalitet og god helse for den enkelte.

For å lykkast med førebyggjande arbeid relatert til seksuell helse er det viktig med enkel tilgang på kondom for å førebyggje smitte, enkel tilgang på hormonell prevensjon for å førebyggje uønskte svangerskap og lett tilgjengelege tilbod om testing og behandling for å førebyggje, avdekke og behandle seksuelt overførbare infeksjonar. Strategien stadfestar vidare at tilgang til kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse er grunnleggjande for å gi menneske meistringskompetanse og kontroll over si eiga seksuelle og reproduktive helse. Det er mellom anna lagt til rette for dette gjennom subsidiering av prevensjon, ved at jordmødrer og helsesjukepleiarar kan skrive ut prevensjon, og gjennom satsing på helsestasjons- og skulehelsetenesta.

Frå 2002 har unge kvinner fått subsidiert utgiftene sine til p-piller. Frå 2015 utvida regjeringa ordninga til å omfatte langtidsverkande prevensjon òg, slik at alle typar prevensjon no er subsidierte. Ordninga gjaldt opphavleg unge kvinner mellom 16 og 19 år, men ordninga er dei siste åra blitt utvida med eitt årskull per år. Frå 2019 får kvinner mellom 16 og 22 år heilt eller delvis dekt utgifter til p-piller, p-plaster, p-ring, p-stav, hormonspiral og koparspiral. I tillegg til legar har helsesjukepleiarar og jordmødrer med autorisasjon eller lisens etter helsepersonellova rekvireringsrett for alle prevensjonsmiddel til kvinner over 16 år.

Omfanget av seksuelt overførbare sjukdommar har auka dei siste 10–15 åra. Humant papillomavirus (HPV) er den vanlegaste seksuelt overførbare infeksjonen. Folkehelseinstituttet reknar med at meir enn 70 prosent av dei som er seksuelt aktive, vil få ein HPV-infeksjon i løpet av livet. Ved-

varande HPV-infeksjon kan føre til utvikling av kreft, og vaksining skjer for å førebyggje livmorkreft. HPV-vaksinen blei innført i barnevaksinasjonsprogrammet for jenter i 2009. I tillegg har jenter fødte i 1991 eller seinare frå 1. november 2016 hatt tilbod om gratis HPV-vaksine. Tilbodet varte til og med desember 2018, men sidan det er fleire dosar att, vil det vare til juli 2019. Frå hausten 2018 har HPV-vaksine òg vore eit tilbod til gutar.

Eit tilpassa og lett tilgjengeleg tilbod om familieplanlegging, prevensjonsrettleiing og langtidsverkande, reversibel prevensjon (LARC) til kvinner som er særleg sårbare for ikkje planlagde svangerskap og abort, er høgt prioritert i den nasjonale strategien. Det er i 2019 sett av 32,5 millionar kroner i tilskotsordninga til tiltak som har som mål å styrkje den seksuelle helsa til innbyggjarane. Midlane går mellom anna til informasjon, seksualitetsundervisning, prevensjonsrettleiing og lågterskeltilbod i regi av sivilsamfunnsaktørar og helsestasjons- og skulehelsetenesta i kommunane. Etniske minoritetsgrupper er blant dei særleg prioriterte målgruppene for tiltak innanfor ordninga.

Dei fleste lesbiske, homofile og bifile i Noreg opplever å ha god helse, men prosentdelen med dårleg psykisk helse er vesentleg større enn blant heterofile. Både nasjonale og internasjonale data tyder på at barn og vaksne som bryt med normer for kjønn og seksualitet, òg er meir sårbare for psykisk vanhelse og sjølvmondsforsøk. Fafo har

Boks 6.18 Zanzu (sjå zanzu.de)

Helsedirektoratet arbeider med å etablere ein norsk versjon av ein nettstad for informasjon om seksuell og reproduktiv helse og rettar i denne samanhengen – zanzu.no. Informasjonen på nettstaden er særleg retta mot menneske med kort butid i landet. Zanzu er ei etablert nettside i Tyskland, Belgia og Nederland (www.zanzu.de) og er laga for å tilby lett tilgjengeleg og basal informasjon og fremje integrering. Sidene har vore ein stor suksess. Evalueringar som er gjorde i Tyskland, Belgia og Nederland, viser god nytte for personar med kort butid i desse landa. Den norske sida skal ha tilsvarande oppbygging som dei andre europeiske versjonane, men med tilpassa informasjon om det norske tenestetilbodet og norsk lovgiving og norske rettar. Direktoratet tek sikte på å lansere ein norsk versjon med fleire relevante språk i første halvår 2019.

kartlagt livssituasjonen til lesbiske, homofile, bifile og transpersonar med ikkje-vestleg etnisk minoritetsbakgrunn. Eit gjennomgåande funn i rapporten er at fleire av informantane slit med å oppleve tilhøyrsløse, og at dei gjerne kjenner seg einsame. Dei som i størst grad fortel om god psykisk og fysisk helse, er dei som har ein aksepterte familie og/eller ein fast partner. Mange av informantane fortel om negative reaksjonar frå familien eller frå dei etniske miljøa dei har bakgrunn frå. Nokre har primært opplevd verbal fordomming, mens andre har opplevd utestenging eller fysisk vald. Dette gjeld særleg dei som ikkje har opplevd aksept frå familie, og/eller ikkje har fast partner (Elgvin mfl. 2014).

Ei anna helseutfordring gjeld hivsituasjonen for menn med innvandrarbakgrunn som har sex med menn. Det har gjennom fleire år vore ein auke i talet på registrerte nye hivtilfelle i denne gruppa. I 2017 stod denne gruppa for 60 prosent av dei melde tilfella. Gruppa omfattar for ein stor del innvandrarar frå Europa og Asia (Folkehelseinstituttet 2018). Regjeringa følgjer opp handlingsplanen «Trygghet, mangfold, åpenhet – regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020». Handlingsplanen blir koordinert av Barne- og likestillingsdepartementet og har innsatsområda trygge nærmiljø og offentlege rom, likeverdige offentlege tenester og betre livskvalitet for særleg utsette grupper.

Boks 6.19 Seksuell helse

Regjeringa vil

- bidra til god seksuell helse i befolkninga ved å følgje opp «Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)»

6.8 Søvn

Regjeringa vil bidra til at ein i større grad ser søvn i samband med andre område som gjeld levevanar. Dei siste åra har vi fått meir kunnskap om kva søvn har å seie for helsa til folk, og dermed folkehelsa. Dårleg eller for lite søvn kan påverke humør, konsentrasjonsevne og yteevne.

Søvnvanskar som gir nedsett funksjon på dagtid, blir omtalt som insomni. Dette er den mest utbreidde søvnplaga og ei av dei vanlegaste helse-

plagene i alle aldersgrupper. Om lag 15 prosent av vaksne i Noreg har insomni. Prosentdelen har auka sidan 2000. Blant ungdommar har éin av fire insomni. Det er fleire jenter enn gutar som har slike søvnvanskar. Ungdom søv i gjennomsnitt litt under 6,5 timar på kvardagar, to timar mindre enn det som er tilrådd. Over halvparten av pasientane i primærhelsetenesta har søvnvanskar (Folkehelseinstituttet 2018d).

Halvparten av pasientane i psykisk helsevern melder òg om symptom på søvnvanskar. Insomni aukar risikoen for utvikling av andre helseplager og har òg indirekte kostnader som følgjer av auka risiko for ulykker og tapt arbeidskapasitet i jobb og utdanning (Folkehelseinstituttet 2018d). Vaksne med insomni har dobbelt så stor risiko for å utvikle alvorleg depresjon som personar utan insomni, og insomni er ein vesentleg risikofaktor for hjarte- og karsjukdommar (Helsedirektoratet 2018d). I tillegg heng insomni saman med utvikling av ei rekkje muskel- og skjelettlidingar (Sivertsen mfl. 2014).

Personar som lir av søvnvanskar, rapporterer ofte om redusert livskvalitet og dårlegare meistingsstrategiar. Fleire norske studiar har vist at søvnvanskar er ein sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssjukefråvær og varig uføretrygd. Søvnvanskar utgjer òg ein risiko for ulykker og død (Major mfl. 2011). Vidare er det vanskeleg å finne overskot til å gjere gode helseval når det gjeld røyking, kosthald og fysisk aktivitet, for den som slit med å få nok søvn. Årsakene til søvnproblem er samansette. Dei kan til dømes vere knytte til at ein er uroleg, at det er støy omkring ein, eller at ein har komme inn i uheldige vanar. Sein innsøvn og kortare søvn har òg samband med skjermaktivitetar utover kvelden (PC, TV, spel, mobiltelefon, nettbrett). Mediebruk kan påverke søvnlengda direkte ved at skjermene fungerer som ein tidstjuv. Samtidig kan søvnen bli forstyrra ved at mediebruken skapar ulike former for uro. I tillegg kan lyset frå skjermene forstyrre den innebygde døgnrytmen (Hysing mfl. 2015).

Søvnvanskar, eller insomni, kan forebyggjast med betre søvnvanar. Ein del kommunale frisklivssentralar tilbyr rettleiing om gode søvnvanar. Dei rår til at søvn blir teke opp som tema i helsesamtalen, og at dei som har lettare søvnproblem, får rettleiing i gode søvnvanar. Helsedirektoratet har utvikla kurset «Sov godt» til bruk i frisklivssentralar, der utgangspunktet er at ein kan få mykje betre søvn med relativt enkle grep og utan å bruke medikament.

Nasjonal kompetanseteneste for søvnsjukdommar lanserte nyleg eit nasjonalt råd om utgreiing

Boks 6.20 Søvnapné

Ved søvnapné sluttar ein å puste når ein søv. Det er ikkje unormalt å puste litt ujamt under søvn, men dersom pustepausane er langvarige og kjem ofte kan dette ha konsekvensar for helsa og blir derfor definert som sjukdom. Personar med søvnapné bør unngå overvekt, og gå ned i vekt dersom dei er overvektige. Sovemedisin, alkohol og tobakksrøyking forverrar sjukdommen, så dette bør ein unngå. Ein konsekvens av søvnapné er at ein kjenner seg trøyt og utmatta på dagtid, og at risikoen for trafikkulykker, arbeidsulykker og sjukdommar som høgt blodtrykk, hjerneslag og hjarteinfarkt aukar.

Kjelde: <https://helse-bergen.no/nasjonalkompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnapn-hos-voksne>.

og behandling av insomni. Her blir det konkludert med at ikkje-medikamentelle intervensjonar, gjerne bruk av kognitiv åtferdsterapi (CBTi, kognitiv åtferdsterapi for behandling av insomni), bør vere førsteval ved behandling av insomni. Det er samtidig utfordringar når det gjeld å gjere dette tilgjengeleg i stor nok skala. Helsedirektoratet vurderer behovet for faglege retningslinjer om søvn og søvnvanskar.

Ei særskild utfordring innanfor søvnproblem er søvnapné (sjå boks 6.20). Mange med søvnapné har nytte av livsstilsråd. Andre treng hjelpemiddel eller operasjon.

Boks 6.21 Søvn

Regjeringa vil

- vurdere å tilpasse kurs/retteleiing om søvn og førebygging av søvnvanskar for helsepersonell andre stader enn ved frisklivssentralane, til dømes ved helsestasjons- og skulehelsetenesta
- integrere søvn i større grad i folkehelsearbeidet, mellom anna ved å hente inn betre data om søvn som grunnlag for tiltak lokalt, regionalt og nasjonalt, og ved å gi råd og retteleiing til foreldre om verdien av gode søvnrutinar for barn

6.9 Kommunikasjon og digitalisering

Kommunikasjon skal støtte opp under andre tiltak og vise fram styresmaktene som leverandør av informasjon. Det er viktig å informere innbyggjarane og nøkkelgrupper om at levevanar påverkar både fysisk og psykisk helse, mellom anna som grunnlag for at den enkelte kan gjere informerte val.

Dette krev tydelege signal frå helsestyresmaktene si side og bruk av nye metodar for å komme til i ein stadig meir omfattande informasjonsstraum. Kommunikasjonstiltak er òg nødvendige for å informere om folkehelseiltak utover levevaneområda, som vaksineprogram, at det er viktig å vaske hendene for å førebyggje smitte, og til dømes at ein bør bruke refleks og sykkelhjelm for å førebyggje ulykker. Ein må arbeide for samhandling med privat og frivillig sektor der det er mogleg.

I kommunikasjonsprosessar må ein ta omsyn til språk og kultur. Enkelte innvandrargrupper kan ha ei anna forståing av sjukdom og behandling enn den ein finn innanfor biomedisinsk vitenskapleg tenking. Kunnskapen om helsetenestene i Noreg kan òg vere mangelfull i delar av befolkninga. Det er særleg viktig å sikre god kommunikasjon med innvandrarar som ikkje er så flinke i norsk, til dømes ved å bruke tolk der det er nødvendig.

Offentlege verksemder som jamleg nyttar tolk, bør ha gode rutinar for bestilling, bruk, betaling og kvalitetssikring av tolketenester. Regjeringa vil fremje forslag om ei tolkelov og tiltak som bidreg til auka bruk av kvalifiserte tolkar, mellom anna gjennom betre bruk av digitale verktøy.

6.9.1 Kommunikasjon og kampanjar om levevanar

Tydelege kunnskapsbaserte råd frå styresmaktene om ulike levevanar og verdien av dette, vil gjere innbyggjarane og nøkkelgrupper tryggare i vala sine.

Det er mange bloggarar og påverkarar som gir udokumenterte råd på dei fleste områda innanfor folkehelse. Private aktørar, som har eigeninteresser av den helseinformasjonen dei gir, kjøper seg verdifull plass i sosiale medium. Helsestyresmaktene vil, saman med Barne- og likestillingsdepartementet, Kulturdepartementet, Medietilsynet og Forbrukartilsynet, gå gjennom korleis ein best kan møte utfordringane på dette området.

Helsedirektoratet gjennomfører kvart år fleire ulike informasjons- og kampanjeopplegg, i tillegg

til skuleprogram. Kommunikasjon og kampanjar på levevaneområda blei løfta fram som eit eige tema i Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet var å sjå kampanjearbeidet til Helsedirektoratet meir i samanheng og samtidig bidra til at kommunikasjon om psykisk helse blir ein integrert del av kommunikasjonsarbeidet der det er relevant.

Intensjonsavtalen med matvarebransjen er eit strukturelt verkemiddel for å betre folkehelsa. Auka merksemd rundt kommunikasjon som er i tråd med dei felles måla i avtalen, er eit av dei viktigaste bidraga frå helsestyresmaktene i arbeidet. Kampanjane til helsestyresmaktene blir utvikla i samråd med matvarebransjen for å oppnå synergi-effektar og auka innverknad på kosthaldsvala til innbyggjarane.

Samanhengen mellom levevanar og god psykisk helse er mellom anna omtalt i strategien for god psykisk helse frå regjeringa og vil òg vere tema for den nye opptappingsplanen for psykisk helse for barn og unge. Å få tydeleg fram at levevanar òg har mykje å seie for den psykiske helsa er i tillegg eit verkemiddel for å nå målet om å inkludere psykisk helse som ein likeverdig del av folkehelsearbeidet.

Noreg er gjennom tobakkskonvensjonen forplikta til å informere innbyggjarane om helserisiko ved tobakksbruk, om tobakksindustrien og oppmode til tobakksavvenning.

Mange har intensjonar om eit «nytt og betre liv» – i undersøkingar svarer gjennomgåande eit fleirtal at dei planlegg å slutte å røykje, mosjonere meir eller ete sunnare. Men dei fleste møter mykje motstand på vegen. Det at det er vanskeleg å gjennomføre ei varig åtferdsending, er ei sjølvstendig utfordring som har konsekvensar for korleis ein lykkast med dei andre tiltaka som gjeld tobakk, alkohol, kosthald, fysisk aktivitet og psykisk helse. Nye digitale sjølvhjelpsverktøy er eit bidrag til betre støtte til dei som ønskjer å endre åtferd. Slike verktøy kan bidra til at mange fleire lykkast enn i dag – studiar peiker på ei dobling av suksessraten samanlikna med ikkje-assistert ending (Portnoy mfl. 2008). Ei «hybrid» kommunikasjonssatsing med ei tettare kopling mellom kommunikasjonstiltak og tilbod om hjelp vil òg kunne leggje til rette for eit vesentleg betre samarbeid med helsetenesta. Det har og potensial til å styrkje behandlar-pasient-relasjonen. Informantar i helsetenesta seier at det å kunne gi ein «resept» på eit digitalt verktøy vil gjere det enklare å ta opp spørsmål om livsstil med pasientane.

Det vil vere ei lita gruppe med store utfordringar som treng meir omfattande intervensjonar

enn kampanjar, informasjon og digitale sjølvhjelpsverktøy. Dei har behov for oppfølging av ein heilt annan karakter enn det vi utviklar her. For denne siste gruppa vil eit samspel med helsetenesta vere avgjerande. Det vil likevel vere ein fordel for både pasienten og behandlaren om pasienten kan «få noko i handa», i form av digitale verktøy som kan hjelpe pasienten med å gjere nødvendige endringar. Det vil òg vere nyttig med digitale verktøy som legg til rette for oppfølginga mellom konsultasjonar.

I dag får i underkant av 30 000 brukarar i året hjelp til å endre levevanar eller meistre sjukdom på frisklivssentralane, og nokre opplever tidvis ventetid og kø (Ekornrud og Thonstad 2018). Auka kapasitet kan hjelpe vesentleg fleire til å oppnå varig ending.

I dag verkar det individretta arbeidet med levevanar fragmentert, og ein har ingen god samanheng mellom kommunikasjonstiltak og støttetilbod. Støttetilboda er i tillegg få og ikkje universelt tilgjengelege. Det finst kommersielle rettleings- og kurstilbod, og det finst fleire tusen appar og nettbaserte verktøy som kan hjelpe folk med å stumpe røyken, begynne med mosjon, ete sunnare og gå ned i vekt. Det finst likevel ingen kvalitetskrav som hjelper forbrukarane med å orientere seg og velje eit eigna verktøy eller tilbod. Ein del tilbod er òg kostbare og dermed mindre attraktive for visse grupper. I «persontilpassa førebygging» er den fremste funksjonen til kommunikasjonstiltaka å marknadsføre tilbod, råd og verktøy. Det er dokumentert at kommunikasjonstiltak har vesentleg betre effekt når dei blir kopla saman med tilbod, produkt og tenester (Public Health England 2014).

Helsedirektoratet er i ferd med å utvikle eit nytt, overordna kommunikasjonskonsept – «Bare du» – for levevanar der òg psykisk helse i større grad skal vere inkludert. Konseptet skal kommunisere på heilskapleg vis at alle dei enkle vala du gjer kvar dag, kan ha mykje å seie for både psykisk og fysisk helse. Det nye konseptet legg vekt på kunnskap, å byggje meistringskjensle og å gi folk endringskompetanse, konkrete verktøy og betre strategiar på tvers av åtferdsområde. Målet er å hjelpe fleire til å endre levevanane sine.

Teknologien har komme så langt at det er mogleg å nå fram på ein meir effektiv måte enn for kort tid sidan. Nye og meir effektive verktøy kan gi betre støtte til personar som gjerne vil ta grep. Dette gir samtidig ein inngang til å spele vesentleg betre på lag med helsetenesta om ikkje-medikamentell førebygging, både før, under og etter ein diagnose. Målet er å samle levevaneområda

med størst helsepotensial i eit eige system på helsenorge.no, der folk raskt og enkelt finn effektiv hjelp til å slutte med tobakk, bli fysisk aktive, ta kontroll over alkoholinntaket, ete sunnare og ta vare på den psykiske helsa si. Ein slik nasjonal digital verktøykasse må byggjast stegvis. Første trinn blei ferdig i januar 2019. Meistringsportalen «Bare du» har ei rekkje verktøy/appar med start-hjelp til å endre livsstil. Systemet skal utviklast vidare med fleire appar etter kvart. Kommunikasjonsarbeidet må evaluerast med tanke på å nå sosiale grupper med kort utdanning og låg inn-tekst.

6.9.2 «Health literacy» – om å forstå og bruke informasjon om helse

«Health literacy» (HL) er eit tema som dei seinare åra har fått auka merksemd i helsepolitikken internasjonalt. Det handlar om i kva grad vi forstår, vurderer og tek i bruk helsekunnskap for å ta kunnskapsbaserte val om helsa vår. Det vil såleis påverke føresetnadene folk har til å ta imot og nytte helseinformasjon og til å ta vare på si eiga helse, inkludert å leve med og handtere sjukdom.

Høg grad av HL er assosiert med meir helsefremjande brukarmedverknad, tidleg påvising av sjukdom, sunnare levevanar og redusert sjukehusinnlegging. Det er motsett for dei som har dårlege helseferdigheiter (Kickbusch mfl. 2013, Finbråten og Pettersen 2012, Cho mfl. 2008, Helsedirektoratet 2018d).

Helse- og omsorgsdepartementet vil skape helse- og omsorgstenester som tek utgangspunkt i pasientane. Det føreset ei aktiv og styrkt pasientrolle. Stor nok grad av HL er viktig for å oppnå dette.

I ei moderne og kompleks helse- og omsorgsteneste er det avgjerande at folk greier å navigere i tenesta for å kunne ta vare på si eiga helse på best mogleg måte. Dei må vite kvar dei skal finne påliteleg informasjon, og kven dei skal vende seg til. I det informasjonssamfunnet vi ser i dag, blir vi stadig eksponerte for påstandar og informasjon om kropp og helse av varierende kvalitet gjennom massemedium, reklame og sosiale medium. Dermed er evna til å kunne vurdere og gjere bruk av denne informasjonen på kritisk vis svært viktig.

Helse- og omsorgsdepartementet tek sikte på å leggje fram ein nasjonal strategi for HL i 2019.

6.9.3 Digitalt folkehelsearbeid

Digitale tenester bidreg til at innbyggjarane får høve til å gjere aktive val rundt si eiga helseåttferd

og sitt eige helsetilbod. Digitale løysingar har eit stort potensial innanfor både folkehelse, pandemioppfølging, diagnostisering, val av behandlingmetodar og gjennomføring av behandlingsforløp og pasientoppfølging. Mobile helseapplikasjonar og medisinsk utstyr er i rask utvikling. Mellom anna blir det mogleg å nå fleire med mindre ressursbruk.

Det er grunn til å ta «det digitale klaseskiljet» på alvor – altså det at ein del av innbyggjarane ikkje vil få nytte av nye digitale tilbod og tenester fordi dei ikkje har tilgang til eller meistrar teknologien. Tal frå Statistisk sentralbyrå tyder på at tilgangen er i ferd med å jamne seg ut. I snitt har no 91 prosent av innbyggjarane tilgang til smarttelefon, med relativt låg variasjon mellom utdanningsgruppene og ulike aldersgrupper (Vaage 2018). Det er først frå 67 års alder at prosentdelen fell. Digital kompetanse er truleg noko skeivare fordelt, men det er ikkje godt nok kartlagt.

Helsenorge.no er den offentlege helseportalen for innbyggjarane i Noreg. Helseportalen tilbyr kvalitetssikra informasjon om ei rekkje helserelaterte tema og gir innbyggjarane tilgang til sjølvbeteningsløysingar. Innsyn i eigen helseinformasjon bidreg til gode val rundt eiga helse.

Mange samlar på eige initiativ inn data om helsa og livsstilen sin gjennom appar og mobile løysingar. Døme er data frå sensorar, sosiale medium, søkjemotorar og appar som kan gi informasjon om levevanar, sjukdom og fysisk form. Mykje kunnskapsproduksjon kan bli betre dersom kunnskapen er basert på data som folk deler frivillig, eller som kan kjøpast i samanstilt form, som reisemønster basert på mobildata. Til dømes samlar treningsappar inn informasjon om lengd, reiserute og tidsbruk på treningsturar. Det kan til dømes brukast til å vise korleis treningsmønster påverkar treningsform, eller samanstillast med data om lokal luftforureining for å estimere eksponeringsgradar. Innanfor smittevern og beredskap vil integrering av eksisterande strukturerte og ustrukturerte datakjelder om vør, reisemønster o.l. kombinert med sosiale medium kunne føreseie spreiding av influensa.

Dei nye, alternative datakjeldene vil kunne tilføre oss kunnskap som ikkje finst i tradisjonelle register eller innbyggjarundersøkingar. Samtidig vil kvar enkelt innbyggjar lettare få tilgang til informasjon om eigne data og dermed sjølv kunne ta større ansvar for helsa si.

Direktoratet for e-helse har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet oppretta Helse-dataprogrammet. Målet er å betre utnyttinga av og kvaliteten på helsedataa, forenkle innrapporte-

ringa til dei nasjonale helseregistera og gjere data-handteringa sikrare. Som ein viktig del av prosjektet skal det etablerast ei helseanalyseplattform for å gjere det enklare å få tilgang til helsedata og leggje til rette for avanserte analysar på tvers av ulike datakjelder, som helseregister, grunndata, journalar og andre kjelder til helseopplysningar. Samtidig skal ein styrkje personvernet. Ein nasjonal infrastruktur for tilgjengeleggjing og analyse av helsedata vil gi gevinstar i form av meir helseforskning, betre styringsdata og avgjerdsstøtte, auka verdiskaping og ei meir effektiv utvikling av legemiddel. Nettportalen helsedata.no er ein viktig milepåle på vegen mot helseanalyseplattforma. I første versjon gir nettsida ei samla oversikt over sentrale helseregister, nasjonale medisinske kvalitetsregister og sosioøkonomiske data, og dessutan ei skildring av korleis ein går fram for å søkje om tilgang til data. Sjå òg omtale i kapittel 9.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er eit samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og HelseDirektoratet som skal sørge for at fleire kommunar tek i bruk velferdsteknologi som ein ordinær del av tenesta. Programmet har tre hovudpilarar:

- innføring av utprøvd tryggleiksteknologi
- utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk sjuke med nedsett funksjonsevne
- tilrettelegging for at velferdsteknologi spelar saman med annan teknologi

Fleire kommunar har sidan 2015 prøvd ut teknologi for tryggleik og meistring, mellom anna varslings- og lokaliseringsteknologi, sensorteknologi og elektronisk støtte til medisinerer. Programmet har no gått over i ein spreingsfase, og om lag 270 kommunar er eller har vore med i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, anten i utviklingsprosjektet eller i spreingsfasen. Vidare har fleire kommunar prøvd ut medisinsk avstandsoppfølging for pasientar med kroniske sjukdommar (hjarte- og karsjukdommar, diabetes og kols). Desse pasientane har fått oppfølging heime via nettbrett og mobile sensorar. Fire kommunar har vore med i prosjektet: Stavanger, Sarpsborg, Trondheim og Oslo. Frå hausten 2018 er det sett i gang ei ny utprøving. Ho er retta inn mot både primærhelseteam og vanlege fastlegepraksisar. Dette vil gi høve til å prøve ut teknologi som er betre integrert i tenesta. Målet er at dei som blir

følgde opp, skal få betre fysisk og psykisk helse og ei betre pasientoppleving, og at tiltaket skal gi lågare kostnad for helsetenesta.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er i gang med å prøve ut eit nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi. Det skal i første omgang bidra til at ulike velferdsteknologiske løysingar kan utveksle data med pasientjournalane. Knutepunktet vil bidra til at ulike løysingar fungerer saman uavhengig av leverandør, kommunegrenser og aktør i helse- og omsorgssektoren. Råd for vegen vidare er planlagde i løpet av 2019.

Nasjonalt senter for e-helseforskning publiserte i mai 2017 ei samanfating av erfaringane frå prosjektet «Sosial, digital kontakt for å motverke einsemd blant eldre» som ein del av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Prosjektet skal sjå på om IKT-opplæring kan bidra til å styrkje og halde ved lag dei eldre si evne til å halde ved like det sosiale nettverket sitt. Delprosjekta er drivne av frivillige organisasjonar. Resultata frå prosjektet viser at eldre kan bli mindre einsame dersom dei får opplæring i informasjonsteknologi. Eldre kjenner seg meir inkluderte i samfunnet når dei meistrar digitaliserte ordningar som banktenester og skattemelding.

Universell utforming i ny teknologi

Likskapsidealet og universell utforming er viktig når tenester tek i bruk ny teknologi. Med eit aldrande samfunn blir kravet om universell utforming og tilrettelegging forsterka. Det er viktig at nye løysingar kan takast i bruk av flest mogleg, òg av personar med nedsett funksjonsevne eller sansetap. Det har vist seg at løysingar som blir utvikla for dei med funksjonsnedsetjingar, òg er meir funksjonelle for dei utan. Samarbeid med næringslivet er vesentleg for å lykkast.

Boks 6.22 Kommunikasjon og digitalisering

Regjeringa vil

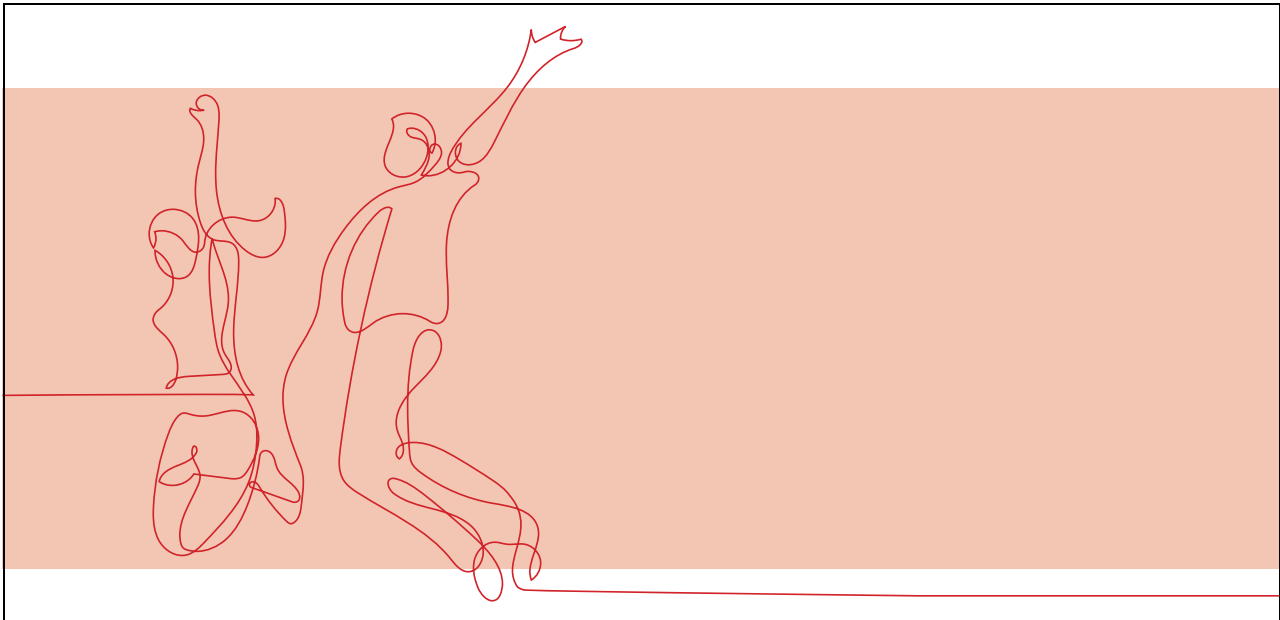
- vidareutvikle ein meir målretta kommunikasjonsstrategi, jf. satsinga «Bare du»
- utarbeide ein nasjonal strategi for «health literacy» på ansvarsområdet til Helse- og omsorgsdepartementet

Del III
Eit effektivt folkehelsearbeid



Figur 7.1

7 Den norske folkehelsemodellen



Figur 7.2

Den norske modellen for eit systematisk folkehelsearbeid, der folkehelseleva er eit sentralt utgangspunkt, har etablert seg som eit robust system for å fremje helsa til innbyggjarane. Gjennom folkehelseleva er ansvaret og rollene til dei sentrale aktørane i folkehelsearbeidet avklart. Vidare blir det lagt til rette for samordning av prosessar mellom kommune, fylkeskommune og stat, slik at det nasjonale folkehelsearbeidet heng saman i ein heilskap.

Folkehelsearbeidet har endra seg frå at hovudvekta låg på arbeid mot smittsame sjukdommar og andre miljøfaktorar, til at det òg blir retta merksemd mot eit breiare sett av sosiale og strukturelle faktorar som påverkar helsa. Det er ikkje berre eit ansvar for det offentlege og helsesektoren åleine – alle samfunnssektorar må bidra med dei verkemidla dei har til rådvelde. Kommunane har fått eit heilskapleg ansvar for helsa til innbyggjarane og dessutan ansvar og høve til å sjå dette i samheng med det breie settet av verkemiddel i kommunane.

Den norske folkehelsemodellen legg opp til ei systematisk arbeidsform i ein fireårssyklus med rapportering om status, revidering av folkehelsepolitikken, utvikling av tiltak og evaluering.

Denne folkehelsemeldinga inngår dermed i denne systematikken – ei arbeidsform som regjeringa med dette fører vidare.

7.1 Overordna perspektiv i folkehelsearbeidet

Å arbeide for at alle skal ha god helse og livskvalitet, er ei menneskerettsleg forplikting. God helse og livskvalitet har samtidig ein eigenverdi og danner eit sjølvstendig grunnlag for at folkehelsearbeid er viktig. I tillegg er det eit etisk ansvar å fremje det at alle menneske har høve til å oppnå best mogleg helse og livskvalitet, og å førebyggje skadar, ulemper og plager. Å fremje gode og like vilkår for ei god helseutvikling og retten til å bli verna mot sjukdom kjem i tillegg til ansvaret for å tilby best tilgjengeleg helsehjelp. Samtidig må ein jobbe målretta og systematisk for at førebyggjande innsats skal bli ein større og meir naturleg del av verksemda i helsetenestene. God helse og livskvalitet blant innbyggjarane er òg avgjerande for å oppnå andre samfunns mål, til dømes å halde oppe sysselsetjinga og eit berekraftig velferdsamfunn.

Folkehelsepolitikken byggjer på ein verdi om at innbyggjarane skal ha like moglegheiter, og at tilgangen til samfunnsgode skal vere rettferdig fordelt. Regjeringa vil derfor leggje til rette for at folkehelsearbeidet og dei førebyggjande tiltaka skal gi størst mogleg effekt blant alle innbyggjarane, men samtidig at det treffer dei gruppene som er mest utsette, anten på grunn av dårleg helse og livskvalitet, på grunn av usunne levevanar eller på grunn av dårlege levekår.

Det sentrale for folkehelsearbeidet er at det rettar seg mot samfunnet, innbyggjarane og mindre grupper snarare enn enkeltindividet, slik til dømes helsetenestene gjer. Eit anna kjernetrekk er at det er ei samfunnsoppgåve som ligg til mange av sektorane i samfunnet, og at det blir utøvd gjennom å påverke dei bakgrunnsfaktorane som har positive eller negative effektar på helsa. Derfor er til dømes utdanningspolitikken, arbeidslivspolitikken, barne- og familiepolitikken og integreringspolitikken viktig for folkehelsa, i tillegg til tiltak som rettar seg mot risikofaktorane for vanhelse, som tobakksbruk, fysisk inaktivitet, usunt kosthald og bruk av alkohol.

Dei prinsippa og verkemidla som arbeidet innanfor folkehelse og førebyggjande tiltak baserer seg på, må bidra til at ein når måla for folkehelsepolitikken, nemleg at dei sosiale helseforskjellane skal reduserast, samtidig som folkehelsa skal bli betre. I tillegg må ein ta utgangspunkt i den kunnskapen vi har om kva som gir størst effekt. For å nå målet om å redusere dei sosiale helseforskjellane har den norske strategien vore retta mot å jamne ut forskjellar blant alle innbyggjarane og ikkje berre betre helsa til dei som er dårlegast stilte. Det påverkar kva for verkemiddel og tiltak ein vel.

7.1.1 Ein folkehelsepolitikk som treffer alle

Intuitivt kan ein ønskje å prioritere dei gruppene som har størst risiko for vanhelse, men det er ikkje det som vil gi størst effekt på det overordna nivået. Den største effekten på totaltala, altså dei tala som gjeld alle innbyggjarane, oppnår ein ved universelle strategiar – tiltak som treffer breitt og ikkje berre er retta mot dei gruppene som er mest utsette, eller høgrisikogrupper. I store innbyggjargrupper er rett nok risikoen per person lågare, men det totale talet på personar er så mykje større at effekten i sum òg blir stor. Dette blir ofte omtalt som «førebyggingsparadokset». Ein strategi som berre rettar seg mot grupper med høg risiko, kan ikkje løyse dei store folkehelseutfordringane der risikoen er spreidd over heile populasjonen. Sam-

tidig kan strategiar som rettar seg mot alle innbyggjarane, òg bidra til å redusere talet på personar som har høg risiko. Til dømes er det godt dokumentert at det er dei regulatoriske verkemidla i alkoholpolitikken som er dei mest effektive tiltaka for å redusere alkoholskadar i samfunnet.

Innanfor ei universell utforming av tiltak skjer det samtidig ei differensiering ved at innsatsen blir justert etter kva behov og utfordringar ulike sosiale grupper har. Den norske velferdsstaten er universelt utforma og sørgjer for ei omfattande omfordeling gjennom både kontantoverføringar og tenester. Ved at personane og hushalda som er nedst i fordelinga får mest fordi det er her behova er størst, skjer det i praksis ei målretting, eller ei fingradert differensiering, innanfor dei universelle tiltaka. Samtidig må ein vurdere om det kan vere behov for tiltak som i større grad er målretta mot vanskelegstilte grupper, eller grupper som er særskilt utsette for risiko for dårleg helse og livskvalitet. For alle tiltak bør ein spørje om dei kan få utilsikta konsekvensar og føre til auka sosiale helseforskjellar.

Ei utfordring ved å utvikle tiltak og strategiar for alle innbyggjarane er at kunnskapsgrunnlaget er noko svakare enn det er ved meir individretta høgrisikostrategiar. Det er fordi evaluering av dei førstnemnde blir gjort sjeldnare, og fordi slike evalueringar er meir komplekse å gjennomføre, men òg fordi eit langsiktig mål kan gjere det vanskeleg å knyte effekt på overordna nivå direkte til tiltaket.

7.1.2 Ansvar til samfunnet og ansvaret til individet

Alle har eit ansvar for eiga helse. Samtidig er helsa til innbyggjarane òg eit resultat av politiske val, av samfunnsutviklinga og av dei materielle og sosiale levekåra våre. Dette er forhold som i stor grad ligg utanfor rekkjevidda til enkeltindivid. Folkehelsepolitikken må leggje til rette for at den enkelte og lokalsamfunnet er i stand til å ta kontroll over forhold som påverkar helsa. Det er eit samfunnsansvar å påverke val som har konsekvensar for helsa, gjennom å informere, tilføre kunnskap og påverke haldningar.

I mange tilfelle er det synergieffektar mellom tiltak på andre samfunnsområde og tiltak på folkehelseområdet. Det gjeld til dømes innanfor oppveksts- og utdanningspolitikken, i arbeidslivspolitikken, og når ein involverer innbyggjarane i utviklinga av gode bu- og nærmiljø. Ved i større grad å sjå politikkområda i samheng kan vi få

meir ut av ressursane og gjennom det gi tiltaka større legitimitet.

Det ligg òg ein stor folkehelsegevinst i å påverke levevanane til innbyggjarane i ei sunnare retning. Dette gjeld særleg dei viktigaste risikofaktorane for vanhelse, som kosthald, fysisk aktivitet og bruk av tobakk og alkohol. Arbeidet mot ikkje-smittsame sjukdommar bidreg til dette. Her gir frivillig sektor og næringslivet viktige bidrag.

Det må vere balanse mellom fellesskapsansvaret for helsa til innbyggjarane og den enkelte sitt ansvar for si eiga helse. Samtidig må det vere ein etikk- og verdibalanse i verkemidla som blir tekne i bruk, slik at ein respekterer fridommen til enkeltmenneska.

7.2 Det juridiske rammeverket rundt folkehelsearbeidet

Lov- og forskriftsregulering er eit strukturelt verkemiddel som typisk blir brukt for å påverke åtferd, til dømes ved å leggje betre til rette for at den enkelte gjer gode val. Døme på dette er reglar om ingrediensmerking og næringsdeklarasjon av matvarer og helseåtvaringar på tobakkssvarer. På folkehelseområdet kan lovregulering brukast for å sikre trygge produkt og tenester, til dømes krav til produksjon for å sikre trygg mat og trygt drikkevatt eller krav til klassifisering av solarium. Lovregulering kan òg brukast som verkemiddel for å redusere etterspurnaden og tilgangen til usunne produkt, til dømes gjennom reklameforbod, løyvesystem og aldersgrenser for alkoholhaltig drikke og tobakkssvarer.

Lovregulering er samtidig berre eitt av fleire moglege verkemiddel. Det kan vere etiske grunnar til at ein heller vel andre verkemiddel, til dømes opplysnings- og haldningskampanjar eller økonomiske verkemiddel. Det er viktig å vere bevisst på at verkemidla uansett verkar saman og kan forsterke kvarandre.

Ved lovregulering må ein òg leggje til rette for effektiv handheving. Regelverket kan til dømes utformast med høve til reaksjonar, som å gi pålegg om å rette opp feil eller ileggje gebyr for brot på reglane, eller det kan vere knytt til ulike tilsynsordningar.

Folkehelselova utgjer ramma for det systematiske folkehelsearbeidet i Noreg på tvers av sektorar. I tillegg kjem ei rekkje andre lover og forskrifter både på helseområdet og i andre sektorar som har som formål å fremje helsa til innbyggjarane.

7.2.1 Folkehelselova

Når det gjeld påverknadsfaktorane, som i folkehelsearbeidet både er mangfaldige og interagerande, er det viktig at ein har eit tydeleg rammeverk som sikrar ein systematikk i møte med dei folkehelsepolitiske utfordringane. Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelselova), som blei sett i kraft i 2012, utgjer eit slikt rammeverk.

Folkehelselova uttrykkjer klart at innsatsen skal rettast mot miljø- og samfunnsforhold som bidreg til god helse. Formålet med lova er å bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar helsa og livskvaliteten til innbyggjarane, og som jamnar ut sosiale helseforskjellar. Lova skal fremje trivsel og gode sosiale og miljørelaterte forhold, og dessutan bidra til å førebyggje sjukdom, skade og lidning. Lova byggjer på fem grunnleggjande prinsipp for folkehelsearbeidet: utjamning av sosiale helseforskjellar, «helse i alt vi gjer», berekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og medverknad, jf. Prop. 90 L (2010–2011) «Lov om folkehelsearbeid».

Folkehelselova gir oppgåver til kommunar, fylkeskommunar og statlege styresmakter. Kommunane har ansvar for å ha oversikt over helseutfordringane blant sine eigne innbyggjarar og plikt til å setje i verk nødvendige tiltak for å møte utfordringane. Lova gir vidare kommunen mynde til å gripe inn der det er forhold som utgjer ein risiko for helsa til innbyggjarane, og ho har føresegner om helseberedskap ved miljøhendingar og utbrot av sjukdom som er relatert til eksponering for helseskadelege miljøfaktorar. Kartleggingar av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunane har vist at folkehelselova har hatt ein positiv effekt, særleg med tanke på oversiktsarbeidet i kommunane.

Med heimel i folkehelselova er det gitt ei rekkje forskrifter, mellom anna om miljøretta helsevern generelt og om hygienekrav i visse verksemdar.

Regjeringa har som mål at fleire skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at dette skal integrerast i folkehelsearbeidet. Arbeid for å motverke einsemd skal takast med i dette, og ei folkehelselov som òg legg vekt på einsemd og lokal kompetanse på psykisk helse, kan bidra til dette.

Det har vore ei utvikling sidan folkehelselova blei sett i kraft, og lova er blitt evaluert som ein del av samhandlingsreforma. Nasjonale, regionale og lokale styresmakter har òg gjort seg nokre erfaringar om bruk av lova. Basert på erfaringar og evalueringar av regelverket vil Helse- og omsorgsdepartementet ta initiativ til ein samla gjennomgang av folkehelselova med forskrifter. Formålet med ein slik gjennomgang er å styrkje

og effektivisere folkehelsearbeidet, mellom anna ved å tilpasse regelverket til ny kunnskap om forhold som påverkar helsa, slik som einsemd, og ved å betre harmoniseringa med anna regelverk.

7.2.2 Andre folkehelselover og folkehelseomsyn i regelverka i andre sektorar

Samla gir folkehelselova og forskriftene ei brei regulering av folkehelse og dei faktorane i miljøet som kan påverke helsa. Men folkehelse famnar vidt, og det finst ei rekkje andre lover som òg kan omtalast som folkehelselover. Det gjeld lovene om tobakksskade, smittevern, mat, kosmetikk, alkohol og strålevern. Helse- og omsorgstjenestelova og spesialisthelsetjenestelova regulerer førebyggjande innsats i helse- og omsorgstjenesta. Andre sentrale lover er vegtrafikk-, friluft-, forureinings-, opplærings-, barnehage-, arbeids-, miljø- og plan- og bygningslova. Områda som blir regulerte i desse lovene, har òg stor innverknad på folkehelsearbeidet. Utvikling av regelverk på andre område bør sjåast i samheng med folkehelselova og innrettast slik at det fremjar helsa til innbyggjarane, i tråd med utgreiingsinstruksjonen.

I ei særstilling står plan- og bygningslova. Koplinga til folkehelselova er sentral både når det gjeld formålet med planlegging, dei oppgåvene alle som planlegg er pålagde, dei omsyna dei må ta, og dei krava til medverknad og samarbeid på tvers av sektorar som ligg i plan- og bygningslova.

Plan- og bygningslova skal fremje berekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjonar. Planlegging etter plan- og bygningslova er eit sentralt verkemiddel for

samordning og politisk prioritering på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Når ein skal utarbeide planar etter plan- og bygningslova, er folkehelse eit viktig omsyn som ein må leggje vekt på. I planstrategiarbeidet er det mange kommunar som nyttar den folkehelseoversikta dei skal utarbeide etter folkehelselova (Helgesen mfl. 2017). Ved å forankre omsyn og tiltak i planane sikrar ein at arbeidet blir langsiktig og får god kontinuitet.

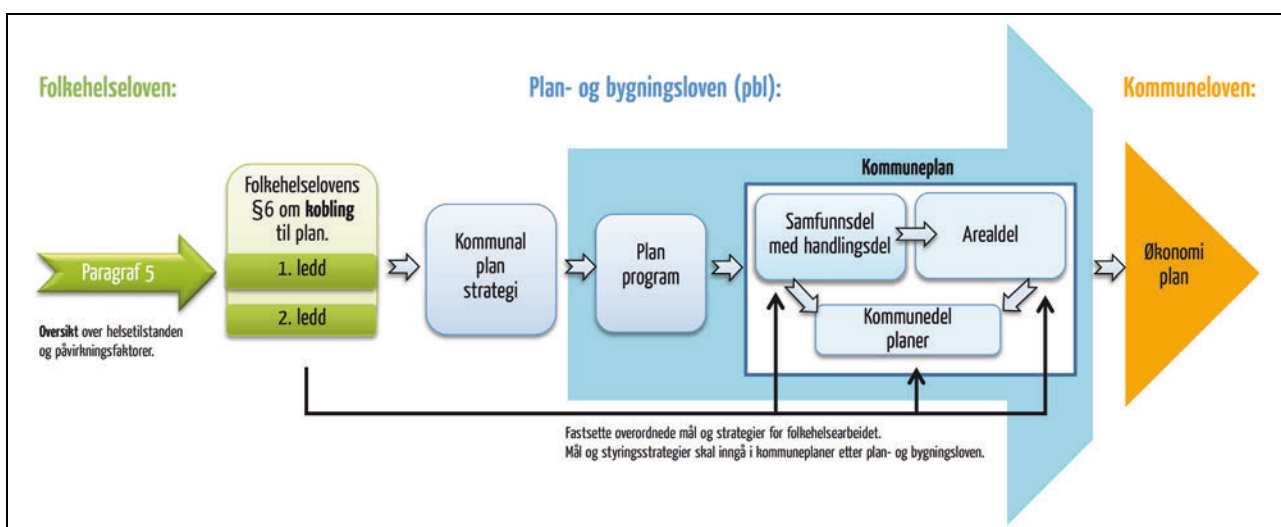
Plan- og bygningslova krev at ein skal ta omsyn til både universell utforming og oppvekstvilkåra til barn og unge i planlegginga. Vidare seier lova at alle som utformar planar, mellom anna skal leggje til rette for gode bumiljø og gode oppvekst- og levekår. Til liks med folkehelselova skal planarbeidet fremje helsa til innbyggjarane og motverke sosiale helseforskjellar, i tillegg til at det skal førebyggje kriminalitet og fremje samfunnstryggleik.

Med folkehelselova § 6 og plan- og bygningslova § 10-1 er det ei ufråvikeleg kopling mellom dei to lovene, jf. figur 7.3. Ifølgje folkehelselova skal kommunen sørgje for å ha god oversikt over helsetilstanden og faktorar som påverkar helsa til innbyggjarane i kommunen. Dette oversiktsarbeidet skal vere ein del av grunnlaget for drøftinga av planstrategien i kommunane og gi retning for det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen.

7.3 Det økonomiske rammeverket rundt folkehelsearbeidet

7.3.1 Finansiering av førebyggjande tiltak og folkehelsearbeid

Ein må sjå folkehelsearbeidet innanfor ramma av ein brei innsats der sektorpolitikken òg skal bidra til å



Figur 7.3 Koplinga mellom folkehelselova og plan- og bygningslova

Kjelde: Kommunetorget.no

fremje folkehelsa. Tiltak for å betre folkehelsa ligg derfor i stor grad i andre sektorar enn dei som fell inn under Helse- og omsorgsdepartementet, nemlig i det folkehelsefremjande arbeidet som blir gjort på områda til andre departement. Det at folkehelse ikkje er ein eigen sektor, gjer det vanskeleg å synleggjere eigne midlar til folkehelsearbeid.

I budsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet inngår folkehelsearbeid og førebyggjande tiltak under omtalen av folkehelse, men det er òg sentralt i den kommunale helse- og omsorgstenesta, medrekna helsestasjons- og skulehelsetenesta, i tillegg til at det er nemnt under førebyggjande tiltak for spesialisthelsetenesta, på legemiddelområdet og på tannhelsefeltet. Førebygging er gjennomgåande integrert i tenestene, forvaltinga, ordningane i folketrygda og kunnskapsproduksjonen i sektoren. På same måten vil ein kunne peike på at midlar under områda til mange andre departement heilt eller delvis går til folkehelseformål eller til formål som bidreg til folkehelse som eit sideformål. Det er i dag ikkje mogleg å avgrense eller beløpsfeste utgifter til folkehelsefremjande tiltak. Det er ei utfordring at vi ikkje har betre oversikt over ressursane som blir brukte i folkehelsearbeidet og til førebyggjande innsats, men innretninga på tvers av sektorar gjer dette vanskeleg. Regjeringa vil derfor vurdere korleis ein kan skaffe betre oversikt over ressursbruken.

Tilskotsordningane som er knytte til folkehelse på området til Helse- og omsorgsdepartementet, skal styrkje og stimulere utviklinga og det praktiske arbeidet i kommunar og fylkeskommunar. Sjølv om tilskot kan ha ein viktig funksjon, oppmuntre til satsingar og gjere at tiltak blir sette i gang, vil tilskotsmidlar aldri vere svaret på folkehelseutfordringane, og dei vil alltid berre utgjere ein liten del av det store folkehelsearbeidet. Programmet for folkehelsearbeid i kommunane er ei særskild satsing for å støtte folkehelsearbeidet i kommunane og der ein skal utvikle nye tiltak. Programmet skal fremje lokalt rusførebyggjande arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som ein likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet.

Skattar og avgifter er eit tradisjonelt økonomisk verkemiddel for å påverke korleis menneske handlar. På folkehelseområdet er denne typen verkemiddel tekne i bruk i form av avgift på alkoholhaldige drikkevarer og avgift på tobakksvarer. Avgiftene på alkoholfrie drikkevarer, sjokolade og sukkervarar og sukker kan òg ha ein helseeffekt, men desse avgiftene skal først og fremst gi inntekter til staten.

Sjølv om fastsetjing av skattar og avgifter er ei nasjonal sak, er dette verkemiddel som jamleg blir

diskuterte i internasjonale samanhengar. Bloomberg Task Force on Fiscal Policy for Health bidreg til å styrkje merksemda om denne typen skattar og avgifter som effektive tiltak for å nå folkehelsepolitiske mål.

Skattar og avgifter har ofte fleire formål, og formåla kan òg endre seg over tid. Det er sett ned eit utval som skal sjå nærmare på særavgiftene som gjeld alkoholfrie drikkevarer og sjokolade- og sukkervarar, jf. kapittel 8.3.2 og 8.4.

7.3.2 Prinsipp for prioritering på folkehelseområdet

I Noreg har vi lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriteringssporsmål i helsetenesta. Sidan 1987 har det vore utarbeidd fire offentlege utgreiingar som primært har handla om spesialisthelsetenesta og refusjon av utgifter til legemiddel gjennom folketrygda. I desember 2018 blei den første utgreiinga om prinsipp for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstenesta og for offentleg finansierte tannhelsetenester levert, NOU 2018: 16 Det viktigste først.

I prioriteringsmeldinga Meld. St. 34 (2015–2016) «Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering» blei det foreslått eit sett med prinsipp for prioritering som skal gjelde for spesialisthelsetenesta, og det blei peikt på at det er nødvendig å vurdere relevante prioriteringskriterium for førebyggjande tiltak og folkehelseiltak òg. Meldinga varsla at ein fram mot neste folkehelsemelding skulle vurdere nærmare korleis ein kunne utvikle metodikken for å prioritere mellom ulike folkehelseiltak vidare. Til liks med arbeidet som har vore gjort med diskusjon og openheit om prioritering av behandlingstiltak i helsetenesta, bør ein avklare kva som skal vere styrande ved val av folkehelseiltak og førebyggjande tiltak der innbyggjarane er målgruppa.

Regjeringa vil ta initiativ til eit utgreiingsarbeid for å drøfte om det er mogleg å lage retningslinjer som gir støtte til prioritering på folkehelseområdet. Arbeidet bør avklare kvar prioriteringsavgjerdene på folkehelseområdet skal takast, og kva typar folkehelseiltak som er aktuelle. Arbeidet vil bli avgrensa mot prinsippa for prioritering i spesialisthelsetenesta og verkeområdet for desse prinsippa.

God prioritering vil vere viktig i spørsmål om folkehelsearbeid og førebyggjande tiltak er rett prioritert opp mot andre føremål. Men det har òg mykje å seie for prioritering mellom ulike folkehelseiltak, slik at folkehelsepolitikken totalt sett bidreg til mest mogleg folkehelse for pengane.

Betre kunnskap om effekt av tiltak og retningslinjer og støtte for prioritering vil òg bidra til å styrkje legitimiteten til folkehelsearbeidet, og det vil gi betre avgjerdsgrunnlag når det gjeld krava i utgreiingsinstruksen.

Kunnskapsgrunnlag

Prioriteringar må byggje på god nok kunnskap om effekten av tiltak som blir sette i verk. Ein viktig føresetnad er at ein har god kunnskap om vanhelse og døyingstal blant innbyggjarane, og om faktorar som påverkar dette. Overslag over sjukdomsbyrde har gitt betre kvantitativ informasjon om årsakene til og risikofaktorane for tidleg død og helsetap som ikkje er dødeleg, enn vi har hatt tidlegare. Når det gjeld kunnskap om effekt av tiltak og kostnader ved dei, er grunnlaget noko dårlegare, og når det gjeld samfunnsøkonomiske overslag over potensielle framtidige innsparingar ved at sjukdom og vanhelse ikkje oppstår, er grunnlaget endå dårlegare.

Det er ei utfordring at ein ofte ser effekten av folkehelseiltak først lenge etter at tiltaket blei sett i verk. Det kan dermed vere vanskeleg å etablere ein sikker samanheng mellom tiltak og resultat, og dermed kan det oppstå uvisse når ein spør om tiltaket har den tilsikta effekten. I tillegg er folkehelsearbeidet innretta på tvers av sektorar, slik at det finst tiltak i mange sektorar som påverkar helsa og livskvaliteten til innbyggjarane, men som ikkje har betre folkehelse som hovudmål. Det er behov for fleire og kvalitativt gode og relevante samfunnsøkonomiske analysar av tiltak som rettar seg mot innbyggjarane. Folkehelseinstituttet legg opp til å styrkje samanfatingane av kunnskap på folkehelseområdet basert på erfaringar frå helse-tenesta.

I mange tilfelle er kunnskapsgrunnlaget på folkehelseområdet relativt svakt. Tiltak kan likevel potensielt ha ein stor positiv effekt. Her bør ein leggje opp til større grad av utprøving og evaluering av tiltak, slik at vi får styrkt kunnskapsgrunnlaget. Ein bør òg følgje føre-var-prinsippet.

Prioriteringsutfordringar på folkehelseområdet

Ein kan hevde at ei prioritering av førebyggjande tiltak ikkje er rett, fordi ein tek ressursar frå sjuke menneske og nyttar dei på folk som i utgangspunktet er friske. Samtidig er det òg uforsvarleg å ikkje førebyggje ein alvorleg sjukdom dersom det er mogleg å førebyggje han. Til dømes er tobakk

den viktigaste årsaka til lungekreft og andre alvorlege sjukdommar, og det ville vore uforsvarleg å ikkje setje inn tiltak for å redusere bruken av tobakk i lys av den kunnskapen.

I kva grad og på kva måte ein skal leggje vekt på alvorsgrad når ein vurderer folkehelseiltak, er ikkje eintydig klart. Mellom anna må ein spørje om det er snakk om alvorsgrad på kort eller lang sikt, om det dreier seg om alvorsgrad på individnivå, slik at ein kan identifisere kven det er snakk om, eller om det er på populasjonsnivå, slik at det er snakk om ein statistisk samanheng. Det er ikkje sikkert at det siste er mindre alvorleg enn dei førstnemnde. Vi veit at ei lita forandring i ein stor populasjon med låg risiko har ein mykje større effekt på folkehelsa enn ei stor forandring i ein liten populasjon med høg risiko. I eit lengre tidsperspektiv, til dømes eit livsløpsperspektiv, vil tidleg innsats i større grad kunne bli vektlagt ut frå alvorsgrad.

Prioriteringsprinsipp har lita praktisk nytte dersom dei ikkje blir tekne i bruk av dei som arbeider med folkehelse, anten det er på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå. I folkehelsearbeidet kan den desentraliserte ansvarsfordelinga som folkehelselova legg opp til, der vurderingar og avgjerder blir gjorde på ulike nivå og i ulike sektorar, føre til at avgjerdssystemet blir komplisert. Ein bør derfor vurdere korleis eit avgjerdssystem på folkehelseområdet eventuelt kan innrettast og etablerast på best mogleg måte.

Forholdet til utgreiingsinstruksen

Den norske folkehelsepolitikken er innretta slik at han går på tvers av sektorar. Tiltak og strategiar i ein sektor kan ha mykje å seie for helsa til innbyggjarane utan at dette er hovudmålet med tiltaket/strategien. Etter § 22 i folkehelselova har statlege styresmakter ansvar for å vurdere konsekvensar for helsa til innbyggjarane når det er relevant. Føresegna er meint å styrkje og presisere det ansvaret statlege styresmakter har for å bidra til folkehelsa, i tråd med dei pliktene som følgjer av utgreiingsinstruksen. Dette krev at dei har kunnskap og kompetanse til å vite kva som verkar inn på helsa til innbyggjarane. Regjeringa vil derfor ta initiativ til ei heilskapleg rettleiing til utgreiingsinstruksen om verknader for folkehelsa og helseeffektar i samfunnsøkonomiske analysar. Dette vil òg utgjere ein del av kunnskapsgrunnlaget som må liggje til grunn for avgjerder om prioritering av tiltak som har konsekvensar for folkehelsa.

7.4 Det organisatoriske rammeverket rundt folkehelsearbeidet

Regjeringa fører vidare det organisatoriske rammeverket rundt folkehelsearbeidet som er etablert gjennom folkehelselova, og som det er brei politisk semje om. Folkehelselova tek for seg rolene og ansvaret til nasjonale, regionale og lokale aktørar, og ho legg opp til ei systematisk arbeidsform som skal bidra til langsiktig arbeid, innsats på tvers av sektorar og politisk forankring. Systematikken inngår i ein fireårssyklus med rapporteringar, utforming av tiltak og strategiar, evalueringar og utforming av ny folkehelsepolitikk gjennom ei stortingsmelding kvart fjerde år, jf. figur 7.4.

Folkehelselova stiller krav om at statlege styresmakter skal vurdere konsekvensar for helsa til innbyggjarane når det er relevant. Det vil òg seie at dei skal vurdere korleis tiltak påverkar fordelinga av helse blant innbyggjarane.

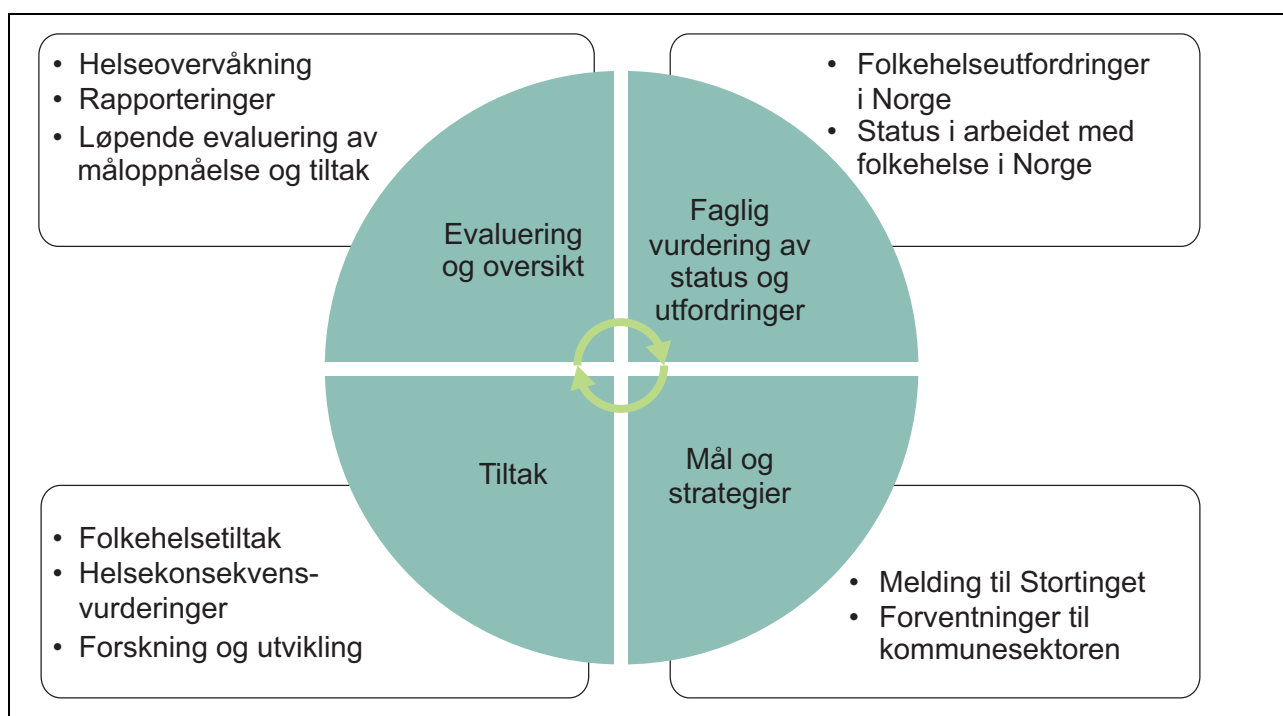
7.4.1 Det systematiske folkehelsearbeidet i kommunane

Gjennom folkehelselova har kommunane ei sentral rolle og eit tydeleg ansvar for å bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse og jamnar ut sosiale helseforskjellar. Folkehelse er eit ansvar for heile kommunen, ikkje berre for helse-tenestene. Kommunen har ansvar for å fremje fol-

kehelse gjennom alle verkemidla sine og i dei oppgåvene kommunen er tildelt. Basert på tilgjengeleg statistikk og informasjon skal kommunane skaffe seg oversikt over dei lokale påverknadsfaktorane og skildre helsetilstanden blant innbyggjarane sine. Deretter blir det forventta at kommunane nyttar denne oversikta som grunnlag for planstrategien sin og i arbeidet med kommunepanar etter plan- og bygningslova. Oversikta skal òg danne grunnlag for fastsetjing av mål og strategiar, og for utvikling av tiltak som kan møte dei folkehelseutfordringane kommunen står overfor. Til saman utgjer dette eit systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid som er politisk forankra og integrert i plansystemet i kommunen.

I tillegg har kommunane ei heilt sentral rolle på enkelte folkehelseområde. Løyvesystemet i alkohollova er eit døme på at kommunane har fri-dom til – og ansvar for – å utvikle ein lokalt tilpassa alkoholpolitikk som tek utgangspunkt i dei utfordringane kommunen står overfor. Eit anna døme er at kommunane har ansvar for å føre tilsyn med detaljsal av tobakk.

Kommunane har òg ei viktig rolle i å sikre ei berekraftig samfunnsutvikling lokalt. Det er forventta at kommunane skal bidra til å skape lågut-sleppssamfunn der mellom anna kunnskap om klima og miljø, inkludert grøn økonomi, er eit viktig element. For å innfri dette må kommunane ha brei kompetanse når det gjeld samfunnsutvikling og samarbeid.



Figur 7.4 Syklus for statens folkehelsearbeid

Arbeidet i kommunane har hatt ei tydeleg positiv utvikling sidan folkehelselova blei sett i kraft. Kommunane har i større grad enn tidlegare ei systematisk tilnærming til folkehelsearbeidet (Helgesen mfl. 2017), men det er framleis stor variasjon i forankring og bruk av systematikken. Regjeringa vil halde fram med å støtte opp om det breie folkehelsearbeidet, og det er eit mål å redusere variasjonen i det systematiske arbeidet mellom kommunane. Dette er i tråd med rådet frå Riksrevisjonen etter at dei undersøkte det offentleg folkehelsearbeidet i 2014 (Dokument 3:11 (2014–2015)).

Samarbeid på tvers av sektorar

Samarbeid på tvers av sektorar, både lokalt og nasjonalt, er avgjerande for å få til eit godt og berekraftig folkehelsearbeid. På nasjonalt nivå har arbeidet til Helsedirektoratet med å følge med på forhold som påverkar folkehelsa, vore gjennomført gjennom eit samarbeid på tvers av sektorar for å utvikle og hente inn indikatorar. På lokalt nivå har samarbeid på tvers av sektorar på folkehelseområdet vore eit utviklingsarbeid etter at folkehelselova blei sett i kraft.

Eit stort fleirtal av kommunane har etablert nettverk på tvers av sektorar, og dette gir kommunane fleire aktørar å spele på, større kapasitet og fagleg kvalitet i arbeidet, og fører dermed til ein positiv effekt på folkehelsearbeidet (Helgesen mfl. 2017).

Samarbeid på tvers av sektorar kan vere krevjande. På folkehelseområdet har Helsedirektoratet utvikla eit kurs som skal bidra til å utvikle og styrkje ulike typar kompetanse for å lykkast med samarbeid både innanfor kommunen og i lokalsamfunnet elles. Kurset har fått namnet «Bli ein betre brubyggjar» og er hovudsakleg utarbeidd for leiarar, planleggjarar, folkehelsekoordinatorar og andre i kommunane som ønskjer å styrkje kompetansen sin når det gjeld å arbeide på tvers av sektorar for å få til ei helsevennleg samfunnsutvikling og mindre sosial ulikheit i helse.

KS har løfta fram samskaping som ein metode eller ei samarbeidsform som kan vere aktuell for norske kommunar. Det inneber at ein fører saman ressursar og kompetanse frå til dømes innbyggjarar, det offentlege, frivillige aktørar og næringslivet for å utvikle felles løysingar. Dette samsvarer godt med måla og intensjonane i folkehelselova, mellom anna når det gjeld samarbeid og medverknad på tvers av sektorar.

Programmet for folkehelsearbeid i kommunane

Programmet for folkehelsearbeid i kommunane (folkehelseprogrammet) starta opp i 2017 og er eit samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS som programeigarar. Helsedirektoratet forvaltar tilskotsordninga og har saman med Folkehelseinstituttet eit ansvar for å drive kompetansesøtte overfor fylke og kommunar. Det overordna målet er å fremje helsa og livskvaliteten til innbyggjarane. Programmet skal fremje lokalt rusførebyggjande arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som ein likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er ei prioritert målgruppe, og utjamning av sosiale ulikskapar på helseområdet er ein viktig ambisjon.

Folkehelseprogrammet gir kommunane høve til å utvikle kunnskapsbaserte tiltak i tråd med lokale utfordringar. Om lag 75 kommunar er i gang med å utvikle tiltak.

Kommunane har brukt tid på å gå igjennom dei lokale utfordringane, involvere målgruppene, forankre og planleggje prosjekt og etablere samarbeid med forskings- og kompetansmiljø. Fylka har mobilisert aktørar som jobbar på tvers av faggrupper. Det blir stilt krav om medverknad frå målgruppa. Fylkeskommunane rapporterer at dei er opptekne av å involvere barn og unge i tiltaksutviklinga, og auka samarbeid med frivillige er eit viktig mål for fylka.

Fylka har oppretta samarbeidsorgan som skal bidra til kvalitetssikring av dei tiltaka som får midlar. Der deltek til dømes dei regionale kompetansesentera for rusmiddelspørsmål, regionale kompetansesenter for psykisk helse, universitet og høgskular, kommunar, representantar for frivillige organisasjonar og fylkesmannen.

Ei rekkje forskings- og kompetansmiljø er involverte i tiltaka og støttar mellom anna ved å stå for evaluering. Helsedirektoratet vil i 2019 publisere ei oversikt over alle tiltaka som blir utvikla, og evalueringsopplegga som høyrer til, på nettsida «forebygging.no».

Ei følgjeevaluering som Sintef har utført, viser at deltaking i folkehelseprogrammet fører til auka samarbeid i kommunane, både gjennom styrking av allereie eksisterande samarbeid og gjennom etablering av nye arenaer. Fleire kommunar legg særleg vekt på samarbeidet med forskings- og kompetansmiljøa. Fylkeskommunar fortel òg at programarbeidet allereie har gitt betre høve til å dele erfaringar og kunnskap på tvers av kommu-

Boks 7.1 Døme frå folkehelseprogrammet: «Nye mønster – trygg oppvekst»

I Agder-fylka deltek 11 kommunar i eit prosjekt som inkluderer om lag 430 personar i 100 familiar. «Nye mønster – trygg oppvekst» er ei systematisk utprøving av ein modell med familiekoordinator som skal samordne tenester til både vaksne og barn i eit utval låginntektsfamiliar gjennom fem år. Fleire samarbeidspartnarar og tenester kan vere aktuelle – til dømes Nav, skule eller barnehage, helsestasjons- og skulehelsetenesta, familiesenter, idrettslag og fritidsorganisasjonar, fastlege og oppfølgingstenesta eller bustadavdelinga i kommunen.

Familiekoordinatorane følgjer familiane, kartlegg levekårsindikatorar og måler livskvalitet og meistringstru. Det blir etablert strukturar for gjennomføring av ein registerdatastudie etter 15 år. Effektevaluering og forskning vil gi eit unikt datamateriale og ny innsikt i livssituasjonen til familiane i målgruppa, og kva effektar ei slik organisering og koordinering av tenester vil ha når det gjeld psykisk helse og livskvalitet.

nar, og lagt til rette for utvikling av det helsefremjande arbeidet.

Frå 2019 får alle fylka i landet midlar til tiltaksutvikling i kommunane. For å sikre langsiktig planlegging har kommunane fått tilsegn om midlar i ein periode på opptil seks år. Evalueringa av tiltaka skal vere klar når tilskotsperioden går ut.

Programmet skal i åra framover vere ei drivkraft for eit systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i kommunane. Fleire skal oppleve god psykisk helse og trivsel. Ramma for tilskotsordninga i programmet er i 2019 på 77 millionar kroner. I tillegg er det løyvd tilskotsmidlar for at eitt fylke skal utvikle tiltak for å førebyggje vald og overgrep, og det skal skje innanfor modellen til folkehelseprogrammet.

Støtte til kommunane på statistikkområdet

Dei aller fleste kommunar – nærmare 90 prosent – har utarbeidd ei oversikt over helsetilstanden og påverknadsfaktorar. Plikt til å utarbeide ei slik oversikt følgjer av folkehelselova, og oversikta skal baserast på data frå mellom anna statlege hel-

sestyresmakter. Dei årlege folkehelseprofilane frå Folkehelseinstituttet til kommunane er her sentrale. Folkehelseprofilane inneheld nøkkeltal om innbyggjarar, levekår, miljø, skulegang, levevanar, helse og sjukdom. Kommunane har behov for at profilane blir utvikla vidare til i større grad å innehalde helsefremjande indikatorar (Hofstad 2018). I dag er statistikken i folkehelseprofilane på kommunenivå, sjølv om dei største bykommunane òg får data på bydelsnivå. For å auke kunnskapen om dei lokale utfordringane er det ønskeleg at alle kommunar kan få tilgang til data på snevrare geografiske nivå.

Kommunane opplever det som ei utfordring at fleire direktorat, og andre aktørar, utviklar databasar kvar for seg, ettersom det kan resultere i spreidd og ukoordinert informasjonstilgang frå nasjonalt nivå. Regjeringa vil vurdere korleis ein kan betre samordninga av nasjonal informasjon og statistikk, og vurdere om det er behov for å utvikle eit indikatorsett på folkehelseområdet (kjerneindikatorar).

Styrkje arbeidet med folkehelse i planlegging

Plan- og bygningslova er det viktigaste verkemiddelet kommunar og fylke har til å setje mål og lage strategiar for samfunnsutviklinga lokalt. For mange kommunar er det ei utfordring å kople kunnskapen frå oversiktsarbeidet til konkrete tiltak som kan møte dei folkehelseutfordringane dei har lokalt. Planlegging er ein måte å skape ei slik kopling på. Undersøkingar viser at to tredjedelar av kommunane nyttar folkehelseoversikta i planstrategiarbeidet. Godt over halvparten nyttar oversikta i samfunnsdelen av kommuneplanen, men berre ein fjerdedel nyttar henne i arealplanen.

Trass i at mange kommunar har innarbeidd folkehelse på eit overordna og strategisk nivå i planane sine, står det att å gjere folkehelseutfordringane relevante og tilgjengelege i samfunns- og arealplanlegginga (Hofstad 2018). Det krev at kommunane kjenner og har kunnskap om kva val om arealbruken det er som styrker folkehelsa, altså kva det er som bidreg til å skape kvalitativt gode tettstader, nærmiljø og bustader, og korleis ein i større grad kan integrere velferds- og folkehelseiltak i planlegginga i område med levekårsutfordringar. Ei anna utfordring er uvisse rundt koplinga mellom folkehelseutfordringar og økonomiplanen (Helgesen mfl. 2017). Betre samanheng på desse områda vil vere sentralt i den vidare utviklinga av det systematiske folkehelsearbeidet.

Plan- og bygningslova har ei rekkje verkemiddel, og fleire av dei kan utnyttast betre på folkehelseområdet. I konsekvensutgreiingane etter plan- og bygningslova har ein lagt vekt på miljø og mindre på samfunn, så det er potensial for å styrkje samfunnsperspektivet og utgreiingar av konsekvensar for helse og fordeling (Hofstad og Bergsli 2017). Risiko- og sårbarheitsanalysar (ROS-analysar) er eit anna verkemiddel med potensial. I dag blir slike analysar oppfatta som relativt tekniske – dei er ofte knytte til tekniske installasjonar, fysiske omgivnader og offentleg tenesteyting (Hofstad og Bergsli 2017). Men samfunn kan samtidig ha ei sosial sårbarheit, til dømes i samband med utsette område. ROS-analysar med auka vekt lagt på sårbarheit når det gjeld sosiale forhold vil kunne vere eit viktig verktøy for kommunane.

Kompetansebehov i arbeidet med sosial ulikskap i helse

Mange kommunar opplever at det er utfordrande å arbeide for å redusere sosiale ulikskapar på helseområdet. Det er behov for å lære meir om korleis arbeidet mot sosial ulikskap i større grad kan bli ein del av det systematiske folkehelsearbeidet.

Innsats mot dei grunnleggjande sosiale årsakene til helseforskjellane, inkludert økonomiske vilkår, bustad, arbeid og utdanning, er viktig for å jamne ut desse forskjellane. Forsking viser at dei kommunane som nyttar folkehelseprofilane aktivt i arbeidet sitt, i større grad definerer levekår som hovudutfordringar i folkehelsearbeidet, og at dei i større grad jobbar aktivt med levekårsutfordringane i kommunane. Det fører til at dei gjer ein betre jobb når det gjeld å jamne ut sosiale helseforskjellar (Hagen mfl. 2017). I tillegg viser det seg at dei kommunane som har etablert samarbeid på tvers av sektorar internt i kommunen og mellom kommunar, er meir tilbøyelege til å prioritere levekår i folkehelsearbeidet. Samtidig er det behov for at kommunane i større grad nyttar verkemidla i plan- og bygningslova til å støtte opp under målet om å redusere sosiale helseforskjellar. Det er òg venta at programmet for folkehelsearbeid i kommunane vil kunne bidra med nyttig erfaringsbasert kunnskap i det lokale arbeidet.

Mobilisering av nøkkelaktørar

Ansvar for folkehelsearbeidet i kommunane blei løfta ut av helsetenesta og over til kommuneleiinga då folkehelselova blei sett i kraft i 2012. I

praksis er det ofte folkehelsekoordinatoren som er hovudaktøren og set folkehelse på agendaen, men vedkommande har ikkje mandat til å gjere vedtak, og dette er heller ikkje ein lovpålagd funksjon. Heile 81 prosent av kommunane framhevar folkehelsekoordinatoren som den som tek mest ansvar i folkehelsearbeidet, og i 2014 hadde 85 prosent av kommunane ein folkehelsekoordinator (Helgesen mfl. 2017). Men det er først når koordinatoren er tilsett i tilnærma full stilling at ein verkeleg ser positive effektar. Samtidig ser ein at dei kommunane som gjennom tydeleg lokalt leiarskap prioriterer folkehelsearbeid, får fleire aktørar å spele på, større kapasitet og eit meir fagleg arbeid.

Det er krav om at kommunane skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse, og det er nyttig å få meir kunnskap om moglegheiter og utfordringar for denne kompetansen i folkehelsearbeidet.

7.4.2 Folkehelseinstituttet

Samfunnsoppdraget til Folkehelseinstituttet er å produsere, samanfatta og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstenester. På denne måten bidreg Folkehelseinstituttet til betre helse i Noreg og globalt. Folkehelseinstituttet skal bidra med god og nyttig kunnskap på folkehelse- og helsetenestefeltet, basert på forskning og helseanalysar, som inkluderer helsetenesteanalyse, helsetenesteforskning, samanfatteringar av kunnskap, metodevurderingar og risikovurderingar. Kunnskapsstøtta skal gi Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, kommunane og andre styresmakter nødvendig grunnlag for å gjere rette prioriteringar og for politikk- og tenesteutvikling. Dette kan til dømes omfatte innbyggjarretta verkemiddel, førebyggjande tiltak og helsefremjande arbeid. Instituttet skal gi råd om effekten av tiltak som kan verke helsefremjande eller førebyggjande. Dette omfattar mellom anna tema smittevern, miljømedisin, fysisk helse, psykisk helse, rus, vald og overgrep.

Etter folkehelselova skal Folkehelseinstituttet overvake utviklinga av folkehelsa og utarbeide oversikt over helsetilstanden til innbyggjarane og faktorar som påverkar han. Desse opplysningane skal gjerast tilgjengelege som grunnlag for oversikta over folkehelseutfordringar i kommunane og fylkeskommunane.

Folkehelseinstituttet har oppretta eit senter for evaluering av folkehelseiltak for å styrkje kunnskapen om effektive folkehelseiltak og formidling av slik kunnskap. Dette er i tråd med rådet frå

Riksrevisjonen om å møte behovet for auka kunnskap om folkehelse og kva som er effektive folkehelseiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap til og mellom kommunane (Riksrevisjonen 2015).

Folkehelseinstituttet har utvikla folkehelseprofilane, som er eit viktig verktøy for kommunane i arbeidet med å skaffe oversikt over nokre av folkehelseutfordringane. I tillegg vil folkehelseundersøkingane i fylka i tida framover vere ei viktig kjelde til informasjon, jf. kapittel 9.1. Målet er at alle fylkeskommunar skal gjennomføre folkehelseundersøkingar kvart fjerde år. Regjeringa vil at folkehelseprofilane og fylkesundersøkingane skal utviklast i høveleg omfang og i tråd med lokale og regionale behov.

7.4.3 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal bidra til at fleire har god helse, at dei sosiale og geografiske helseforskjellane blir mindre, og at fleire får god og sikker behandling. Direktoratet støttar at pasientar og brukarar skal få møte ei samordna teneste, og legg til rette for auka samfunnstryggleik og beredskap. Helsedirektoratet er fagorgan på områda folkehelse, levekår og helse- og omsorgstenester. Direktoratet skal vere ein pådrivar for kunnskapsbasert arbeid, samanstillt kunnskap og erfaring i faglege spørsmål og opptre fagleg normerande nasjonalt.

I arbeidet med å fremje helsa til innbyggjarane og jamne ut sosiale helseforskjellar skal Helsedirektoratet bidra til at folkehelselova blir teken i bruk, og dermed sikre eit systematisk folkehelsearbeid i kommunane. Det vil seie at Helsedirektoratet skal støtte kommunar, fylkeskommunar og fylkesmenn og gi råd og rettleiing om korleis dei bør utføre folkehelsearbeidet i lokalsamfunn og regionar. I tillegg skal Helsedirektoratet følgje med på forhold som påverkar folkehelsa og bidra til å setje i verk nasjonal politikk på folkehelseområdet. Helsedirektoratet skal òg gi råd og informasjon til helsepersonell og til innbyggjarane elles. Saman med Folkehelseinstituttet skal Helsedirektoratet gjere opplysningar om helsetilstand og påverknadsfaktorar tilgjengelege.

Riksrevisjonsundersøkinga av offentleg folkehelsearbeid i 2015 viste at kommunane har behov for klarare nasjonale føringar og retningslinjer som konkretiserer kva som er godt folkehelsearbeid. Det krev at dei nasjonale folkehelsestyresmaktene bidreg med tettare oppfølging og tiltak som støttar opp under det lokale og regionale

folkehelsearbeidet, særleg overfor kommunar som er komne kort i det systematiske arbeidet.

Rettleiinga «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» har vore ei viktig støtte i det lokale og regionale oversiktsarbeidet. Helsedirektoratet arbeider med å revidere rettleiinga, og i neste versjon skal alle elementa i det systematiske arbeidet vere med. Erfaringar frå nærmiljøprosjektet og programmet for folkehelsearbeid i kommunane vil kunne gi viktige innspel til revideringa. Nettsidene til Helsedirektoratet med vegvisarar for lokalt folkehelsearbeid skal vere oppdaterte med kunnskapsbasert informasjon til aktørar på folkehelseområdet, og dei skal utviklast vidare i tråd med behova til brukarane.

7.4.4 Fylkesmannen

Fylkesmannen er representanten for staten i fylket. Innanfor folkehelsearbeidet vil det seie at fylkesmannen skal formidle dei faglege føringane frå staten til kommunar og andre aktørar. Fylkesmannen skal òg samordne statleg verksemd i fylket.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet gir gjennom tildelingsbrevet styringssignal og tildeler midlar til fylkesmannsembeta. Verkemidla og tiltaka frå fylkesmannen skal samla sett vere med på å betre folkehelsa og auke kvaliteten, innovasjonsevna og etterlevinga av regelverk i helse- og omsorgstenestene.

God helse og livskvalitet er eit mål i tildelingsbrevet til fylkesmannen og må inngå i prioriteringane i sektorane dersom vi skal nå nasjonale mål om å skape eit helsefremjande og helseutjamnande samfunn. Samfunns- og arealplanlegging er viktig for mellom anna å skape sosialt berekraftige lokalsamfunn med god helse for alle. Fylkesmannen skal bidra til å nå målet om styrkt folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Embeta skal prioritere innsatsen mot kommunar der det er avdekt særlege utfordringar, og samhandle med andre aktørar.

Klima- og miljøomsyn skal inngå i prioriteringane til alle sektorar, både regionalt og lokalt, for å nå nasjonale mål. I tillegg er det nemnt i tildelingsbrevet at det er mange innanfor dei ulike sektorane som erkjenner at det er viktig og nødvendig å samhandle meir heilskapleg om utviklinga og læringa til barn og unge. Fylkesmannen vil ha ei sentral rolle i å gjennomføre kvalitetsreforma for eldre, Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet», i tillegg til andre sentrale planar og strategiar på folkehelse- og helsetenesteområdet som er omtalte i tildelingsbrevet.

For at dei nye folkevalde regionane skal få eit meir heilskapleg ansvar for friluftslivet, skal det ansvaret innanfor friluftsliv som fylkesmannen har i dag, overførast til dei nye folkevalde regionane. Dei av oppgåvene til fylkesmannen som er knytte til skjergardstenesta og statleg sikra friluftsområde, vil dermed bli overførte til fylkeskommunane frå 1. januar 2020. Ein del av oppgåvene til Miljødirektoratet når det gjeld forvaltning av statleg sikra friluftslivsområde vil òg bli overførte til fylkeskommunane, jf. Meld. St. 6 (2018–2019) «Oppgaver til nye regioner».

7.4.5 Fylkeskommunen

Fylkeskommunen har eit lovpålagt ansvar for mellom anna å fremje folkehelse i dei oppgåvene han er tildelt, og å vere pådrivar for og samordnar av folkehelsearbeidet i fylket. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tenesteyting, og gjennom tiltak som kan møte folkehelseutfordringane i fylket.

Fylkeskommunen har eit sjølvstendig ansvar gjennom planlegging etter plan- og bygningslova for å fremje folkehelse og motverke helseforskjellar. I tillegg skal fylkeskommunen bidra til å forebygge kriminalitet og fremje samfunnsstryggeleik ved å forebygge risiko for tap av liv og skade på helse og miljø. Ansvaret for offentleg transport og etablering av gang- og sykkelveggar langs fylkesvegane er òg omfattande. Desse oppgåvene krev

samarbeid og samordning mellom ulike sektorar og etatar i fylket/regionen. Fylkeskommunane har etter plan- og bygningslova eit rettleiingsansvar overfor kommunane om planlegging. Dei arrangerer årleg eitt til to kompetansegivande seminar om omsyn og oppgåver etter plan- og bygningslova og om verkemiddel for å gjennomføre gode planprosessar der folkehelseaspektet og medverknad er med.

Regjeringa har foreslått å gi fylkeskommunane større ansvar innanfor område der fylkeskommunen har gode føresetnader for å drive samfunnsutvikling, jf. Meld. St. 6 (2018–2019) «Oppgaver til nye regioner». Nye oppgåver innanfor samferdsel, næringsutvikling, landbruk, forskning, folkehelse, integrering, kompetanse og kultur vil styrkje samfunnsutviklarrolla til fylkeskommunane. Dette er område der fylkeskommunane til dels allereie har oppgåver og kompetanse. Dei nye oppgåvene vil gi fleire verktøy i arbeidet for god regional utvikling og gir fylkeskommunane eit større handlingsrom til å prioritere korleis dei løyser oppgåvene. Regjeringa vil forsterke den regionale planlegginga, som er ein viktig føresetnad for mellom anna å betre folkehelsa, jf. kapittel 7.4.1.

Regjeringa vil styrkje folkehelsearbeidet i fylkeskommunane ved at midlar i programmet for folkehelsearbeid som i dag blir forvalta av Helse- og sosialdepartementet, blir ein del av rammetilskotet til fylkeskommunane etter programperioden.

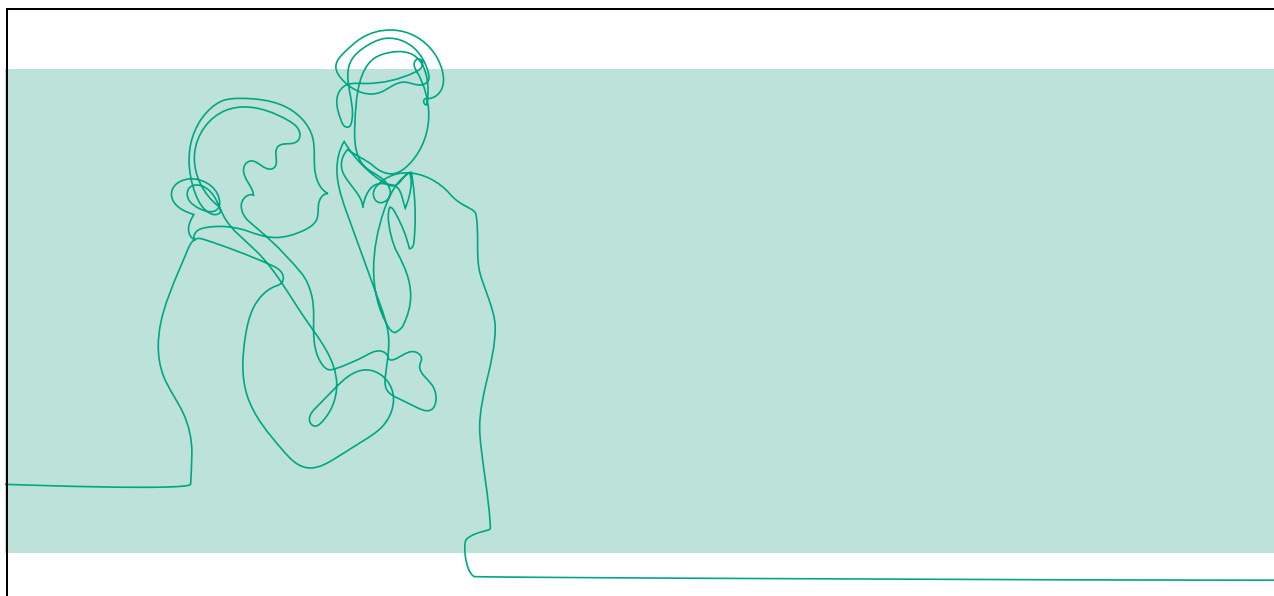
Boks 7.2 Den norske folkehelsemodellen

Regjeringa vil

- ta initiativ til ein samla gjennomgang av folkehelselova med forskrifter
- vurdere om det er mogleg å skaffe betre oversikt over ressursane som blir nytta til folkehelse tiltak
- starte opp eit utgreiingsarbeid for retningslinjer om og støtte til prioritering på folkehelseområdet
- utvikle heilskapleg rettleiing til utgreiingsinstruksjonen om verknader på helsa til befolkninga og helseeffektar i samfunnsøkonomiske analysar

- halde fram med å støtte opp om det breie folkehelsearbeidet og redusere variasjonen i det systematiske arbeidet mellom kommunane
- vidareutvikle programmet for folkehelsearbeid i kommunane
- vurdere behovet for å betre og samordne nasjonal informasjon/statistikk som har konsekvensar for folkehelsa, på tvers av sektorar
- støtte arbeid for å betre koplinga mellom folkehelsearbeidet og planarbeidet i kommunane
- bidra til at folkehelseprofilane og fylkesundersøkingane blir utvikla i tråd med lokale og regionale behov

8 Helse i all politikk



Figur 8.1

8.1 Brei tilnærming til folkehelse

Folkehelsearbeid er den innsatsen samfunnet gjer for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremjar helse og trivsel i befolkninga. Det vil seie at folkehelsepolitikken omfattar tiltak i alle sektorar som har verknader for helsetilstanden i befolkninga. Det inneber òg at det er heilt nødvendig med innsats på tvers av sektorar.

Frivillige organisasjonar og det private næringslivet er viktige aktørar i folkehelsearbeidet og nødvendige samarbeidspartnarar for det offentlege, både sentralt og lokalt. Frivillig sektor og samarbeid med næringslivet er derfor omtalt i eigne avsnitt i dette kapitlet.

I ei undersøking Riksrevisjonen gjennomførte av offentlig folkehelsearbeid (Dokument 3:11 (2014–2015)), blei Helse- og omsorgsdepartementet rådd til å styrkje arbeidet med å forankre folkehelsearbeid på tvers av sektorar, mellom anna ved å leggje til rette for at styresmakter i sektorar utanfor helsesektoren i større grad deltek i folkehelsearbeidet. Dette kapitlet synleggjer det spesielle ansvaret dei ulike departementa har i folkehelsearbeidet, kva verkemiddel dei kan ta i bruk, og kva tiltak dei kan setje i verk. Vidare er

det gjort greie for samarbeidet mellom departementa.

8.2 Innsats i frivillig sektor

Frivillige organisasjonar på ei rad område – friluftsliv, idrett, sosialt arbeid, kultur og nærmiljø – spelar ei viktig rolle i folkehelsearbeidet, både i kraft av dei aktivitetane organisasjonane står for, og ved at det gir eigenverdi for enkeltmenneske å engasjere seg i frivillig arbeid. Noreg ligg på topp internasjonalt i frivillig aktivitet. Den frivillige arbeidsinnsatsen i Noreg svarer til nærmare 148 000 årsverk (Finstad 2018). I ei befolkningsundersøking frå 2018 svarte 63 prosent at dei hadde delteke i frivillig arbeid dei siste tolv månadene (Fladmoe mfl. 2018).

Frivillig arbeid kan motverke einsemd og skape arenaer for deltaking, aktivitet, meistring og trivsel i alle livsfasar. Regjeringa vil ta vare på den eksisterande frivilligheita, mobilisere nye grupper av frivillige og hente ut det potensialet for utvikling som ligg i samarbeid med det private næringslivet. Slik kan frivillig arbeid nå ut til

fleire, og det kan medverke til endå betre folkehelse i alle lag av befolkninga.

Deltaking og frivillig arbeid

Meld. St. 10 (2018–2019) «Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig – Den statlege frivilligheitspolitikken» legg vekt på at brei deltaking er viktig i eit folkehelseperspektiv. Å delta i frivillig arbeid kan på mange måtar erstatte dei sosiale banda som arbeidslivet og skulen elles gir (Fladmoe og Folkestad 2016).

Det er ønsket om å gjere ein konkret innsats og ønsket om å lære noko som oftast blir oppgitt som motivasjon for å gjere ein frivillig innsats. Mens eldre frivillige oppgir at motivasjonen deira for å gjere ein frivillig innsats er ønsket om å treffe andre og gjere noko nyttig, er unge frivillige i større grad motiverte av å få lære noko og få denne kompetansen på CV-en. Både unge og eldre oppgir at det er viktig å kjenne at dei blir verdsette.

Ressurssterke personar med god helse og eit breitt nettverk deltek oftare i frivillig arbeid enn personar som av ein eller annan grunn er svakt sosialt integrerte. Grunnane til at barn og ungdom frå familiar med låg sosioøkonomisk status deltek sjeldnare enn andre i frivillige organisasjonar, er samansette (Bakken mfl. 2016). Økonomi er éin del av biletet. I kor stor grad barn og ungdommar deltek i frivillige aktivitetar, er også avhengig av engasjementet hos foreldra.

Eit døme på tiltak som kan føre til at barn og unge deltek meir i fritidsaktivitetar, er dei tiltaka BUA står for. BUA er ei nasjonal foreining som arbeider for at barn og unge skal få høve til å

prøve fleire og meir varierte aktivitetar, mellom anna gjennom utlån av utstyr.

8.2.1 Frivillig sektor som kunnskapsleverandør og samarbeidspartner

Regjeringa vil leggje til rette for at frivillig sektor skal kunne delta i politiske prosessar. Det fører til betre avgjerder, speglar mangfaldet i samfunnet, gir breiare eigarskap til dei politiske avgjerdene og medverkar til gjensidig læring og demokratiutvikling.

Frivillighetserklæringa blei vedteken i 2015 og gir konkrete og praktiske føringar for samspelet mellom det offentlege og frivillig verksemd, samtidig som erklæringa aksepterer at frivilligheita har sin eigenverdi og skal vere sjølvstendig. Frivillighetserklæringa omtaler kva intensjonar regjeringa har når det gjeld medverknad, forenkling og samordning. Regjeringa vil revidere frivillighetserklæringa i dialog med frivillige organisasjonar og kommunesektoren.

Regjeringa vil oppmode kommunane om å ha eit aktivt forhold til frivilligheita, jf. folkehelselova § 4 om at kommunane skal leggje til rette for samarbeid med frivillig sektor. Det er òg i tråd med KS og Frivillighet Norge si samarbeidsplattform om frivilligheitspolitikk. Plattformen omtaler korleis kommunane bør leggje til rette for frivillig sektor gjennom økonomiske rammevilkår, fora for samarbeid og medverknad i ulike kommunale prosessar. Mange kommunar har ein aktiv frivilligheitspolitikk og har utvikla eigne strategiar for samarbeid med frivilligheita, som kan tene som døme for andre kommunar. Det kan innebere å kartleggje frivilligheita jamleg, sørge for at frivillige organisasjonar blir involverte tidleg i politiske prosessar, og sørge for at frivillige aktivitetar får tilgang til høvelege lokale mv.

Helse- og omsorgsdepartementet har saman med kommunesektoren ved KS etablert eit program for folkehelsearbeid i kommunane. I programmet har den frivillige sektoren ei sentral rolle når det gjeld å fremje god psykisk helse og livskvalitet, jf. kapittel 7.

Helse- og omsorgsdepartementet legg til rette for utveksling av erfaringar og spreieing av gode idear og god implementering av nasjonale og lokale planar gjennom «Møteplass for folkehelse», som blir arrangert av Frivillighet Norge i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Barn og unge er viktige og nødvendige stemmer i debatten om folkehelse. «Møteplass for folke-

Boks 8.1 Aktivitetskort i rusførebyggjande arbeid på Island

Som eit ledd i det rusførebyggjande arbeidet på Island er det utvikla eit aktivitetskort til ein verdi av fire tusen kroner som ungdommar får. Kortet gir ungdommane høve til å velje mellom ulike fritidsaktivitetar. Dette genererer meir aktivitet for alle, også dei minst aktive. Kortet var ei meir heilskapleg satsing på ei meningsfull fritid, på engasjement hos foreldre og på samarbeid om kunnskap og utvikling for å gi barn og unge ei god fritid. Tanken var òg å førebyggje ei uheldig utvikling med rusmiddelproblemer på Island.

Boks 8.2 Frivilligsentralar

Frivilligsentralane er ein viktig aktør i det lokale folkehelsearbeidet ved at dei har tilbod som fører folk saman på tvers av generasjonar og kulturar. Dei skaper viktige møteplassar og arrangerer og koordinerer eit mangfald av aktivitetar. Det er om lag 425 aktive frivilligsentralar i Noreg i dag. Dei har ulike organisasjonsformer og ulike eigarar. Nær halvparten er eigde av kommunane i landet; dei andre er organiserte som lag eller foreningar eller som stiftingar, samverkeføretak eller anna. I 2017 vedtok Stortinget at ansvaret for tilskot til frivilligsentralane skulle overførast frå staten til kommunane. Norges Frivilligsentraler blei oppretta i 2016 og utgjer eit sentralt ledd for koordinering og kompetansebygging. Sentralane organiserer per i dag meir enn 50 000 frivillige, som utfører om lag 2000 årsverk på frivillig basis.

helse» kan vere ein god arena for å løfte aktuelle saker som ungdommar er opptekne av.

Teknologi for meir frivillig arbeid

Ved å mobilisere mot einsemd har Frivillighet Norge sin kampanje for fellesskap og sosial støtte medverka til å styrkje fellesskap og gi meir sosial støtte. Hovudverktøyet har vore portalen frivillig.no, som har hatt som formål å senke terskelen for deltaking i organisasjonslivet. Portalen blei etablert i 2015 med støtte frå Kulturdepartementet, Oslo kommune, Gjensidigestiftelsen og Sparebankstiftelsen DNB. Det blir rekruttert mange nye og viktige målgrupper for frivillig arbeid: fleire yngre, fleire med ulik etnisk bakgrunn og menneske som ikkje har tilknytning til organisasjonar. Regjeringa har auka støtta til frivillig.no og Frivillighet Norge, jf. kapittel 3.

Nyby er ei digital plattform som blir nytta av kommunar, heimetenester, Nav-kontor og organisasjonar som vil «skape nye muligheter gjennom direkte koblinger mellom mennesker». Den digitale plattformen kan lastast ned som app. I Sagene bydel i Oslo har heimetenesta verva nye frivillige gjennom denne plattformen. Kommunar og nettverk av frivillige på Sørlandet, Austlandet og Vestlandet har delteke aktivt i utforminga av Friskus, ein annan digital møteplass.

8.2.2 Statlege verkemiddel for auka deltaking

Det viktigaste statlege verkemiddelet for å trekkje fleire med i frivillig arbeid er å sikre eksistensgrunnlaget til frivillige organisasjonar, mellom anna gjennom økonomiske tilskotsordningar. Tilskot som er grunnlagt med at frivillig arbeid og deltaking i frivillige aktivitetar har ein eigenverdi, byggjer på tillit til at organisasjonane sjølve best veit korleis dei skal skape brei deltaking.

Den statlege frivilligheitspolitikken skal gjere sitt for å leggje til rette for mangfald. Regjeringa vil derfor leggje vekt på å styrkje dei store, breie ordningane som ikkje legg for mykje føringar når det gjeld organisasjonstype eller aktivitetstype, men som skaper grobottn nettopp for mangfaldet.

Fordi frivillig sektor er viktig i kampen mot einsemd og utanforskap, vil det i tillegg til frie ordningar vere behov for å målrette tiltak og tilskot for å nå grupper som systematisk ikkje deltek. Døme er målretta tilskot til det arbeidet organisasjonar driv for å motverke konsekvensar av barnefattigdom, fremje integrering og gjere ein innsats i eldreomsorga.

Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre» viser til ei rad døme på korleis samarbeid mellom frivillig og offentleg sektor kan medverke til auka aktivitet og fellesskap for eldre. Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020) gjer greie for mål og tiltak for det framtidige samspelet mellom frivillig og offentleg sektor på helse- og omsorgsfeltet – både hjelpetiltak og folkehelsearbeid.

Regjeringa vil auke deltakinga i arbeidslivet og samfunnet blant innvandrarar og barn av innvandrarar. Frivillige tiltak er ein viktig del av det satsingsområdet som er kalla kvardagsintegrering i den integreringsstrategien som blei lagd fram av regjeringa hausten 2018. Regjeringa vil forenkle og målrette tilskotsordningane på integreringsfeltet.

Frivillig innsats og deltaking er med på å sikre sosial kontakt for menneske som står utanfor skule og arbeidsliv, skaper ein arena for meistring og kompetanseheving og gir rammer i kvardagen. I større og større grad legg arbeidsgivarar også vekt på den uformelle arbeidserfaringa ved tilsetjingar. Regelverket opnar for at personar som tek imot dagpengar, kan delta i frivillig arbeid, og frå 1. januar 2018 blei det opna for at frivillig arbeid kan reknast som arbeidsretta tiltak når ein tek imot arbeidsavklaringspengar. Regjeringa har teke initiativ til ein inkluderingsdugnad for at

fleire med nedsett arbeidsevne og/eller høl i CV-en skal komme over i faste, ordinære jobbar, jf. kapittel 4. Frivillige organisasjonar kan vere viktige bidragsytarar når det gjeld å få fleire i jobb, både gjennom arbeidsretta tiltak og ved å inkludere målgruppa for inkluderingsdugnaden i frivillig arbeid og aktivitetar, i samarbeid med andre aktørar i inkluderingsdugnaden.

Boks 8.3 Innsats i frivillig sektor

Regjeringa vil

- vurdere om folkehelselova og oversiktsarbeidet kan utviklast vidare for å løfte fram den rolla frivillige spelar i folkehelsearbeidet, mellom anna knytt til medverknad
- oppmode kommunane om å ha eit aktivt forhold til frivilligheita og leggje til rette for at det kan skje
- revidere frivillighetserklæringa i dialog med frivillig sektor og kommunesektoren – medverknad og samordning vil framleis vere berande element i erklæringa

8.3 Samarbeid med næringslivet

Den samla verdiskapinga i landet er med på å avgjere nivået på velferda her i landet. Målet for næringspolitikken til regjeringa er derfor at verdiskapinga i norsk økonomi skal vere størst mogleg, innanfor berekraftige rammer. Det private næringslivet står for om lag 70 prosent av sysselsetjinga i Noreg.

Næringslivet har sin sjølvsgade plass når vi snakkar om «helse i alt vi gjer». Helsevennleg næringspolitikk og eit helsevennleg næringsliv kan omfatte eit vidt spenn av faktorar, frå sysselsetjing, sosial utjamning og levekår til innovasjon og utvikling av varer og tenester som gir god helse.

Private bedrifter gir viktige bidrag til samfunnet, først og fremst ved å skape arbeidsplassar. Dei er med på å finansiere velferda gjennom skattar og avgifter. Eit robust næringsliv skapar fleire arbeidsplassar og fører såleis til busetjing og utvikling av lokalsamfunn. Arbeid er ein av dei viktigaste helsefremjande faktorane. Å ha eit arbeid er for dei fleste eit gode som er med på å gi betre livskvalitet. Gjennom arbeidet får vi brukt våre egne ressursar, vi deltek i eit sosialt fellesskap, og vi blir sette i stand til å sørgje for oss sjølve. For

dei enkelte arbeidstakarane vil det å yte etter egne evner ha svært mykje å seie, mellom anna sosialt, for eigen sjølvtilitt og ikkje minst økonomisk.

Samtidig som næringslivet påverkar folkehelsa ved å skape arbeidsplassar, er næringslivet også avhengig av høg deltaking i arbeidslivet. Næringslivet og styresmaktene er såleis gjensidig avhengige av kvarandre for å halde oppe eit berekraftig velferdssamfunn.

I folkehelsemeldinga Meld. St. 19 (2014–2015) «Mestring og muligheter» signaliserte regjeringa behovet for samarbeid med næringslivet. Det finst eit stort potensial for samarbeid mellom næringslivet og helsestyresmaktene med tanke på å gjere det enkelt for folk å velje sunne alternativ. Samtidig må styresmaktene finne ein god balanse mellom samarbeid på den eine sida og regulering av rammevilkåra for næringslivet på den andre sida.

8.3.1 Næringslivet sitt samfunnsansvar

Næringslivet sitt samfunnsansvar famnar om mange område. Bedrifter påverkar enkeltmenneske, samfunnet og miljøet. Å arbeide for å betre folkehelsa vil i mange tilfelle vere ein naturleg del av samfunnsansvaret, til dømes når ei bedrift sørger for at arbeidsforholda er forsvarlege, eller vernar om miljøet. Styresmaktene påverkar næringslivet gjennom regelverk, rammevilkår og ulike verkemiddel, til dømes skattar og avgifter.

Dersom vi skal nå FN's berekraftmål, krev det innsats frå både offentlege myndigheiter og privat næringsliv. Bedrifter kan bidra med innovative og berekraftige løysingar, men òg med endringar i mellom anna produksjonen sin og måten dei organiserer arbeidet sitt. I kva grad berekraftsmåla blir nådde, vil i stor grad påverke folkehelsa. Til dømes er ledda i matkjeda viktige for at ein skal nå dei fleste berekraftsmåla. Det gjeld primærproduksjon, foredling, transport, handel og marknadsføring. Eit berekraftig mattilbod med eit stort innslag av plantebaserte matvarer er eit godt utgangspunkt for eit sunt kosthald.

Ein viktig del av rammevilkåra for næringslivet er fastsett gjennom internasjonale avtalar. Noreg implementerer regelverk frå EU som følgje av EØS-avtalen og har slutta seg til to folkerettslege avtalar på tobakksområdet, nemleg WHO sin tobakkskonvensjon og protokollen mot ulovleg handel med tobakksvarer. Noreg arbeider for at det skal takast helsepolitiske omsyn i internasjonale handels- og investeringsavtalar. Vi viser til annan omtale av internasjonalt arbeid i meldinga.

8.3.2 Samarbeid for å nå folkehelsepolitiske mål

Rolla til næringslivet er ulik på ulike område innanfor folkehelsearbeidet. I Noreg er forholdet mellom styresmaktene og næringslivet generelt prega av respekt for dei ulike rollene og tillit til motiva for å engasjere seg i arbeidet med å nå sentrale folkehelsepolitiske mål. Det er like fullt nødvendig å vurdere kva verkemiddel og samarbeidsformer som høver når ein vil oppnå gode resultat på dei ulike politikkområda. Verkemidla spenner over eit breitt spekter, frå dialog og høve for næringslivet til sjølv å bestemme tiltak på eit område gjennom sjølvregulering til at helsestyresmaktene set klare krav til korleis næringslivet skal gå fram for å nå måla. På enkelte område, mellom anna tobakksområdet, er det ikkje aktuelt for helsestyresmaktene å samarbeide med aktørane i næringslivet.

Regjeringa arbeider aktivt for å redusere forbruket av tobakksvarer. Som eit ledd i dette har Noreg ratifisert WHO sin tobakkskonvensjon og arbeider heile tida med å gjennomføre føresegnene i konvensjonen. Artikkelen 5.3 i konvensjonen forpliktar landa til å hindre at utvikling av politikken på dette området blir påverka av tobakksindustrien. Regjeringa vil halde fram med å utforme nasjonale tiltak for å redusere forbruket av tobakksvarer, og det skjer utan samarbeid med aktørane i bransjen, utover det som er strengt nødvendig for å kunne regulere og kontrollere bransjen. Regjeringa vil òg følgje opp arbeidet med å gjennomføre tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 i Noreg, sjå nærmare omtale i punkt 6.5.

På kosthaldsområdet har det derimot vore eit langvarig samarbeid. Alle ledd i matvarekjeda er viktige. Aktørane, særleg matvareprodusentane og daglegvarehandelen, kan gjere mykje for å gjere det enkelt for forbrukarane å velje sunne alternativ. Det kan skje gjennom produktutvikling, reklame, porsjonar/pakningar, plassering i butikk og prissetjing. Dei same verkemidla kan derimot ha ein negativ påverknad når dei blir brukte til å marknadsføre usunne matvarer. Det er særleg viktig å vere bevisst på verknadene av marknadsføring retta mot barn.

Samarbeidet mellom helsestyresmaktene og matvarebransjen om å setje i verk tiltak for å fremje eit sunnare kosthald er forankra i ei høgnivågruppe på matvareområdet som er etablert og leidd av folkehelseministeren. I denne næringslivsgruppa deltek aktørar frå matvarebransjen og næringslivet, og gruppa møtest to gonger i året.

Boks 8.4 Marknadsføring av usunn mat og drikke retta mot barn

WHO har sidan 2006 arbeidd med å finne måtar som gjer at medlemslanda kan regulere marknadsføring av usunn mat og drikke retta mot barn. Dette arbeidet er forankra i ei rad deklarasjonar, strategiar og handlingsplanar frå WHO. I 2010 vedtok Verdhelseforsamlinga i WHO tilrådingar om korleis medlemslanda kan regulere dette nasjonalt. Noreg har vore initiativtakar og pådrivar i dette arbeidet i dei styrande organa i WHO. Matvarebransjens Faglige Utvalg (MFU) blei oppretta i 2014. Dette utvalet skal sørge for at sjølvreguleringsordninga blir etterlevd. Ordninga blei evaluert av Helsedirektoratet i 2016. Evalueringa viste at ordninga fungerer bra, men at ho bør forbetrast på visse område, til dømes når det gjeld aldersgrenser, marknadsføring i sosiale medium og bruk av emballasje som marknadsføringskanal. Dette er delvis følgt opp av MFU i 2017 og 2018. Ein tek sikte på å gjennomføre ei ny evaluering i 2019.

Målet med arbeidet er å gjere det enklare for forbrukarar å velje sunne alternativ. For å gjere arbeidet som er sett i gang av denne gruppa, meir heilskapleg og føreseieleg inngjekk Helse- og omsorgsdepartementet og matvarebransjen i 2016 ein intensjonsavtale med konkrete mål for å redusere inntaket av sukker, salt og metta feitt, og auke inntaket av frukt, bær, grønnsaker, grove kornprodukt og fisk. Tanken er at ein skal samarbeide for å fremje eit betre kosthald. Avtalen gjeld ut 2021. Helsestyresmaktene har eit særskilt ansvar for kommunikasjon og for å følgje utviklinga i det norske kosthaldet. I 2018 blei avtalen utvida slik at han også inkluderer serveringsbransjen. Ei rad aktørar – kioskar, bensinstasjonar og verksemdar i serveringsbransjen – har underteikna avtalen. Totalt er det i underkant av 100 aktørar som har skrive under avtalen. Helsedirektoratet er sekretariat for arbeidet med å følgje opp avtalen.

Som følgje av auka særavgift på alkoholfrie drikkevarer og sjokolade- og sukkervarar i 2018 melde mat- og drikkeprodusentane frå om at samarbeidet om reduksjon av inntak av tilsett sukker inntil vidare ikkje kunne halde fram. Forslag i statsbudsjett for 2019 om å reversere særavgifta på sjokolade- og sukkervarar til 2017-nivå har

ikkje endra på dette. Det er sett ned eit offentleg utval som skal gå igjennom desse særavgiftene, og særleg sjå på om avgiftene kan og bør utformast slik at dei i større grad tek omsyn til helse- og ernæringsmessige formål. Arbeidet med intensjonsavtalen blir evaluert i 2018/2019.

Eit anna langvarig samarbeid på matområdet har vore kontakten mellom helsestyresmaktene og Norges sjømatråd og opplysningskontora i landbruket. Sjømatrådet er ein viktig støttespelar for å auke forbruket av fisk, jf. kapittel 8.4.

Som følge av behandlinga av Meld. St. 11 (2016–2017) «Endring og utvikling – en fremtidsrettet jordbruksproduksjon» i Stortinget har Omsetningsrådet begynt å gå igjennom regelverket sitt for marknadbalansering, medrekna opplysningsverksemda. Stortinget gjorde 11. desember 2017 dette vedtaket: «Stortinget ber regjeringen sikre opplysningsvirksomheten og finansieringen av denne fram til Omsetningsrådet har foretatt den varslede gjennomgangen av virkemiddelbruken.» Landbruks- og matdepartementet har bede om at Omsetningsrådet ser nærmare på opplysningsverksemda. Planen er at Omsetningsrådet sine vurderingar skal ferdigstillast i første kvartal 2019. Eventuelle endringar i regelverket skal sendast på høyring, og kan vere på plass innan 31. desember 2019.

Turar i skog og mark er den mest vanlege forma for fysisk aktivitet blant folk, og det er eit stort potensial for å bruke landbruksareal i slike lågterskeltilbod. Å gjere kulturlandskapet forma av jordbruket tilgjengeleg for opplevingar og fysisk aktivitet, er viktig, sidan ein stor del av dette landskapet i Noreg ligg nær byar og tettstader. Det finst eigne verkemiddel gjennom jordbruksavtalen som kan nyttast til å leggje tilhøva til rette slik at folk flest får høve til friluftsliv i tilknytning til jordbrukslandskapet.

Regjeringa ønskjer at landbruket, kommunar og frivillige organisasjonar skal samarbeide om slike tiltak. Handlingsplanen for friluftsliv viser til at regjeringa vil leggje til rette for samarbeid mellom friluftslivet og skogeigarane om bruk av skogsveggar til friluftslivsformål, slik at desse vegane òg kan fungere som turveggar eller brukast som del av sti- og løypenettet. Om lag halvparten av alle permanente veggar i Noreg er skogsveggar som høyrer til skogeigedommar, og mange av dei er viktige ferdssårer for friluftsliv og fysisk aktivitet. Dei utgjer dermed eit viktig bidrag til folkehelsa. Gjennom regjeringa sin innsats for skogsvegbygging, med primærformål å leggje til rette for skogbruk, vil tilbodet av ferdssårer auke. Det kan òg påverke opplevingskvalitetane. Det

skal leggjast vekt på omsynet til miljøverdiar som naturmangfald, landskap, kulturminne og friluftsliv, jf. forskrift om planlegging og godkjenning av landbruksveggar.

Treningscenterbransjen er ein annan viktig aktør når det gjeld å fremje fysisk aktivitet blant folk og få fleire til å følgje tilrådingane om styrketrening. Totalt er om lag 1 million nordmenn medlem i eit treningscenter. Denne treningsforma er populær både blant menn og kvinner og har ei aukande tilslutning blant ungdom. Treningscentera har kompetanse til å rettleie grupper i befolkninga som er lite fysisk aktive og treng oppfølging. Verksemdar under Virke Trening, Helsedirektoratet og Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet (NTNU) har gått saman om å etablere eit treningsopplegg med vekt på styrke og balanse for å styrkje fysiske funksjonar og førebyggje fall. Tre treningscenter og 195 eldre har vore med på eit pilotprosjekt for styrke- og balansetrening; dei fleste deltakarane hadde aldri tidlegare trent på eit treningscenter. På bakgrunn av dei positive resultatane vil det i 2019 bli utvikla eit elektronisk opplæringsverktøy for det arbeidet bransjen gjer for å leggje til rette for styrke- og balansetrening. Som eit ledd i ny handlingsplan for fysisk aktivitet vil det bli teke initiativ til ytterlegare samarbeid om løysingar som kan fremje fysisk aktivitet for fleire.

Vidare samarbeider Helse- og omsorgsdepartementet med Finans Norge om å førebyggje ulykker og drifte paraplyorganisasjonen Skadeforebyggende forum, jf. kapittel 5.4. Vi viser til fornyinga av ein femårig samarbeidsavtale i 2018.

Av andre samarbeid må nemnast at Gjensidigestiftelsen i dei seinare åra har gitt eit bidrag til folkehelsearbeidet ved å finansiere fleire prosjekt. Vi viser her mellom anna til førstehjelpsdugnaden, som det er gjort greie for i punkt 5.10.4.

Boks 8.5 Samarbeid med næringslivet

Regjeringa vil

- vidareutvikle samarbeid med næringslivet om folkehelsearbeid på ulike område
- følgje opp den offentlege utgreiinga om særavgifter på sjokolade- og sukkerverarar og alkoholfrie drikkevarer
- leggje til rette for skogsvegbygging. Dette bidreg òg til eit større tilbod av ferdssårer for friluftsliv og fysisk aktivitet

8.4 Folkehelsearbeidet til regjeringa

Alle departement har ansvar for å fremje god folkehelse gjennom sine politikkområde. Tverrdepartementalt samarbeid er nødvendig for å sikre at politikkområda ikkje er i motstrid, men støttar opp om felles mål. Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer folkehelsearbeidet på tvers av sektorane og leier den tverrdepartementale arbeidsgruppa på embetsnivå på folkehelseområdet. Denne gruppa møtest minst éin gong i året, og oftare ved behov. Arbeidet i dei ulike sektorane blir følgt opp i «Folkehelsepolitisk rapport» frå Helsedirektoratet.

Nedanfor følgjer ein omtale av kva ansvar dei ulike departementa har, og av nokre av dei tiltaka som har relevans for folkehelsearbeidet. Dette er ei praktisk tilnærming, der siktemålet er å synleggjere korleis dei ulike sektorane deltek i folkehelsearbeidet, og tanken er å støtte opp under ei tverrsektoriell tilnærming. Helsa til folk blir jo påverka av aktivitet i alle sektorane, uavhengig av den departementsinndelinga som til kvar tid gjeld.

Vi viser òg til den oversikta over innsatsar som er i gang, som er inkludert som vedlegg.

Arbeids- og sosialdepartementet

Arbeids- og sosialdepartementet har ansvar for politikken knytt til arbeidsmarknaden, arbeidsmiljø og tryggleik, pensjonar og velferd.

Arbeid gir grunnlag for velferd, både for individ og samfunn. Regjeringa fører ein aktiv arbeids- og velferdspolitik for at flest mogleg skal kunne delta i arbeidslivet. Arbeid gir inntekt og høve til å forsørge seg sjølv. For den enkelte gir arbeid òg tilgang til eit sosialt miljø og høve til å byggje kompetanse. Vidare kan arbeid verke både førebyggjande og helsefremjande. For personar som har innvandra til Noreg, fører deltaking i arbeidslivet òg til betre læring av språk og felles kultur. Det bidreg derfor til god integrering. Brei deltaking i arbeidslivet vil òg bidra til å motverke økonomiske og sosiale forskjellar mellom folk.

Den høge yrkesaktiviteten i Noreg har gitt grunnlag for å utvikle gode og universelle velferdsordningar. Dei norske velferdsordningane omfattar både finansiering og produksjon av tenester innanfor mellom anna utdanning, helse og omsorg og eit overføringssystem som sikrar den enkelte inntekt ved sjukdom, uførleik, arbeidsløyse og i alderdommen. Det blir gradvis færre i arbeidsstyrken per alderspensjonist i Noreg. Derfor er det viktig med høg sysselsetjing, også blant dei eldre. Utviklinga av eit felles økonomisk tryg-

gingsnett har bidrege til å dempe den sosiale risikoen for den enkelte. Dei fleste av inntektssikringsordningane er i varierende grad knytte til deltaking i arbeidsmarknaden. Deltaking i arbeidslivet gir dermed god inntektssikring ved arbeidsløyse, sjukdom og eventuell uførleik sidan stønadsinntekter ofte er avhengige av tidlegare arbeidsinntekt.

Regjeringa ønskjer eit inkluderande arbeidsliv, der alle som kan, deltek. Arbeids- og velferdspolitikken omfattar ein brei innsats på ei rekkje område og med ulike tilnærmingar for å fremje målet om arbeid til alle. Arbeidslinja er sentral i arbeids- og velferdspolitikken. Hovudelement i realiseringa av arbeidslinja er at det blir ført ein aktiv politikk for høg yrkesdeltaking, at arbeidslivet legg forholda til rette for å hindre utstøying, og at det skal lønne seg å arbeide.

Arbeidslinja i eit helseperspektiv

Mange som står utanfor arbeidslivet i ein kortare eller lengre periode på grunn av ulike helseutfordringar, får ei helsereelatert trygdeytning. Talet på tapte årsverk som følgje av at mange tek imot helsereelaterte ytingar til livsopphald, som sjukepen- gar, arbeidsavklaringspengar og uføretrygd, svarte til 15,9 prosent av dei årsverka befolkninga i alderen 18–66 år stod for i 2017. Fleire som tek imot ei helsereelatert yting, har eit arbeidsforhold som dei anten har mellombels fråvær frå, eller som dei kombinerer med ei gradert yting. Diagnosane som dominerer i trygdestatistikken, er knytte til muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidingar. Prosentdelen uføre aukar kraftig med alder, men mest for kvinner. Det er langt fleire kvinner enn menn som får uføretrygd. Blant dei over 45 år er prosentdelen om lag 1,5 gonger så høg.

Kostnadene ved at mange blir ståande utanfor arbeidslivet er høge, både for den enkelte og for samfunnet. Det har derfor gjennom mange år vore satsa på å fremje deltaking i arbeidslivet for personar med ulike helseutfordringar. Med endringane i regelverket for uføretrygda i 2015 blei det enklare å kombinere arbeid og trygd. Frå 1. januar 2018 blei regelverket for arbeidsavklaringspengar endra, mellom anna for å få fleire over i arbeid gjennom eit strammare stønadsløp.

Det er urovekkjande at mange i yrkesaktiv alder står utanfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringar. Det gjeld spesielt unge, som har eit langt yrkesliv framfor seg. Ein viktig del av arbeidsmarknads- og velferdspolitikken er tenester i form av formidling av arbeidskraft, informa-

sjon og rådgiving om arbeidsmarknaden. Vidare bidreg bruk av aktive arbeidsmarknadstiltak overfor arbeidsledige og personar med nedsett arbeidsevne til å motverke langvarig arbeidsløyse og helserelatert frávær og hindre utstøying frå arbeidslivet. Oppfølgingstiltak, kvalifiseringstiltak, lønnstilskot mv. er sentrale verkemiddel i realiseringa av arbeidslinja.

Arbeid og helse

Sjølv om dei fleste med psykiske helseproblem deltek i arbeid eller utdanning, har mange likevel svak eller inga tilknytning til arbeidslivet, og psykiske helseproblem er årsak til ein stadig større del av sjukefrávær og uføretrygding, særleg blant unge. At personar med psykiske lidingar skal kunne delta i arbeidslivet, står derfor sentralt i regjeringa sin strategi for god psykisk helse for perioden 2017–2022.

Mange vil trenge samtidig hjelp og støtte både frå arbeids- og velferdsforvaltninga og frå helsetenestene for å komme i arbeid. Det gjer at helsetenestene og arbeids- og velferdsforvaltninga må samarbeide tett, slik at brukarar som har behov for det, får eit samanhengande tenestetilbod tilpassa sine individuelle behov, og i møte med pasientar og brukarar må dei tilsette både i arbeids- og velferdsforvaltninga og i helsetenestene tenkje på om det er mogleg å få dei i arbeid. At behandling og arbeidsretta hjelp og støtte skjer samtidig, vil for mange vere meir effektivt når det gjeld å bli verande i arbeid eller komme raskare tilbake til arbeid enn dersom tenestene frå dei to sektorane blir gitt sekvensielt.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide om å utvikle arbeids- og helseområdet som eitt felles fagfelt, og dei har utarbeidd ein strategi for felles innsats på området. Som oppfølging av strategien har direktorata etablert eit fagråd for arbeid og helse som skal styrkje fagkompetansen i direktorata og setje agendaen for framtidige satsingar på fagfeltet.

For å støtte opp under samarbeidet mellom helsetenestene og dei arbeidsretta tenestene har Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gitt Arbeids- og velferdsdirektoratet og dei regionale helseføretaka i oppdrag å etablere tiltak som kan føre til eit meir systematisk samarbeid mellom helsetenestene og Arbeids- og velferdsetaten.

Regjeringa har òg sett i verk ein inkluderingsdugnad for å få fleire av dei som står utanfor arbeidslivet, inn i ordinære jobbar, jf. kapittel 4.4.

Arbeidsmiljø og helse

For at arbeid skal vere bra for helsa, er det ein føresetnad at arbeidsmiljøet er godt. Arbeidsmiljøstandarden i Noreg held eit stabilt høgt nivå (STAMI 2018). Det vil seie at vi har høg trivsel og gode arbeidsforhold. Dette er viktig når det gjeld å inkludere arbeidstakarar med redusert arbeidsevne.

Det er framleis eit stort uforløyst potensial når det gjeld å arbeide meir målretta og kunnskapsbasert med arbeidsmiljøet. Dei samfunnsøkonomiske kostnadene ved eit ikkje-optimalt arbeidsmiljø er estimerte til 75 milliardar kroner årleg, med 30 milliardar som nedre grense og 110 milliardar som øvre grense (Oslo Economics, 2018). Døme på negativ eksponering som kan påverke tilsette og verksemder negativt, kan vere alt frå støy og forureining, stillesitjing eller hardt fysisk arbeid, til psykososiale påkjenningar som mangel på kontroll over eigne arbeidsoppgåver, rollekonfliktar mellom mål og oppgåver, lite sosial støtte eller vald og trakassering. Tilhøve som er negative for helsa, og som heilt eller delvis er arbeidsrelaterte, kan førebyggjast gjennom tiltak på arbeidsplassane.

Ansvar for at arbeidsmiljøet er fullt forsvarleg, ligg hos arbeidsgivaren. I verksemder der risikoforholda tilseier det, har arbeidsgivaren plikt til å knyte til seg ei bedriftshelseteneste som skal hjelpe verksemda i det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet. Styresmaktene følgjer opp sitt ansvar gjennom regulering, tilsyn og tilrettelegging for eit velfungerande arbeidsliv, og sørgjer for auka kunnskap gjennom forskning, systematisk dokumentasjon og kunnskapsformidling, mellom anna gjennom Statens arbeidsmiljøinstitutt. Arbeids- og sosialdepartementet har sett i gang eit arbeid for å gå igjennom og vurdere bedriftshelsetenesta med tanke på å styrkje ordninga som eit effektivt verkemiddel i det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet.

Det er inngått ein ny IA-avtale for 2019–2022 mellom partane i arbeidslivet og styresmaktene. Den nye IA-avtalen skal omfatte heile det norske arbeidslivet. Målet for den nye avtalen er at sjukefráværsprosenten skal reduserast med 10 prosent samanlikna med årsgjennomsnittet for 2018, og at fråfallet frå arbeidslivet skal reduserast. Førebyggjande arbeidsmiljøarbeid og lange gjentakande sjukefrávær er innsatsområde. Det skal mellom anna etablerast ei ny arbeidsmiljøatsing med vekt på kunnskapsutvikling, formidling og rettleiing i førebyggjande arbeidsmiljøarbeid. Innsatsen skal vidare målrettast mot bransjar og sektorar

som har potensial for å redusere sjukefråvær og fråfall gjennom bransjeprogram.

Barne- og likestillingsdepartementet

Barne- og likestillingsdepartementet har ei rad oppgåver som er vesentlege for folkehelsearbeidet og for målet om å påverke samfunnsutviklinga i helsevennleg retning. Eit meir helsevennleg samfunn vil vere bra for menneske i alle fasar av livet. Ansvarsområda til Barne- og likestillingsdepartementet er oppvekst og levkår for barn og unge, familie- og samliv, likestilling og ikkje-diskriminering og forbrukarpolitikken. Desse områda har med kvardagen til dei fleste å gjere og kan vere vesentlege for helsa og livssituasjonen til den enkelte.

Etter endringar i regjeringa er ansvaret for likestilling og ikkje-diskriminering overført til kultur- og likestillingsministeren frå 22. januar 2019. Barne- og familieministeren har frå det same tidspunktet fått ansvar for tru og livssyn.

God familiepolitikk er god helsepolitikk

Barne- og likestillingsdepartementet har ansvar for familienære tenester, som barnevern og familievern, og for sentrale overføringsordningar til barnefamiliane, som foreldrepengar, barnetrygd og kontantstøtte. Vidare har departementet eit overordna ansvar for fleire hjelpetilbod for valdsutsette og valdsutøvarar.

Oppgåvene til Barne- og likestillingsdepartementet inneber mellom anna å fremje gode oppvekstvilkår for alle barn og unge og leggje til rette for trygge familiar. Retten til ein trygg oppvekst er ein grunnleggjande rett i FN-konvensjonen om barnerettane. Valdsbruk, overgrep og omsorgsvikt skal førebyggjast betre og avdekkjast tidlegare. Barneombodet skal fremje interessene til barn overfor det offentlege og private, og skal følge med på utviklinga i oppvekstvilkåra for barn. Ombodet skal òg overvake at norsk rett og forvaltingspraksis er i samsvar med dei forpliktingane Noreg har etter FN-konvensjonen om barnerettane. Barn og unge er den viktigaste ressursen vår. Barn som veks opp i familiar med låg inntekt må få høve til utvikling og deltaking. Regjeringa vil derfor styrkje innsatsen retta mot barn som veks opp i familiar med vedvarande låg inntekt.

Viktige prosessar som no er i gang i Barne- og likestillingsdepartementet, og som har med folkehelsa å gjere, er

- koordinering av arbeidet med å følgje opp «Trygge foreldre – trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021)».
- koordinering av den innsatsen regjeringa gjer for å førebyggje vald og overgrep mot barn og unge. Sentralt her er oppfølginga av Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) og oppfølginga av NOU 2017: 12 Svikt og svik.
- koordinering av den innsatsen regjeringa gjer for barn og unge som veks opp i familiar med vedvarande låg inntekt, jf. nærmare omtale i kapittel 4.

Meld. St. 24 (2015–2016) Familien – ansvar, frihet og muligheter, gir ein samla presentasjon av sentrale element i familiepolitikken.

Familievern

Familieverntenesta er hovudsatsinga til regjeringa på det familiepolitiske området. Stabile og velfungerande familiar, trygge oppvekstmiljø og gode, nære relasjonar har ein avgjerande verdi – ikkje berre for familiane og barna, men òg for samfunnet som heilskap. Regjeringa har sett ned eit offentleg utval som skal stå for ein heilskapleg gjennomgang av familievernet ved å sjå på organisering, finansiering, oppgåveløysing og det lov-messige rammeverket. Utvalet er òg bede om å sjå på korleis tenesta kan gjerast meir tilgjengeleg og betre tilpassa nye brukargrupper. Utvalet skal komme med si utgreiing i november 2019.

Barnevern

Barnevernsreforma blei vedteken i Stortinget i juni 2017 (Prop. 73 L (2016–2017) Endringer i barnevernloven (barnevernsreforma)). Reforma set kommunane betre i stand til å førebyggje og setje inn tidleg innsats gjennom auka ansvar og større fridom til å velje tiltak som dei meiner er dei beste for barna. Lovendringane har ikkje tatt til å gjelda.

Endringane i barnevernlova som tok til å gjelda 1. juli 2018, skal medverke til å betre retts-tryggleiken til barn og foreldre i barnevernssaker ved å betre saksbehandlinga i barnevernstenesta og styrkje barneperspektivet i lova. Det er mellom anna teke inn i formålsføresegna at lova «skal bidra til at barn møtes med trygghet, kjærlyhet og forståelse». Det er lovfesta at barn har rett til nødvendige barneverntiltak og rett til medverknad. Vidare blir det stilt krav om betre dokumentasjon i barnevernet. Reglane om opplysningsplikt til barnevernet, både i barnevernlova

og i ei rad særlover, er klargjorde og forenkla. Endringane er ei delvis oppfølging av NOU 2016: 16 Ny barnevernslov – sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse. Regjeringa arbeider vidare med å vurdere det forslaget utvalet kjem med til ny barnevernlov, og tek sikte på å utforme eit høyringsnotat i 2019.

Meir heilskaplege tenester gjennom betre samarbeid

Regjeringa har sett i verk ei rad tiltak for å styrkje samarbeidet mellom barnevernet og det psykiske helsevernet, og såleis leggje til rette for betre og meir heilskaplege tenester til barn i barnevernet. For å styrkje kompetansen om psykisk helse blant barn og unge hos dei tilsette i barnevernsinstitusjonar er det utvikla eit eige e-læringsprogram. Det blir òg lagt til rette for bruk av digitale verk-tøy i samband med psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjonar, og helseføretaka skal medverke til å utvikle modellar for utgreiing av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet utviklar eit samhandlingsforløp for barnevern, psykisk helseteneste og rustenester, etter modell frå pakkeforløp for psykisk helse og rus. Samhandlingsforløpet vil mellom anna gjere greie for korleis tenestene skal samarbeide for at barn og unge skal bli kartlagde for psykiske helseplager så tidleg som råd, og vil òg kunne føre til at barn og ungdom utanfor barnevernsinstitusjonar får eit styrkt tilbod.

I 2019 blir det sett i gang ei eiga satsing på styrkt samarbeid mellom barnevernet og politiet, jf. omtale i kapittel 2. Også på fosterheimsområdet skjer det viktig utviklingsarbeid. I mai 2016 blei Meld. St. 17 (2015–2016) «Trygghet og omsorg – Fosterhjem til barns beste» behandla av Stortinget, og meldinga blir følgd opp av regjeringa.

Likestilling og ikkje-diskriminering

Hovudansvaret for å koordinere likestillingspolitikken og eit overordna ansvar for likestilling når det gjeld diskriminering på alle grunnlag som er nemnde i lovverket, ligg under ansvarsområdet til kultur- og likestillingsministeren. Det er eit mål at alle som bur i Noreg, skal ha dei same høva til å delta i og yte noko til fellesskapet, uavhengig av mellom anna alder, kjønn, etnisitet, religion, livs-syn, funksjonsnedsettjing, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Aktivitetane til

Likestillings- og diskrimineringsombodet er regulerte i diskrimineringsombodslova. I folkehelsearbeid er likestillingsperspektivet og kunnskap om ulike grupper relevant. For å kunne yte likeverdige offentlege helsetenester er det viktig å ha kunnskap om inkludering, likestilling og ikkje-diskriminering, slik at ein kan ha ein inkluderande praksis. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) arbeider med å samle og systematisere dokumentasjon og statistikk som gjeld likestilling, og forvaltar dette gjennom indikatorar på bufdir.no. Bufdir arbeider for tida med å utvikle kommuneindikatorar på feltet nedsett funksjonsevne.

Det går for seg fleire viktige prosessar som har å gjere med likestillingsperspektivet i samband med folkehelsa:

- Barne- og likestillingsdepartementet koordinerer handlingsplanen «Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020». Handlingsplanen har desse innsatsområda: 1) trygge nærmiljø og offentlege rom, 2) likeverdige offentlege tenester og 3) betre livskvalitet for særleg utsette grupper.
- Regjeringa har begynt arbeidet med ein handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion, jf. oppmødingsvedtak nr. 649 (2017–2018).
- Regjeringa la i 2018 fram «Et samfunn for alle – regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020–2030». I 2019 startar arbeidet med ein handlingsplan som skal vere ein del av strategien. I tillegg set regjeringa i gang arbeidet med ei stortingsmelding om utviklingshemma for å følgje opp NOU 2016: 17 På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming.

Forbrukarrettar og forbrukarinformasjon

Forbrukarpolitikken skal bidra til å styrkje forbrukarane si stilling i marknaden. Regjeringa vil leggje fram ei melding for Stortinget om forbrukarpolitikken. Meldinga skal identifisere utfordringar og foreslå tiltak for å styrkje forbrukarane si stilling på marknader og på område der det finst særlege utfordringar. Meldinga skal mellom anna ta for seg utfordringar for forbrukarane på digitalområdet, når det gjeld berekraftig forbruk og på daglegvaremarknaden. Regjeringa tek sikte på å leggje fram meldinga i juni 2019.

Finansdepartementet

Finansdepartementet har ansvaret for å planlegge og setje i verk den økonomiske politikken, budsjettpolitikken og skatte- og avgiftspolitikken, og skal sørge for finansiell stabilitet og forvalte Statens pensjonsfond. I dette kapitlet er det trekt fram delar av politikkområdet med relevans for folkehelsearbeidet.

Den viktigaste oppgåva til skattesystemet er å finansiere offentlege gode og tenester. Dette er viktig for omfordeling, og ikkje minst i form av offentlig finansiert utdanning og helsevesen. Skattesystemet medverkar òg direkte til omfordeling ved at gjennomsnittsskatten stig med inntekta, og gjennom skatt på nettoformue.

Avgifter grunnlagt i helseomsyn

Særavgiftene skal finansiere offentlege utgifter, men blir òg brukte som verkemiddel for å prissetje samfunnsøkonomiske kostnader ved bruk av helse- og miljøskadelege produkt. Tanken er å påverke åtferda til forbrukarane i ønskt retning. Særavgifter på visse produkt vil, i motsetnad til generelle forbruksavgifter, vri forbruket bort frå produkt som det er lagt avgift på. Særavgifter kan dermed vere eit eigna verkemiddel for å redusere samfunnsøkonomiske kostnader knytte til produkt som er skadelege for miljø eller helse.

Forbruk av helseskadelege produkt som alkohol og tobakk fører til kostnader for samfunnet som ikkje blir spegla att i marknadsprisane, såkalla eksterne kostnader. Avgiftene på alkohol og tobakk gir staten inntekter, men fører òg til at prisane på desse produkta i større grad inkluderer dei kostnadene bruken fører med seg for samfunnet. Slike kostnader er knytte til helseutgifter som blir dekte av fellesskapet, og til ulempene ved røyking og alkoholbruk for andre enn dei som bruker varene. I tillegg kan informasjonssvikt gi grunn til offentlege inngrep. Med informasjonssvikt er det meint at dersom røykjarar ikkje veit kor skadeleg røyking faktisk er for helsa, vil dei røykje meir enn dei ville ha gjort dersom dei hadde vore klar over dette.

Også inntak av visse mat- og drikkevarer kan føre til kostnader for samfunnet som ikkje blir spegla att i marknadsprisane. Avgiftene på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer er først og fremst fiskale, men dei har òg ei helsemessig grunngeving. For høgt inntak av næringsfattige og kaloririke produkt, eventuelt saman med for liten fysisk aktivitet, kan vere ein faktor som fører til overvekt eller fedme. Overvekt og fedme kan gi

helseproblem, som igjen kan føre til auka helseutgifter for fellesskapet. Det er krevjande å utforme treffsikre avgifter på usunn mat og drikke. Det kjem mellom anna av at det er vanskelegere å trekke grensene mellom sunne og usunne varer ut frå objektive og tekniske kriterium enn det er for alkohol og tobakk. Dels kjem dette av at det ikkje ser ut til å vere noka klar oppfatning om kva varer som faktisk er sunne eller usunne, og dels av at blandingsprodukt kan ha både sunne og usunne ingrediensar. Vidare er det jamleg overforbruk av usunne næringsmiddel som er problematisk, ikkje moderat inntak gjennom eit normalt kosthald. Det er òg fare for at avgifter på utvalde usunne varer kan skyve forbruket over på andre varer som ikkje nødvendigvis er særleg sunne.

Det er mogleg å sleppe unna eit høgt avgiftsnivå på forbruksvarer gjennom mellom anna grensehandel og smugling. Helseeffektane ved avgiftslegginga må vurderast opp mot uheldige verknader av slike aktivitetar.

Avgift på alkohol, tobakksvarer mv., alkoholfrie drikkevarer, sjokolade- og sukkervarer mv. og sukker

Avgifta på alkoholhaldige drikkevarer er delt inn i tre grupper: brennevin, vin og øl. Avgiftsnivået er avhengig av alkoholinnhaldet. Brennevin får høgare avgift per volumprosent og liter enn dei andre alkoholhaldige drikkevarane.

Avgifta på tobakksvarer er delt inn i seks avgiftsgrupper: sigarar, sigarettar, røykjetobakk, snus, skråtobakk og sigarettpapir/-hylser. I tillegg til den registrerte omsetninga går det for seg uregistrert omsetning i form av grensehandel, taxfrehandel og smugling. Av det totale forbruket av sigarettar og snus blant nordmenn indikerer tal frå Folkehelseinstituttet at om lag 40 prosent kjem frå uregistrert omsetning, primært grensehandel og taxfreesal.

Avgifta på alkoholfrie drikkevarer omfattar også drikkevarer der det er tilsett sukker eller søtstoff.

Avgifta på sjokolade- og sukkervarer mv. omfattar sjokolade- og sukkervarer, medrekna tyggjegummi, karamellar, pastillar og drops. Avgifta omfattar òg andre næringsmiddel som inneheld kakao, kjeks på nærmare vilkår og drops, tyggjegummi og andre godteri som ikkje inneheld sukker. Regjeringa har sett ned eit utval som skal gå igjennom sjokolade- og sukkervareavgifta og avgifta på alkoholfrie drikkevarer. Utvalet skal mellom anna sjå nærmare på om det er mogleg å få desse avgiftene til å bli meir treffsikre ver-

kemiddel i helse- og ernæringspolitikken. Næringa er representert i dette utvalet.

Regjeringa vil komme tilbake til saka i 2020-budsjettet. Avgifta på sukker omfattar sukker (roe- og rørsukker), sirup og sukkerløysningar. Det blir gitt avgiftsfritak mellom anna for sukker som er nytta til produksjon av sukkerhaldige varer for sal.

Grensekontroll og tiltak mot smugling av rusmiddel og tobakksvarer

Tolletaten er ein etat under Finansdepartementet. Etaten kontrollerer den grensekryssande varestraumen og medverkar til at regelverk som gjeld for toll og grensekryssande vareførsel, blir etterlevde. Etaten har mynde til å kontrollere vareførselen og kan dermed stoppe inn- og utførsel av varer som er i strid med regelverk som regulerer helse, miljø og tryggleik. Tolletaten hjelper òg politiet ved å avdekkje og stoppe innførsel av ulovlege eller forbodne varer, til dømes narkotika, og har oppgåver for ei rad andre etatar òg. Den grensekontrollen Tolletaten står for, er såleis med på å halde ved lag eit trygt og berekraftig samfunn, med mellom anna ei god folkehelse.

Tolletaten prioriterer kampen mot den organiserte og profesjonelle smuglinga av rusmiddel og tobakksvarer høgt, men etaten gjennomfører òg kontrollar retta mot enkeltpersonar som ikkje smuglar for å omsetje varene vidare. Etaten jobbar kontinuerleg med å utvikle kontrollmetodane, mellom anna å utvikle evna til å kontrollere alt etter kor omfattande smuglinga er, og kor stor risiko ho representerer. Dette arbeidet byggjer på etterretning og analysar.

Sidan den førre folkehelsemeldinga, Meld. St. 19 (2014–2015), har regjeringa i statsbudsjettet for 2016 styrkt Tolletaten gjennom tre satsingsområde: elektronisk nærvær ved alle grenseovergangar på landevegar og ved ferjeleie med utanlandstrafikk, auka bemanning og styrkt etterretnings- og analysekapasitet gjennom etableringa av Tolletatens etterretningssenter. Dette senteret skal utarbeide strategiske trusselvurderingar, mellom anna for områda tobakk, alkohol, ulovlege legemiddel og narkotika, og drive meir operativ etterretning om kva aktørar som kan vere involverte i slik smugling. Det skjer ei utbygging av elektronisk nærvær med kamera og skiltattkjenning ved grenseovergangar på landevegar og på ferjekaiar med utanlandstrafikk, og etaten får på denne måten betre oversikt over den grensekryssande trafikken og betre evne til å oppdage køyre- tøy som ein mistenkjer smuglar varer som tobakk,

alkohol og andre rusmiddel. I perioden 2019–2022 er det planlagt utvikla ny digital systemstøtte til den kontrollverksemda Tolletaten driv. Det vil kunne styrkje kontrollen ytterlegare.

Noreg ratifiserte i juli 2018 protokollen i tobakkskonvensjonen mot ulovleg handel med tobakk. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å innføre eit nytt system for sporing og tryggleiksmerking av tobakksvarer. Departementet arbeider òg med ei løyveordning for produksjon, import og eksport av tobakk. Desse tiltaka vil sikre betre kontroll med forsyningskjeda av tobakksvarer.

Forsvarsdepartementet

Forsvaret vel ut personell til førstegangstenesta og til utdanning gjennom ein omfattande prosess for å sikre at dei som skal gjennomføre førstegangsteneste og/eller ta utdanning i Forsvaret, er fysisk og mentalt skikka for den belastninga forsvarsaktivitetar inneber. Utveljingsprosessen tek til med at all norsk ungdom, i det året dei fyller 17, må svare på spørsmål om mellom anna fysisk og psykisk helse, ei såkalla eigenerklæring. Svara blir formidla elektronisk til Forsvaret. Eigenerklæringa gir viktig informasjon om korleis ungdommane vurderer eiga helse, og om det sosiale livet og dei generelle interessene deira. I eit folkehelseperspektiv er denne informasjonen unik. Endringar i trendar blir dokumenterte i eit statistisk materiale som omfattar tilnærma alle i årskullet. Dokumentasjonen utgjer eit omfattande datagrunnlag som både Forsvaret og samfunnet elles kan ha stor nytte av.

Om lag 22 000 ungdommar blir kalla inn til sesjon i Forsvaret, det vil seie frammøte for vidare stadfesting av den informasjonen dei gav i eigenerklæringa, i tillegg til at helsetilstanden blir undersøkt av lege. På sesjon blir det òg gjennomført ein generell evnetest. Dei som blir kalla inn til sesjon, er dei ungdommane Forsvaret meiner er best skikka til teneste. Helsetilstanden til om lag ein tredjedel av ungdomskullet blir dermed dokumentert gjennom legeundersøking.

Dei 9000–10 000 unge som kjem inn til førstegangsteneste, blir ved behov revaksinerte med grunnlag i barnevaksinasjonsprogrammet. Dette er eit viktig bidrag til å betre vaksinasjonsstatusen i befolkninga.

Førstegangstenesta omfattar for mange opplæring i å kunne ta vare på seg sjølv under ulike natur- og klimaforhold, og gir øving i å meistre oppgåver i ulike situasjonar. Slik opplæring og meistring kan føre til personleg utvikling og vekst.

Den hierarkiske kommandostrukturen i Forsvaret gir unge menn og kvinner erfaring i å ha med side- og overordna å gjere, og dei får erfare korleis det er å vere ein del av ein organisasjon med felles oppgåver og mål. Leiaropplæringa i Forsvaret sørgjer mellom anna for at ein blir bevisst på kor viktig det er å ha omsorg og ansvar for andre, òg under tilhøve som kan vere utfordrande. Dei unge lærer òg kor viktig det er med samhald og fellesskap når ein skal løyse oppdrag. Forsvaret erfarer at dei unge gjennom førstegongstenesta, både dei som er leiarar, og dei som blir leidde, blir modna og styrkte. Det er stor konkurranse om å få gjennomføre førstegongstenesta og bli teken opp ved skulane i Forsvaret. Mange ungdommar førebur seg både fysisk og psykisk gjennom lang tid for å auke sjansane til å bli valde ut av Forsvaret.

Forsvaret stiller krav til alt militært personell og til visse grupper av sivilt personell om at ein må vere fysisk skikka for å kunne arbeide i Forsvaret. Personellet må ta årlege fysiske testar for at ein skal sjå om dei oppfyller dei krava som blir stilte. Det blir gitt høve til fysisk fostring i arbeidstida. Sjukefråværet i forsvarssektoren ligg godt under gjennomsnittet for sjukefråvær i anna statleg forvaltning, og under det nasjonale nivået. At mange av dei tilsette er valde ut på grunnlag av mellom anna helsetilstanden, kombinert med vidare krav om å halde den fysiske helsa ved like for å kunne halde fram i tenesta, reknar ein med er ein av grunnane til dette.

Personell som har gjort teneste i internasjonale operasjonar

Om lag 100 000 norske kvinner og menn har sidan 1947 gjort teneste i internasjonale operasjonar i over 40 land. Dei aller fleste kjem heim med positive erfaringar og styrkt kompetanse. Samtidig fører deltakinga med seg risiko for fysiske eller psykiske skadar, eller andre problem som følgjer av tenesta.

Det har gjennom mange år vore eit breitt interdepartementalt samarbeid for å verdsetje innsatsen og ta betre vare på personell før, under og etter at dei har vore i internasjonal teneste for Noreg. Helse- og omsorgsdepartementet er eit av departementa som deltek i dette samarbeidet, som blir leidd av Forsvarsdepartementet.

Undersøkingar viser at veteranar som gruppe har minst like god helse, både fysisk og psykisk, som befolkninga elles. Det finst likevel veteranar som har helseutfordringar. Det er etablert eit overordna prinsipp om at veteranar skal følgjast

opp av dei ordinære helse- og omsorgstenestene i samfunnet, jf. Innst. 388 S (2011–2012). For personell som har tenestegjort for Noreg i internasjonale operasjonar, har Forsvaret ei eittårig lovpålagd oppfølgingsplikt når det gjeld den psykiske helsa til dei som har behov for slik oppfølging. Veteranar som har psykiske helseplager, kan alltid kontakte Forsvaret for oppfølging. Forsvaret skal i eitt år etter avslutta teneste også tilby anna oppfølging i den grad det er rimeleg, ut frå helsetilstanden og den økonomiske stillinga til den enkelte, kor langvarig tenesta har vore, og tilhøva elles.

For å auke kompetansen i hjelpeapparatet tilbyr Regionale ressurscenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoordsførebygging (RVTS) ulike kursmodular om veteranhelse til fleire personellgrupper. Siktemålet er at veteranar skal få tilbod om fagleg god hjelp etter at dei har komme heim. Veteranforbundet SIOPS (skadde i internasjonale operasjonar) tilbyr òg kurs for legar og psykologar om den psykiske helsa til veteranar. Det er etablert regionale faglege nettverk for innsatspersonell (RNIP) i alle regionar. Dei arbeider for å auke samhandlinga mellom aktørar og gir råd og rettleiing til tenesteapparatet.

Det er utvikla ei nettside, www.psykososialberedskap.no, som er kunnskapsportalen til RVTS Øst om krisehandtering og katastrofar for både ramma og hjelparar. Nettsida har ei eiga fane for militært personell, og her finst det mellom anna hjelpemiddel som mobilappen SMART (stressmestringsaktiviteter for robusthetstrening) og animasjonsfilmar.

Å gjere teneste i internasjonale operasjonar kan føre til belastningar for heimeverande partnarar og barn. For å leggje til rette for at ein betre skal kunne følgje opp og ta seg av personellet og deira pårørande gjennom lokale tiltak og samhandling, er kommunar med ei viss mengd veteranar oppmoda om å utarbeide kommunale veteranplanar.

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet forvaltar ei rad lover og forskrifter som har med folkehelsearbeidet å gjere, der lov om folkehelsearbeid (folkehelse-lova) står sentralt. Folkehelse er òg forankra i lova om kommunale helse- og omsorgstenester, spesialisthelsetenestelova, lova om tannhelsetenesta, legemiddelova og matlova. Folkehelsearbeidet og rammene for dette arbeidet er det nærmare gjort greie for i kapittel 7.

I dette kapitlet nemner vi nokre prosessar med verknader for folkehelsearbeidet som no er i

gang. Ein del kommunale helsetenester er omtalte i andre kapittel, mellom anna helsestasjons- og skulehelsetenesta i kapittel 2 og frisklivs, lærings- og meistringstilbod i kapittel 6.

Regjeringa har som mål å digitalisere fleire helse- og omsorgstenester og etablere ei netthelseteneste for pasientar. Digitale tenester er nærare omtalte i kapittel 6.

Kommunar med fengsel i kriminalomsorga skal ha tilbod om helse- og omsorgstenester for dei innsette. Fylkeskommunane skal gi tilbod om tannhelsetenester, og dei regionale helseføretaka har ansvar for å gi tilbod om spesialisthelsetenester.

Kommunale helse- og omsorgstenester

Det overordna målet for dei kommunale helse- og omsorgstenestene er å sikre at innbyggjarane får eit tenestetilbod som er heilskapleg, samanhengande og tilpassa behov hos kvar enkelt brukar.

Befolkningsamansetjinga endrar seg, og fleire brukarar vil ha behov for hjelp til å få dekt både fysiske, psykiske og sosiale behov. Det gjer at det blir meir komplisert å løyse oppgåvene. Tenestene må i større grad leggje til rette for at brukarar kan leve aktive liv, samtidig som dei skal vere sikre på å få god hjelp og omsorg når dei har behov for det. Pårørande er ein viktig ressurs, og i samarbeid med tenestene skal dei få rettleiing, støtte og avlasting. Gjennom bruk av velferdsteknologi og nye løysingar skal brukarar meiste meir og kjenne seg tryggare i kvardagen.

Primærhelsetenesta i framtida

Regjeringa la i 2015 fram ei stortingsmelding om primærhelsetenesta, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Denne meldinga omtaler utfordringane på området og kva behov befolkninga har for helse- og omsorgstenester. Meldinga framhevar behovet for å setje kommunane betre i stand til å møte intensjonane i samhandlingsreforma om koordinerte og heilskaplege pasientforløp, meir førebygging og tidleg innsats, og fleire tenester der brukarane bur. Samhandlingsreforma tek også sikte på at ein større del av tenestene skal leverast i kommunane. Som ein del av oppfølginga blir det gjennomført tiltak som skal utvikle den kommunale helse- og omsorgstenesta slik at innbyggjarane opplever at tenestene er meir kompetente, betre samordna og meir tilgjengelege. Det er behov for å utvikle ei meir teambasert teneste, for-

betre leiinga og heve kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Fleire av tiltaka dreier seg om å utvikle fastlegeordninga. Det går fram av regjeringsplattforma at fastlegeordninga skal forbetrast og moderniserast. Stortinget har vedteke at fastlegeordninga skal evaluerast. Formålet med evalueringa er å få kunnskap om statusen og utfordringar i fastlegeordninga i dag, sett frå ulike ståstader. Utgangspunktet for vurderingane vil vere samfunnsopdraget til fastlegane, slik det går fram av lover, forskrifter og det avtaleverket som rammar inn ordninga.

For å sikre god forankring av framtidige tiltak har Helse- og omsorgsdepartementet reetablert trepartssamarbeidet mellom staten, KS / Oslo kommune og Legeforeningen. Etter at evalueringa ligg føre, vil regjeringa leggje fram ein handlingsplan for allmennlegetenesta.

Kvalitetsreform for eldre

Regjeringa la fram Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre våren 2018. Reforma byggjer på kva tilsette, eldre, pårørande, frivillige, forskarar og leiarar har sett om kva det er som løftar kvaliteten på tenestene, og er med på å gi dei eldre ein aktiv, trygg og verdig alderdom. Reformperioden begynte 1. januar 2019 og skal vare i fem år, med ulike fasar for planlegging, gjennomføring og evaluering. Reforma «Leve hele livet» omfattar 25 konkrete og utprøvde løysingar på område der vi veit at det for ofte sviktar i tenestetilbodet i dag:

- eit aldersvennleg Noreg
- aktivitet og fellesskap
- mat og måltid
- helsehjelp
- samanheng i tenestene

Regjeringa legg opp til ein prosess der kommune- styra behandlar og vedtek korleis løysingane i reforma kan innførast. Når det er gjort og kommunane har beskrive korleis dei vil utforme løysingane, begynner arbeidet med å gjennomføre reforma. Kommunar som omstiller seg i tråd med reforma, vil bli prioriterte innanfor relevante eksisterande og eventuelle nye øyremerkte ordningar. Regjeringa har etablert eit nasjonalt og regionalt støtteapparat for reforma. Støtteapparatet skal bidra til å spreie dei gode løysingane og rettleie og hjelpe kommunane med å planleggje, utforme og gjennomføre reforma lokalt. Alle kommunane vil bli inviterte til å delta i læringsnettverk for å dele erfaringar og lære av kvarandre.

Mange problemstillingar som følgjer av endringane i befolkningsamansetjinga, blir tekne hand om i dei meldingane og handlingsplanane som tidlegare er lagde fram, mellom anna Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Omsorg2020, Demensplan 2020 og Kompetanseløft 2020. Desse meldingane og planane dannar fundamentet for «Leve hele livet».

Spesialisthelsetenesta

Slik det går fram av formålet i § 1-1 i spesialisthelsetenestelova, skal spesialisthelsetenesta fremje folkehelsa og motverke sjukdom, skade, lidning og funksjonshemming. Det inneber at spesialisthelsetenesta også har eit ansvar for folkehelsa ved å førebyggje og hindre utvikling av meir alvorlege helsetilstandar.

Mange pasientar i det psykiske helsevernet og i den tverrfaglege spesialiserte rusbehandlinga (TSB) har omfattande somatiske lidningar ved sida av psykisk lidning og/eller lidningar fordi dei er avhengige av rusmiddel. For å førebyggje tidleg død må desse pasientane fangast opp også på grunn av dei somatiske lidningane.

Nasjonal helse- og sjukehusplan

Ny nasjonal helse- og sjukehusplan (NHSP) for perioden 2020–2023 skal leggjast fram hausten 2019. Teknologi, samhandling, kompetanse og psykisk helsevern vil vere sentrale tema. Planen skal skissere den overordna strategien for å sikre at helsetenestene til pasientane skal fungere på ein berekraftig måte.

I arbeidet med Nasjonal helse- og sjukehusplan er det identifisert pasientgrupper som har store behov. Ein del pasientar har særleg behov for heilskaplege og samhengande tenester. Det gjeld multisjuka eldre og pasientar med langvarige kroniske lidningar. Enkelte lidningar hos dei som tek imot mykje helsehjelp, er identifiserte som moglege å førebyggje av Helsedirektoratet i rapporten «Helhet og sammenheng – utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester». Den utviklinga i primærhelsetenesta som no er i gang, har som mål å førebyggje desse lidningane. Korleis spesialisthelsetenesta kan gi hjelp og støtte opp under primærhelsetenesta på ein god måte, vil vere tema i den nasjonale helse- og sjukehusplanen.

Tannhelsetenesta

Førebygging er spesielt effektivt for tannhelsa, for god førebygging kan ofte hindre eller utsetje ei utvikling mot tannsjukdom og dårleg tannhelse. Tannhelsa er best i byrjinga av livet. Med stigande alder oppstår skade, tannsjukdom eller andre tannhelseproblem som ofte har samanheng med at helsa forverrar seg. Førebygging i form av god munnhygiene, sunne kostvanar og faste besøk i tannhelsetenesta er derfor viktig heile livet. I tillegg påverkar ei rekkje livsstilsfaktorar både helsa og tannhelsa. Usunt kosthald, høgt legemiddelforbruk, bruk av tobakk/snus og rusmiddel aukar risikoen for dårleg helse og tannhelse.

Tannhelsepolitikken har i mange tiår lagt vekt på førebyggjande arbeid, spesielt retta mot barn og unge. Fylkeskommunane gir barn og unge gratis og oppsøkjande tannhelsetenester. I tillegg utover den fylkeskommunale tannhelsetenesta eit utoverretta helsefremjande og førebyggjande tannhelsearbeid, mellom anna i barnehagar og skular.

Stadig fleire eldre har eigne tenner heile livet. Reduksjon i kognitive funksjonar, svekt helse og biverknader av legemiddel aukar risikoen for tannhelseproblem i eldre år. Hos heimebuande eldre som får helsehjelp, men ikkje tannhelsehjelp, kan tennene forfalle raskt, og då kan dei få store tannhelseproblem. Blant sjukeheimbebuarar har om lag 80 prosent behov for hjelp til det daglege munnstellet. Systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstenesta i kommunane og den fylkeskommunale tannhelsetenesta om desse brukarane er nødvendig.

Regjeringa har ønskt å prioritere midlar til dei med størst behov. Sidan 2013 er det bygd opp eit nytt behandlingstilbod i regi av fylkeskommunane til personar som på grunn av overgrep, tortur eller stor angst for tannbehandling ikkje har oppsøkt tannhelsehjelp på mange år. Tilbodet er gratis. På landsbasis er det etablert om lag 35 team med tannhelsesekretær, tannlege og psykolog som behandlar angsttilstanden, og i 2019 er det sett av om lag 70 millionar kroner til dette tilbodet over statsbudsjettet.

Legemiddelområdet

Legemiddelmeldinga Riktig bruk – bedre helse, blei vedteken av Stortinget 4. februar 2016. Her blei det sett fleire nye mål for legemiddelpolitikken: god kvalitet ved behandling med legemiddel, låg pris, likeverdig og rask tilgang til legemiddel, og tilrettelegging for forskning og innovasjon.

Visjonen til regjeringa er at legemiddelpolitikken skal bidra til betre folkehelse.

Ei av hovudutfordringane på legemiddelfeltet er at helsepersonell og pasientar har mangelfull oversikt over den faktiske legemiddelbruken til pasientane. Det er sett i gang eit arbeid for å etablere «pasientens legemiddelliste». Dei forskriftsendringane som er nødvendige for å etablere slike legemiddellister for pasientane, blei vedtekne i statsråd 8. desember 2017. Regjeringa er godt i gang med å følgje opp tiltaka frå legemiddelmeldinga.

Justis- og beredskapsdepartementet

Justis- og beredskapsdepartementet har ansvar for rettsvesenet, kriminalomsorga, konfliktråda, politi- og påtalemakta, redningstenesta, samfunnstryggleiken, utlendingsstyresmaktene og polarområda. Samfunnstryggleik og beredskap er nærare omtalt i kapittel 5.10.

Den kriminalitetsførebyggjande innsatsen er mangslungen og blir retta både mot sosiale miljø, mot enkeltpersonar og mot fysiske omgivnader. Ei sentral førebyggjande oppgåve er å hindre at nokon kjenner seg ekskluderte og marginaliserte. Å sikre gode og stimulerande oppvekstvilkår for barn og unge og sørgje for tidleg hjelp og støtte vil kunne føre til mindre problemåtferd, rusmisbruk og kriminalitet.

Justis- og beredskapsdepartementet har ei koordinerande rolle i arbeidet med å førebyggje kriminalitet på tvers av sektorar og forvaltingsnivå. Departementet koordinerer mellom anna innsatsen mot valdsbruk i nære relasjonar og valdtekt. Dette arbeidet er omtalt i kapittel 5.6.

Justis- og beredskapsdepartementet har òg eit overordna ansvar for utlendingsforvaltninga. Det ligg ein klar samfunnsøkonomisk gevinst i å gi dei som seinare får opphald, den hjelpa dei treng, så tidleg som råd. Det er særleg einslege, mindreårige asylsøklarar det er mest relevant å trekkje fram i folkehelsearbeidet. Denne gruppa er nærare omtalt i kapittel 2.6.

Politiråd og SLT

Ei heilskapleg tilnærming til planlegging og organisering av den førebyggjande innsatsen i kommunane er viktig. Trygge samfunn prega av fråvær av kriminalitet må sikrast gjennom førebygging, til dømes gjennom SLT-samarbeid og politiråd. SLT blei introdusert i Noreg tidleg i 1990-åra. SLT er viktig for det kriminalitetsførebyggjande arbeidet og for å kunne koordinere det

førebyggjande arbeidet generelt i kommunane. Justis- og beredskapsdepartementet gir tilskot til kommunar som ønskjer å etablere SLT-samarbeid. Ordninga blir forvalta av Sekretariatet for konfliktråda. Om lag halvparten av kommunane i landet har eit etablert SLT-samarbeid, og dei fleste større kommunar har tilsett ein eigen SLT-koordinator. Politiråd er eit formalisert samarbeid mellom politi og kommune, som no er etablert i alle kommunar i landet. Hovudoppgåva til politiet er å førebyggje og motverke straffbare handlingar. Politiet skal òg organisere og drive førebyggjande verksemd for å påverke forhold som utløyser ulovlege handlingar eller tilstandar. Politiet har plikt til å ta initiativ til å opprette politiråd med kvar enkelt kommune, for såleis å medverke til å førebyggje kriminalitet og gjere lokalsamfunn tryggare.

Straffegjennomføring

Kriminalomsorga er ansvarleg for straffegjennomføringa. Innsette i norske fengsel har same rett til helsehjelp som andre norske borgarar. Det er helse- og omsorgstenesta, ikkje kriminalomsorga, som skal yte helsetenester og ha kompetanse på behandling. Kriminalomsorga sitt ansvar avgrensar seg til å leggje til rette for slik tenesteyting, og til å samordne innsats frå andre styresmakter overfor innsette og domfelte.

For å forbetre samarbeidet mellom kriminalomsorga og ulike forvaltingsorgan la regjeringa våren 2017 fram «Redusert tilbakefall til ny kriminalitet – Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021». Strategien inneheld i alt 18 tiltak for å møte mangelfull samordning i forvaltninga, uklare ansvarsforhold og svake sider både i eksisterande samarbeidstalar og i det gjeldande regelverket på området. Gjennomføring av tiltaka vil vere viktige bidrag til å skape meir tryggleik i kvardagen og gjere Noreg til eit meir inkluderande samfunn.

Det er store levekårs- og helseproblem blant innsette. Ei undersøking som Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst har gjort, viser mellom anna at førekomsten av psykiske lidningar blant domfelte er mykje høgare enn i befolkninga elles. I dei seinare åra har ein fått meir kunnskap om situasjonen for barn av innsette. Kunnskapen viser at dei pårørande blir hardt ramma når nærstående kjem i fengsel. Barn av innsette har dårlegare levekår enn andre barn, og har ein høgare førekomst av både sosiale og psykiske problem.

I samsvar med lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringslova) § 18 skal kriminalomsorga leggje til rette for at innsette får eit aktivitetstilbod på dagtid. I tildelingsbrev til kriminalomsorga blir det gjort klart at 85 prosent av fengselsdøgna skal innehalde aktivitetar. Auka aktivisering i form av fysisk aktivitet reduserer stress, stimulerer til meir sosialt samvær og er gunstig med tanke på motivasjon for å endre åtferd. Ein nokså stor del av dei innsette har ei rad levekårsproblem i kombinasjon med svært avgrensa høve til aktivisering i fengselet. Det er såleis viktig å auke aktiviseringa av denne gruppa innsette – både med tanke på å redusere tilfelle av tilbakefall til ny kriminalitet, og for å førebyggje helseplager.

Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

Dei strafferettslege reaksjonane ungdomsstraff og ungdomsoppfølging tredde i kraft 1. juli 2014. Reaksjonane rettar seg mot ungdom i alderen frå 15 til 18 år. Ein del av reaksjonane er gjennomføringa av ein ungdomsplan med tiltak som skal medverke til å snu utviklinga til den unge lovbyrtaren. Straffereaksjonane er tufta på ei tett tverretatleg samhandling. Konfliktråda skal leggje til rette for gode gjenopprettande prosessar og sikre god relasjonsbygging rundt ungdommen. Utover dette set ikkje konfliktråda i verk eigne tiltak, og er avhengige av å skaffe til vegar relevante tiltak frå andre offentlege etatar og frivillige organisasjonar.

Mange av ungdommane har utfordringar når det gjeld rus og psykisk helse. Rus er ofte knytt til lovbroten dei er straffa for, anten direkte ved at dei er dømde for rusrelaterede lovbroten, eller indirekte ved at dei var rusa då dei gjorde seg skuldige i lovbrota. Mange av dei ungdommane som er dømde til eller ilagde ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging, har samansette utfordringar, og fleire av dei kan også sjølv vere offer for lovbroten. Ungdommane kan ha vore utsette for vald i nære relasjonar under oppveksten eller i ungdomsmiljøet.

For å sikre kvaliteten i straffegjennomføringa for ungdom som er dømde til ungdomsstraff eller er ilagde ungdomsoppfølging, er det viktig å bygge ut tiltak retta mot denne målgruppa. Konfliktråda gir tilbakemelding om at det fleire stader i landet er utfordrande å sikre at ungdommane får relevante tiltak i gjennomføringa av ungdomsplanen. Dette er særleg trekt fram som ei utfordring når det er snakk om ungdommar som treng behandling for rus eller valds- og seksualåtferd, eller som har behov for psykisk helsehjelp. Til-

gangen på aktuelle behandlingstilbod varierer mellom ulike regionar.

Vald og overgrep

Alle politidistrikta har team med øymerkt personell som etterforskar saker som gjeld valdsbruk og/eller seksuelle overgrep. Vidare er det teke ei rad initiativ for å styrkje kompetansen i førstelinja innanfor felte vald i nære relasjonar og valdtekt. Når det gjeld partnerrelatert vald, blir risikovurderingsverktøyet Sara (Spousal Assault Risk Assessment) med tilhøyrande kompetanseheving innført i alle distrikt. Når det gjeld æresrelatert vald, er ein i gang med å implementere verktøyet Patriark i distrikta.

Regjeringa har sett ned eit utval som skal gå igjennom drapssaker der gjerningspersonen er dåverande eller tidlegare partner. Siktemålet er å avdekkje om, i kva grad og eventuelt på kva måte det har skjedd svikt i måten det offentlege tenesteapparat har handtert desse sakene på, før drapet skjedde. Utvalet skal gi tilrådingar som kan medverke til at framtidige tilfelle blir førebygde og forhindra. Utvalet skal levere utgreiinga si seinast 1. april 2020.

Klima- og miljødepartementet

Klima- og miljødepartementet har hovudansvaret for ei rad område som har med folkehelsearbeidet å gjere. Det gjeld friluftsliv, klimatilpassing, forureiningsproblematikk og kulturminne.

Friluftsliv

Klima- og miljødepartementet forvaltar ei rad verkemiddel på friluftslivsområdet og har ansvaret for å utarbeide dokument frå regjeringa på dette feltet, til dømes stortingsmeldingar, handlingsplanar og strategiar. Det blei i 2016 lagt fram ei ny stortingsmelding om friluftsliv, og sommaren 2018 la regjeringa fram ein handlingsplan for friluftsliv. Begge dokumenta omtaler ei rad tiltak for å styrkje friluftslivsarbeidet, og regjeringa vil prioritere å gjennomføre desse tiltaka i åra som kjem.

Dei verkemidla Klima- og miljødepartementet har for å leggje til rette for høg deltaking i friluftsliv, er både økonomiske og juridiske, mellom anna fleire tilskotsordningar og lovverk, i tillegg til rettleiingar. Departementet har ansvaret for friluftslova, som mellom anna forankrar allemannsretten. Departementet forvaltar òg fleire andre lover som har med friluftslivet å gjere, mellom anna markalova og naturmangfaldlova.

Statleg sikring av område for friluftsliv er eit viktig verkemiddel i arbeidet med å fremje friluftsliv. Det inneber at staten gir økonomisk støtte til kjøp av slike område, eller gir hjelp til å inngå avtalar med private om bruk av område til friluftsliv, slik at områda kan sikrast og leggast til rette for friluftsliv for ålmenta. Ordninga har ført til at over 2050 område over heile landet er blitt varig sikra til friluftsliv. Ordninga inneber òg at statleg eigedom kan gjerast om til å bli statleg sikra friluftslivsområde, der staten framleis eig grunnen. Departementet har òg ansvaret for nasjonalparker og andre verneområde, som òg er viktige område for friluftsliv.

Klimatilpassing

Fram mot år 2100 kjem Noreg til å få eit varmare klima, med meir nedbør, kortare snøsesong, minskande isbrear, fleire og større regnflaumar og stigande havnivå. Samfunnet skal førebuast på og tilpassast til klimaendringane.

FNs berekraftsmål nr. 13 er å stoppe klimaendringane. Etter delmål 13.1 skal landa «styrkje evna til å stå imot og tilpasse seg klimarelaterte farar og naturkatastrofar i alle land». Av delmål 13.3 følgjer det at landa skal «styrkje den evna enkeltpersonar og institusjonar har til å motverke, tilpasse seg og redusere konsekvensane av klimaendringar, og styrkje evna til tidleg varsling, i tillegg til å styrkje kunnskapen og gjere folk meir bevisste på dette».

Alle har eit ansvar for å tilpasse seg klimaendringane, både enkeltindivid, næringslivet og styresmaktene. Klima- og miljødepartementet skal leggje tilhøva til rette for det heilskaplege arbeidet regjeringa driv på dette området. Miljødirektoratet koordinerer det nasjonale klimatilpassingsarbeidet på vegner av Klima- og miljødepartementet. Miljødirektoratet drifrar eit nasjonalt kommunenettverk og ei nettverksgruppe for direktorat og statlege selskap, forvaltar ei tilskottsordning for kommunar og støttar kompetansebyggjande prosjekt i fleire fylkesmannsembete. Miljødirektoratet gjer det klart i styringsdialogen sin at dei forventar at fylkesmennene arbeider med klimatilpassing. Direktoratet har òg ansvar for å drifte og utvikle nettstaden klimatilpassing.no.

Meld. St. 33 (2012–2013) Klimatilpassing i Norge er gjeldande nasjonale strategi og gir føringar for arbeidet med klimatilpassing i Noreg. Meldinga blei utarbeidd på grunnlag av NOU 2010: 10 Tilpassing til eit klima i endring.

Forureining

Klima- og miljødepartementet har det overordna ansvaret for forureiningspolitikken, som inkluderer undertema kjemikal, avfall, stråling i det ytre miljøet, langtransportert luftforureining, lokal luftkvalitet og støy. Departementet har òg ei pådrivarrolle overfor andre departement og etatar for å få gjennomført tiltak som kan redusere forureining innanfor deira særlege sektorar.

Klima- og miljødepartementet forvaltar ulike verkemiddel for å førebyggje og redusere forureining og rette opp skadar som følgje av tidlegare forureining. Miljødirektoratet, Direktoratet for strålevern og atomtryggleik og Sjøfartsdirektoratet er viktige etatar når det gjeld å følgje opp politikken på området. Også fylkesmennene og kommunane rår over tiltak og verkemiddel på forureiningsfeltet.

Dei to viktigaste regelverka er forureiningslova og produktkontrolllova. Forureiningslova har som formål å verne det ytre miljøet mot forureining og redusere eksisterande forureining, å redusere mengda av avfall og fremje ei betre behandling av avfall. Produktkontrolllova har som formål å førebyggje at produkt og forbrukarteneser gir helseskade eller påverkar miljøet slik at det tek skade. I lova er det òg eit formål som seier at ein skal fremje effektiv bruk av energi i produkt.

Andre viktige verkemiddel i forureiningspolitikken er lover og forskrifter som blir forvalta av andre styresmakter, avgifter som reflekterer dei samfunnsmessige kostnadene ved utslepp og stimulerer til redusert forureining, tilskot over statsbudsjettet, refusjons- og panteordningar, bransjeavtalar og informasjonstiltak, og kunnskap om utslepp, spreining og verknader av forureining.

Internasjonalt regelverk og internasjonale avtalar er svært viktig for å redusere forureining som kan vere til skade for helse eller miljø. Her speler særleg krav som er sette i globale konvensjonar, ei sentral rolle. Det same gjer internasjonalt regelverk, særleg EU-regelverket, på forureiningsfeltet. Departementet og underliggjande etatar medverkar aktivt i arbeidet for å styrkje og gjennomføre regelverket gjennom EØS-avtalen.

Kulturminne og kulturmiljø

Klima- og miljødepartementet har hovudansvaret for kulturminnepolitikken og forvaltar verkemiddel på kulturminneområdet. Riksantikvaren og regional kulturminneforvalting (fylkeskommunane og Sametinget) følgjer opp politikken på

området. Riksantikvaren skal i 2019 greie ut kva kulturminna har å seie for folkehelsa.

Det skal leggjast fram ei melding om kulturminnepolitikken i 2020.

Klima- og miljødepartementet har ansvaret for å følgje opp Unescos verdsarvkonvensjon. Noreg har per i dag åtte verdsarvområde. Områda spenner frå urbane miljø og objekt til større, samanhengande område i rurale strøk. Verdsarvområda, satsinga «Utvalgte kulturlandskap i jordbruket» og fredingar av kulturmiljø skaper attraktive område som også generer aktivitetar og er utgangspunkt for turar og andre opplevingar. Historiske vandreruter, Pilegrimsleia og Kystpilegrimsleia er døme på satsingar der kulturarven blir teken i bruk og gir opplevingar og aktivitetar. Frivillige lag og organisasjonar gjer ein stor innsats for å ta vare på og synleggjere kulturarven og aktivisere folk i alle aldersgrupper. Nokre fylkeskommunar har prosjekt der folk får arbeidstrening ved å stelle og setje i stand kulturminne.

I «Klima- og miljødepartementets prioriterte forskningsbehov (2016–2021)» blir det framheva at god miljøltilstand, tilgang til natur- og friluftsområde og oppleving av landskap, naturmangfald og kulturhistoriske verdiar er med på å fremje god helse og trivsel.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har ansvaret for mellom anna bustadpolitikk, plan- og bygningslova, kommuneøkonomi og lokalforvaltning, IKT- og forvaltingspolitikk og regional- og distriktpolitikk, og har eit koordinerande ansvar for politikken som gjeld samar og nasjonale minoritetar. Departementet har det overordna ansvaret for å utarbeide nasjonale mål og retningslinjer for all planlegging etter plan- og bygningslova i Noreg. Kvart fjerde år blir det utarbeidd eit dokument med nasjonale forventingar til regional og kommunal planlegging. Eit viktig mål er å medverke til å fremje berekraftig utvikling og god folkehelse.

Samfunnsutvikling gjennom plan- og bygningslova
Formålet med plan- og bygningslova er å fremje ei berekraftig utvikling til beste for den enkelte, for samfunnet og for framtidige generasjonar. Gjennom kommunal planlegging blir det fysiske miljøet forma og kvaliteten i samfunnsutviklinga sikra. Samtidig er målet eit samfunn for alle, der universell utforming og medverknad står sentralt (jf. 7.2.2).

Plan- og bygningslova er eit samlande verktøy for alle sektorar i kommunen, og gjennom planprosessane blir sektorane direkte og indirekte pålagde å samarbeide. Plan- og bygningslova § 10-1 seier at kommunane skal utarbeide og vedta ein planstrategi som bør omfatte ei drøfting av dei strategiske vala kommunen tek, mellom anna val knytte til verksemd i sektorane. Lova pålegg òg kommunane å utarbeide ein samfunnsdel som skal ta stilling til langsiktige utfordringar, mål og strategiar for lokalsamfunnet som heilskap og for kommunen som organisasjon. Samfunnsdelen skal leggje grunnlaget for planar, verksemd og økonomistyring i dei ulike sektorane i kommunen.

Etter plan- og bygningslova skal kommunane i planarbeidet sikre naturgrunnlaget for samisk kultur, næringsutøving og samfunnsliv.

Busosiale tilhøve

Vanskelegstilte på bustadmarknaden er personar og familiar som ikkje har høve til å skaffe seg eller halde på ein tilfredsstillande bustad på eiga hand. Dei kan vere utan eigen bustad, stå i fare for å miste bustaden sin eller bu i ueigna bustader eller bumiljø. Vanskelegstilte på bustadmarknaden er overrepresenterte i leigebustader, flyttar oftare og bur oftare enn andre i eit ueigna bumiljø.

Statistisk sentralbyrå har komme fram til at om lag 170 000 personar (3,3 prosent) er vanskelegstilte på bustadmarknaden (2017). Både det reelle talet og prosentdelen har auka i dei seinare åra. Auken må mellom anna sjåast i samheng med ei stor tilstrøyming av flyktningar i perioden. Einslege forsørgjarar, innvandrarar og store barnefamiliar er meir utsette enn andre grupper på bustadmarknaden.

Talet på bustadlause går ned, og i 2016 var det 3900 personar i denne gruppa (Dyb og Lid 2017). Som bustadlause reknar ein personar som ikkje disponerer ein eigen bustad og må ta til takke med tilfeldige og mellombelse butilbod, personar som bur mellombels hos venner, kjende eller slektningar, personar som er i institusjon eller under kriminalomsorga og skal skrivast ut eller lauslatast innan to månader utan å ha eigen bustad, og personar som søv ute eller ikkje har nokon eigen stad å sove. Kommunane rapporterer om at manglande eller dårlege bustader og dårlege busosiale forhold i mindre grad enn tidlegare er eit folkehelseproblem (Helsedirektoratet 2018a).

Alle skal ha høve til å skaffe seg ein høveleg bustad

Regjeringa vil at alle skal kunne skaffe seg ein høveleg bustad og vere ein del av eit trygt bumiljø og lokalsamfunn. Trygge og gode butilhøve er særleg viktig for barna – både på kort sikt og på lengre sikt, for å hindre at dårlege levekår går i arv. Regjeringa vil leggje til rette for at så mange som mogleg som ønskjer det, skal kunne eige sin eigen bustad. Samtidig er det viktig å stimulere til fleire og meir høvelege utleigebustader for vanskelegstilte på bustadmarknaden. Desse målsetjingane er forankra i regjeringa sin nasjonale strategi for busosialt arbeid, «Bolig for velferd (2014–2020)».

Bustøtta er ei ordning som ein har rett til, og ordninga gjer det lettare for husstandar med låge inntekter og høge buutgifter å skaffe seg og behalde ein høveleg bustad. I budsjettet for 2019 er bustøtta for barnefamiliar og andre husstandar med minst to personar styrkt, som eit ledd i kampen mot barnefattigdom (studentar er unnatekne med mindre dei har barn i husstanden). Ei kompensasjonsordning for uføre som fekk bustøtte før uførereforma tredde i kraft frå 2015, er òg foreslått som ei varig ordning.

Det har vore ei positiv utvikling når det gjeld barnefamiliar som bur i mellombels butilbod i meir enn tre månader. Talet på husstandar som oppheld seg i mellombels butilbod i meir enn tre månader, er blitt redusert i perioden 2014–2017, frå om lag 1500 husstandar til 800 husstandar. Ambisjonen er at innan 2020 skal ingen barnefamiliar eller unge bu i mellombels butilbod.

Å eige sin eigen bustad inneber ofte ein tryggare og meir stabil busituasjon, og ofte betre bustandard og betre bumiljø. Startlån fremjar eigarlinja ved å bidra til at vanskelegstilte òg kan eige sin eigen bustad. Kommunane formidla i 2018 startlån for 9,1 milliardar kroner fordelt på om lag 6700 husstandar. Dei største mottakar-gruppene i 2017 var økonomisk vanskelegstilte og vaksne med nedsett funksjonsevne.

Startlån skal også i 2019 vere prioriterte innanfor låneramma til Husbanken. Husbanken skal prioritere arbeidet med å hjelpe vanskelegstilte med overgangen frå å leige til å eige.

Gode kvalitetar i bygningar, til dømes tilgjengelegheit

Byggteknisk forskrift (TEK) stiller minimumskrav til kvalitetar i bygningar for å sikre viktige forbrukar- og samfunnsinteresser. Forskrifta stiller mellom anna krav til universell utforming, til-

gjengelegheit, luftkvalitet og lystilhøve. Bustad er eit privat ansvar, men offentlege verkemiddel bidreg til utviklinga av eit godt bustadtilbod. Regjeringa vil medverke til at bustader kan møte framtidige behov, mellom anna som følge av demografiske endringar, som at det blir fleire eldre. Krava til tilgjengelegheit i TEK er det viktigaste verkemiddelet for at fleire bustader skal vere tilgjengelege. Staten stimulerer òg til gode kvalitetar i bygningar gjennom økonomiske verkemiddel – mellom anna gir Husbanken tilskot til etterinstallering av heis.

Kulturdepartementet

Kulturdepartementet har ansvar for den statlege politikken og forvaltinga av mellom anna kultur, idrett og frivillig sektor.

Etter endringar i regjeringa er ansvaret for likestilling og ikkje-diskriminering overført til kultur- og likestillingsministeren frå 22. januar 2019. Barne- og familieministeren har frå det same tidspunktet fått ansvar for tru og livssyn.

Kultur

Kunst og kultur er ytringar med samfunnsbyggjande kraft, og kulturpolitikken skal byggje på ytringsfridom og toleranse. Regjeringa ser det derfor som viktig at kulturlivet er tilgjengeleg for alle, og at den enkelte blir oppmuntra til å oppleve og delta i kulturaktivitetar. Mange kulturinstitusjonar arbeider med tiltak som kan motverke forskjellar og byggje ned barrierar. Regjeringa vil derfor styrkje arbeidet ved kulturinstitusjonar som vil gjennomføre tiltak for å auke det kulturelle mangfaldet og få nye grupper inn som kulturbrukarar. Dårlig helse bør ikkje vere eit hinder for gode kulturopplevingar.

Regjeringa har som mål at vi skal ha eit kulturliv der eit mangfald av aktørar gir varierte opplevingar til flest mogleg. Regjeringa vil styrkje det frie feltet innanfor kunst og kultur, med særleg sikte på formidlingsarbeid og publikumsretta tiltak. Enkeltkunstnarar og frie grupper skal ha gode og føreseielege ordningar. Trygge rammevilkår for liv og virke gir betre grunnlag for god folkehelse, også for kunstnarar med varierende finansiell støtte.

Regjeringa la i 2018 fram ei stortingsmelding om kulturpolitikk, Kulturens kraft. Kulturpolitikken har òg verknader for mange andre politikkområde og kan i stor grad medverke til at vi når dei måla som er sette i mellom anna folkehelsepolitikken. Å byggje fellesskap kan motverke ein-

semnd og medverke til betre psykisk helse. Det kan òg vere gunstig med tanke på inkludering.

Kulturell deltaking er ujamt fordelt i befolkninga; deltakinga varierer klart med alder, utdanningsnivå, økonomi og etnisk bakgrunn. Kulturfeltet har dermed eit potensial til å medverke til utjamning av sosioøkonomiske forskjellar i helsestilstand, mellom anna gjennom «Den kulturelle skulesekken» og andre tiltak som kan nå alle barn og unge.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg viser til at det å delta i kulturelle aktivitetar har meir å seie for kropp og sinn enn ein tidlegare trudde (Theorell 2009). Sansestimulering gjennom kunst og kultur verkar direkte inn på fysiologiske prosessar i kroppen, som styrking av immunforsvaret og reduksjon av stress (Theorell 2009). Materiale frå Hunt 3 (Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag 2006–2008) viser at dei som deltek i kulturaktivitetar, «opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet sitt og har mindre forekomster av angst og depresjon» (Cuypers mfl. 2012). Problemstillinga er følgd opp i Hunt 4 2017–2019.

Frivilligheit

Sektorprinsippet og behovet for fagleg kontakt mellom frivillig sektor og fagdepartementa og etatane tilseier at politikken på dette området ikkje er eigd av eitt departement, men Kulturdepartementet har koordineringsansvaret. Koordineringa inneber oppfølging av frivilligheitserklæringa (regjeringa si erklæring om samspel med frivillig sektor) og rettleiinga om tilskotsforvaltning og forenkling for frivillig sektor, støtte til forskning på sivilsamfunnet og frivillig sektor og ansvar for frivilligheitsregisteret. Kulturdepartementet forvaltar òg dei største generelle ordningane for frivillig sektor, meirverdiavgiftskompensasjonsordninga for frivillige organisasjonar og Frifond.

Frivilligheita er mangslungen og har med så godt som alle samfunnsområde å gjere. Regjeringa har derfor lagt vekt på å halde ved lag sektorsvaret i frivilligheitspolitikken. Det er viktig at dei frivillige organisasjonane har kort veg til dei politiske styresmaktene som har ansvaret for dei respektive politikkområda.

Frivillig sektor skaper arenaer for deltaking, fellesskap, demokratiutøving, kompetanseutvikling og meistring. Brei deltaking er eit overordna mål for den statlege frivilligheitspolitikken, slik han blir presentert i Meld. St. 10 (2018–2019) Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig – den statlege frivilligheitspolitikken. Sjå kapittel 8.2.

Pengespelpolitikken

Regjeringa vil føre ein politikk som tek omsyn til speleavhengige, og har som mål at dei pengespela som blir tilbydde, ikkje fører til at fleire utviklar speleproblem. Dei viktigaste verktøya styresmaktene har for å nå dei sosialpolitiske måla på pengespelfeltet er å ha instruksjonsmynde og innsyn i verksemda til dei statleg kontrollerte aktørane, og å stille konkrete krav til tiltak for å gjere aktørane ansvarlege i lover, forskrifter, retningslinjer og spelereglar. Norsk Tipping og Norsk Rikstoto kan tilby pengespel med høg risiko for speleproblem, for dei har eit omfattande ansvarlegheitsrammeverk som avgrensar risikoen. Kulturdepartementet kan stille krav som eigar av Norsk Tipping, slik Landbruks- og matdepartementet kan stille krav til Norsk Rikstoto, når ein gir konsesjon. Regjeringa la i desember 2016 fram Meld. St. 12 (2016–2017) «Alt å vinne – en ansvarlig og aktiv pengespillpolitikk». Meldinga omtalar regjeringa sin politikk på feltet. Regjeringa utarbeider og reviderer handlingsplanar mot spelproblem annakvart år. Handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021) har desse hovudmåla:

- Færrest mogleg skal ha problem med spel.
- Kunnskap om spel og spelproblem skal aukast og delast.
- Ein skal sørgje for tidleg identifisering og god behandling av problemspelarar.

Handlingsplanen dekkjer òg dataspelfeltet, mellom anna med forskning på spel og spelmekanismar i gråsona mellom penge- og dataspel, utbreiing, bruk av og problem knytte til loot box-fenomenet og likskap, ulikskap og samanhengar mellom spelproblem knytte til data- og pengespel.

Idrett og fysisk aktivitet

Staten sitt overordna mål med idrettspolitikken kan samanfatast i visjonen om idrett og fysisk aktivitet for alle. Det inneber at staten gjennom verkemiddelbruken sin skal leggje til rette for at alle som ønskjer det, skal ha høve til å delta i idrett eller drive eigenorganisert fysisk aktivitet. Barn og ungdom er dei viktigaste målgruppene for den statlege idrettspolitikken. Idrett dreier seg òg om å delta i sosiale fellesskap.

Den organiserte idretten har sjølv teke på seg eit ansvar og har mål om å gi eit godt aktivitetstilbod på alle ferdigheitsnivå og for menneske med nedsett funksjonsevne. Eit viktig bidrag, og kanskje det viktigaste bidraget norsk idrett kan gi for å fremje fysisk aktivitet og folkehelse, vil vere å

inkludere endå fleire i den organiserte idretten. Dette krev god tilgang til anlegg for barne- og ungdomsidrett i kommunane, og krev anleggstypar som kan nyttast til aktivitetar som har brei oppslutning blant folk.

Sjølv om idrettsrørsla famnar breitt blant barn og unge, er det òg slik at enkelte ønskjer å drive fysisk aktivitet på andre måtar. Regjeringa medverkar til nyskaping av viktige anlegg for eigenorganisert aktivitet for innbyggjarar i alle aldrar. Regjeringa har etablert ei ny forsøksordning for tilskot til nyskapande aktivitetsarenaer finansierte av dei spelemidlane som går til idrettsformål.

Kunnskapsdepartementet

Kunnskapsdepartementet har ansvar for barnehagane, grunnskulen, SFO, kulturskulane, vidaregåande opplæring, fagskuleutdanning, høgare utdanning, opplæring av vaksne og kompetansepolitikk. Departementet har òg ansvar for forskning og integrering.

Det er ein samanheng mellom utdanning og helse, men årsaksforholda er samansette. Utdanning gir barn og unge ressursar og påverkar personlege og psykologiske eigenskapar, som igjen vil ha konsekvensar for helsa deira. Utdanninga påverkar òg framtidige levekår i brei forstand, og derfor kva helsefremjande og helsebelastande omstende ein blir utsett for (Helsedirektoratet 2018d).

Viktige prosessar som no er i gang i Kunnskapsdepartementet og har noko å seie for folkehelsa, er omtalte særleg i kapittel 2, som tek for seg tidleg innsats for barn og unge, men òg i kapittel 4 om sosial ulikskap og kapittel 9 om forskning.

Barnehage, skule og SFO

Regjeringa vil hausten 2019 leggje fram ei melding for Stortinget om tidleg innsats og inkluderande fellesskap. Meldinga skal byggje vidare på stortingsmeldingane Meld. St. 19 (2015–2016) «Tid for lek og læring – bedre innhold i barnehagen» og Meld. St. 21 (2016–2017) «Lærelyst – tidlig innsats og kvalitet i skolen». Meldinga skal omfatte både barnehagane, skulen og SFO. Ny forskrift om rammeplan for innhald og oppgåver i barnehagane tredde i kraft 1. august 2017. Her er det presisert kva oppgåver og plikter personalet har når det gjeld å sørge for god oppfølging av alle barn, og ansvaret for kvalitet i barnehagane er tydeleg plassert. Det er tydeleg presisert at barnehagane har plikt til å sørge for gode overgangar

mellom heim og barnehage, gode interne overgangar mellom avdelingar og god overgang mellom barnehage og skule. I oppmodingsvedtak nr. 792 (2015–2016) frå Stortinget blir regjeringa beden om å fremje forslag om ein eigen lovheimel om eit trygt omsorgs- og læringsmiljø i barnehagen. Kunnskapsdepartementet har derfor sett i gang eit lovarbeid om dette.

Kunnskapsdepartementet sette i 2017 i gang arbeidet med å fornye læreplanverket for grunnskulen. I arbeidet med fagfornyninga er folkehelse og livsmeistring eit nytt tverrfagleg tema. Nytt regelverk om skulemiljø tredde i kraft 1. august 2017 og inneber mellom anna ei aktivitetsplikt for skulen når det gjeld å følgje opp mobbesaker og andre tilfelle der elevar kjenner seg utrygge eller blir mobba på skulen.

Ny lærartettleiksnorm blei innført hausten 2018 og blir trappa opp frå hausten 2019. GSI-tal (grunnskulens informasjonssystem) per 1. oktober 2018 viser at den nye lærartettleiksnorma har ført til ein reduksjon i talet på elevar per lærar samanlikna med året før. Det går føre seg eit forskingsprosjekt, kalla Læreeffekt, som skal sjå på effektane av auka lærartettleik på læringa og læringsmiljøet til elevane.

Integrering

God integrering er viktig folkehelsearbeid. Gjennom tiltak på områda skule/utdanning, arbeid, helse, frivilligheit og områdesatsing held ein ved like, betrar og fremjar helsa til innvandrarak.

På integreringsområdet har departementet mellom anna ansvaret for introduksjonslova, som sikrar innvandrarak opplæring i norsk og samfunnsfag, og for statsborgarpolitikken og lova, som i eit folkehelseperspektiv kan relaterast til tilhørsle og identitet. Departementet har òg ansvaret for busetjing av flyktningar i kommunar, medrekna overføringsflyktningar. Å leggje til rette for at flyktningar, anten det gjeld einslege vaksne, einslege mindreårige eller barnefamiliar, raskt blir busette i ein kommune der dei får god oppfølging for å bli integrerte gjennom kvalifisering og deltaking i samfunnslivet, er ein sentral del av det folkehelsearbeidet departementet har ansvar for.

Integreringsstrategien til regjeringa blei lagd fram i 2018. Formålet for strategien er auka deltaking i arbeids- og samfunnslivet blant innvandrarak gjennom ein heilskapleg og samordna innsats. Målgrupper er alle innvandrarak og barna deira, medrekna flyktningar, arbeidsinnvandrarak og familiesameinte. Strategien skal gi tydeleg retning for integreringsarbeidet framover og vise breidda

av tiltak som må til. Integreringspolitikken er sektorovergripande, og arbeidet kjem inn på ansvarsområda til fleire departement. Dei fire innsatsområda i strategien er kvalifisering og utdanning, arbeid, kvardagsintegrering og retten til å leve eit fritt liv. Innsatsområda kan kvar på sin måte fremje god folkehelse blant innvandrara.

Høgare utdanning og forskning

Læruddanningar

Kunnskapsdepartementet er ansvarleg for rammeplanane for læruddanning, som er forskrifter heimla i universitets- og høgskulelova. Dei nyutdanna lærarane skal ha kunnskap om helsa og utviklinga hos barn og unge, og kunne medverke til å skape eit trygt, helsefremjande og inkluderande barnehage-/læringsmiljø. Dei skal kunne identifisere særskilde behov hos enkeltbarn/ elevar, mellom anna kunne identifisere teikn på om dei er utsette for mobbing, valdsbruk eller seksuelle overgrep, og kunne setje i verk nødvendige tiltak og etablere samarbeid med aktuelle faginstansar. Nasjonale retningslinjer for læruddanningane blir utarbeidde og oppdaterte av Universitets- og høgskulerådet ved UHR Læruddanning. Retningslinjene stiller mellom anna krav om kva tverrfaglege tema som skal vere med i programplanane for institusjonane. Psykososialt læringsmiljø er eitt slikt tema. Grunnskulelæruddanninga skal sikre den nødvendige dugleiken, kunnskapen og kompetansen som ein lærar må ha for å kunne skape eit trygt psykososialt skulemiljø og førebyggje og handtere krenkingar. Det blir vidare lagt vekt på at kompetanse om estetiske læringsprosessar er viktig for at elevane skal kunne utvikle sjølvtilit og eigen identitet. Retningslinjene omtaler også innhaldet i og det forventede læringsutbyttet av dei enkelte læruddanningsfaga, og gjer det klart at studentane må øve opp kompetanse om slike prosessar. Kandidatar som har valt mat og helse, skal mellom anna ha utvikla kompetanse i helsefremjande aspekt ved faget, med vekt på folkehelse, livsmeistring og berekraftig utvikling. Kandidatar som har valt kroppsøving, skal ha kompetanse om kva det er som fremjar kroppsleg læring, positiv sjølvforståing og glede over å vere i rørsle hos alle elevar.

Utdanningar i helse- og sosialfag

Som ei oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) «Utdanning for velferd – samspill i praksis» blir det laga eit nytt system for styring av læringsut-

Boks 8.6 Nasjonalt forum for læruddanning og profesjonsutvikling (NFLP)

I strategien «Læruddanning 2025» (Kunnskapsdepartementet 2017), som er ei oppfølging av «Lærarløftet», er det lagt stor vekt på samarbeid og samhandling mellom læruddanninga og praksisfeltet. Ein har høge ambisjonar om auka kvalitet og relevans i læruddanningane. Skulen, barnehagane og læruddanningane skal alle vere med på å utvikle kvarandre. Det er oppretta eit partssamansett Nasjonalt forum for læruddanning og profesjonsutvikling (NFLP), som skal følgje opp «Læruddanning 2025». I forumet er nasjonale styresmakter, utdanningsinstitusjonar, eigarar, leiarar og lærarar i barnehagar og skulen representerte. Forumet skal dekkje alle læruddanningane, frå barnehage til vidaregåande skule.

byte i grunntdanningane i helse- og sosialfag, RETHOS.

Ein viktig premiss for det nye styringssystemet er at utdanningane skal utviklast i eit samarbeid mellom utdanningsinstitusjonane og tenestene. Det nye styringssystemet har tre nivå:

1. Universitets- og høgskulelova. Denne lova gir heimel for fagleg styring av utdanningane gjennom rammeplanar.
2. Forskrift om felles rammeplan for alle grunntdanningane. Dette er ein ny type rammeplan som fastset felles formål og felles innhald for alle grunntdanningane. Forskrifta set òg rammer for arbeidet med retningslinjer for kvar enkelt utdanning.
3. Forskrifter om retningslinjer for kvar enkelt utdanning. I staden for dagens rammeplanar med detaljerte skildringar av kva som skal vere med i utdanningane, gjer dei nye retningslinjene greie for formålet med kvar enkelt utdanning og forventede sluttkompetanse i form av læringsutbyte for ferdige kandidatar. Desse forskriftene vil gjelde alle utdanningsinstitusjonane. Dei vil erstatte dei gamle rammeplanane for dei som har hatt det, og utgjere grunnlaget for nasjonal styring av dei utdanningane som ikkje har hatt rammeplanar tidlegare. Det nye styringssystemet skal vere dynamisk og justerast i takt med endringar i behov i tenestene, ny kunnskap, ny organisering, ny teknologi og/eller politiske føringar.

Forsking

Kunnskapsdepartementet sitt ansvar for medisinsk og helsefagleg forsking er knytt til finansiering og eigarstyring av universitet og høgskular, og til rolla som koordinator for regjeringa sin forskingspolitikk og for instituttsektoren. Kunnskapsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre kvalitet i norsk forsking og for verksemda i Noregs forskingsråd. Universitet og høgskular har eit særleg ansvar for grunnleggjande og langsiktig forsking og for forskarutdanning på dei områda der dei tildeler doktorgrad. Dei skal òg utvikle kunnskap og utdanne personale til beste for samfunnet, samtidig som dei har fagleg fridom når det gjeld korleis oppdraget skal utførast. Sjå nærmare omtale i kapittel 9.

Landbruks- og matdepartementet

Landbruks- og matdepartementet har ansvar for mat- og landbrukspolitikken. Det omfattar arealforvaltning, jord- og skogbruk, husdyrhald, reindrift og utvikling av nye næringar med utgangspunkt i landbruket.

Departementet har ansvaret for nasjonal koordinering av FN sitt berekraftsmål 2 om svolt, mat- og ernæringsstryggleik og berekraftig landbruk og fiskeri. På generelt grunnlag kan vi slå fast at statusen for mattryggleiken i Noreg er god. Mattryggleiken baserer seg på berekraftig ressursforvaltning og kontinuerleg matproduksjon på land og i havet, i kombinasjon med eit velfungerande internasjonalt handelssystem. Dette sikrar trygg og sunn matproduksjon, basert på god plante-, dyre- og fiskehelse.

Fleire av politikkområda til Landbruks- og matdepartementet har med folkehelsa å gjere. Nedanfor følgjer omtale av nokre sentrale område.

«Éi helse», medrekna antibiotikaresistens og trygg mat

Nasjonal strategi for antibiotikaresistens er omtalt i kapittel 5, og det same er temaet mattryggleik. Landbruks- og matdepartementet la i mars 2016 fram ein eigen handlingsplan mot antibiotikaresistente bakteriar i mat og dyr. Planen følgjer opp strategien frå regjeringa. Handlingsplanen blei utarbeidd etter innspel frå eigne fagetatar og næringa, og blir oppdatert kvart halvår.

Sentrale tiltak i handlingsplanen er å forbetre tilsynet med korleis veterinærar føreskriv antibiotika til produksjonsdyr og kjeledyr, og å sørge for

at ein del kritisk viktige antibiotika blir reservert for humanmedisin.

Kontinuerleg arbeid på området, overvåkingsprogram, resultat frå NORM-VET (Norsk overvåkingsystem for resistens hos mikrobar – veterinærmedisin) og ei midtvegsevaluering gjennomført i 2018 viser at vi er godt i rute med å nå måla innan 2020.

«Matnasjonen Norge»

Regjeringa har teke initiativ til å samle og synleggjere politikk som skal hjelpe til med å byggje Noreg som ein matnasjon. Norsk matindustri er ei stor og viktig næring for Fastlands-Noreg og systemet om lag 50 000 personar over heile landet. Det er eit stort potensial for auka verdiskaping med utgangspunkt i lokal mat og drikke. «Matnasjonen Norge» skal gjere mangfaldet innanfor produksjon av mat og drikke frå sjø og land meir synleg, og samle regionale initiativ for å utnytte potencialet for dette betre. Arbeidet skal òg inkludere mat og helse.

Arbeidet vil vere ein del av Noreg si oppfølging av 2030-agendaen for berekraftig utvikling. Sjå òg kapittel 6.

Velferdstenester

Inn på tunet (IPT) er tilrettelagde og kvalitetssikra velferdstenester på gardsbruk. Tenestene skal føre til meistring, utvikling og trivsel. Garden er ein allsidig arena for stimulerande opplevingar gjennom kontakt med dyr, landbruk og natur, og gir høve for friluftsliv.

Oppfølging av IPT er det gjort greie for i Meld. St. 31 (2014–2015) «Garden som ressurs – marknaden som mål». Fleire departement samarbeider om å synleggjere IPT. Vi viser òg til kapittel 5.2.

Døme på enkeltgrupper eller brukargrupper er barn eller unge som har problem med å lære på skulen, eller som strevar med sosiale relasjonar. Andre grupper er unge med rusproblem og/eller psykiske problem. Det blir òg gitt tilbod om dagaktivitetar til flyktningar og asylsøkjjarar for å lette integreringa i samfunnet.

Det blei frå 1. januar 2016 etablert eit prosjekt for lærings- og omsorgsbaserte tenester i reindriften – Ut på vidda. Dette har vore eit treårig nasjonalt prosjekt og eit samarbeid mellom staten og Norske Reindriftssamers Landsforbund (NRL). Det er etablert ei styringsgruppe med representantar frå NRL, Sametinget, Landbruks- og matdepartementet og Kommunal- og moderniseringsde-

partementet. Ansvar for å leie prosjektet er lagt til Fylkesmannen i Troms. Prosjektet gjeld reindrifta, på same måten som Inn på tunet gjeld jordbruket. Formålet med prosjektet er:

- å utvikle og tilby velferdstenester i reindrifta slik at ein kan styrkje inntektsgrunnlaget for reineigarar
- å møte det behovet brukarane har for læring, meistring, trivsel og tilhøyrse til samisk kultur, daglegliv og arbeid
- å medverke til at kjøparar/bestillarar får fleire høve til å gi varierte og tilrettelagde undervisnings- og omsorgstenester til enkeltpersonar og grupper som treng det

Prosjektet blir vidareført som ei permanent ordning.

Kontakt med hest gir ein kombinasjon av fysisk aktivitet, sosial interaksjon og kjenslemessig engasjement. Landbruks- og matdepartementet har utarbeidd ei eiga rettleiing om hesten som ressurs. Også stallar som ikkje deltek i Inn på tunet-ordninga, tilbyr helsefremjande tenester. Kommunane blir oppmoda om å ta i bruk kvalitetssikra tenester med dyreassisterte intervensjonar.

Bruk av skog og arealressursar

Areala i landbruket, medrekna kulturlandskap, skog og utmark, er viktige for fysisk og mental helse. Ved å forvalte areala legg landbruket også til rette for trening, idrett, jakt, fiske og friluftsliv, med opplevingar knytte til naturmangfald, estetikk, kulturminne, kulturmiljø og landskap. I Noreg legg allemannsretten til rette for at alle kan nyte godt av og bruke areala i landbruket. Det gjeld òg eit nokså stort nett av skogsvegar som blir nytta til friluftsmål. Tilgang og skilting til friluftsområda i skog og utmark, og samarbeid med landbruket om bruken av ferdselsårene, er avgjerande for at folk skal delta i dei friluftaktivitetane som det ligg til rette for i slike område.

Helse, miljø og tryggleik i landbruket

Landbruket er ein sektor der det skjer mange ulykker. Utviklinga over tid viser at talet på dødsulykker i landbrukssektoren har gått ned sidan midten av det første tiåret etter tusenårsskiftet (Follo mfl 2016). I 2018 miste fem personar livet i arbeidsulykker i jordbruket (Arbeidstilsynet 2019).

I reindriftsnæringa har endringar i klimaet vore ei medverkande årsak til at risikoen for ulyk-

ker har auka i dei siste åra. Ein del område er blitt meir utsette for skred, og innsjøar og elvar som tidlegare var trygge å passere, er ikkje lenger like trygge. Det er òg knytt stor risiko til bruk av maskinar og utstyr.

Ei særleg utfordring er manglande statistikk og data over ulykker i landbruket. Kvalitetssystemet i landbruket (KSL), som Matmerk forvaltar, består av sjekklister og rettleiingar for gardsdrifta med utgangspunkt i lover og forskrifter. Dette omfattar òg krav til HMS og arbeidsmiljø. I den årlege eigenrevisjonen i KSL kan ulykker òg registrerast.

I landbruksnæringa er mange også særleg utsette for luftvegslidingar og muskel- og skjelettplager. Åleinearbeid og psykisk helse kan òg vere utfordringar. I reindriftssektoren er det mykje manuelt arbeid, ofte ved låge temperaturar og med relativt stor risiko for belastningsskadar.

Det skal framleis arrangerast årlege møte i Nasjonalt samarbeidsforum for HMS i landbruket. Forumet er ein viktig møteplass for å diskutere problemstillingar innanfor HMS i landbruket og legg til rette for eit godt samarbeid mellom dei ulike aktørane på området. I forumet deltek representantar frå landbruksnæringa og rådgivingstema, og private og offentlege aktørar.

Nærings- og fiskeridepartementet

Nærings- og fiskeridepartementet har ansvar for nærings- og fiskeripolitikken. Dei mest konkrete inngrepa med folkehelsefeltet er knytte til rolla Nærings- og fiskeridepartementet har som matdepartement. Dette omfattar både tiltak som støttar auka sjømatkonsum i tråd med råda frå helsemyndighetene, og tiltak for å sikre trygg, sunn og berekraftig sjømat. Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) omtaler tiltak for å fremje bruken av fisk og sjømat i kostholdet.

Trygg, sunn og berekraftig sjømat

Godt tilsyn og gode overvakingsprogram er viktig for å sikre at sjømaten er trygg å ete. Det blir teke prøvar både av villfisk, oppdrettsfisk og andre artar. Dataa gir eit viktig grunnlag for VKMs risikovurderingar knytte til sjømatkonsum. Havforskningsinstituttet er ein etat under Nærings- og fiskeridepartementet og overvakar innhaldet av uønskte stoff og næringsstoff i sjømat og fôr. Resultata frå prøvetakinga er tilgjengelege for alle. Ein slik open dokumentasjon er unikt på matområdet. Nærings- og fiskeridepartementet følgjer òg opp sin del av regjeringsstrategien mot antibio-

tikaresistens (2015–2020). Veterinærinstituttet (VI) får tilskot frå Nærings- og fiskeridepartementet som eit ledd i å sikre god fiskehelse i oppdrettsnæringa. Nærings- og fiskeridepartementet følgjer opp fleire tiltak for å fremje berekraftig produksjon og forvaltning, inkludert arbeidet med bransjeavtalen for å redusere matsvinn.

Sjømatkonsum blant barn og unge

Mange et mindre sjømat enn tilrådd, særleg barn og unge. Det nasjonale ernæringsprogrammet «Fiskesprell» skal bidra til at barn og unge et meir fisk og sjømat. «Fiskesprell» tilbyr praktiske kurs for å leggje til rette for positive sjømatopplevingar i barnehage, SFO og mat- og helsefaget i barne- og ungdomsskulen. Kurset er retta mot tilsette, foreldre og personar som er under utdanning for å arbeide med barn og unge. Det finst òg kursmateriell som kan brukast i mat- og helsefaget. «Fiskesprell» er eit samarbeid mellom Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Noregs sjømatråd. Helsedirektoratet og Havforskningsinstituttet er fagleg støtte. Fiskesalslaga gir råvarestøtte. Tiltaket skal bidra til å redusere sosiale forskjellar i kosthald og er derfor gratis. Gjennom «Sjømattiltak barn og unge» støttar Nærings- og fiskeridepartementet andre tiltak der barn og unge er med og førebur eit måltid av råvarer frå sjøen. Små og store initiativ over heile landet har fått støtte frå desse midlane, til dømes matfestivalar og små og store idrettsarrangement. Viktige stikkord er smaksutvikling, matglede, matkultur og kunnskap om praktisk tillaging.

Forsking på produktutvikling

Eit overordna mål for norsk matproduksjon er å produsere sunn og trygg mat ut frå naturgitte fortrinn. Forbrukarpreferansane endrar seg over tid. I dag ønskjer forbrukarane seg produkt som er enkle og raske å lage til. Produktutviklinga og viljen daglegvarehandelen har til å tilby mat og råvarer som er lett tilgjengelege og enkle å lage til, gir ei positiv utvikling i konsumet av visse typar sunne matvarer. Berekraft er eit viktig moment. Nofima er eit stort næringsretta forskingsinstitutt med kompetanse på heile matsektoren. Instituttet får basisfinansiering frå NFR og tilskot til drift av tung forskingsinfrastruktur mv. frå Nærings- og fiskeridepartementet. Sjømatforskinga til Nofima rettar seg mot heile verdikjeda, frå produksjon til forbruk. Ho bidreg mellom anna til konkurransevne, meir bearbeiding og produktutvikling. Forskinga gir òg betre kunnskap om sjømaten sin

plass i eit sunt kosthald med basis i berekraftig produksjon.

Sjømaten si rolle for mattryggleik og ernæring

Nærings- og fiskeridepartementet arbeider for å styrkje sjømaten si rolle i eit mattryggleiks- og ernæringsperspektiv. Ein må òg sjå arbeidet i samanheng med arbeidet med nasjonal folkehelsepolitikk. Noreg har kompetanse på berekraftig fiskeriforvaltning og berekraftig sjømatproduksjon og kunnskap om sjømat og helse. På oppmoding frå WHO og FN's matvareorganisasjon (FAO) har Noreg initiert eit globalt handlingsnettverk for berekraftig mat frå hav og innlandsvatn for mattryggleik og ernæring under ernæringstiåret til FN. Nettverket skal bidra til handling nasjonalt for å nå mellom anna dei globale måla for å redusere ikkje-smittsame sjukdommar (NCD) og berekraftmåla til FN. Det er Nærings- og fiskeridepartementet saman med Utanriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Klima- og miljødepartementet som leier arbeidet.

Rekreasjonsfiske i Noreg (fritids- og turistfiske)

Fiske og rekreasjon kan bidra til fysisk og mental helse. Fritidsfisket blir rekna som ein del av allemannsretten, og som grunnlag for rekreasjon og matauk er det ein viktig del av kystkulturen i Noreg. Naturgitte forhold langs norskekysten skaper fine føresetnader for fiske og fangst for lokalbefolkninga og tilreisande. Dei siste åra har utnyttinga av sjømatressursane til fritids- og turistfiske auka kraftig. Basert på dette har det vakse fram ny næringsverksemd langs kysten. Det medfører positive ringverknader i ei rekkje samfunn langs kysten i form av direkte verdiskaping, arbeidsplassar og annan aktivitet. Mattilsynet har elles overvakingssystem og gir informasjon knytt til privat hausting og konsum, til dømes blåskjelvarselet.

Næringspolitikk

Nærings- og fiskeridepartementet har ansvar for næringspolitikken. Innovasjonskrafta, kompetansen og ressursane i næringslivet kan gi løysingar på utfordringane som den norske helse- og omsorgstenesta står overfor. Den generelle næringspolitikken er derfor viktig for folkehelsa. Helse- og omsorgssektoren skal nå krevjande mål. Derfor er eit godt samarbeid med næringslivet nødvendig. Då kan ein dra nytte av innovasjonskrafta, kompetansen og ressursane som finst

i norske bedrifter. I arbeidet med å nå dei helsepolitiske måla kan ein dermed òg nå næringspolitiske mål om auka verdiskaping og lønnsame arbeidsplassar.

Helsenæringsmeldinga

Hovudmålet med Helsenæringsmeldinga, Meld. St. 18 (2018–2019) «Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester», er å bidra til auka konkurransekraft i den norske helsenæringa og samtidig bidra til ei meir berekraftig helse- og omsorgsteneste i form av meir effektiv førebygging, behandling og omsorg. Meldinga presenterer helsenæringspolitikken til regjeringa. Aldrande befolkning og fleire personar med samansette sjukdommar gir utfordringar for den norske helse- og omsorgstenesta. Kombinert med den teknologiske utviklinga og behovet for omstilling av norsk økonomi gir dette moglegheiter for næringslivet. Meldinga skisserer utfordringane den norske helsenæringa står overfor, og beskriv regjeringa sin politikk for å møte dette.

Olje- og energidepartementet

Hovudoppgåva til Olje- og energidepartementet er å leggje til rette for ein samordna og heilskapleg energipolitikk. Energi- og vassressurspolitikken skal leggje til rette for ei effektiv, sikker og miljøvennleg energiforsyning, lønnsam utbygging av fornybar energi og ei heilskapleg forvaltning av vassressursane, og skal setje samfunnet betre i stand til å handtere flaum- og skredrisiko.

Flaum og skred kan få konsekvensar for liv og helse og føre til skade på eigedom, infrastruktur og miljø. Noregs vassdrags- og energidirektorat (NVE) har det overordna ansvaret for statlege forvaltingsoppgåver når det gjeld å førebyggje flaumskadar og skredulykker. Det inneber å yte hjelp til kommunar og samfunnet elles med kompetanse og ressursar til kartlegging, arealplanlegging, sikring, overvaking, varsling og beredskap.

Overvaksings- og varslingsstenesta er viktig for tryggleiken i samfunnet, for ho varslar publikum og beredskapsstyresmaktene i forkant av naturhendingar, slik at ein kan setje inn førebyggjande eller skadereduserande tiltak i tide og dermed unngå tap av liv og verdiar.

NVE overvaker og varslar flaumar og jord-, snø- og fjellskred, i tillegg til isvarsling. Publikum finn varslingsstenestene for flaum, jordskred, is og snøskred, med dagleg varsling av aktsemdsgradar og faregradar, på varsom.no.

NVE sørgjer for å gi slike varsel for å redusere både den faktiske og den opplevde kjensla av utryggleik i samfunnet. Spesielt legg snøskredvarslinga til NVE til rette for auka tryggleik i samband med friluftslivsaktivitetar. Visjonen er eit samfunn med eit aktivt friluftsliv og god trafikkavvikling utan snøskredulykker.

Samferdselsdepartementet

Samferdselsdepartementet har det overordna ansvaret for rammevilkår som gjeld post- og televerksemda, luftfarts-, veg- og jernbanesektoren, riksvegferjene, kystforvaltninga og hamne- og sjøtransportpolitikken. At byar og byområde legg til rette for at folk i stor grad går, sykklar og reiser kollektivt, stimulerer til auka fysisk aktivitet. Slike tiltak fører òg til mindre lokal forureining og støy, og dermed til betre folkehelse på den måten òg.

Trafikktryggleik, lokal luftforureining og støy

Det har vore nokså store endringar i ulykkesbiletet i dei seinare åra. I 2017 blei 106 personar drepne i ulykker i vegtrafikken. Dette er det lågaste talet som er registrert sidan 1947. Frå 1970 til 2017 blei talet på omkomne i trafikken redusert med 81 prosent, samtidig som trafikken blei meir enn tredobla.

Utviklinga har ikkje vore like positiv når det gjeld hardt skadde. I dei siste sju åra har tala her lege på om lag uendra nivå. Ein stadig større del av dei alvorlege ulykkene skjer i og omkring byar og tettstader. Når vi ser på dei ulike trafikantgruppene, viser statistikken ein auke i talet på drepne og hardt skadde MC-førarar og syklistar. I 2017 var det vidare dobbelt så mange drepne og hardt skadde blant 16 og 17 åringar som blant 18 og 19 åringar. Utviklinga viser at det er behov for å gi dei nemnde trafikantgruppene særleg merksemd i arbeidet med trafikktryggleik i tida framover.

I samråd med Vegdirektoratet, Jernbanedirektoratet, Luftfartstilsynet og Folkehelseinstituttet gav Klima- og miljødepartementet, Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet Miljødirektoratet følgjande oppdrag i januar 2019:

- i. å rangere dei mest kostnadseffektive og kjelderetta tiltaka for å redusere støy og oppgi effekten av enkelttiltaka og rangere graden av måloppnåing opp mot dei nasjonale måla
- ii. å greie ut ein ny måleindikator for støy med vekt på søvn og søvnforstyrring

Samferdselssektoren står for nesten 90 prosent av alle støyplager, og vegtrafikken åleine for nærare 80 prosent. I vegsektoren er det krevjande å nå dei nasjonale måla for redusert støy. Auka trafikk og ei større befolkning i støyutsette område fører til at ein større del av befolkninga blir utsett for støy, særleg utandørs. Statens vegvesen har komme fram til at om lag 13 000 personar som bur ved riksvegar, opplever innandørs støy på over 38 dB.

Verkemiddel og tiltak

Betre tilrettelegging for miljøvennlege transportformer kan føre til betre folkehelse. Byvekstavtalane er det viktigaste verktøyet staten har for å nå målet om at veksten i persontransporten i byområda skal takast med kollektivtransport, sykling og gonge (nullvekstmålet). Avtalane er langsiktige og inneber gjensidige forpliktingar mellom stat, fylkeskommunar og kommunar om finansiering og verkemiddelbruk for å nå nullvekstmålet. Betre samordning i areal- og transportpolitikken er nødvendig for å få dette til. Staten har så langt inngått avtalar for dei fire største byområda. Det er òg opna for å inngå avtalar med Kristiansandsregionen, Buskerudbyen, Grenland, Nedre Glåma og Tromsø. Ordninga er nærare omtalt i Meld. St. 33 (2016–2017) Nasjonal transportplan 2018–2029.

Regjeringa vil gjere sitt for å få til godt tilgjengelege og universelt utforma reisekjeder. Det er nokså store utfordringar i samband med det å gjere transportsystemet og heile reisekjeder universelt utforma og tilgjengelege heile året. Samarbeidet mellom staten, fylkeskommunane og kommunane er avgjerande for å få til gode løysingar for utforming, drift og informasjon som gjer det lett å komme seg fram og gir god orientering for alle trafikantgrupper. Ein vesentleg del av bussahaldeplassane og kollektivknutepunkta på riksvegnettet må oppgraderast for å bli universelt utforma.

Frå staten si side er det gjennom Nasjonal transportplan 2018–2029 sett av 66,4 milliardar kroner til tiltak for kollektivtransport, sykling og gonge langs riksvegane og til utvikling av stasjonar og knutepunkt langs jernbanen. Det er òg gitt tilskot gjennom påskjøningsmidlar som kan brukast til fylkeskommunale og kommunale tiltak. I dei fire største byområda blir det dessutan gitt statlege tilskot til utbygginga av fem viktige kollektivtransportprosjekt: Fornebubanen og ny metrotunnel i Oslo og Akershus, Bybanen til Fyl-

lingsdalen i Bergen, Metrobuss i Trondheim og Bussvegen på Nord-Jæren.

Samferdselsdepartementet prioriterer bygging av nye trygge vegar, oppsetjing av midtrekkverk og forsterka midtoppmerking (rumlefelt) for å hindre møteulykker. For å få ned talet på alvorlege utforkøyringsulykker har Statens vegvesen sett i gang eit langsiktig og systematisk arbeid med å utbetre sideareala langs vegane. Revidert føraropplæring og meir målretta tilsyns- og kontrollverksemd, i tillegg til utskifting av køyretøyparken til køyretøy med ny og betre teknologi, dreg òg i same retning.

Innførte krav til avgassar vil gradvis redusere eksosutsleppa i vegtrafikken. El- og hybridbilar har òg noko lågare utslepp av partiklar frå bremsar. Effektive verkemiddel for å redusere lokal luftforureining på grunn av svevestøv er mellom anna piggdekkgebyr, reinhald av vegdekka og redusert fart i utsette område.

Stavanger innførte piggdekkgebyr hausten 2017. Det var ein kraftig auke i bruken av piggfrie dekk i Stavanger og Sandnes frå 2016/2017-sesongen til sesongen 2017/2018. Det var òg fleire som tok i bruk piggfrie dekk i dei andre byområda, bortsett frå i Tromsø, der det ikkje var noka endring, og i Bergen, der det var ein marginal nedgang i bruken av piggfrie dekk.

Utanriksdepartementet

Tiltak på helseområdet er avgjerande i kampen mot fattigdom og for å nå berekraftsmåla til FN. Å betre helsetilstanden i verda er ei av fem hovudsatsingar for norsk u-hjelp. Noreg er ein stor givar og har ei leiande rolle internasjonalt.

Regjeringa har sett av 4,8 milliardar kroner til global helse på budsjettet for 2019. Midlane går primært til globale fondsmekanismar (Vaksinealliansen Gavi, Det globale fondet for kamp mot aids, tuberkulose og malaria (GFATM), Den globale finansieringsfasiliteten for helsa til kvinner, barn og ungdommar (GFF) og Koalisjonen for epidemisk beredskap og innovasjon (Cepi)). Det blir òg gitt midlar som støtte til FN-organisasjonar som FNs befolkningsfond (UNFPA), FNs aidsprogram (UNAIDS) og WHO, og frivillige organisasjonar som arbeider på dette feltet.

Kvinner, barn og ungdommar er svært utsette i sårbare statar og regionar som er prega av krise og konflikt. Det er ofte vanskeleg å nå desse gruppene med helsetenester og helseutstyr. Dødstala er derfor høge. I tida framover vil innsatsen i Noreg i stadig større grad bli retta mot dei det er vanskelegast å nå. Dette er i tråd med målsetjinga

for berekraftsmåla om at alle skal med (leave no one behind).

Helse står sentralt i regjeringa si oppfølging av berekraftsmåla til FN. Målet om betre helse skal ein mellom anna nå gjennom universell helsedekning, betre kvalitet på tenestene, meir helsepersonell, tilgang på medisinar og prevensjonsmiddel, forskning og godt styresett. I oppfølginga er det behov for samarbeid om utviklinga og nasjonal ressursmobilisering, men òg internasjonal politisk mobilisering.

Vaksinealliansen Gavi er ein sentral partner i arbeidet med å betre helsetilstanden hos barn. I inneverande fireårsperiode er målet for Gavi å vaksinere 300 millionar barn, noko som vil hindre mellom fem og seks millionar dødsfall.

Etter ebola-utbrotet i Vest-Afrika tok Noreg initiativ til å etablere ein koalisjon for epidemisk beredskap og innovasjon (Cepi). Målet er å utvikle vaksinar mot kjende, ukjende og menneskeskapte virus, slik at ein kan stoppe utbrot så tidleg som råd. Sekretariatet er etablert i Oslo, og arbeidet har sterk norsk deltaking.

Ifølgje WHO står ikkje-smittsame sjukdommar (NCD) for over 70 prosent av den totale globale sjukdomsbyrda, med 41 millionar for tidlege dødsfall i 2016. Utanriksdepartementet skal i 2019 utarbeide ein strategi for korleis helsebistand frå Noreg bør innrettast for også å fange opp forskyvinga i den globale sjukdomsbyrda frå smittsame til ikkje-smittsame sjukdommar.

Internasjonalt arbeid for seksuell og reproduktiv helse og rettar knytte til dette

Informasjon og gode tenester er nødvendig for å kunne ta val om eigen kropp og seksualitet basert

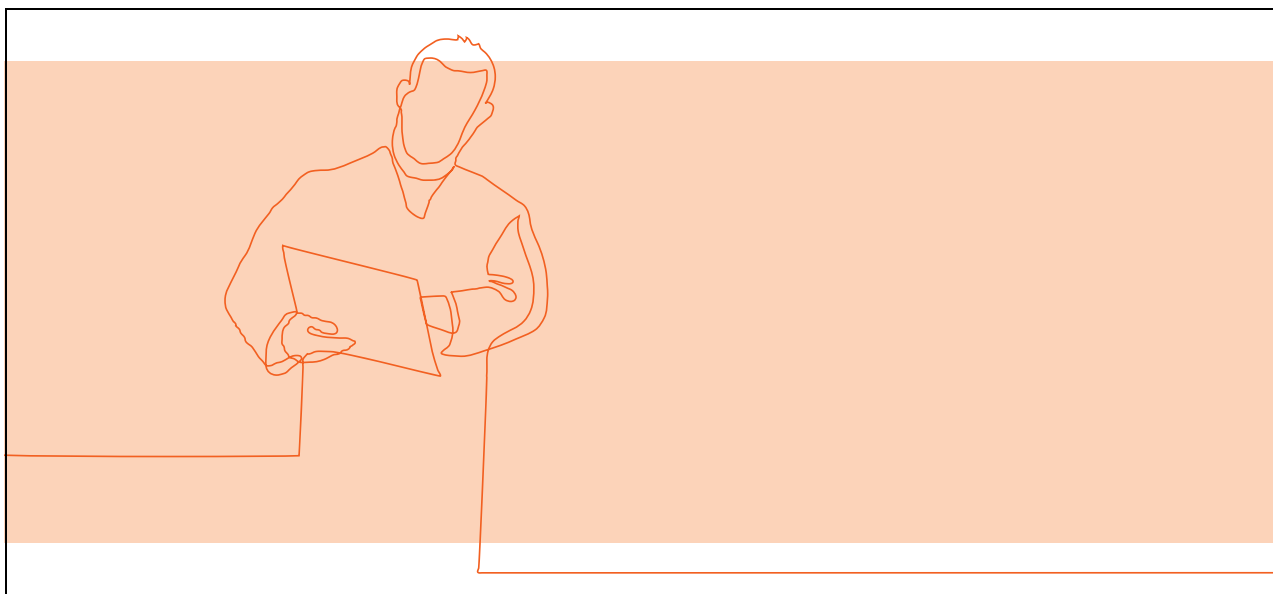
på kunnskap. Norsk innsats har vore særleg retta mot å gi jenter og unge kvinner nødvendige verkøy for å unngå uønskt graviditet og seksuelt overførbare sjukdommar som hiv. På grunn av aukande internasjonalt press mot tiltak for å fremje seksuell og reproduktiv helse har Noreg trappa opp innsatsen. Mellom anna var Noreg med på å lansere ei ny global finansieringsordning (GFF) for helsa til kvinner, barn og ungdommar i 2015. I denne ordninga er seksuell og reproduktiv helse prioritert. Tilgang til prevensjon er ei utfordring. Regjeringa har derfor auka støtta til arbeid for å gjere prevensjonsmiddel tilgjengelege, mellom anna gjennom UNFPA. Støtta til trygge aborttenester har òg auka.

Jenter og gutar treng kunnskap om seksualitet, likestilling og rettar for å ta gode val om eige liv og eiga helse. Noreg støttar arbeidet med undervisning om seksualitet i fleire land, mellom dei Malawi, Etiopia, Ghana, Iran og Colombia.

Utdanning er nøkkelen til at jenter og kvinner skal ha kunnskap, kjenne seg trygge og få aksept for å kunne bestemme over sitt eige liv, og for å ta gode val for barna sine. Dette har ikkje minst mykje å seie for seksuell og reproduktiv helse. Noreg ønskjer å sjå helse, utdanning og likestilling i samanheng. Når ei jente unngår å bli gravid for tidleg, vil ho gå lenger på skule og stå betre rusta for livet. Kvart ekstra år på skule aukar den framtidige inntekta hennar med 10–20 prosent.

Gjennom støtte til Det globale fondet for kamp mot aids, tuberkulose og malaria, og ved å gi støtte gjennom det sivile samfunnet, når norsk bistand ut til lokalsamfunn og utsette grupper slik at dei får auka tilgang til viktig kunnskap og viktige tenester.

9 Godt kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet



Figur 9.1

Godt folkehelsearbeid krev kunnskap om komplekse samspel av årsaker og verknader. Eit heilskapleg perspektiv på folkehelse må leggje vekt på kunnskap om kva som påverkar fysisk og psykisk helse og fører til at helsetilstanden er ulik i ulike delar av befolkninga. Samfunnsforhold og bakanforliggjande faktorar som er knytte til levekår og levevanar, blir i denne samanhengen stadig viktigare.

Regjeringa vil leggje vekt på å vidareutvikle eit kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom styrkt samarbeid mellom forskingsmiljø og forvaltninga på ulike nivå. Nokre av dei største folkehelseutfordringane krev òg omfattande internasjonalt samarbeid og tiltak på tvers av landegrensene. Døme er arbeidet mot tobakksskadar og antimikrobiell resistens. Det krev møteplassar og samarbeidsarenaer for deling av kunnskap og koordinering av tiltak på nasjonalt, nordisk, europeisk og globalt nivå.

9.1 Folkehelsedata

Viktige datakjelder for forskning og oversikt på folkehelseområdet er mellom anna helseregister, befolkningsundersøkingar og biobankar. Desse

datakjeldene kan utnyttast betre ved å leggje til rette for enklare tilgang til data og koplingar mellom datakjelder. Også datakjelder utanfor helsesektoren er nødvendige for å få god nok oversikt over folkehelsa. Særleg gjeld det påverknadsfaktorar i kommunane, jf. folkehelselova. Folkeregisterdata er grunnleggjande for mange analysar, og sosiodemografiske data, sosioøkonomiske data, informasjon om utdanningsnivå og miljødata gir viktig informasjon om påverknadsfaktorar. Denne typen informasjon kan òg hentast frå sentrale, nasjonale register eller frå folkehelseundersøkingar i fylka. Statistisk sentralbyrå har sosiodemografiske data som kan nyttast for å gi kunnskap om sosiale forskjellar i helsetilstand gjennom analysar og forskning.

Det er avgjerande med ein infrastruktur som er eigna til å fange opp breidda av dei faktorane som kan påverke helsa til folk. Folkehelselova trekkjer fram tre kjelder:

- opplysningar som statlege helsestyresmakter og fylkeskommunane gjer tilgjengelege
- kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene
- kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha verknader for helsetilstanden til folk

Ny teknologi opnar for innsamling av data på nye måtar, og nye analysemetodar og verktøy, som bruk av kunstig intelligens og maskinlæring, gjer at både nye og eksisterande data kan brukast til å gjere verdifulle analysar på folkehelsefeltet. Også kvalitative data som gir kunnskap om kva intensjonar, erfaringar, verdiar og meiningar folk har, kan bli viktigare.

Helseregister

Eit helseregister er ei strukturert samling av helseopplysningar. Det finst ulike typar av helseregister; enkelte omfattar heile befolkninga og er lovregulerte, slik som Kreftregisteret og Medisinsk fødselsregister. Nokre helseregister er baserte på samtykke eller reservasjonsrett, slik som mange medisinske kvalitetsregister som samlar informasjon om pasientar innanfor definerte sjukdomsgrupper. Alle som har tilgang til opplysningar i helseregisterna, har teieplikt, og det er blitt stilt strenge krav til informasjonstryggleik i desse registerna.

Dei sentrale helseregisterna er nasjonale register heimla i helseregisterlova §§ 9, 10 og 11, og blir nytta til helseovervaking, beredskap, forskning, styring, administrasjon og til å betre kvaliteten i helsetenestene.

Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) blei etablert i 2017 og vil på sikt innehalde opplysningar om alle innbyggjarar som har teke imot helse- og omsorgstenester frå heimkommunen. KPR skal gi sentrale og kommunale styresmakter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstenester. KPR kjem til å bli ei viktig datakjelde også i folkehelsearbeidet. Vidareutviklinga av KPR vil mellom anna omfatte data frå helsestasjons- og skulehelsetenesta.

Noreg har fleire smittevernregister som blir brukte både til kontinuerleg smittevernarbeid og i beredskapssamanheng. Det er etablert overvakingssystem for antibiotikaresistens hos menneske (Norm) og dyr (Norm-Vet), som i kombinasjon med informasjon frå Reseptregisteret gjer det mogleg å måle utviklinga av resistensnivå og antibiotikabruk.

Etter kvart som bruken av helseregisterna aukar, blir det avdekt nye måtar å bruke dei på og nye behov for data i registerna. Behov for nye data i registerna må sjåast på tvers av registerna; ein må unngå dobbelregistrering og gjere registerna nyttigare gjennom meir systematiske koplingar. Lege-middelinformasjon er eitt døme på informasjon som er nyttig for alle helseregister for å kunne

oppfylle formåla fullt ut og gi betre oversikt over folkehelsa. Regjeringa ønskjer å betre dette datagrunnlaget og vurderer derfor om det bør etablerast eit personidentifiserbart legemiddelregister.

Regjeringa vil sørge for at det blir utvikla betre registerdata både for psykiske lidningar og for ruslidningar, og sørge for å utvikle medisinske kvalitetsregister på område som høver for det, jf. regjeringa sin strategi for god psykisk helse (2017–2022) og den felles planen for utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregister som dei regionale helseføretaka står bak. Lettare tilgjengelege data og auka bruk av dei er, saman med betre datakvalitet, òg ein del av Helsedataprogrammet. Gode register med gode data vil danne eit vesentleg betre grunnlag for å utvikle ny kunnskap om psykiske lidningar og ruslidningar, som igjen er viktig for å kunne setje i verk førebyggjande tiltak og vidareutvikle helsetenestene.

Medisinske kvalitetsregister er helseregister der resultat som gjeld for ei avgrensa pasientgruppe, jamleg blir dokumenterte. Hovudsiktemålet med å behandle helseopplysningar i kvalitetsregister er å betre kvaliteten i helsetenestene gjennom forskning og analyse. Informasjon om utgreiing, behandling og oppfølging, og data som pasientar rapporterer om, dannar utgangspunkt for å forbetre og evaluere helse- og omsorgstenestene. Opplysningane kan òg brukast til å planlegge og styre helse- og omsorgstenestene.

Medisinske kvalitetsregister blir i aukande grad nytta som alternativ eller supplement til kliniske studiar der resultat av ulike behandlingsmetodar blir dokumenterte. Medisinske kvalitetsregister blir òg nytta som grunnlag for rekruttering av pasientar til kliniske studiar, særleg der pasientgrunnlaget er lite.

Ved inngangen til 2019 hadde Helsedirektoratet gitt 53 medisinske kvalitetsregister nasjonal status. Dei fleste av desse registerna er innanfor somatikken, men i desember 2018 fekk det første kvalitetsregisteret på rusfeltet nasjonal status (Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av ruslidelser – Kvarus). Innanfor det psykiske helsevernet finst det òg eitt kvalitetsregister med nasjonal status (gjeld eteforstyrningar).

Dei regionale helseføretaka har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt behovet for å etablere nye nasjonale medisinske kvalitetsregister, og har særskilt vurdert behovet for å etablere nye nasjonale register innanfor område der det finst lite kunnskap, som på områda rus og psykiske lidningar. Ein plan for prioriterte område blei send over til Helse- og omsorgsdepartemen-

tet i desember 2018. Planen inneheld tilrådingar når det gjeld kvalitetsregister innanfor rus, psykisk helse, somatikk og sjeldanfeltet. Ifølgje planen skal nye register innanfor rus og psykisk helse prioriterast høgast. Dei regionale helseføretaka har i 2019 fått i oppdrag å følgje opp planen for nye kvalitetsregister og utarbeide ein felles årleg statusrapport under leiing av Helse Nord RHF. Eventuelle nye nasjonale medisinske kvalitetsregister vil vere til hjelp når ein skal kartleggje pasientbehandling og effektar av behandling innanfor utvalde psykiske lidningar og somatiske sjukdommar.

Befolkningsbaserte helseundersøkingar

Formålet med befolkningsbaserte helseundersøkingar er å samle informasjon som ikkje finst i register. Det vil gjelde forhold som sjølvopplevd helse, livskvalitet, risikofaktorar, levevanar, faktorar i nærmiljøet og livssituasjon.

I august 2018 tok ei forskrift som regulerer dei befolkningsbaserte helseundersøkingane, til å gjelde. Undersøkingane er baserte på samtykke frå deltakarane. Forskrifta gir ei juridisk ramme for etablering av befolkningsbaserte helseundersøkingar og vidareføring av dei undersøkingane som alt er etablerte. Undersøkingane inneheld helseopplysningar og eventuelt biologisk humant materiale.

Om lag ein halv million nordmenn har til no delteke i ulike befolkningsbaserte helseundersøkingar. Dei største undersøkingane i Noreg i dag er den norske mor-og-barn-undersøkinga (med 270 000 deltakarar), Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag (Hunt, med 120 000 deltakarar), Tromsundersøkinga (med 45 000 deltakarar) og helseundersøkingane i Hordaland (med 45 000 deltakarar). Fleire av undersøkingane gjer det mogleg å følgje utviklinga i helsetilstanden i befolkninga over tid.

Grunnlaget for å estimere førekomsten av dei vanlege psykiske lidingane og ruslidningane i befolkninga er mangelfullt, også blant barn og unge. Desse lidingane er viktige årsaker til sjukdomsbyrde, særleg i dei yngre delane av befolkninga. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gjennomføre ein pilot for ei nasjonal diagnosebasert befolkningsundersøking i samarbeid med Hunt.

Ungdata blir nytta av dei fleste kommunane og gir verdifull informasjon om livet til ungdommar. Sidan 2012 er det samla inn data om meir enn 500 000 ungdommar i alderen 13–19 år. Det blei i 2017 utvikla eit eige spørjeskjema retta mot ti- til

tolvåringar, Ungdata junior. Som ein del av kunnskapsstøtta til programmet for folkehelsearbeid i kommunane gjennomfører OsloMet, i samarbeid med dei regionale kompetansesentera, Ungdata junior i fleire kommunar over heile landet. Ungdata junior vil kunne gi kommunane betre oversikt over situasjonen til barn og unge lokalt.

Ei rad informasjonskjelder gjer det nødvendig med gode system for å samle og vekte informasjon. Folkehelseprofilane samanfattar ei rad datakjelder og får såleis fram gjennomarbeidd og tilrettelagd statistikk for kommunar, fylkeskommunar og bydelar i dei fire største byane. Profilane blei lanserte i 2012, og dei blir nytta i stort omfang, med nedlasting over 60 000 gonger i året. Det er etablert eit samarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Utdanningsdirektoratet, Integreerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) og Helseinstituttet for å gjere oppvekststatistikk lettare tilgjengeleg for kommunane.

Boks 9.1 Saminor-undersøkingane

Saminor 1 og 2 utgjer ein stor database med informasjon om helsetilstand og levekår i befolkninga i nord. Saminor-undersøkingane har påvist helseutfordringar både i den samiske og i den ikkje-samiske befolkninga, men undersøkingane har inkludert for få geografiske område til at resultatane kan generaliserast.

Senter for samisk helseforskning er eit eksternt forskningssenter ved UiT – Noregs arktiske universitet. Hovudoppgåva til senteret er å drive forskning på helse og livsstil i den samiske befolkninga. Senteret gjennomførte Saminor 1 i kommunar med samisk befolkning i 2003–2004. Saminor 2 blei gjennomført i nokre kommunar i dei tre nordlegaste fylka i 2012–2014.

Så langt har Saminor vist at det generelt er funn som gir grunn til uro når det gjeld helsetilstand og sjukdom i befolkninga i nord. Det ligg føre lite forskning om førekomsten av psykiske helseproblem i den vaksne samiske befolkninga, og resultatane av desse studiane er tvitydige. Kunnskapen om psykiske plager og vald og overgrep i ulike etniske grupper i Nord-Noreg er mangelfull. Dette er viktige forskingsfelt å løfte. Det blir planlagt ei ny befolkningsundersøking, Saminor 3.

Boks 9.2 Hunt – Én helse

Hunt – Én helse er eit tilleggsprosjekt under Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag. Prosjektet skal leggje til rette for å kunne studere korleis kontakt mellom menneske, dyr og miljø påverkar både folkehelse og dyrehelse. Ved å undersøkje førekomsten av mikroorganismar inkludert resistenseigenskapar hos både dyr og menneske kan ein få viktig kunnskap om helseeffektar av dyrehald og finne ut meir om kor viktig eit naturleg, mikrobiologisk mangfald og mikroorganismar er for eit velfungerande immunsystem og for god helse hos både folk og dyr. Målet er å få kunnskap som bidreg til mindre sjukdom og betre helse og velferd hos menneske og dyr.

Kjelde: <https://www.ntnu.no/hunt4/en-helse>

Folkehelseundersøkingane i fylka har som hovudmål å skaffe fylkeskommunar og kommunar eit betre grunnlag når dei skal planleggje tiltak for å betre folkehelsa. Undersøkingane utfyller dataa i statistikkbankane Norgeshelsa og Kommunehelsa, som jamleg blir brukte til å utarbeide folkehelseprofilar for kommunane. Folkehelseundersøkingane gir òg nye data som kan leggjast inn i dei to statistikkbankane. Målet er at alle fylkeskommunar skal gjennomføre slike folkehelseundersøkingar kvart fjerde år, på ein måte som òg gir data til dei fleste kommunane. Undersøkingane skal gjennomførast i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Desse undersøkingane vil gi verdifull informasjon om helsetilstanden i befolkninga lokalt og regionalt, og skal kunne samanstillast på nasjonalt nivå.

Forskningsrådet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet vurdert ordningar for finansiering av datainnsamling til befolkningsbaserte helseundersøkingar. Forskningsrådet tilrår at det blir lagt til rette for ei ny finansieringsordning forvalta av Forskningsrådet. Regjeringa vil byggje vidare på tilrådingane frå Forskningsrådet med sikte på å opprette eit nytt langsiktig satsingsområde rigga for formålet, på tvers av og i tett samarbeid med relevante forskingsprogram.

Kommunar med samisk befolkning

Kommunane skal ha oversikt over folkehelseutfordringar lokalt, og i kommunar med samisk

befolkning av ein viss storleik kan det vere behov for meir detaljert statistikk som fangar opp spesifikke folkehelseutfordringar i den samiske befolkninga. Folkehelseinstituttet vil i samarbeid med Senter for samisk helseforskning vurdere om det er mogleg å inkludere data i Kommunehelsa statistikkbank, som kan nyttast i oversiktsarbeidet til kommunane. Folkehelseinstituttet vil i 2019 i samarbeid med Troms fylkeskommune, Universitetet i Tromsø og Senter for samisk helseforskning gjennomføre folkehelseundersøkinga i Troms.

Helsedataprogrammet

Dei samla helsedataa i Noreg er ein verdifull ressurs for næringsutvikling, helseforskning og innovasjon, og som reiskap for å utvikle betre og meir treffsikre helse- og omsorgstenester. Det ligg eit stort potensial i å leggje til rette for betre tilgang til desse dataa. Bruken skal alltid skje innanfor ramma av godt personvern og god datatryggleik.

Helsedataprogrammet er eit prosjekt leidd av Direktoratet for e-helse i samarbeid med Folkehelseinstituttet og andre aktørar for å forenkle tilgangen til helsedata for forskning, jf. kapittel 6.9. På samfunnsnivå er måla til Helsedataprogrammet betre folkehelse, effektive og kunnskapsbaserte helsetenester, meir involverte innbyggjarar og ei styrkt pasientrolle. Helsedataprogrammet skal medverke til å gjere helsedata lettare tilgjengelege for forskning og annan sekundærbruk, og skal sikre betre personvern og informasjonstryggleik. Programmet har som hovudmål å etablere felles tenester for forskarar og andre brukarar for å gi enklare og sikrere tilgang og kopling til data.

Programmet skal òg medverke til meir innovasjon og næringsutvikling. Helsedataprogrammet har òg som mål å gjere mellom anna mange kvalitetsregister tilgjengelege for sekundærbruk. Gjenbruk av data i løysingar som tilbyr avansert analyse og ulike gradar av programvarebasert intelligens, kan skje i stor skala.

Ei sentral målsetjing med Helsedataprogrammet er å etablere ei helseanalyseplattform som på ein trygg og sikker måte skal gjere helsedata enklare tilgjengelege for forskning og analyse. Formålet med å etablere ei helseanalyseplattform er å forenkle og effektivisere tilgangen til helsedata innanfor breidda av formåla med helseregistera. Vidare skal plattformen gi høve til personvern, gi innbyggjarane meir kontroll over korleis deira egne data blir nytta, og redusere risikoen for at data blir misbrukte. Helsedata er ein samfunnsressurs som blir brukt til å redde liv, skape betre folkehelse, betre ressursbruken og forsterke

Boks 9.3 Biobankar

Biobankar er samlingar av biologisk materiale, samla inn ved at folk har delteke i befolkningsbaserte helseundersøkingar, gjennom forskingsprosjekt eller som del av eit diagnostikk- eller behandlingsforløp i helsetenesta. Analysar av biologisk materiale i kombinasjon med helsedata frå helseundersøkingar og/eller helseregister gjer det mogleg å skaffe fram kunnskap om diagnostikk, behandling og førebygging. Genetiske data frå desse biobankane gir nødvendige og viktige bidrag til utviklinga av persontilpassa medisin.

Biobank Noreg er ein felles infrastruktur for biobankar. Formålet er å leggje til rette for framifrå forskning og innovasjon og setje norske forskarar i stand å delta i internasjonalt forskingssamarbeid. Eit anna formål er å leggje til rette for internasjonalt konkurransedyktige biobanktenester innanfor basal, klinisk og epidemiologisk medisinsk forskning. Biobank Noreg er eit konsortium finansiert gjennom Noregs forskingsråd med ti partnarar (dei fire største universiteta, Folkehelseinstituttet, dei fire regionale helseføretaka og Kreftregisteret).

pasienttryggleiken. Forskingsrådet og Direktoratet for e-helse har inngått ein samarbeidsavtale for å utvikle helseanalyseplattforma. Helseanalyseplattforma skal utviklast med ein felles analyseinfrastruktur, felles innbyggjartenester og ei felles dataplattform der data frå helseregister, kvalitetsregister, biobankar, befolkningsbaserte helseundersøkingar og sosioøkonomiske data kan gjerast tilgjengelege for bruk på ein sikker måte. Det blir lagt opp til tett samarbeid med andre slike system som blir utvikla, til dømes microdata.no.

9.2 Forsking og innovasjon

Bruk av nye teknologiske løysingar og innovasjonar vil kunne medverke til god folkehelse og betre helse- og omsorgstenester. Det er eit stort potensial for meir forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet.

Gjennom Noregs forskingsråd blir det finansiert forskning og innovasjon som skal vere kjenneteikna av både høg kvalitet og stor nytte. Fleire

departement finansierer forskingsprogram og strategiske satsingar som er viktige for folkehelsa. Nokre av dei viktigaste forskingsprogramma er Bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse), Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helsevel), Kvinners helse og kjønnspektiver (Kvinnehelse), God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling), Global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac), Bærekraftig verdiskaping i mat- og biobaserte næringer (Bionær), Havbruksforskning (Havbruk) og Marine ressurser og miljø (Marinforsk). I tillegg bidreg Noreg til å finansiere ei rekkje europeiske fellesprogram (Joint Programming Initiatives – JPI), mellom anna JPI Mat og helse (A healthy Diet for a healthy Life – HDHL) og JPI Antimikrobiell resistens (JPI AMR).

Forskningsprogrammet Bedrehelse prioriterer forskning og forskingsbasert innovasjon av høg kvalitet som kan medverke til å betre folkehelsa, auke livskvaliteten og redusere sosial ulikskap i helse. Utvikling og styrking av tiltaksforskning er eit av dei høgast prioriterte forskingsområda i Bedrehelse, og programmet har som mål å få fram forskning som kan danne grunnlag for nye og effektive nasjonale helsefremjande og førebyggjande tiltak. Utvikling, implementering og evaluering av tiltak som kan gi eit bidrag til betre folkehelse, i tillegg til forskning som blir utført i, for og saman med kommunane, står sentralt. Forskning som kan gi kunnskap om korleis sosiale forskjellar i helse, vanhelse og livskvalitet oppstår og kan førebyggjast og reduserast, har prioritet. Den forskinga som blir finansiert, skal ha god kvalitet og høg nytteverdi og inkludere brukarmedverknad i planlegginga og gjennomføringa og i samband med implementeringa av utvikla tiltak.

Programmet vil gjennom strukturelle prioriteringar auke tverrfagleg, tverrsektorielt, nasjonalt, nordisk og internasjonalt samarbeid, og auke deltakinga i konkurransen om finansiering frå EU. Det er eit mål å stimulere til innovasjon og leggje til rette for næringsutvikling på folkehelseområdet.

Bedrehelse har stor tematisk breidd og skal medverke til å realisere måla i regjeringa sin handlingsplan for HelseOmsorg21-strategien. Sentrale tema for programmet er

- helsedata som nasjonalt fortrinn med tanke på eit kunnskapsbasert folkehelsearbeid
- styrkt forskning og innovasjon i, for og saman med kommunane
- auka kunnskap om antibiotikaresistens
- forskning og innovasjon om samanhengar mellom mat, ernæring og helse

Strukturelle føringar i utlysingane har stimulert til bruk av helsedata, samarbeid med kommunar og brukarmedverknad. I tillegg har programmet samarbeidd med andre program om fellesutlysingar for å stimulere til samarbeid på tvers av fag, institusjonar og sektorar. Døme er koordinert samarbeid om antibiotikaresistens og miljøprosjekt med helserelevans.

Programmet har som mål å styrkje forskinga og få etablert internasjonalt leiande forskingsmiljø på folkehelseområdet. Gjennom årlege utlysingar av forskarprosjekt i heile breidda til programmet er programmet med på å få dette til.

Programmet har eit breitt nedslagsfelt, og konkurransen er stor og kvaliteten god. Brukarmedverknad er ei strategisk prioritering i programmet, og på sikt vil det gjere forskinga meir samfunnsrelevant og medverke til at forskingsresultata blir tekne raskare i bruk.

Programmet medverkar til kvalifisering og mobilisering til det europeiske forskingsområdet (Era) og Horisont2020 ved å finansiere norsk deltaking i europeiske fellesprogram og europeiske forskingsnettverk (Era-Net). Deltaking gjer at det blir bygd internasjonale nettverk og utvikla norske forskingsmiljø, og fører til koordinering og samordning av nasjonal og internasjonal forskning.

Programmet er i hovudsak finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, men får òg midlar frå Kunnskapsdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Kulturdepartementet.

I handlingsplanen for oppfølginga av HelseOmsorg21-strategien er eit av tiltaka å leggje til rette for «eit meir heilskapleg og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse». Forskingsrådet har bidrege til utlysing både av nasjonale nettverk og deltaking i forskningssamarbeid innanfor heile matkjedea. I all hovudsak er dette blitt følgt opp via det europeiske fellesprogrammet mat og helse (JPI HDHL), der Forskingsrådet har bidrege. Nasjonalt har dette ført til ein tettare dialog mellom forskingsområda Bedrehelse, Bionær, Havbruk og Marinforsk og til betre samhandling, samordning og koordinering mellom dei respektive områda i Forskingsrådet. Forventinga om eit slikt samarbeid er òg tydeleggjort i Handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021).

Forskning er ei av dei fire lovpålagde oppgåvene til spesialisthelsetenesta. Dei regionale helseføretaka har eit særleg ansvar for pasientretta forskning og kliniske studiar. Det er forskingsaktivitet ved alle helseføretak, men universitetssjukehusa står for den største delen, om lag 80 prosent i

2017. Forsking i spesialisthelsetenesta er nødvendig for å sikre eit kvalitativt godt, pasientsikkert og oppdatert diagnostikk- og behandlingstilbod til norske pasientar og ein føresetnad for vidareutviklinga av helsetenesta. Forsking er viktig for at helsetenesta skal kunne førebyggje, behandle og rettleie pasientar og pårørande i tråd med den medisinske utviklinga, og for at helsetenesta skal vere i stand til å gjere kritiske vurderingar av etablerte og nye diagnostiske metodar, behandlingstilbod og teknologi.

Ei systematisert forskingsverksemd dannar òg basis for kvalitetsutvikling i spesialisthelsetenesta, der bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregister og biologisk materiale (biobankar), utvikling av nasjonale og fagspesifikke kvalitetsindikatorar og innføring av kunnskapsbasert praksis er viktige verkemiddel.

I dei siste åra er det blitt sett i verk ei rad tiltak for å auke talet på kliniske studiar i spesialisthelsetenesta og auke forskingsaktiviteten i den kommunale helse- og omsorgstenesta, mellom anna som ei oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Infrastrukturen for klinisk forskning er i stor grad bygd ut, og det er sett i verk nasjonale prosessar for å samordne rutinar og retningslinjer mellom spesialisthelsetenesta og universitets- og høgskulesektoren, for såleis å leggje tilhøva betre til rette for forskningssamarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt ein instruks til styra i dei regionale helseføretaka om samarbeidet med universitet og høgskular. Formålet er mellom anna å sikre at samarbeidet mellom dei regionale helseføretaka og universitet og høgskular i regionen varettek saker innanfor helseforskning og innovasjon av gjensidig interesse. Dei regionale helseføretaka skal ta del i planlegginga som universitet og høgskular gjer som gjeld forskning, innovasjon og utdanning i spesialisthelsetenesta, og dei skal sørge for at universitet og høgskular kan ta del i planlegginga som føretaket gjer som gjeld forskning, innovasjon og utdanning. Det er òg etablert ei nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning som skal sikre dialog og samordninga av forskinga i eit nasjonalt perspektiv.

Sjukdomsbyrdeanalysar

Det internasjonale sjukdomsbyrdeprosjektet «The Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study» (GBD) er eit system som kan samanlikne og samanfatte korleis ulike sjukdommar, skadar og risikofaktorar rammar befolkninga.

Sjukdomsbyrdeanalysar for Noreg vil stadig bli forbetra gjennom betre bruk av eksisterande helsedata, ved å heve kvaliteten på helsedata som blir nytta i analysane, og ved å skaffe fram gode helsedata der slike manglar. Det blir dessutan arbeidd med å gjere sjukdomsbyrdeanalysar på regionalt nivå tilgjengelege for Noreg.

Vurderingar av kor nyttige og kostnadseffektive ulike tiltak er, står sentralt for å kunne gjere gode prioriteringar, men høg sjukdomsbyrde kan ikkje direkte nyttast til å avgjere kvar løysingane finst, og kva grupper av sjukdommar som skal prioriterast med kjende tiltak. Ein del sjukdommar som utgjer ei svært høg sjukdomsbyrde, kan krevje avansert og kostbar behandling. Motsett kan sjukdommar som ikkje står for ei høg sjukdomsbyrde, eller som berre er knytte til sjukdomsbyrde i eit avgrensa geografisk område, behandlast med svært kostnadseffektive tiltak.

Sjukdomsbyrdedata kan ikkje erstatte behovet for regelmessig og systematisk innhenting av nasjonale data som viser førekomst av sjukdommar og skadar. Noreg manglar òg nasjonalt representative data om sentrale risikofaktorar. Det er ei prioritert oppgåve å skaffe valide norske data om sentrale risikofaktorar som kjem inn under det internasjonale sjukdomsbyrdeprosjektet GBD.

Næringsutvikling

Næringslivet er ein viktig aktør og samarbeidspartnar for å oppnå ei meir berekraftig helse- og omsorgsteneste i framtida, mellom anna gjennom styrkt felles innsats når det gjeld kommersialisering og innovasjon. I stortingsmeldinga om helsenæringa foreslår regjeringa ei rad tiltak for å nå målet, samtidig som den norske helsenæringa aukar konkurransekrafta også i ein global marknad. Næringslivet er ein sentral aktør, særleg med tanke på å få gjennomført fleire kliniske studiar i Noreg.

Dei regionale helseføretaka har etablert ein nasjonal infrastruktur for kliniske studiar, Norcrin, som skal fungere som ein inngangsport mellom anna for industriaktørar som ønskjer å gjennomføre kliniske studiar på norske pasientar. Næringslivet kan vidare bidra til å møte dei stadig aukande krava til å dokumentere effekten for medisinsk utstyr, men er avhengig av samarbeid med tenesta om felles testfasilitetar. Det er òg viktig å leggje til rette for at private aktørar får tilgang til helse- og registerdata, men det er ein føresetnad at ein tek omsyn til personvernet.

I stortingsmeldinga om helsenæringa, Meld. St. 18 (2018–2019) «Helsenæringa – Sammen

om verdiskaping og bedre tjenester», blir det lagt vekt på at samarbeidet mellom helsetenesta og næringslivet om innovasjonar og metodeutvikling må styrkjast. Det er eit mål å styrkje konkurransekrafta til den norske helsenæringa og samtidig medverke til ei meir berekraftig helse- og omsorgsteneste og meir effektiv førebygging, behandling og omsorg. Samarbeid på tvers av sektorar og fagområde vil vere sentralt med tanke på å stimulere til innovasjon og oppnå synergjar, mellom anna i form av kunnskapsoverføring.

Innovasjonskrafta, kompetansen og ressursane i næringslivet kan gi løysingar på utfordringane som den norske helse- og omsorgstenesta står overfor. Gode underleverandørar er viktig for at helse- og omsorgstenesta får løyst utfordringane sine på ein effektiv måte, og helse- og omsorgstenesta bør arbeide strategisk for å sikre dette.

9.3 Kunnskapshandtering

Det mangfaldet og omfanget av kunnskapskjelder som finst i dag, gjer det krevjande å orientere seg både for fagfolk og for lekfolk. Kompetanse i kunnskapshandtering blir stadig meir nødvendig. Slik kompetanse inneber mellom anna oversikt over relevante kunnskapskjelder, erfaring i å søkje etter relevant kunnskap og evne til kritisk vurdering av kunnskapen, jf. kapittel 6.9.2 om «health literacy».

I takt med at det blir utvikla betre datakjelder på ulike nettstader, vil det vere behov for enklare system for å finne dei aktuelle kjeldene. Som ein del av oppfølginga av regjeringa sin handlingsplan for HelseOmsorg21-strategien har Forskingsrådet etablert HelseOmsorg21 Monitor og arbeider vidare med å utvikle han. Monitoren viser statistikk om forskings- og innovasjonsaktivitetar på området helse og omsorg i Noreg. Siktemålet er å samle relevant statistikk på éin stad og sørgje for eit godt kunnskapsgrunnlag for avgjerder på alle nivå. Monitoren viser statistikk om mellom anna økonomiske og personmessige ressursar, kva sjukdommar det blir forska på, forskingsresultat, og kva sjukdommar som er utbreidde i befolkninga. Statistikk for kommunar og næringsliv skal innarbeidast i monitoren.

Forskingsrådet og EU understrekar kor viktig det er at den forskinga som blir finansiert med offentlege midlar, skal vere til beste for samfunnet. Det inneber at dataa bak forskingsresultata skal vere tilgjengelege for flest mogleg – for andre forskarar, men òg for forvaltninga og

næringslivet. Meir openheit og betre kunnskapsflyt er viktig for å heve kvaliteten på forskinga og maksimere samfunnsnytta. Omgrepet Open Science inneber ifølgje EU «ei ny tilnærming til den vitskaplege prosessen basert på samarbeid og nye måtar å dele kunnskap på ved å bruke nye teknologiar og nye samarbeidsverktøy». Som eit ledd i dette har EU utvikla den såkalla Plan S, som inneber at all forskning som blir finansiert av EU, skal publiserast med open tilgang frå og med 2020. Noregs forskingsråd og fleire andre institusjonar som finansierer forskning i Europa, har slutta seg til planen og innfører kravet for forskarar som får tildelt midlar.

Informerte avgjerder om val av helsefremjande tiltak føreset at relevant kunnskap om tiltaket er tilgjengeleg, og at den som skal ta ei avgjerd, i tilstrekkeleg grad er i stand til å vurdere dokumentasjonen for tiltaket. Det gjeld til dømes ekspertgrupper som skal avgjere kva råd dei vil gi helsestyresmaktene om innføring av ein ny vaksine, kva råd dei vil gi kommunar om skjenketider, eller kva råd dei vil gi fastlegar som lurar på om dei bør tilrå eit røykesluttprogram for pasientane sine.

Kunnskapsoppsummeringar om verknader av folkehelseiltak må vere tilgjengelege i eit format som dei som skal ta avgjerdene, forstår og vil bruke. Tradisjonelt har rapporteringa av kunnskapsoppsummeringar følgt standardar frå anna forskning og vore vanskeleg tilgjengeleg. Denne utfordringa er erkjend, og Folkehelseinstituttet arbeider med å utvikle betre måtar å presentere kunnskapsoppsummeringar på. Folkehelseinstituttet arbeider òg med å utvikle system for raske risikovurderingar til bruk i beredskapssituasjonar. I situasjonar der rådgivinga har stor hast, vil ein ikkje kunne bruke den same metodikken som ein tradisjonelt har brukt for kunnskapsoppsummeringar.

Mange land har etablert ein grundig og systematisk prosess for vurdering av tiltak i helsesektoren, ofte med vekt på kliniske helsetenester. I Noreg blei systemet Nye metodar i spesialisthelsetenesta etablert i 2013. Eit system etter same modell blei nyleg etablert for å vurdere om ein skulle innføre nye vaksinar eller gjere endringar i kva vaksinar ein burde tilrå i offentleg regi, der dei same prinsippa for prioritering blei lagde til grunn i metodevurderingane. Også den samfunnsmessige nytta av vaksine som smitteverntiltak blir vurdert. Det blir òg gjort noko meir omfattande vurderingar som grunnlag for å tilrå offentleg finansiering av befolkningsbaserte tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet har bede Folkehelseinstituttet om å implementere systemet i samarbeid med Legemiddelverket.

HelseOmsorg21 – eit kunnskapssystem for betre folkehelse

Målet med HelseOmsorg21-strategien er å leggje til rette for ein målretta, heilskapleg og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet. HelseOmsorg21-rådet, med representantar frå næringslivet, tenestene, forskingsmiljø, brukarar og fleire, er blitt ein viktig arena for å utvikle eit meir heilskapleg kunnskapssystem for helsetenesta.

Erfaringane med Kommunenes strategiske forskningsorgan og programmet for folkehelsearbeid i kommunane vil vere viktige å byggje vidare på i arbeidet for å styrkje kunnskapsutviklinga rundt det kommunale folkehelsearbeidet og i den vidare oppfølginga av HelseOmsorg21-strategien. Målet er eit styrkt samarbeid mellom forvaltinga på ulike nivå, frivillige og private organisasjonar og fag- og forskingsmiljø.

Utdanning

I dei siste ti åra har ei rad universitet og høgsular etablert folkehelseutdanningar på bachelor- og mastergradsnivå. Desse utdanningane er ofte tverrfagleg innretta og supplerer dei tradisjonelle helsefaglege utdanningane innanfor folkehelsearbeid. Dei nye utdanningane har styrkt kompetansen når det gjeld folkehelse både i helsetenestene og i forvaltinga, både på statleg og på kommunalt nivå. Gjennom det nasjonale nettverket for forskning og utdanning på området helsefremjing er det teke initiativ til å etablere ein konsensus omkring innhaldet i slike utdanningar. Gjennom utdanningane blir det utvikla omfattande ny kunnskap som bør takast i bruk. Nyutdanna folkehelsearbeidarar vil òg vere eit viktig bindeledd mellom forskingsmiljøa og forvaltinga og dei kommunale tenestene.

Medverknad frå befolkninga og brukarane

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt føringar om brukarmedverknad i forskinga i Forskringsrådet og dei regionale helseføretaka. Det er utarbeidd felles vurderingskriterium for kvalitet og nytte som blir nytta for å vurdere søknader om forskingsmidlar frå dei regionale helseføretaka. Tanken er at resultat frå forskinga i større grad skal takast i bruk, og at forskinga i størst mogleg grad skal vere i tråd med dei behova for kunnskap brukarane og tenestene har. Verkemiddelet behovsidentifisert forskning skal nyttast i alle dei nasjonale helseforskningsprogramma og medverke til at sentrale brukarar av forskingsresultat får høve til å

påverke kva det skal forskast på i helsetenesta. Dette er ein heilt ny måte å involvere brukarar på, og han har gitt brukarane reell medverknad når det gjeld å bestemme kva det skal forskast på.

Konsekvensvurderingar

I tråd med folkehelselova (§ 22) og utgreiingsinstruksen skal statlege styresmakter vurdere konsekvensar for helsetilstanden i befolkninga i eiga verksemd der det er relevant. Statlege strategiar, planar eller tiltak kan føre til utilsikta, negative konsekvensar for helsetilstanden og livskvaliteten til folk eller føre til auka sosiale ulikskapar i helsetilstand. I slike prosessar er det derfor viktig at konsekvensar for folkehelse og livskvalitet blir vurderte, og at slike konsekvensar blir nærmare utgreidde ved behov.

Helsedirektoratet skal utarbeide ei samla rettleiing til utgreiingsinstruksen om verknader for folkehelse og utgreiing av helseeffektar i samfunnsøkonomiske analysar.

Ny forskrift om konsekvensutgreiingar etter plan- og bygningslova tredde i kraft 1. juli 2017. Formålet med føresegnene om konsekvensutgreiingar er å sikre at det blir teke omsyn til miljø og samfunn når ein førebur planar, og når ein tek stilling til om, og på kva vilkår, planar skal gjennomførast. Eit av områda som skal vurderast dersom det kan få vesentlege verknader for miljø og samfunn, er konsekvensar for befolkninga si helse. Av rettleiinga går det fram at dette i stor grad må baserast på faglege vurderingar og kunnskap om samanhengen mellom påverknadsfaktorar og helse, kor alvorlege dei er, og kva omfang dei har.

Evalueringar

Ei sentral problemstilling i forskinga på folkehelse er å finne og estimere verknaden av tiltak som kan føre til betre helse og mindre sjukdom. Regjeringa signaliserte i folkehelsemeldinga frå 2015 innsats for å styrkje tiltaksforskning ved å leggje til rette for systematisk utprøving og evaluering. Dette er viktige element i eit kunnskapssystem der avgjerdestakarar, brukarar og forskarar samarbeider om å finne løysingar når ein skjønar at ein har behov for kunnskap.

Eit godt samarbeid og koordinering mellom evalueringsmiljø og dei som set i verk politikkendringar og tiltak, er nødvendig for å leggje til rette for gode evalueringar. Det er avgjerande at forskarane kjem tidleg inn i prosessane, slik at evalueringsdesign kan planleggjast i forkant av implementering. Folkehelseinstituttet har etablert eit internt senter som har som formål å gjennom-

føre evalueringar av tiltak på folkehelseområdet, styrkje tiltaksforskninga ved instituttet og utvikle modellar for brukarmedverknad. Senteret er òg ein nasjonal ressurs for evaluering av tiltak på folkehelseområdet overfor kommunal, fylkeskommunal og nasjonal forvaltning. Senteret har ei brei metodisk tilnærming og vil utføre studiar basert både på naturlege eksperiment og på planlagde evalueringar av verknader av enkelttiltak.

Gjennom programmet for folkehelsearbeid i kommunane (2017–2026) får kommunane midlar til å utvikle tiltak for å betre den psykiske helsa til barn og unge og førebyggje rusmiddelbruk. Ein viktig føresetnad i programmet er at alle tiltak skal evaluerast. Universiteta, relevante kompetansesenter utanfor spesialisthelsetenesta og Folkehelseinstituttet er blitt oppmoda om å vere med på å evaluere verknader av tiltaka. Erfaringane er så langt positive, ved at det er etablert samarbeid gjennom regionale samarbeidsorgan, organiserte av fylkeskommunane. Desse erfaringane vil danne grunnlag for meir systematisk utvikling av tiltak også når det gjeld andre tema i folkehelsearbeidet.

Formidling og kommunikasjon

Folkehelseprofilane og Norgeshelse statistikkbank gir nyttig informasjon om folkehelse i kvar enkelt kommune/fylkeskommune. Folkehelseinstituttet vil vidareutvikle folkehelsestatistikken for å leggje til rette for raskare og meir tilgjengeleg oversikt over trendar i befolkninga. Målet er å setje nasjonale og regionale styresmakter betre i stand til å følgje med på viktige utviklingstrekk på ulike folkehelseområde gjennom ei grafisk og kartbasert framstilling av dei viktigaste nøkkelinikatorane. Målgruppa vil primært vere nasjonale styresmakter og fylkeskommunar, men rapportane vil òg kunne vere nyttige i det arbeidet kommunane gjer for å skaffe seg oversikt.

Boks 9.4 Godt kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet

Regjeringa vil

- arbeide med å etablere helseanalyseplattforma, med mål om eit heilskapleg analyse-system
- leggje til rette for evaluering av nasjonale folkehelseiltak
- arbeide for ei ny finansieringsordning for befolkningsundersøkingar

10 Økonomiske og administrative konsekvensar

God helse og livskvalitet er først og fremst viktig for den enkelte, men må òg sjåast i lys av behovet for ei berekraftig samfunnsutvikling. God helse blant folk er ein viktig ressurs for arbeidsliv og samfunnsliv. Det er behov for å auke innsatsen når det gjeld å førebyggje sjukdom og lidingar. Ei veksende befolkning med relativt fleire eldre vil krevje store ressursar i helse- og omsorgstenestene. Eit systematisk og langsiktig folkehelsearbeid kan mellom anna medverke til ei berekraftig utvikling i desse tenestene.

Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt, og noko av formålet med denne meldinga er å samle og gjere greie for det arbeidet regjeringa gjer som har verknader for folkehelsa. Denne meldinga omtaler derfor ei rad meldingar, strategiar og planar som allereie er vedtekne og blir følgde opp på ordinær måte i budsjettsamanheng. Meldinga viser òg til kommande stortingsmeldingar, handlingsplanar, strategiar o.a. som vil ha eigne prosessar når det gjeld økonomiske og administrative konsekvensar.

Meldinga inneheld ein strategi for å førebyggje einsemd, der regjeringa varslar kampanjar i samarbeid med frivillig sektor for å synleggjere einsemd som ei folkehelseutfordring.

Vidare blir det presentert ein strategi for å redusere tobakksbruken.

Vidare skal det etablerast eit interdepartementalt samarbeidsforum med sikte på ei heilskapleg forvaltning, der vatn, avløp og andre forhold som kan påverke drikkevannet eller påverkar samfunnstryggleiken, blir sedde i ein samanheng.

Det skal setjast i gang ei utgreiing for å utvikle retningslinjer for korleis folkehelsearbeidet skal prioriterast. På sikt vil dette få verknader for arbeidet i kommunar og fylke, og for arbeidet på sentralt nivå.

Dei fleste av tiltaka som er omtalte i meldinga, kan gjennomførast innanfor dei gjeldande budsjetttrammene, men ein tek atterhald om at tiltaka først kan gjennomførast når det er dekning i budsjettet. Nokre nye tiltak krev nærmare utgreiingar, og desse utgreiingane blir dekte innanfor eksisterande rammer. Regjeringa vil komme tilbake til økonomiske konsekvensar av eventuelle nye tiltak i budsjetta for kvart enkelt år.

Fordi store delar av folkehelsearbeidet må skje lokalt, omtaler meldinga lokale forhold. Dette gjeld særleg i kapittel 5 om nærmiljø og lokalsamfunnsutvikling og i kapittel 7, men det er ikkje varsla tiltak i meldinga som pålegg kommunar eller fylkeskommunar nye oppgåver eller auka utgifter.

Det blir lagt opp til at det systematiske folkehelsearbeidet skal halde fram, med ei melding til Stortinget kvart fjerde år. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vil vidareføre si rapportering i forkant av meldingsarbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 5. april 2019 om Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn blir send Stortinget.

Litteraturliste

- Aagestad, C, Bjerkan, AM & HM Gravseth (2017). Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenlikning. STAMI-rapport nr. 3, 2017.
- Aartsen, M, Veenstra, M & Hansen, T (2017). Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM – Population Health* 3 (2017) 419–426. Hentet fra <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/ensomhet-ikke-bra-for-helsen>
- Arbeidstilsynet (2019). Statistikk – arbeidsskadedødsfall. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/om-oss/statistikk/arbeidsskadedoedsfall/>
- Bakken, A (2017). Sosiale forskjeller i ungdomsidretten – fattigdomsproblem eller sosial gradient? I: Oppvekstrapporten 2017, Bufdir.
- Bakken, A (2018). Ungdata 2018: Nasjonale resultater. NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA.
- Bakken A, Frøyland, LR & Sletten, MA (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdataundersøkelsene? Oslo: NOVA (NOVA-rapport 3/2016)
- Barstad, A (2016). Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2479).
- Barstad, A (2018). Livskvalitet blant innvandrere. En analyse basert på Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016. Statistisk sentralbyrå, Rapport 2018/31. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet-blant-innvandrere>
- Barstad, A & Sandvik, L (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2387).
- Bergem, R, Amdam, R, Dahl, SL, Olsen, GM & Synnevåg, ES (2018). Nærmiljø og lokalsamfunn for folkehelse. Delrapport frå evaluering av satsinga Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer helse. Volda: Høgskulen i Volda (Notat nr. 2/2018).
- Berry, D, Blair, C, Willoughby, M, Garrett-Peters, P, Vernon-Feagans, L & Mills-Koonce, WR (2016). Household chaos and children's cognitive and socio-emotional development in early childhood: Does childcare play a buffering role? I: *Early Childhood Research Quarterly*, Q1 2016, Vol.34, s. 115–127.
- Bjørnstad, AF (2018). Utviklingen i pensjonering og sysselsetting blant seniorer. I: *Arbeid og velferd* 2/2018.
- Brandlistuen, RE, Helland, SS, Evensen, LA, Schjølberg, S, Tambs, K, Aase, H & Wang, MV (2015). Sårbare barn i barnehagen – betydning av kvalitet, Rapport 2015:2 Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Brattbakk, I & Andersen, B (2017). Oppvekststedets betydning for barn og unge. Nabolaget som ressurs og utfordring. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet ved HiOA, Rapport 2017:02.
- Breivik mfl. (2017). Å bli utsatt for mobbing: en kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak. (delrapport 1). Stavanger: Læringsmiljøsentret.
- Brian, AP, Shensa, A, Sidani, JE, Whaite, EO, yi Lin, BS, Rosen, D, Colditz, JB, Radovic, A, Miller, E (2017): Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults. *U.S. Am J Prev Med* 2017;(4).
- Bøe, T (2015). Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Oslo: Helsedirektoratet (IS 2412).
- Cho, YI, Lee, SY, Arozullah, AM, Crittenden, KS (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine* 66(8):1809–16
- Cramer, V (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Kompetansesenterets prosjektrapport 2014-1. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst.
- Cuypers, K, Krokstad, S, Holmen, TL, Skjei Knudsen, M, Bygren, LO, Holmen, J (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *J Epidemiol Community Health*. 2012

- Aug;66(8):698–703. doi: 10.1136/jech.2010.113571. Epub 2011 May 23.
- Dahl, E, Bergsli, H & van der Wel, KA (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høyskolen i Oslo og Akershus, 2014.
- Dahl, E, van der Wel, KA & Harsløf, I (2010). Arbeid, helse og sosial ulikhet Oslo: Helsedirektoratet (IS-1774).
- Dalgard, AB (red.) (2018). Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016. Statistisk sentralbyrå, Rapport 2018/20.
- Dietrichson mfl. (2017). Academic interventions for elementary and middle school students with low socioeconomic status. I: Review of educational research 2017.
- Dyb, E og Lid, S (2017). Bostedsløse i Norge 2016 – en kartlegging. NIBR-rapport 2017:13.
- ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control (2019). ECDC country visit to Norway to discuss antimicrobial issues 12–16 March 2018. Stockholm: ECDC; 2019.
- Eikemo, TA, Hoffmann, R, Kulik, MC, Kulhánová, I, Toch-Marquardt, M, mfl. (2014) How Can Inequalities in Mortality Be Reduced? A Quantitative Analysis of 6 Risk Factors in 21 European Populations. PLOS ONE 9(11): e110952. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110952>
- Ekornrud, T, Skjøstad, O & Texmon, I (2015). Utgifter til behandling hos tannlege. Ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar. Statistisk sentralbyrå, rapport 2015/40.
- Ekornrud, T & Thonstad, M (2018). Frisklivssentralar i kommunane 2013–2016. Statistisk sentralbyrå.
- Elgvin, O, Bue, K & Grønningsæter, AB (2014). Åpne rom, lukkede rom: LHBT i etniske minoritetsgrupper. FAFO-rapport 2014:49.
- Elstad, JI (2017). Innlegg på konferansen «10 år med nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller – hvor er vi i dag?», Oslo, 16.11.2017.
- Elstad, JI (2018). Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. Scandinavian Journal of Public Health 46:74–82 (special issue)
- Epland, J (2018). Flere barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-barn-i-husholdninger-med-vedvarende-lavinntekt>
- Eriksen, AMA, Hansen, KL & Javo, C (2015). Emotional, physical and sexual violence among Sami and non-Sami populations in Norway: The SAMINOR 2 questionnaire study. Scandinavian Journal of Public Health, Vol 43, Issue 6, 2015. <https://doi.org/10.1177/1403494815585936>
- Eriksen, IM, Sletten, MA, Bakken, A & Von Soest, T (2017). Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Oslo: NOVA (Nova-rapport 6/17)
- Federici, RA, Gjerustad, C, Vaagland K, Larsen, E, Rønsen, E & Hovdhaugen, E (2017). Spørsmål til Skole-Norge våren 2017. Analyser og resultater fra Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse til skoler og skoleeiere. rapport 2017:12, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU), Oslo.
- Finbråten, HS & Pettersen, KS (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». Vård i Norden 32(3):47–52.
- Finnvold, JE (2009). Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetenester. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1738).
- Finstad, JA (2018). Nesten hvert fjerde frivillige årsverk er for idretten. Statistisk sentralbyrå, 2018. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/nesten-hvert-fjerde-frivillige-arsverk-er-for-idretten>
- Fladmoe, A & Folkestad, B (2016). Frivillighet og folkehelse – en kunnskapsgjennomgang. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Bergen/Oslo 2016.
- Fladmoe, A, Sivesind, KH & Arnesen, D (2018). Oppdaterte tall om frivillig innsats i Norge, 1998–2017. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, 2018.
- FN (2018). Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Resolution 66/2, annex, and resolution 68/300.
- Folkehelseinstituttet (2015). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosialstotte-og-ensomhet-faktaar/>
- Folkehelseinstituttet (2018a). Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge 2018. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkehelseinstituttet (2018b). Sykdomsbyrden i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016).
- Folkehelseinstituttet (2018c). Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Notat. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge>

- fordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/
Folkehelseinstituttet (2018d). Psykisk helse i Norge. Rapport. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
Gabarron, E, Hoaas, H & Johnsen, E (2016). Kunnskapsoppsummering: Sosial, digital kontakt for å motvirke ensomhet blant eldre. Nasjonalt senter for e-helseforskning, rapport 07-2016.
- GBD, Global Burden of Disease (2015). Obesity Collaborators Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine*, July 6, 2017, vol. 377 no. 1.
- Gjertsen, H & Olsen, T (2011). Mangfold og engasjement i motvind. En studie av åpne fritidstiltak for ungdom. Bodø: Nordlandsforskning 2011, rapport 1-2011.
- Global Asthma Report (2018). Auckland, New Zealand: Global Asthma Network, 2018.
- Hagen, S mfl. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *International Journal of Health Policy and Management* 2018, Vol 7 Issue 9 (807–817). DOI: 10.15171/IJHPM.2018.22
- Haugstveit, FV, Otnes, B & Jensen, A (2019). Eldre-utfordringen kan være større for mindre kommuner. Statistisk sentralbyrå 2019. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldre-utfordringen-kan-vaere-storre-for-mindre-kommuner>
- Hektoen, LF (2014). Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, Rapport 2014 nr 3.
- Helgesen, MK, Holm, A, Monkerud, L, Schmidt L (2014). Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? En litteraturstudie. NIBR-rapport 2014:16.
- Helgesen, M & Herlofson, K (2017). Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning. NIBR-rapport 2017:16
- Helgesen, MK, Abebe, DS, Schou, A (2017). Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Helsedirektoratet (2011). Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (IS-1898).
- Helsedirektoratet (2014). Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2263).
- Helsedirektoratet (2016a). Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd. Oslo: Helsedirektoratet 2016 (IS-2451).
- Helsedirektoratet (2016b). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 – Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper. Oslo: Helsedirektoratet 2016 (IS-2436).
- Helsedirektoratet (2018a). Folkehelsepolitisk rapport 2017. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet 2018 (IS-2698).
- Helsedirektoratet (2018b). Kunnskapsgrunnlag. Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2696).
- Helsedirektoratet (2018c). Ungdomshelse i en digital verden. DIGI-UNG Innsiktsarbeid (del 1). Oslo: Helsedirektoratet (IS-2718).
- Helsedirektoratet (2018d). Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2748).
- Helsedirektoratet (2019a). Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen. (IS-2810).
- Helsedirektoratet (2019b). Helhet og sammenheng – Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2765).
- Herman, WH mfl. (2005) The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Annals of Internal Medicine* 142(5):323–32.
- HM Government (2018). A connected Society. A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change.
- Hofstad, H (2018). Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp? (NIBR-notat 2018:103)
- Hofstad, H & Bergsli, H (2017). Folkehelse og sosial bærekraft. En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR-rapport 2017:15)
- Holt-Lunstad J, Smith, TB, Layton, JB (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. doi:10.1371/
- Holt-Lunstad, J, Smith, TB, Baker, M, Harris, T & Stephenson, D (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-

- Analytic Review. Perspectives on Psychological Science 2015, Vol. 10(2) 227–237 DOI: 10.1177/1745691614568352
- Hyggen, C, Brattbakk, I & Borgeraas, E (2018). Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier – En kunnskapsoppsummering. NOVA Rapport 11/2018, OsloMet – storbyuniversitetet, Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Hysing, M, Pallesen, S, Stormark, KM, Jakobsen, R, Lundervold, AJ, Sivertsen, B (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open* 2015;5:e006748
- Ipsos (2017). Tillit til barnevernet blant personer med innvandrerbakgrunn. Rapport. Laget for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Jensen, A & Beyrer, S (2018). Flere på institusjon får registrert ernæringsstatus. Statistisk sentralbyrå 2018.
- Kelly, Y, Zilanawala, A, Booker, C mfl. (2018), Social Media Use and Adolescent Mental Health: Findings From the UK Millennium Cohort Study, <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005>
- Kickbusch, I, Pelikan, JM, Apfel, F, Tsouros, AD (eds.) (2013). Health Literacy – The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Klima- og miljødepartementet (2012). Retningslinje for behandling av luftkvalitet i arealplanlegging, T-1520 (opprinnelig utgitt av Miljøverndepartementet).
- Klima- og miljødepartementet (2016). Retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging, T-1442/2016.
- Knapstad M, Heradstveit, O, Sivertsen, B (2018). Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2018. Oslo: SiO, Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus, 2018.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging.
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2015). Nasjonale forventningar til regional og kommunal planlegging.
- Kunnskapsdepartementet (2017). Lærerutdanning 2025. Nasjonal strategi for kvalitet og samarbeid i lærerutdanningene.
- Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU) (2017). Livsmestring i skolen. For flere små og store seiere i hverdagen. Hentet fra <https://www.bufo.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00003772>
- Leknes, S, Løkken, SA, Syse, A & Tønnessen, M (2018). Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, rapport 2018/21.
- Lillejord, S mfl. (2018): De yngste barna i skolen: Lek og læring, arbeidsmåter og læringsmiljø. En forskningskartlegging, Kunnskapscenter for utdanning.
- Lindstrom, J mfl. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 368(9548):1673–9.
- Livingston, G mfl. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390: 2673–734 Published Online July 20, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Ljunggren, J (red.) (2017). Oslo. Ulikhetenes by. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Lund, I (2013). Dropping out of school as a meaningful action for adolescents with social, emotional and behavioural difficulties I: *Journal of Research in Special Educational Needs*(1)
- Lund, I (red), Godtfredsen, M, Helgeland, A, Nome, DØ, Kovac, BV & Cameron, DL (2015): Hele barnet, hele løpet; Mobbing i barnehagen, Oslo: Foreldreutvalget for barnehager.
- Lunde, ES, Otnes, B & Ramm, J (2017). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging. Statistisk sentralbyrå, rapport 2017/16.
- Major EF, Dalgard, OS, Mathisen, KS, Nord, E, Ose, S, Rognerud, M, Aarø, LE (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1 Oslo, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Medietilsynet (2018). Barn og medier-undersøkelsen 2018. Hentet fra <https://www.medietilsynet.no/barn-og-medier/barn-og-medier-undersokelsen/>
- Mogens, NC, Højen-Sørensen, AK & Laugesen, L (2014): Daginstitutionens betydning for børns utvikling. En forskningsoversikt . SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 14:23
- Mossige, S & Stefansen, K (2016). Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015. NOVA Rapport 5/16
- Møllersen, S (2018). Helserelaterede leve- og arbeidsforhold for reindriftssamisk befolkning i sørsamisk område. I: Samtiske tall fortelle 11. Kommentert samisk statistikk 2018. Rapport 2/2018.
- Narum, I & Bergland, A (2010). Forskningsbasert fallforebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten: en litteraturstudie. Oslo: Høgskolen i Oslo.

- Nes, RB, Hansen, T & Barstad, A (2018). Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2727).
- Nordahl, T mfl. (2018). Inkluderende felleskap for barn og unge. Ekspertgruppen for barn og unge med behov for særskilt tilrettelegging. Fagbokforlaget 2018, Bergen. Hentet fra <https://nettsteder.regjeringen.no/inkluderende-barn-unge/files/2018/04/INKLUDERENDE-FELLESSKAP-FOR-BARN-OG-UNGE-til-publisering-04.04.18.pdf>
- Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, mfl. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013;8(1):e55176.
- Norsk Vann (2017). Finansieringsbehov i vannbransjen 2016–2040, rapport 223/2017.
- OECD (2017a). Health at a glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD (2017b), Starting Strong V: Transitions from Early Childhood Education and Care to Primary Education, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264276253-en>.
- OECD (2018). Investing in youth: Norway. OECD Publishing, Paris. <https://dx.doi.org/10.1787/9789264283671-en> Hentet fra <http://www.oecd.org/employment/investing-in-youth-norway-9789264283671-en.htm>
- Ohm, E, Madsen, C, Alver K (2019). Skadebildet i Norge. Fordeling etter utvalgte temaområder. Folkehelseinstituttet 2019, rapport. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/skadebildet-i-norge.-fordeling-etter-utvalgte-temaomrader/>
- Oslo Economics (2018). Samfunnsnyttene av bedriftshelsetjenesten (2018), Oslo Economics.
- Otnes, B (2017). Livet etter 80 – Eldres helse og levevaner. Tidsskrift for omsorgsforskning 2017, Vol. 3
- Pantell, M, Rehkopf, D, Jutte, D, Syme, SL, Balmes, J, & Adler, N (2013). Social Isolation: A Predictor of Mortality Comparable to Traditional Clinical Risk Factors. *American Journal of Public Health* 2013, Vol 103, No. 11 doi:10.2105/AJPH.2013.301261
- Portnoy, DB, Scott-Sheldon, LA, Johnson, BT, Carey, MP (2008). Computerdelivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988–2007. Elsevier. 2008.
- Pu, L, Moyle, W, Jones, C & Todorovic, M (2018). The Effectiveness of Social Robots for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *The Gerontologist*, Volume 59, Issue 1, 9 January 2019, Pages e37–e51, <https://doi.org/10.1093/geront/gny046>
- Public Health England (2014). From evidence into action: opportunities to protect and improve the nation's health. London: Public Health England, 2014.
- Rasmussen, I, Strøm, S, Sverdrup, S & Vennemo, H (2012). Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner. Vista Analyse AS, rapport 2012/41.
- Reikerås, E, Moser, T & Tønnessen, FE (2017): Mathematical skills and motor life skills in toddlers: do differences in mathematical skills reflect differences in motor skills? I: *European Early Childhood Education Research Journal*, 25:1.
- Revol, MK (2015). Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning. Oslo: Statistisk sentralbyrå, rapport 2015/47.
- Rico-Urbe, LA, Caballero, FF, MartõAn-MarõAa, N, Cabello, M, Ayuso-Mateos, JL, Miret, M (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE* 13(1): e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>
- Riksrevisjonen (2015). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Oslo: Departementenes servicesenter, Dokument 3:11, 2014–2015.
- Roehr, CC, Edenharter, G, Reimann, S mfl. (2004). Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents. *Clinical & Experimental Allergy* 34:1534–41
- Røgeberg, O (2018). Fire av fem nordmenn bruker sosiale medier. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-nordmenn-bruker-sosiale-medier>
- Samdal, O, Mathisen, FKS, Torsheim, T, Diseth, ÅR, Fismen, AS, Larsen, T, Wold, B & Årdal, E (2016). Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». HEMIL-rapport 1/2016. Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
- Samdal, O mfl. (2017). Stress og mestring. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2655).
- Sandlie, HC & Gulbrandsen, L (2016). Temadel 3 Eldres boligformue og boligvalg. I: Sørvoll, J

- m.fl. Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. Rapport nr 11/16 NOVA.
- Sivertsen, B, Harvey, AG, Lundervold, AJ, Hysing, M (2014b). Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16–18 years. *European child & adolescent psychiatry* 23(8):681–9
- Skogen, JC, Smith, ORF, Aarø, LE, Siqveland, J & Øverland, S (2018). Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Folkehelseinstituttet, rapport.
- Skyrud, KD, Bray, F, Eriksen, MT, Nilssen, Y & Møller, B (2016). Regional variations in cancer survival: Impact of tumour stage, socioeconomic status, comorbidity and type of treatment in Norway. *International Journal of Cancer*. ISSN 0020-7136. 138 (9), s 2190-2200. doi: 10.1002/ijc.29967.
- Sletten, MA & Bakken, A (2016). Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer, NOVA-Notat 2/2016.
- Spiker, RS & Kumar, B (2016). Eldre i et ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens. NAKMI-rapport 2016:2.
- STAMI, Statens arbeidsmiljøinstitutt (2018). Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2018). STAMI-rapport, årgang 19, nr. 3, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Statistisk sentralbyrå (2016) Vi trener mer enn før. Hentet fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/vi-trener-mer-enn-for>
- Statistisk sentralbyrå (2017). Slik har vi det – livskvalitet og levekår: utgave 2017. Hentet fra <https://www.ssb.no/levekar-og-livskvalitet/2017>
- Statistisk sentralbyrå (2018a). Dette er Norge 2018. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/dette-er-norge-2018>
- Statistisk sentralbyrå (2018b). Tettsteders befolkning og areal (pr 3/12/18). Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/befsett>
- Statistisk sentralbyrå (2019). Røyk, alkohol og andre rusmidler. Hentet fra <https://www.ssb.no/royk>
- Steene-Johannessen J, Anderssen, SA mfl. (2019). Kartlegging av fysisk aktivitet, sedatid og fysisk form blant barn og unge 2018 (ung-Kan3). Utgitt av Norges idrettshøgskole.
- Steingrimsdóttir, ÓA, Næss, Ø, Moe, JO, Grøholt, EK, Thelle, DS, Strand, BH, Bævre, K (2012). Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. *European Journal of Epidemiology* 2012 ;Volum 27.(3) s. 163–171, FHI UiO.
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- Storeng, SH, Krokstad, S, Westin, S, Sund, ER (2017). Decennial trends and inequalities in healthy life expectancy: The HUNT Study, Norway, *Scandinavian Journal of Public Health* 1–8, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29191110>
- Strand, BH, Bergland, A, Jørgensen, L, Schirmer, H, Emaus N & Cooper, R (2018). «Do More Recent Born Generations of Older Adults Have Stronger Grip? A Comparison of Three Cohorts of 66- to 84-Year-Olds in the Tromsø Study». *The Journals of Gerontology: Series A*, gly234, <https://doi.org/10.1093/gerona/gly234>
- Sudmann, TT (2017). Aktivitet og fellesskap for eldre. Høgskulen på Vestlandet, Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 06/2017.
- Sulo, G, Nygård, O, Vollset, SE, Igland, J, Ebbing, M, Sulo, E, Egeland, GM & Tell, GS (2016). Higher education is associated with reduced risk of heart failure among patients with acute myocardial infarction: A nationwide analysis using data from the CVDNOR project. *European Journal of Preventive Cardiology*, Vol 23 Issue 16 2016. <https://doi.org/10.1177/2047487316655910>
- Svendsen, S, Berg, B, Paulsen, V, Garvik, M & Valenta, M (2018). Kunnskapsoppsummering om enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, 2018.
- Syse, A, Pham, DQ & Keilman, N (2016): Befolningsframskrivinger 2016–2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser 3/2016, Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonaltregnskap-og-konjunkturer/oa/3-2016>
- Syse, A & Rogne, AF (2017). Framtidens eldre i by og bygd. Befolningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse. Statistisk sentralbyrå, Rapport 2017/32.
- Theorell, T (2009). Noter om musik och hälsa, Karolinska Institutet University Press, 2009.
- Thorén, KH, Skjeggedal, T & Vistad, OI (2016). Kommunale planer for idrett og fysisk aktivitet. Om spillemidlenes betydning for å etablere turveier og turstier i nærmiljøet. NINA Kortrapport 26, 2016. Hentet fra <https://>

- brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2405490
- Thoresen, S, & Hjemdal, OK (red.) (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thorsen, K & Clausen, SE (2009). Hvem er de ensomme? Statistisk sentralbyrå, Samfunnspeilet, 2009/1. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hvem-er-de-ensomme>
- Twenge, JM, Joiner, TE, Rogers, ML & Martin, GN (2018): Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time *Clinical Psychological Science*, 2018, Vol. 6(1) 3–17
- UNODC/WHO (2018). *International Standards on Drug Use Prevention. Second Updated Edition*.
- Vaage, OF (2018). Statistisk sentralbyrå, rapport: Norsk Mediebarometer 2017.
- van der Steen, JT, van Soest-Poortvliet, MC, van der Wouden, JC, Bruinsma, MS, Scholten, RJPM, Vink, AC (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub3.
- van Huizen, T & Plantenga, J (2018). Do children benefit from universal early childhood education and care? A meta-analysis of evidence from natural experiments. *Economics of Education Review*, Elsevier, vol. 66(C), pages 206–222.
- Vestby, GM, Brattbakk, I & Norvoll, R (2017). *Lytt til senioren! Utprøving av medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn*. Samarbeidsrapport NIBR/AFI 2017
- Vrålstad, S (2017). *Sosiale relasjoner. Slik har vi det – Livskvalitet og levekår*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosiale-relasjoner>
- Vrålstad, S & Wiggen, KS (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, rapport 2017:13.
- Wendelborg, C, Caspersen, J, Mordal, S, Ljusberg, AL, Valenta, M, & Bunar, N (2018). *Lek, læring og ikke-pedagogikk for alle* Nasjonal evaluering av skolefritidsordningen i Norge Rapport 2018, NTNU Trondheim.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (2005). *International Health Regulations (2005)*. Third edition. Geneva: World Health Organization, 2016.
- WHO (2015). *World report on ageing and health 2015*. Hentet fra <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- WHO (2016). *Public health impact of chemicals: knowns and unknowns*. Geneva: World Health Organization, 2016.
- WHO (2017). *Tobacco and its environmental impact: an overview*. Geneva: World Health Organization; 2017
- WHO Europe (2014). *The case for investing in public health. A public summary report for EPHO 8*. WHO, Europa
- WHO Europe (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*. Vilnius: WHO Regional committee for Europe (Working document)
- WHO Europe (2016). *Urban green spaces and health. A review of evidence*. WHO Europa, Copenhagen.
- WHO Europa (2018). *Environmental Noise Guidelines for the European Region (2018)*. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/environmental-noise-guidelines-for-the-european-region-2018>
- World Happiness Report (2019). Hentet fra <http://worldhappiness.report/ed/2019/>
- Østerballe, M, Hansen, TK, Mørtz, CG mfl. (2005). The prevalence of food hypersensitivity in an unselected population of children and adults. *Pediatric Allergy and Immunology* 16(7):567.
-

Vedlegg 1**Oversikt over relevante vedtatte meldinger, strategiar og planar frå regjeringa**

- Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meldt. St. 31 (2014–2015) Garden som ressurs – marknaden som mål
- Meld. St. 7 (2015–2016) Likestilling i praksis
- Meld. St. 16 (2015–2016) Fra utenforskap til ny sjanse Samordnet innsats for voksnes læring
- Meld. St. 18 (2015–2016) Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet
- Meld. St. 19 (2015–2016) Tid for lek og læring
- Meld. St. 24 (2015–2016) Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter
- Meld. St. 28 (2015–2016) Fag – Fordypning – Forståelse — En fornyelse av Kunnskapsløftet
- Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk
- Meld. St. 18 (2016–2017) Berekraftige byar og sterke distrikt
- Meld. St. 29 (2016–2017) Perspektivmeldingen
- Meld. St. 33 (2016–2017) Nasjonal transportplan 2018–2029
- Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre
- Meld. St. 10 (2018–2019) Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig — Den statlege frivilligheitspolitikken
- Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplan for rusfeltet 2016–2020
- Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)
- Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge (2009–2020)
- NCD-strategi (2013–2017) For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft
- Bolig for velferd – nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)
- Barn som lever i fattigdom – regjeringens strategi mot barnefattigdom (2015–2017)
- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020)
- #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse (2016–2021)
- Redusert tilbakefall til ny kriminalitet. Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021)
- Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016).
- Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- Trygge foreldre – trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021)
- Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)
- Nasjonal strategi mot hepatitter (2018–2023)
- Mer kunnskap – bedre barnevern – kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024)
- Kompetanse for fremtidens barnehage – kompetansestrategi for barnehagene (2018–2022)
- Integrering gjennom kunnskap – regjeringens integreringsstrategi (2019–2022)
- Et samfunn for alle. Strategiplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse (2020–2030)
- Strategi for forvaltning av radioaktivitet i fôr og næringsmidler. Utarbeidet av Statens strålevern og Mattilsynet 2013
- Retten til å bestemme over eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)
- Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle
- Handlingsplan for universell utforming (2015–2019)
- Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017
- Handlingsplan mot antisemittisme (2016–2020)
- Handlingsplan for å bedre tillit mellom etniske minoritetsmiljøer og barnevern 2016–2021 (Bufdir)
- Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022)

Handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020. Trygghet, mangfold og åpenhet.	Kompetanseløft 2020 – regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021)	Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2027)
Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2016)	Nasjonale mål for vann og helse – vedtatt av regjeringen den 22. mai 2014
Handlingsplan for friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet (2018)	Partnerskap mot mobbing. Sammen for et inkluderende lærings- og oppvekstmiljø 2016–2020
Omsorg 2020 regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020	Regjeringens inkluderingsdugnad (https://www.regjeringen.no/no/sub/inkluderingsdugnad/id2596993/)
Nasjonal diabetesplan (2018–2021)	0–24-samarbeidet (https://0-24-samarbeidet.no/)
Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn	

Bestilling av publikasjonar

Tryggings- og serviceorganisasjonen til departementa

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonane er også tilgjengelege på

www.regjeringen.no

Omslagsfoto: Bård Løken / Samfoto/NTB scanpix

Omslagsillustrasjon: Kord / 07 Media AS

Trykk: 07 Media AS – 04/2019



SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
023/19	Eldrerådet	PS	14.10.2019

Saksbehandlar	ArkivsakID
Nina Marie Kvamme	16/1333

Høring - Lov om Eldreombudet

Vedlegg:

Høring om lov om Eldreombudet

Høringsnotat Eldreombud

Høringsinstanser

Saksopplysningar:



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Høringsinstansene

Deres ref

Vår ref

Dato

19/3727-

6. september 2019

Høring om lov om Eldreombudet

Helse- og omsorgsdepartementet sender nå på høring forslag om lov om Eldreombudet, og følger dermed opp punktet i Granavolden-plattformen om at regjeringen ønsker å opprette et eget eldreombud etter modell av Barneombudet.

Dette høringsnotatet inneholder forslag til lov om Eldreombudet som skal danne rammen for Eldreombudets arbeidsområde og virksomhet. Departementet foreslår at Eldreombudet skal bidra til å fremme eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet. Eldreombudet skal engasjere seg i forhold som berører eldres interesser på alle samfunnsområder. Eldreombudet vil være selvstendig og faglig uavhengig. Regjeringen har bestemt at det nye Eldreombudet skal lokaliseres i Ålesund.

Hørings svar

Hørings svar kan avgis digitalt på våre nettsider, <https://www.regjeringen.no/no/id2667881/>. Høringsinstansene kan registrere seg, mellomlagre svaret og laste opp vedlegg. Høringsinstansene kan også sende hørings svar uten å registrere seg. Alle kan avgis høringsuttalelse. Uttalelser er som hovedregel offentlige etter offentleglova og vil bli publisert.

Henvendelser kan rettes til postmottak@hod.dep.no.

Frist for å avgis høringsuttalelse er 6. desember 2019.

Med hilsen

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
983 887 406

Avdeling
Folkehelseavdelingen

Saksbehandler
Benedicte Mørkved
Larsen
22 24 83 74

Elin Anglevik (e.f.)
avdelingsdirektør

Benedicte Mørkved Larsen
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer



Helse- og
omsorgsdepartementet

Høringsnotat

6. september 2019

Lov om Eldreombudet

Høringsfrist: 6. desember 2019

Innhold

1	Innledning.....	4
1.1	Sammendrag av forslaget.....	4
1.2	Høringsnotatets oppbygging	5
2	Bakgrunn for etablering av Eldreombudet	5
2.1	Aldring og sosiale forhold blant eldrebefolkningen	5
2.2	Regjeringens politikk på eldreområdet	9
2.3	Internasjonalt arbeid.....	12
2.3.1	Internasjonalt samarbeid innen aldring	12
2.3.2	Menneskerettighetene.....	13
3	Gjeldende rett og eksisterende ordninger	13
3.1	Innledning	13
3.2	Regelverk som særlig berører eldre	13
3.3	Generelt om ombudsordninger.....	14
3.4	Barneombudet	15
3.5	Likestillings- og diskrimineringsombudet	16
3.6	Pasient- og brukerombudene.....	17
3.7	Sivilombudsmannen.....	17
3.8	Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM).....	18
3.9	Kommunale og fylkeskommunale eldreråd	19
4	Etableringen av en ombudsordning for eldre	19
4.1	Hvorfor en ombudsordning for eldre	19
4.2	Etablering av forvaltningsorganet Eldreombudet	20
5	Om lov om eldreombudet	21
5.1	Behov for egen lov om eldreombudet.....	21
5.2	Lovens oppbygging og innhold	21
6	Lovens formål.....	22
7	Eldreombudets oppgaver	23
7.1	Eldreombudets arbeidsområde	23
7.2	Overordnet om oppgaver	25
7.3	Pådriverrollen.....	26
7.4	Følge med-rolle	28

8	Behandling av saker, uttalelser og henvisninger	29
9	Eldreombudets uavhengige rolle	30
10	Forholdet til andre ordninger.....	32
11	Tilgang til informasjon og institusjoner mv.....	33
11.1	Krav etter Grunnloven og EMK.....	33
11.2	Eldreombudets behov for tilgang til informasjon og institusjoner.....	33
11.3	Tilgang til private hjem	35
11.4	Unntak fra informasjonstilgang	36
12	Organisatoriske rammer for Eldreombudet.....	36
12.1	Innledning.....	36
12.2	Ombudspersonen.....	36
12.2.1	Ombudspersonens rolle	36
12.2.2	Ansettelse på åremål.....	37
12.3	Forvaltningsorganet.....	38
12.3.1	Organisatorisk plassering av eldreombudet	38
12.3.2	Administrativ og økonomisk styring av forvaltningsorganet.....	39
12.4	Alminnelig instruks	40
13	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	40
14	Merknader til de enkelte bestemmelsene	41
15	Forslag til lov om Eldreombudet (eldreombudsloven)	47

1 Innledning

1.1 Sammendrag av forslaget

Det går fram av Granavolden-plattformen at regjeringen ønsker å opprette et eget eldreombud etter modell av Barneombudet. Dette høringsnotatet inneholder forslag til lov om Eldreombudet som skal danne rammen for Eldreombudets¹ arbeidsområde og virksomhet. Forslaget tar utgangspunkt i reguleringen av Barneombudet, med enkelte tilpasninger.

Departementet foreslår at loven fastsetter at Eldreombudet skal fremme eldres interesser, rettigheter og behov og engasjere seg i forhold som berører eldres interesser på alle samfunnsområder. Departementet foreslår ikke en konkret nedre alder som definerer begrepet eldre.

Det foreslås lovfestet at Eldreombudet er et uavhengig forvaltningsorgan. Det presiseres videre i forslaget at ombudet ikke kan instrueres når det gjelder den faglige virksomheten. Dette er viktig for å sikre at ombudet står formelt og reelt fritt til å tale eldres sak overfor både offentlige og private aktører. I tråd med det som gjelder for andre ombudspersoner, blant annet barneombudet, foreslås det at eldreombudet utnevnes på åremål for en periode på seks år uten mulighet for gjenoppnevning.

Etter lovforslaget vil Eldreombudets hovedoppgave være å arbeide for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov overfor offentlige og private og å følge med på utviklingen i eldres situasjon. Dette gir Eldreombudet både en pådriverrolle og en følge med-rolle.

I og med at Eldreombudet kan engasjere seg i forhold på alle samfunnsområder som berører eldres interesser, innebærer forslaget at Eldreombudet kan ha overlappende arbeidsområde med eksisterende ombuds- tilsyns- og klageordninger. Departementet vil presisere at forslaget ikke innebærer noen endringer i eksisterende ordninger, men at Eldreombudet vil være et nytt organ som skal jobbe med eldresaker på systemnivå. Det foreslås derfor også presisert i loven at Eldreombudet ikke har myndighet til å avgjøre enkeltsaker og at det ikke er et klageorgan for vedtak fra forvaltningen.

Forslaget inneholder også enkelte bestemmelser om Eldreombudets behandling av henvendelser, bestemmelser om Eldreombudets tilgang til opplysninger mv. og bestemmelser knyttet til administrative forhold.

Departementet har i arbeidet med høringsnotatet konsultert flere aktører for å få innspill til hvordan ordningen med et eldreombud bør innrettes både når det gjelder oppgaver og organisering. Det er avholdt møter med Barneombudet, Sivilombudsmannen, Diskriminerings- og likestillingsombudet og Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus og Sosial- og eldreombudet i Oslo for å få informasjon om arbeidet til disse ombudene. Videre er det avholdt møter med representanter for KS, med noen organisasjoner innen eldrefeltet og med representanter for to kommunale eldreråd for å få

¹ Begrepene Eldreombudet og eldreombudet viser hhv. til forvaltningsorganet og til personen, se nærmere om dette i kapittel 3.9.

deres innspill til hva som anses viktig ved etablering av et eldreombud. Departementets hovedinntrykket er at ombudene ikke oppfatter det som problematisk at det kommer et eldreombud som kan ha visse overlapp i arbeidsområde med de andre ombudene. Når det gjelder representanter for eldre og interesseorganisasjoner departementet har vært i kontakt med, er departementets inntrykk at de er positive til å etablere et eldreombud etter modell av Barneombudet.

1.2 Høringsnotatets oppbygging

I kapittel 2 omtales bakgrunnen for etableringen av Eldreombudet, herunder om sosiale forhold i dagens eldrebefolkning, om gjeldende politikk og internasjonalt arbeid på eldreområdet.

I kapittel 3 omtales regelverk som særlig berører eldre samt eksisterende ombudsordninger og andre ordninger av betydning for Eldres situasjon i samfunnet. Eldreombudets forhold til andre ordninger omtales nærmere i kapittel 10.

I kapittel 4 beskrives etableringen av Eldreombudet samt hvorfor det etableres en egen ombudsordning for eldre.

I kapittel 5 vurderes hvorfor det er behov for en egen lov om Eldreombudet og det gis en beskrivelse av lovens oppbygning og innhold. I kapittel 6 til 11 omtales innholdet i lovforslaget, herunder formål, oppgaver, uttalelser og ombudets tilgang til informasjon og institusjoner.

I kapittel 12 gis det en beskrivelse av de organisatoriske rammene for Eldreombudet, herunder om ansettelse av personen eldreombudet, styring av forvaltningsorganet Eldreombudet og om instruks.

I kapittel 13 vurderes de økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget.

Det konkrete forslaget om lov om Eldreombudet med merknader framgår av henholdsvis kapittel 15 og 14.

2 Bakgrunn for etablering av Eldreombudet

2.1 Aldring og sosiale forhold blant eldrebefolkningen

Vi blir flere eldre og vi lever lenger. Aldringen av befolkningen endrer samfunnet. I løpet av de siste 100 årene har befolkningssammensetningen endret seg betydelig og andelen eldre øker. Om lag 1,2 millioner nordmenn er i dag 60 år og eldre, det vil si 2 av 10.

I 2016 var 11 prosent over 70 år, og SSBs framskrivninger viser at andelen kan være 19 prosent i 2060. Gjennomsnittlig forventet levealder er i dag om lag 82,5 år, men stadig flere lever til de er over 90 og 100 år. I dag er bare 4 prosent av innvandrere i Norge 70 år eller mer. I 2060 vil denne andelen øke til 25 prosent av innvandrerbefolkningen. Det er

ventet at antall alderspensjonister vil øke i årene som kommer og passere en million i 2021.

Alle kommuner får flere eldre innbyggere, men andelen eldre varierer mellom kommunene. Særlig i distriktskommunene utgjør eldrebefolkningen en økende andel, også fordi yngre generasjoner flytter ut. I mange kommuner er både 20 og 30 prosent av innbyggerne over 67 år. I rapporten Framtidens eldre i by og bygd (SSB 2017) er det vist hvordan aldringen slår ut for de ulike kommuner, også sett i sammenheng med faktorer som kan vise ressurser og levekår for eldrebefolkningen i de ulike kommunene fram mot 2040.

Norge har en høy og stigende sysselsetting blant personer mellom 55–70 år. Mer enn syv av ti nordmenn i alderen 55–64 år er i jobb, og drøyt én av fire i aldersgruppen 65–69 år. Høy andel kvinner i arbeidslivet bidrar også til høy yrkesdeltakelse i Norge. Pensjonsreformen trådte i kraft i 2011 og avgangsalderen i arbeidslivet har gått opp. Gjennomsnittlig avgangsalder i 2017 var 65,6 år, 1,9 år høyere enn i 2001.

Senter for seniorpolitikk publiserer årlig Seniorpolitisk barometer, som viser utvikling i avgangsalder, og holdninger til eldre arbeidstakere i arbeidslivet. For 2018 viser barometeret at eldre arbeidssøkere gjennomgående vurderes som mindre attraktive enn yngre arbeidssøkere. Ledere i arbeidslivet i gjennomsnitt anslår at folk regnes som "eldre" i arbeidslivet når de er 56,3 år. Dette er noe lavere enn de yrkesaktive, som i gjennomsnitt svarer 59,4 år.

Likestillings- og diskrimineringsombudet har siden 2007 behandlet rundt 730 saker knyttet til alder som grunnlag for diskriminering. De to siste årene har ombudet fått inn hele 280 slike saker. Det er ofte arbeidstakere i 60-årene som klager. Sakene dreier seg om rekrutteringsprosesser, forbigåelse ved ansettelse samt aldersgrenser og oppsigelse. I over halvparten av klagesakene knyttet til alder har Likestillings- og diskrimineringsombudet konkludert med at det har vært lovbrudd.

I hovedsak har dagens eldre god økonomi, og er av de gruppene i befolkningen med best økonomi. Aldersgruppene 62–66 år og 90 år og eldre er aldersgruppene med den sterkeste inntekstveksten (rundt 30 prosents realvekst før skatt). For den yngste aldersgruppen forklares dette med at alderspensjon fra folketrygden fra 2011 kunne tas ut fra fylte 62 år og fritt kombineres med arbeidsinntekt uten avkorting av alderspensjonen. Yngre aldersgrupper har i gjennomsnitt høyere opptjening enn de eldre pensjonistene.

I 2018 mottok 933 400 personer alderspensjon, og antallet ventes å passere én million i løpet av 2021. Antall minstepensjonister går ned, fra 156 100 i september 2017 til 146 400 i september 2018. Det utgjør 16 prosent av alderspensjonistene, hvor fire av ti 95-åringer og en av seks 75-åringer er minstepensjonister i 2017. Minstepensjonene er betydelig hevet i de senere år, og er en viktig ordning for å motvirke fattigdom blant eldre. Grunnpensjonen for gifte og samboende er også hevet. Skattereglene for pensjonsinntekter er gunstigere enn for arbeidsinntekt. (NAV.no, 13.11.18).

Helseundersøkelser og livsløpsstudier viser at eldre i dag har bedre funksjonsevne og har bedre selvopplevd helse enn tidligere. En norsk 65-åring kan i gjennomsnitt i dag forvente

å ha 15-20 funksjonsfriske år foran seg (OECD, Health at a Glance 2018).

Tromsøundersøkelsen viser at menn på 80 år i dag har like god funksjonsevne, definert som gripestyrke, som en 75-åring hadde for en generasjon siden (Folkehelseinstituttet, 19.10.18). Helse- og funksjonsproblemer øker med alderen, og med flere eldre som lever lenger må vi forvente flere med helseproblemer. Eldre har ofte flere sykdommer samtidig. Den medisinske utviklingen og god tilgang på helse- og omsorgstjenester gjør at mange, selv med sykdom, lever gode liv og mestrer hverdagen, også med kronisk sykdom. Legemiddelbruken er høy blant eldre.

Hoftebrudd og fallskader kan få store konsekvenser for Eldres helse og livskvalitet. Det anslås at det er om lag 9000 hoftebrudd i Norge i året. (kilder: Folkehelse rapporten, Fhi.no, og Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet). Risikoen for å få demens går ned, men antallet med demens øker fordi det blir mange flere eldre. Det anslås at om lag 70 000 har demens i Norge. Flere eldre beholder egne tenner, men tannhelseproblemer er større blant eldre enn yngre.

Nedsatt syn og hørsel er vanlig blant eldre, og kan redusere sosial kontakt og mulighetene til å fungere godt i hverdagen. Nær én av ti over 66 år sier at de har problemer med synet, selv om de bruker briller. Én av fem over 66 år oppgir at de har problemer med hørselen selv om de bruker høreapparat (SSB Statistikkbanken). Opp mot halvparten av befolkningen eldre enn 65 år og omtrent tre firedeler av befolkningen over 74 år har et hørselstap som er av betydning for kommunikasjon. Når det gjelder psykiske helseproblemer i den eldre befolkningen, er depresjon (12-19 prosent) og angst (5-10 prosent) de vanligste lidelsene. For pasienter i sykehjem anslås om lag 40 prosent å ha symptomer på psykiske lidelser.

Grupper med lengre utdanning og god økonomi har høyere forventet levealder sammenlignet med grupper med lav utdanning og dårlig økonomi. Høyere sosioøkonomisk status ser ut til å være knyttet til å ha sosiale nettverk som beskytter mot ensomhet, men betydningen av dette for helseutfall blir mindre viktig i høy alder. SSB viser i Framtidens eldre i by og bygd at blant neste generasjon vil flere ha mer utdanning og bedre økonomi, men at det fortsatt vil være sosial ulikhet (SSB 2017/32).

Eldre er ingen ensartet gruppe, befolkningen over 60 år utgjør 3-4 generasjoner som har ulike erfaringer, og det er også store variasjoner mellom eldre innen aldersgruppene. Befolkningen over 80 år er førkrigsbarn, mens eldre i 70-årene er født og vokst opp i etterkrigstiden. Det innebærer store variasjoner blant eldre når det gjelder holdninger og preferanser. Eldre er en mangfoldig gruppe, og i tillegg til ulik utdanning og arbeidserfaring vil eldre ha bakgrunn fra by eller bygd, ha samisk opprinnelse, være innvandret til Norge, ha minoritets- eller majoritetsbakgrunn. Blant eldre vil det også være LHBTI-personer, mange av disse har vokst opp i en tid hvor dette var skambelagt med lite åpenhet om legning.

Blant personer som er 80 år eller eldre er det 210 000 som bor i privathusholdninger, mens 16 000 bor i andre typer husholdninger, som alders- og sykehjem.

Å bo alene kan gi økt risiko for sosial isolasjon og redusert mestring. I aldersgruppen 67–79 år er andelen aleneboende 28 prosent. Over halvparten av alle som er 80 år eller eldre og bor i privathusholdninger, er aleneboende, hvor to av tre er kvinner og én av tre er menn.

Ensomhet rapporteres mer blant de eldste i befolkningen enn yngre eldre. Rundt 4 av 10 over 80 år er ensomme. Nesten halvparten av de som bor alene er plaget av ensomhet, det samme gjelder de som har svekket helse. Ensomhet rammer også sterkere blant de som har lite utdanning.

Eldre mennesker vil selv ofte være pårørende til sine egne foreldre og eldre slektninger, i tillegg til å være foreldre og besteforeldre, og eldre vil ofte få hjelp og bistand av familie og andre pårørende.

Eldre mennesker har erfart betydelige endringer fra å leve i et industrisamfunn til teknologisamfunn, fra bruk av skrivemaskin til pc og smarttelefoni. Størstedelen av offentlig og privat kommunikasjon og samhandling foregår nå digitalt. Mange eldre, særlig blant yngre eldre, bruker pc, nettbrett og smarttelefon. Likevel er ikke alle eldre på "nett", og med økende alder og helseproblemer er digitalt utenforskap en utfordring. Bank- og finansnæringen er digitalisert, og det anslås at over 200 000 brukere, hvorav de fleste er eldre, er analoge brukere. Digital bankidentifikasjon kan være vanskelig for en del eldre brukere, som blir avhengig av hjelp som kan gjøre de er utsatt for misbruk.

Mange eldre er aktive i frivillige aktiviteter og står for en betydelig innsats. En rapport for Statens seniorråd i 2016 beregner den formelle og uformelle innsatsen til å tilsvare 45 000 årsverk. Det er et stort potensial for økt deltakelse. Undersøkelser viser at mange kunne tenke seg å delta mer, særlig eldre under 80 år.

Befolkningen over 65-70 år er underrepresentert i politiske folkevalgte organer og i politiske beslutninger. Eldre mennesker har imidlertid høyere valgdeltakelse enn yngre.

Det tidligere Statens seniorråd uttalte i 2015 at "Forskjellsbehandling på grunn av alder kan være saklig, men vi erfarer dessverre at eldre utsettes for mye usaklig forskjellsbehandling. Både innen bank og forsikring, kultur og fritid, i forbindelse med boligkjøp og innen helse- og omsorg opplever vi at eldre blir behandlet dårligere enn andre aldersgrupper og dermed blir diskriminert..., og mener at individer skal behandles individuelt og ikke tillegges egenskaper bare fordi man tilhører en bestemt aldersgruppe." (Seniorporten.no, 18.03.2015).

Pasient- og brukerombudene har i sine årsrapporter særskilt framhevet sine erfaringer med Eldres situasjon og behov, herunder manglende informasjon om rettigheter og en utbredt klagefrykt blant eldre og deres pårørende. Departementet erkjenner at informasjon om rettigheter og tilbud oppleves utilgjengelig for noen, særlig blant de eldste eldre. Å få tilgang til en mer tilpasset bolig kan være utfordrende for mange eldre i dag. Eldre med helseproblemer og funksjonsnedsettelse kan oppleve det vanskelig å delta i samfunnet. Fysiske barrierer, digitalisering og teknologiske og sosiokulturelle endringer som inntreffer stadig raskere kan oppleves som hindre for mange. Negative stereotypier om

eldre, aldersdiskriminering og manglende tilrettelegging og hindre kan bidra til tilbaketrekning fra samfunnsdeltakelse.

2.2 Regjeringens politikk på eldreområdet

Opprettelsen av en egen statsråd for eldre- og folkehelse med særlig ansvar for omsorgstjenester til eldre, og for å være en pådriver for at eldreperspektivet ivaretas i alle sektorer, er et uttrykk for at regjeringen vil prioritere å styrke og fremme eldres situasjon og likeverd.

I 2016 fremmet regjeringen Flere år – flere muligheter, strategien for et aldersvennlig samfunn. Strategien viser at eldrepolitikk angår alle sektorer og handler om mer enn pensjons- og omsorgspolitik.

For å konkretisere oppfølgingen av strategien, er det etablert et nasjonalt program for et aldersvennlig Norge. Aldersvennlig Norge er en av fem hovedsaker i eldrereformen Leve hele livet (Meld. St. 15 (2017-2018)). Programmet vil bidra til å konkretisere hvordan den enkelte og samfunnet kan bidra til at eldre kan leve mer aktive og selvstendige liv. Det skal rette seg mot alle sektorer og skal involvere eldre selv, frivilligheten, kommunesektoren, næringsliv, boligbransjen og forsknings- og utdanning.

I program for et aldersvennlig Norge er det fem hovedelementer: 1) En kampanje for at eldre selv kan planlegge sin alderdom bedre; gjennom å tilpasse boligen bedre, ta i bruk teknologi, opprettholde vennskap, helse og interesser. 2) Eldrestyrt planlegging, som skal utvikle metodikk for bedre involvering av eldre selv og av de lokale eldrerådene i planlegging av nærmiljø, kommuneplan og samfunnsutvikling, men også i design av mer eldrevennlige produkter. 3) Etablere nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner etter modell av Verdens helseorganisasjons nettverk. KS vil drive et modellforsøk i to år. 4) Ta i bruk seniorressursen i arbeidsliv og frivillighet. Det er et stort potensial for at eldre kan arbeide lenger og på nye måter, og for deltakelse i frivillig arbeid. 5) Programmet skal invitere til et bredt partnerskap for et aldersvennlig Norge, og få med seg organisasjoner, bransjer og kommuner mv. som vil være med på denne felles oppgaven.

Rådet for et aldersvennlig Norge er etablert for å bidra til å gjennomføre og forankre programmet i de ulike sektorer, spre kunnskap og bevisstgjøring om aldring og være en pådriver for nødvendige endringer. Rådet er sammensatt av representanter for ulike organisasjoner, og ledes av Trude Drevland. Involvering av de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene vil være en viktig oppgave i programmet. Helsedirektoratet er inntil videre sekretariat for arbeidet. Sekretariatsfunksjonen vil fra 2020 bli organisert som Senter for aldersvennlig Norge, som vil bli samlokalisert med Eldreombudet, men organisert under Helsedirektoratet. Samlokaliseringen vil gi synergier og bidra til å utvikle mer kunnskap og et fagmiljø om aldersvennlige løsninger og eldres behov.

Eldre, som alle innbyggere, har tilgang til universelle helse- og omsorgstjenester. Regjeringens mål er å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Brukerperspektivet er styrket i helse- og

omsorgstjenestene. I omsorgstjenesten er utviklingen gått fra å se på eldre som passive tjenestemottakere, til i større grad å fremme egen mestring og autonomi hos eldre.

I Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, går det fram at regjeringen vil utvikle politikken slik at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng og overganger i tjenestene. På hvert område legger reformen fram utfordringer og løsninger som alle viser til lokale eksempler. Løsningene som legges fram er forslag til endringer som kommunene kan tilpasses til lokale forhold og behov i samarbeid med andre tjenesteområder, frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet. Reformen løfter fram løsninger fra ulike kommunetypologier som fungerer i praksis. Disse skal spres og implementeres i andre kommuner. Sammen med store satsinger på kompetanseøkning og modernisering og utbygging av heldøgns omsorgsplasser, skal kvalitetsreformen bidra til bedre og mer bærekraftige tjenester og et mer aldersvennlig samfunn i norske kommuner. Et regionalt gjennomføringsapparat er etablert i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, regional stat og KS og Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen vil bli prioritert. Reformen bygger videre på en rekke reformer og satsinger for å styrke omsorgstjenestene i kommunene.

Regjeringen vil videre skape et mer demensvennlig samfunn. I Demensplan 2020 er dagaktivitetstilbud sentralt. Planen skal etterfølges av en ny plan.

På flere politikkområder har regjeringen bidratt til å bedre Eldres situasjon. Blant annet er det innført vern mot diskriminering på grunn av alder i likestillings- og diskrimineringsloven. Arbeidsmiljølovens generelle aldersgrense ble hevet til 72 år i juli 2015, og det ble innført en nedre grense på 70 år for bedriftsinterne aldersgrenser, mot tidligere 67 år. Det legges større vekt på livslang læring i kompetansepolitikken. Innsatsen for et universelt utformet samfunn slik at alle kan delta har stor betydning for eldre. I regjeringens handlingsplan for universell utforming (2015-2019) er det lagt vekt å bedre tilgjengelighet på ulike samfunnsområder, og særlig vekt på tiltak innen IKT og teknologi.

Regjeringen mener det er viktig å fortsette å styrke arbeidet for å sikre eldre menneskers interesser, rettigheter og behov. Deler av den eldste befolkningen har på samme måte som den yngste delen av befolkningen (barn og unge), et særlig beskyttelsesbehov som samfunnet må ivareta. Mens det er allment anerkjent at barn og unge er en gruppe som trenger særlig beskyttelse og hjelp til å ivareta sine interesser, rettigheter og behov, har det ikke vært like mye forståelse for at det blant eldre innbyggere kan være grupper som også kan trenge økt oppmerksomhet om sin situasjon og behov for å kunne delta på en likeverdig måte.

Som en del av arbeidet med å ivareta den eldre delen av befolkningen og å sette de utfordringene som er knyttet til det å bli eldre på dagsorden, er det i regjeringens politiske plattform Granavolden-plattformen s. 50 tatt inn at regjeringen vil:

Etablere et eget eldreombud etter modell av Barneombudet.

De fire partiene, som nå sitter i regjeringen, ble enige om å etablere et Eldreombud i forbindelse med behandlingen av budsjettet for 2019. I Innst. 11 S (2018-2019) står det følgende merknad om dette:

"Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at det som følge av budsjettforliket mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti er enighet om å opprette et eget eldreombud. Flertallet mener det er viktig at det i mandatet til ombudet legges til rette for at eldre blir hørt og at eldres rettigheter blir ivaretatt på ulike områder og samfunnsarenaer. Gjennom etablering av Norges første nasjonale eldreombud vil oppmerksomheten om eldres behov bli styrket, og eldre gis et talerør som kan sette eldres rettigheter og eldreomsorg på dagsordenen. Flertallet viser til at bevilgningen til ombudet først vil komme på plass i 2020, da det er nødvendig å utrede og forberede etableringen av ombudet gjennom 2019."

Et sentralt element er at et eldreombuds arbeid ikke skal være begrenset til noen samfunnsområder eller tjenester, men ha et vidt perspektiv. Ombudet skal være et talerør for de eldre på alle samfunnsområder hvor det viser seg behov for det.

Før budsjettforliket i desember 2018 om å etablere et nasjonalt eldreombud, sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut et forslag om å etablere et nasjonalt Eldre-, pasient og brukerombud (høringsnotat av 2. oktober 2018). Selv om begrepet "eldre" ble tatt inn i ombudets navn, ble det presisert at ombudets ansvar ikke skulle utvides til alle samfunnsområder når det gjaldt eldre, men skulle være avgrenset til helse- og omsorgstjenester fra stat og kommune. Forslaget fulgte opp et av punktene fra Jeløya-erklæringen.

Som følge av det omtalte forliket mellom dagens regjeringspartier, om å opprette et eget eldreombud heller enn et nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud, sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut et tilleggsnotat til høringsnotatet av 2. oktober 2018. Høringsinstansene ble der bedt om å se bort fra de delene av det opprinnelige høringsnotatet som gjaldt etableringen av et nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud. Endringen innebar også at det ikke ble foreslått nytt navn på dagens pasient- og brukerombud.

Det ble videre vist til at regjeringen ville komme tilbake til spørsmålet om etablering av et nasjonalt Eldreombud etter modell av Barneombudet i egen høring. I dette høringsnotatet følges spørsmålet opp.

2.3 Internasjonalt arbeid

Aldringen av befolkningen er global, og en aldrende befolkning preger nå stadig flere land og kontinenter. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det i dag flere innbyggere over 60 år i verden enn 10 år og yngre. Det er store variasjoner i hvordan ulike land tilnærmer seg eldrepolitikk når det gjelder samfunnets og familiens ansvar. Ulike velferdspolitiske og juridiske systemer definerer eldre, deres rettigheter og plikter ulikt. I norsk og nordisk tradisjon er det sjelden alder alene som definerer en rettighet, men tjenester og rettigheter er begrunnet utfra den enkeltes behov og forutsetninger. Derfor har vi få "eldrelover" i Norge. Andre land kan ha lover og ordninger kun rettet inn mot eldre over en viss alder, eller avgrenset til eldre som ikke har familie til å yte omsorg eller som er vanskeligstilte.

2.3.1 Internasjonalt samarbeid innen aldring

FN vedtok i 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing (MIIPA). Arbeidet gir retning til de ulike FN-organisasjonenes arbeid for å bidra til å utvikle og styrke en tverrsektoriell eldrepolitikk i medlemslandene. I Europa følges arbeidet opp gjennom UN-ECE Standing Working Group on Ageing. Arbeidsgruppen bidrar blant annet til faglig utveksling bistand til politikkutvikling og jevnlig statusrapporter over eldrepolitikken i medlemslandene. I 2017 ble det avholdt et ministermøte hvor Lisboa-erklæringen, *A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer*, angir mål og retning på arbeidet. Erklæringen skal blant annet følges opp med å integrere aldringsperspektivet i landenes oppfølging av FN's bærekraftsmål og 2030 Agendaen.

Som en del av arbeidet er det også utarbeidet en tverrsektoriell indeks om landenes eldrepolitikk: Active Ageing Index. De nordiske landene skårer høyest på indeksen, men alle land har store utviklings- og forbedringspotensial.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har igangsatt en global strategi og handlingsplan for sunn og aktiv aldring. Et viktig budskap i strategien er å styrke eldres iboende ferdigheter for å mestre og delta lenger. Det legges vekt på tilpasse helsesystemene til en aldrende befolkning. WHO har også lansert en kampanje mot alderisme. WHO har videre etablert et globalt nettverk for aldersvennlige lokalsamfunn. Nettverket bidrar til å øke kunnskap og metodikk om hvordan byer og lokalsamfunn kan arbeide for å tilrettelegge omgivelser og inkludere eldre, gjennom planlegging og medvirkning. WHO forbereder nå at det neste tiåret skal være et "Decade of healthy ageing".

I FN er det også, etablert en arbeidsgruppe, Open Ended Working Group on Ageing, som gjennom en møterekke belyser ulike sider ved eldrepolitikk og ulike temaer som har betydning for eldres rettigheter og deltakelse. Det årlige møtet har utviklet seg til en av de mest sentrale møteplasser for å drøfte aldring og eldrepolitikk internasjonalt.

I EU er det som del av Horizon 2020 etablert et forskningsprogram om aldring og et innovasjonspartnerskap for aktiv aldring (Innovation partnership on Active and Healthy Ageing) hvor det stimuleres til "silver economy", herunder velferdsteknologi. I dette

arbeidet ligger det også innovasjonsprosjekter for å stimulere til eldrevennlig turisme, boliger, lokalmiljø, forbrukerpolitikk samt innovasjon i helse og velferd.

2.3.2 Menneskerettighetene

Det er stater som forpliktes etter menneskerettighetene. I 2014 fikk Grunnloven et eget menneskerettighetskapittel. Diskrimineringsvernet, yringsfriheten, forbudet mot tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling og retten til privatliv er nedfelt i dette kapitlet. Videre er menneskerettighetene forankret i menneskerettsloven. Denne loven inkorporerer fem sentrale menneskerettighetskonvensjoner og gir dem forrang framfor annen lovgivning. Det vil si at dersom det er motstrid mellom en av konvensjonens bestemmelser og en norsk lovbestemmelse, vil konvensjonen gå foran nasjonal rett.

Når vi nå vil se en økning i antall eldre, vil vi også oppleve økt press på eldres menneskerettigheter. FN har utpekt en uavhengige ekspert på eldres menneskerettigheter. Eldre er en sårbar gruppe på grunn av alderdom og sviktende helse. I mars 2019 lanserte Nasjonal institusjon for menneskerettigheter (NIM) en temarapport om eldres menneskerettigheter der NIM identifiserer syv områder som krever særlig innsats fra myndighetenes side og gir konkrete anbefalinger til myndighetene. Blant annet mener NIM at det er en menneskerettslig utfordring for myndighetene å nå fram til og tilrettelegge for at alle eldre får den informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgangen de har krav på.

3 Gjeldende rett og eksisterende ordninger

3.1 Innledning

Det er i Granavolden-plattformen lagt til grunn at Eldreombudet skal utformes etter modell av Barneombudet. Hvordan Barneombudet er regulert er følgelig av særlig interesse ved regulering av Eldreombudets virksomhet, men også andre ordninger som er etablert for å ivareta særlige interesser er relevante å se hen til. Noen av ordningene som omtales nedenfor vil ha tilgrensende arbeidsområde med Eldreombudets arbeidsområde.

Det er gjort et forsøk på å trekke ut de mest relevante elementene av de ulike ordningene. Dette er likevel ikke en uttømmende oversikt over alle ordningene som kan være av betydning for etablering av Eldreombudet. Blant annet vil de politiske folkevalgte i kommuner, fylkeskommuner og på Stortinget i kraft av sin rolle ha en ombudsfunksjon for befolkningen generelt og dermed også for de eldre innbyggerne.

I dette kapitlet gis det for helhetens skyld også en kort omtale av i hvilken grad forhold knyttet til alder er regulert i dagens lovverk på ulike områder, se kapittel 3.2.

3.2 Regelverk som særlig berører eldre

De fleste regelverk retter seg mot hele befolkningen, herunder også den eldre delen av befolkningen, og de samme rettighetene og pliktene gjelder uavhengig av alder.

Det finnes imidlertid noe regelverk som er direkte knyttet opp mot alder. Dette gjelder for eksempel regelverk om alderspensjon og om øvre aldersgrenser for visse typer yrker. Et annet eksempel er bestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 13-1 som forbyr både direkte og indirekte diskriminering på grunn av alder.

En del regelverk berører i praksis eldre som gruppe i større grad enn andre deler av befolkningen. Dette gjelder for eksempel regelverket om universell utforming, siden behovet for tilrettelegging øker med alderen for de fleste, og regelverk for helse- og omsorgssektoren og i annen velferdssektor, fordi en høyere andel av denne befolkningsgruppen har større og mer sammensatt behov for helse- og omsorgstjenester og annen bistand enn øvrige aldersgrupper i samfunnet. Eldre som gruppe vil derfor i tilsvarende større grad være berørt av klage- og tilsynsordningene som er tilknyttet de ulike regelverkene.

3.3 Generelt om ombudsordninger

Norge har flere ombud. Det er både fellestrekk og store ulikheter mellom ombudene. Det grunnleggende for ombudsrollen er imidlertid at de skal ivareta enkeltpersoners eller gruppers interesser på ulike områder.

I NOU 1995:26 Barn og barndom i Norge, hvor barneombudsordningen evalueres, uttales følgende om ombudsbegrepet.

"Betegnelsen «ombud» er et positivt begrep som benyttes i forbindelse med løsningen av ulike samfunnsoppgaver man har villet styrke."

Videre uttales:

"På grunn av de store ulikhetene ombudene mellom, er det vanskelig å definere presist hva som ligger i betegnelsen ombud. Ombudene har noen viktige felles kjennetegn, men ombud er ikke noe entydig juridisk begrep. Hva slags kompetanse og oppgaver et ombud har, og hvordan det er organisert, må avgjøres konkret for hvert enkelt ombud."

Fellestrekk ved ombudene er at de

- har en uavhengig stilling i forhold til den øvrige forvaltningen.
- er åpne for henvendelser og klager fra enkeltpersoner som mener sine interesser eller rettigheter tilsidesatt, men fatter ikke vedtak i enkeltsaker eller klager.
- er personifisert i langt større grad enn resten av forvaltningen.

Når det gjelder ulikheter mellom ombudsordningene, er det blant annet en tydelig forskjell på Sivilombudsmannen og de såkalte interesse- og forvaltningsombudene, som for eksempel Barneombudet. Sivilombudsmannen skal være upartisk og kontrollere at forvaltningen ikke gjør urett, mens Barneombudet skal ivareta barns særlige interesser og har derfor preg av å være mer som en interesseorganisasjon. Barneombudet har også funksjoner som innebærer utadrettet aktivitet og holdningsskapende arbeid.

Det ble i forbindelse med opprettelsen av Barneombudet vurdert om det var riktig å bruke begrepet ombud på Barneombudet på grunn av preget av interesseorganisasjon.

Følgende ble uttalt i Ot.prp. nr. 2 (1980–1981) kapittel 3.2:

"Departementet har vurdert i hvilken grad det er prinsipielt betenkelig å benytte ombudsbetegnelsen om en institusjon som skal fungere som et interesseorgan for en befolkningsgruppe. Departementet er imidlertid av den oppfatning at ombudsbegrepet ikke er bundet til spesielle oppgaver eller arbeidsmåter, selv om de nåværende ombudene har slike oppgaver som er beskrevet ovenfor. Ombudsbetegnelsen er først og fremst knyttet til et organ som står forholdsvis uavhengig av forvaltning, domstoler, politiske myndigheter o.l. Med tanke på barneombudets uavhengige stilling finner departementet å kunne tilrå at man benytter betegnelsen."

Det må i dag anses avklart at en institusjon som er særlig uavhengig og skal ivareta særlige interesser vil kunne betegnes som et ombud.

3.4 Barneombudet

Barneombudet er organisert som et forvaltningsorgan under Barne- og familiedepartementet. Barneombudet utpekes i statsråd for en periode på seks år uten adgang til gjenoppnevning.

Barneombudet skal i første rekke virke som et frittstående interesseorgan og skal arbeide for at barns behov, rettigheter og interesser blir tatt hensyn til på alle samfunnsområder, herunder fremme barns interesser overfor det offentlige og private og følge med i utviklingen av barns oppvekstkår. Barneombudets viktigste oppgave er å bidra til at norsk rett og forvaltningspraksis er i samsvar med Norges forpliktelser etter FNs konvensjon om barns rettigheter.

Lov 6. mars 1981 nr. 5 om barneombud setter rammer for barneombudets virksomhet, og har til formål å bidra til å fremme barns interesser i samfunnet. Loven fastsetter videre at Barneombudet skal ivareta barns interesser i planlegging og utredning på alle felter, følge med på at lovgivning som verner barns interesser etterlevs, foreslå tiltak som kan styrke barns rettsikkerhet, fremme forslag til tiltak som kan løse eller forebygge konflikter mellom barn og samfunn, og følge med at det gis tilstrekkelig informasjon til det offentlige og private om barns rettigheter og de tiltak de har behov for.

Barneombudet skal være både selvstendig og uavhengig, og avgjør dermed selv hva Barneombudet skal arbeide med. Med hjemmel i barneombudsloven er det ved kongelig resolusjon gitt en instruks med nærmere bestemmelser om barneombudets organisasjon og saksbehandling. Instruksen gir konkret anvisning på hvordan Barneombudet skal behandle henvendelser, herunder om avvisning, henvisning til Sivilombudsmannen, forvaltningsorganer, tilsynsorganer eller påtalemyndigheten, henleggelse, saksbehandling og forvaltningslovens anvendelse, i tillegg til om Barneombudets uttalelser og om Barneombudets årlige rapport til departementet.

Enhver kan henvende seg til Barneombudet, men Barneombudet kan ta opp saker både av eget tiltak og etter henvendelser. Barneombudet fatter ikke avgjørelser og behandler ikke enkeltsaker, men veileder om regelverk og muligheter og henviser eventuelt videre. Henvendelser som angår et bestemt barn skal i utgangspunktet ikke behandles uten barnets samtykke, og henvendelser som gjelder konkrete enkeltkonflikter mellom barn og foresatte eller mellom foresatte skal avvises. Barneombudet har ikke myndighet til å

avgjøre saker eller omgjøre forvaltningens vedtak, men har rett til å uttale seg om alle forhold som omfattes av ombudet arbeidsområde. Likevel skal ikke Barneombudet uttale seg i saker som er under politietterforskning eller om lovligheten av et forhold dersom Sivilombudsmannen har avgitt uttalelse, domstolene har avgjort forholdet eller forholdet er brakt inn for domstolene til avgjørelse.

I sitt arbeid har Barneombudet rett til fri adgang til alle institusjoner for barn og har uten hinder av taushetsplikt rett til opplysninger som trengs for å utføre Barneombudets oppgaver. Gjennom rådgivning, informasjon, kommunikasjon i media, kontakt med både barn, politikere og myndigheter, og som fast høringsinstans, arbeider Barneombudet for å påvirke beslutningstakere til å skape et bedre samfunn for barn og unge.

3.5 Likestillings- og diskrimineringsombudet

Likestillings- og diskrimineringsombudet er regulert av lov 16. juni 2017 nr. 50 om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Diskrimineringsnemnda (diskrimineringsombudsloven).

Lovens kapittel 2 gir nærmere bestemmelser om ombudets organisering og oppgaver. Likestillings- og diskrimineringsombudet utnevnes på åremål av Kongen i statsråd for en periode på seks år uten adgang til gjenoppnevning. Likestillings- og diskrimineringsombudet er et uavhengig forvaltningsorgan administrativt underordnet Kongen og departementet. Kongen eller departementet kan ikke instruere ombudet om ombudets faglige virksomhet.

Likestillings- og diskrimineringsombudet skal arbeide for å fremme reell likestilling og hindre diskriminering på alle samfunnsområder på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel og adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder. Ombudet skal også arbeide for å fremme likebehandling i arbeidslivet, uavhengig av politisk syn og medlemskap i arbeidstakerorganisasjon, jf. diskrimineringsombudsloven § 5.

I tillegg til å skulle være en pådriver for likestilling og mangfold, har Likestillings- og diskrimineringsombudet en lovpålagt plikt til å gi veiledning om konkret angitt regelverk, herunder loven om likestilling og forbud mot diskriminering . Ombudet avgjør ingen saker i motsetning til Diskrimineringsnemnda som behandler konkrete klagesaker.

Likestillings- og diskrimineringsombudet har ansvar for å føre tilsyn med at norske myndigheter overholder forpliktelsene etter FNs kvinnekonvensjon (CEDAW), rasediskrimineringskonvensjon (CERD) og konvensjon for rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). De rapporterer jevnlig til FN og skal sørge for at norske myndigheter følger opp forpliktelsene konvensjonene gir.

Offentlige myndigheter plikter uten hinder av taushetsplikt å gi ombudet og nemnda de opplysningene som er nødvendige for gjennomføringen av nærmere bestemte oppgaver, jf. diskrimineringsombudsloven § 3.

3.6 Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud og et talerør for pasienter og brukere som synes det er vanskelig å ivareta egne interesser. Ordningen er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8. Det ligger i ombudenes mandat at de skal ivareta eldre pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Ombudene er opptatt av at eldre skal motta helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og er tilrettelagt for en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Arbeidet dreier seg ofte om enkeltsaker der ombudet er kontaktskapende mellom pasienten og helse- og omsorgstjenesten slik at saker kan løses utenom de formelle klageordningene.

Pasient- og brukerombudets rett til å få opplysninger er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven § 8-5. Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgaver. Vanligvis handler ombudet etter fullmakt fra pasienten, og vil på et slikt grunnlag kunne få opplysninger, tilgang på journal osv. Når slik fullmakt ikke foreligger har pasientombudet rett til å motta taushetsbelagte opplysninger etter samme system som domstolen kan motta slike opplysninger etter bestemmelsene i tvistemålsloven. Det vil blant annet si at ombudet ikke kan kreve opplysninger av helsepersonell om noe som er betrodd dem i deres stilling, og at departementets samtykke må foreligge ved utgivelse av opplysninger fra personer som er undergitt taushetsplikt etter forvaltningsloven.

I Oslo kommune er det et eget Sosial- og eldreombudet som daglig mottar henvendelser fra eldre som ikke får de helse- og omsorgstjenestene de har behov for. For å samle erfaringer og innhente ny kunnskap for denne gruppen prioriterer Oslo kommune en eldrerådgiverstilling hos dette Ombudet. Eldrerådgiveren bidrar til å synliggjøre spesifikke utfordringer eldre har i møte med helse- og omsorgstjenestene, både på individ- og systemnivå.

3.7 Sivilombudsmannen

I samsvar med Grunnloven § 75 bokstav l kan Stortinget oppnevne en person til å føre kontroll med forvaltningen og sikre den enkelte borgers rett. Sivilombudsmannen oppnevnes for fire år med adgang til gjenoppnevning. Rammer for valg av Sivilombudsmannen og ombudsmannens virksomhet er gitt i lov 22. juni 1962 nr. 8 om Stortingets ombudsmann for forvaltningen. Loven fastslår at ombudsmannens formål er å sikre at det i den offentlige forvaltning ikke øves urett mot den enkelte borger og bidra til at offentlig forvaltning respekterer og sikrer menneskerettighetene. Sivilombudsmannen utfører sitt verv selvstendig og uavhengig av Stortinget men Stortinget har gitt en instruks med nærmere bestemmelser om Sivilombudsmannens virksomhet.

Dersom en mener at offentlige myndigheter har gjort urett mot en selv eller begått en feil, kan vedkommende be Sivilombudsmannen undersøke saken. Sivilombudsmannen kan undersøke de fleste typer saker og klager som offentlige myndigheter har behandlet og avgjort, mens tvister om privatrettslige forhold faller utenfor ombudsmannens arbeidsområde. Flertallet av sakene grunner i klager fra borgerne, men

Sivilombudsmannen kan også ta opp saker av eget tiltak og kan velge en samlet oppfølging av klager rettet mot samme forvaltningsorganet framfor konkrete klagebehandlinger. I sitt arbeid skal Sivilombudsmannen ha adgang til lokaler og kan kreve de opplysninger fra forvaltningen som ombudsmannen trenger for å utføre sitt verv.

Sivilombudsmannen kan ikke behandle saker som Stortinget har tatt standpunkt til, avgjørelser truffet i statsråd, saker knyttet til domstolenes eller Riksrevisjonens virksomhet, eller saker som hører under Ombudsmannen for Forsvaret eller Ombudsmannen for sivile vernepliktige. Sivilombudsmannen kan ikke treffe bindende avgjørelser, omgjøre forvaltningens avgjørelser eller gi rettslig bindende instruksjoner. Sivilombudsmannen kan peke på eventuelle feil, urimelighet eller mangler i praktiseringen av lover og regler. Sivilombudsmannen kan henstille forvaltningsorganet til å rette opp og i praksis retter myndighetene seg etter ombudsmannens henstillinger og anbefalinger. Sivilombudsmannens kontroll er rettslig og i mer skjønnsmessige forvaltningsavgjørelser, vil ombudsmannens adgang til å uttale kritikk være begrenset. I saker som har vært tatt opp til nærmere undersøkelse vil ombudsmannens mening komme til uttrykk i en uttalelse, og de fleste uttalelsene er offentlige og publiseres.

Videre er Sivilombudsmannen nasjonal forebyggende mekanisme i tilknytning til FNs torturkonvensjon, jf. loven § 3a. Sivilombudsmannen skal besøke steder der mennesker er fratatt friheten for å undersøke hvordan deres rettigheter ivaretas, herunder forebygge tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling. Sivilombudsmannen skal ha tilgang til alle steder der mennesker er, eller kan være, fratatt friheten og all informasjon som er relevant for forholdene for den som er fratatt friheten.

Sivilombudsmannen publiserer hvert år en årsmelding med artikler om aktuelle tema og oversikt over saker det foregående året, og en egen årsmelding som gjelder oppgavene om forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse.

3.8 Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)

FN anbefaler at alle stater har et uavhengig organ som jobber for å sikre menneskerettighetene nasjonalt. På bakgrunn av dette ble Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) opprettet i 2015. NIMs daglige virksomhet ledes av en direktør som oppnevnes av Stortinget for en periode på seks år uten adgang til gjenoppnevning.

Lov 22. mai 2015 nr. 33 om Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter med tilhørende instruks setter rammer for NIMs virksomhet. Loven angir at NIMs hovedoppgave er å fremme og beskytte menneskerettighetene i tråd med Grunnloven, menneskerettsloven og den øvrige lovgivningen, internasjonale traktater og folkeretten for øvrig. NIM skal bidra til å styrke gjennomføringen av menneskerettighetene gjennom overvåkning av menneskerettighetenes stilling i Norge, rådgivning til offentlige og private aktører, informasjon og veiledning, fremme opplæring og forskning, tilrettelegge for samarbeid, og deltagelse i internasjonalt samarbeid.

NIM er uavhengig i sin virksomhet og avgir uttalelser, blant annet i forbindelse med høringer. I tillegg avgir NIM en årsmelding til Stortinget der de redegjør for utviklingen og anbefaler forbedringer i menneskerettighetssituasjonen i Norge. I tillegg rapporterer NIM jevnlig til FNs ulike menneskerettighetskomiteer. NIM har også møte- og talerett i en rekke FN-møter og FN-prosesser på menneskerettighetsområdet.

NIM arbeider på systemnivå og er ikke et klageorgan. Dette innebærer at NIM ikke behandler enkeltsaker, men kan veilede om nasjonale og internasjonale klageordninger. NIM skal sette menneskerettighetsspørsmål på dagsorden, bidra med kunnskap, rådgivning og veiledning innenfor sitt område slik at myndighetene på en best mulig måte ivaretar sitt menneskerettslige ansvar.

Formålet med NIM er ikke å drive tilsvarende virksomhet som øvrige ombud. NIM er ikke i loven gitt noen særlig rett til tilgang på informasjon, lokaler eller institusjoner, men loven presiserer at offentlige myndigheter og andre som utfører oppgaver på vegne av det offentlige, skal yte den bistand som er nødvendig for at NIM skal kunne utføre sine oppgaver.

Ifølge lov om Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter § 9 skal det oppnevnes et rådgivende utvalg som skal bidra med informasjon, råd og innspill til arbeidet som nasjonal institusjon for menneskerettigheter. Utvalgets medlemmer er blant annet Sivilombudsmannen, Barneombudet og Likestillings- og diskrimineringsombudet.

3.9 Kommunale og fylkeskommunale eldreråd

Stortinget vedtok i 2018 en bestemmelse i ny kommunelov om at alle kommuner og fylkeskommuner plikter å opprette råd for eldre, for personer med funksjonsnedsettelse og for ungdom. Forskrift om kommunale og fylkeskommunale råd for eldre, personer med funksjonsnedsettelse og ungdom (forskrift om medvirkningsordninger) trer i kraft fra og med det konstituerende møtet i det enkelte kommunestyret og fylkestinget ved oppstart av valgperioden 2019–2023. Forskriften skal sikre en bred, åpen og tilgjengelig medvirkning fra eldre gjennom eldrerådet i alle saker som gjelder dem. Eldrerådene skal være rådgivende organ for kommunen og fylkeskommunen. Rådene har rett til å uttale seg i alle saker som gjelder eldre og relevante saker skal forelegges rådene. Rådene skal ikke behandle saker som gjelder avgjørelser overfor enkeltpersoner. Kommunestyret kan gi rådene myndighet til å fordele bevilgninger. Kommunestyret og fylkestinget kan gi medlemmer av rådene møte- og talerett i folkevalgte organer.

4 Etableringen av en ombudsordning for eldre

4.1 Hvorfor en ombudsordning for eldre

Departementet mener at det bør etableres en nasjonal ordning som kan fremme eldres interesser på samme måte som barns interesser skal fremmes gjennom barneombudsordningen. Det er viktig at den institusjonen som skal ivareta eldrebefolkningens interesser får en uavhengig stilling, og kan uttale seg fritt om

eldrepolitiske saker på alle samfunnsområder. For å kunne fremme interessene til den delen av befolkningen som får utfordringer grunnet sin alder, bør institusjonen ikke kunne styres eller instrueres av departement eller andre når det gjelder de faglige sidene av virksomheten. Se nærmere om vurderingen av Eldreombudets faglige uavhengige rolle i kapittel 9.

Erfaringene med barneombudsordningen tilsier at den har fungert bra og har bidratt til å sette barns interesser på dagsorden. De personene som har vært utnevnt som barneombud, har i stor grad vært tydelige i det offentlige rom som barnas talsperson. Barneombudets rolle og arbeid er godt kjent og akseptert i befolkningen. Etablering av en ombudsordning for barns interesser må derfor sies å ha vært en vellykket ordning.

På bakgrunn av de gode erfaringene med barneombudsordningen og behovet for en uavhengig samfunnsrøst for eldresaker, mener departementet at det er naturlig at det etableres et ombud etter modell av Barneombudet. Forvaltningsorganet bør bære navnet Eldreombudet. På bakgrunn av den godt etablerte barneombudsordningen og befolkningens kjennskap til den, må det antas at befolkningen vil ha en god forståelse av hva Eldreombudet vil være, slik at ordningen kan bli godt kjent og fungere etter hensikten.

Etableringen av en ombudsordning innebærer at det må utnevnes en ombudsperson som skal være selve personen eldreombudet, se nærmere om dette i kapittel 12.2.

Personen som er utnevnt som eldreombud, vil ikke kunne utføre ombudsoppgavene alene. Det er nødvendig med et effektivt støtteapparat som sammen med ombudet jobber for eldres interesser og utfører de oppgavene som ligger til ombudet. I likhet med det som gjelder for blant annet Barneombudet, må det derfor opprettes en organisatorisk enhet, et sekretariat, som skal arbeide med ombudets saker. Det personlige ombudet og sekretariatet vil samlet utgjøre forvaltningsorganet Eldreombudet. Forvaltningsorganet vil bestå av både personen eldreombudet og eldreombudets sekretariat. Forvaltningsorganets øverste leder vil være den personen som er utnevnt til eldreombud. Se også i kapittel 12.3.1 om den organisatoriske reguleringen av ombudet.

4.2 Etablering av forvaltningsorganet Eldreombudet

Regjeringspartiene har i budsjettforliket og i Granavolden-plattformen blitt enige om at et eget eldreombud skal etableres i 2020. For å kunne rekke åpning av Eldreombudet i løpet av neste år, må regjeringen derfor forberede etablering av ny etat samtidig som det arbeides med å utrede en ny lov som regulerer virksomheten.

Etablering av en lov er bare en del av grunnlaget for virksomheten. I tillegg til det rettslige grunnlaget og rammene for Eldreombudet, er det en rekke praktiske og administrative forhold som må på plass før Eldreombudet faktisk kan starte sin virksomhet. Vurderingen av de rettslige rammene for organiseringen av Eldreombudet, herunder organisering, oppnevning av eldreombudet, organisatorisk tilknytning og administrativ styring av organet, omtales i kapittel 12. Når det gjelder lokalisering, har regjeringen i tråd med retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser, besluttet at Eldreombudet skal lokaliseres i Ålesund. Videre må de budsjettmessige rammene for

Eldreombudet og omfanget på Eldreombudet avklares i de ordinære budsjettprosessene. Det må også oppnevnes et eldreombud og etaten må ha ansatte som kan starte opp ombudets virksomhet.

Dette er forhold knyttet til etablering av eldreombudet som ikke drøftes nærmere i dette høringsnotatet, men som det vil arbeides med parallelt med lovprosessen.

5 Om lov om eldreombudet

5.1 Behov for egen lov om eldreombudet

Departementet har vurdert om det er behov for å lovfeste Eldreombudets organisering, rolle og oppgaver eller om det er tilstrekkelig med en instruks som regulerer disse forholdene. Departementets vurdering er at det flere forhold gjør det nødvendig å regulere Eldreombudets virksomhet i lov.

Tatt i betraktning den faglig uavhengige rollen Eldreombudet er foreslått å ha, se kapittel 9, er det viktig at virksomhetens faglige uavhengighet går tydelig fram. Eldreombudets faglig uavhengige rolle bør derfor reguleres i lov slik at det er tydelig at Eldreombudet ikke kan instrueres av departement eller regjering når det gjelder faglige spørsmål. En lovbestemmelse som avskjærer instruksjonsmyndigheten vil videre forankre at Stortinget aksepterer at regjeringens og statsrådets ansvar for forvaltningsorganets aktiviteter er begrenset.

Eldreombudets uavhengige rolle tilsier videre at rammene for virksomheten (arbeidsområde og oppgaver) må være tydelige og derfor bør fastsettes i lov.

Videre er hjemmel i lov nødvendig for tiltak som innebærer inngrep i private forhold (legalitetsprinsippet). Mange av de oppgavene som skal ligge til Eldreombudet innebærer ikke inngrep i private forhold. Likevel er det enkelte forhold ved virksomheten som må lovreguleres, bl.a. spørsmål om rett til taushetsbelagt informasjon, se kapittel 11.

En lov vil videre kunne gi oppmerksomhet rundt og en tyngde til arbeidet til Eldreombudet. Departementet mener at en lov som regulerer de grunnleggende sidene av Eldreombudets virksomhet, vil bidra positivt til å synliggjøre Eldreombudets rolle og oppgaver.

Etter departementets syn vil en fordel med en egen lov om Eldreombudet også være at Eldreombudets rolle og oppgaver får en god og bred forankring gjennom en offentlig høringsprosess og behandling i Stortinget.

5.2 Lovens oppbygging og innhold

Departementet mener at det vil være hensiktsmessig å legge barneombudsloven til grunn som modell for ny lov om Eldreombudet, men ser at det er nødvendig med noen tilpasninger av både regelteknisk og innholdsmessig art. Barneombudsloven er fra 1981,

og det har skjedd en utvikling som må tas hensyn til ved utarbeidelse av ny lov om Eldreombudet.

Departementet har derfor også sett hen til den delen av lov om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Diskrimineringsnemnda som omhandler ombudsfunksjonen. Dette er en nyere lov enn barneombudsloven og de vurderingene som er gjort i forbindelse med den loven er også relevante ved vurderingen av hvordan lov om Eldreombudet skal utformes. Departementet har også vurdert det som relevant å se på regelverket for Sivilombudsmannens virksomhet.

Et sentralt spørsmål ved lovens innhold og oppbygging er forholdet mellom lov og instruks. Barneombudsloven er en kort lov med en utfyllende instruks. Som det går fram av vurderingene senere i dette høringsnotatet, foreslår departementet at deler av det som reguleres i instruks for Barneombudet, reguleres direkte i lov om Eldreombudet. En samling av bestemmelser i lov framfor i både lov og instruks er også foreslått for Sivilombudsmannens virksomhet av en intern arbeidsgruppe ved Sivilombudsmannen.

Departementet foreslår at en lov om Eldreombudet skal regulere rammene for Eldreombudets virksomhet. Departementet foreslår flere lovbestemmelser som i det vesentlige ligner reguleringen av Barneombudet i lov og instruks. Departementet foreslår at en lov om Eldreombudet gir bestemmelser om Eldreombudets organisering, oppgaver, uttalelser og henvisning, og adgang til institusjoner og opplysninger.

6 Lovens formål

En formålsbestemmelse tydeliggjør den overordnede begrunnelsen for lovreguleringen gjennom en beskrivelse av hvilke interesser som ønskes ivaretatt eller hva som ønskes oppnådd med lovreguleringen. Formålsbestemmelsen vil derfor være av rettskildemessig betydning ved fortolkning av de øvrige bestemmelsene i loven.

Formålet med en lov om eldreombudet er både å bidra til å fremme eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet og å etablere og regulere Eldreombudets oppgaver og virksomhet slik at Eldreombudet kan ivareta dette formålet. Begge disse aspektene bør etter departementets syn komme fram i formålsbestemmelsen.

Etableringen av et eldreombud og reguleringen av ombudet i eldreombudsloven skal bidra til at eldre blir hørt og at Eldreombudet kan fungere som et talerør som setter eldres interesser, rettigheter og behov på dagsorden. Forvaltningsmessig kontroll med at regelverk som ivaretar eldres interesser etterleves vil fremdeles ligge hos andre organer som i dag. Med en vid angivelse av formålsbestemmelsen vil loven legge til rette for at Eldreombudets virksomhet kan bidra til at eldres interesser ivaretas på ulike områder og samfunnsarenaer.

Departementet mener at lovens formål og utforming må reflektere at Eldreombudet, i likhet med Barneombudet, hovedsakelig vil være et interesseorgan. Det foreslås derfor at begrepet "fremme" interesser mv. anvendes i formålsbestemmelsen. Dette er det samme begrepet som er brukt i barneombudslovens formålsbestemmelse.

Departementet foreslår at det i formålsbestemmelsen tas inn at formålet er å fremme både "interesser, rettigheter og behov". Dette er en mer utdypende formulering enn i

barneombudsloven som kun viser til "interesser". Departementet mener at bruken av begrepet "rettigheter" i formålsbestemmelsen kan tydeliggjøre at Eldreombudets pådriverrolle blant annet vil knytte seg til eldres rettigheter slik de følger av annet regelverk. Departementet vil påpeke at en henvisning til rettigheter ikke innebærer noen ytterligere rettigheter for eldre eller gir Eldreombudet mulighet for enkeltsaksbehandling. En henvisning til rettigheter vil kun presisere at lovens formål også innebærer å sette søkelys på de rettighetene eldre allerede er sikret i andre deler av regelverket. Dette kan for eksempel være den generelle retten til helsehjelp, generelle menneskerettigheter eller påpeke behov for nye rettigheter.

Departementet ser på den annen side at bruken av begrepet "rettigheter" i selve loven kan gi et feilaktig inntrykk av at Eldreombudet skal involvere seg i enkeltsaker og ivareta enkeltpersoners rettigheter. Departementet vurderer at begrepet "rettigheter" uansett dekkes av det videre begrepet "interesser". Det kan derfor reises spørsmål om det vil være tilstrekkelig at lovteksten viser til "interesser" og at det presiseres i merknadene til bestemmelsen at begrepet interesser også dekker rettigheter og behov.

Departementet ber på denne bakgrunn om høringsinstansenes syn på om det er hensiktsmessig at lovens bestemmelser viser til "rettigheter og behov" i tillegg til "interesser" eller om det i likhet med barneombudslovens formålsbestemmelse vil være tilstrekkelig at lovens bestemmelser viser til "interesser".

Uavhengig av endelig formulering foreslår departementet at formålsbestemmelsen tas inn i loven § 1.

7 Eldreombudets oppgaver

7.1 Eldreombudets arbeidsområde

Eldreombudet må kunne engasjere seg i og arbeide med alle temaer som berører eldres interesser, og på alle samfunnsområder. Eldre vil kunne oppleve utfordringer på flere områder. Dersom Eldreombudet skal kunne bidra til å fremme eldres interesser, bør typen saker som ombudet kan engasjere seg i, ikke avgrenses til visse samfunnsområder eller problemstillinger.

Departementet mener at loven bør inneholde en bestemmelse som angir hva som er Eldreombudets oppgaver. Barneombudsloven har en slik bestemmelse og departementet foreslår at oppgavebestemmelsen i eldreombudsloven utformes etter modell av barneombudslovens bestemmelse om oppgaver, men med visse tilpasninger.

Departementet foreslår at oppgavebestemmelsen struktureres i samsvar med barneombudsloven § 3 slik at det i første ledd gis en overordnet ramme for Eldreombudets oppgaver og at andre ledd utfyller med en liste over oppgaver som kan være mest aktuelle for Eldreombudet, jf. lovforslaget § 3.

I lovforslaget § 3 om oppgaver foreslås det i første ledd at Eldreombudet skal kunne arbeide på alle samfunnsområder. Det sentrale ved vurderingen av om noe ligger innenfor ombudets arbeidsområde, bør være at eldres interesser er berørt. Eksempler på temaer som departementet ser at typisk kan falle inn under Eldreombudets arbeidsområde, er forhold

som berører eldres levekår og tilhørende velferdstjenester, helse- og omsorgstjenester, digitalisering, transport og mobilitet, sansetap, universell utforming, boliger, samfunns- og arealplanlegging, tilrettelegging for deltakelse i samfunnet og en faktisk aktiv alderdom, muligheter for kompetanseheving og livslang læring, utestengelse og aldersdiskriminering, psykisk helse og ensomhet, særskilte utfordringer for eldre med ulike urfolks- og etnisk bakgrunn, LHBTI-personer, og vold og overgrep mot eldre. Denne opplistingen viser det vide spennet i aktuelle temaer på mange ulike samfunnsområder.

Eldre er en uensartet gruppe, og det å bli eldre oppleves ulikt. Noen vil oppleve å være ressurssterke livet ut, mens andre blir mer sårbare og kan oppleve ulike begrensninger som nedsatt funksjonsevne. Ettersom det blir høyere andel eldre i befolkningen vil flere oppleve at alderen kan skape utfordringer. Departementet mener at opprettelsen av et eldreombud vil kunne bidra til å ivareta eldre som møter utfordringer grunnet økt alder, sikre eldres interesser og deltakelse. Dette vil kunne bidra til at det norske samfunnet er bedre rustet til å møte en aldrende befolkning.

Et sentralt spørsmål ved vurderingen av Eldreombudets arbeidsområde er derfor hva som menes med begrepet "eldre". For at Eldreombudet skal nå ut til og ivareta eldres interesser på alle samfunnsområder mener departementet det er nødvendig at begrepet eldre ikke forstås for snevert eller fra en viss alder. Departementet mener derfor at begrepet eldre må forstås vidt og fleksibelt, og uten et strengt definert aldersspenn. Av den grunn foreslås ingen definisjon av "eldre" i loven. Departementet mener det sentrale bør være hvorvidt det er alder som er grunnlag for utfordringer på det enkelte område og om det dermed er grunn for at Eldreombudet skal engasjere seg i saken. Eldreombudet må i sitt arbeid gjøre en konkret vurdering av om den aktuelle saken har utgangspunkt i alder.

Eldreombudets arbeidsområde vil inkludere temaer som også omfattes av andre ombuds eller etaters arbeidsområder, for eksempel Likestillings- og diskrimineringsombudet eller Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). Departementet vil understreke at Eldreombudet ikke skal erstatte eksisterende ombuds- og tilsynsordninger, men bør utvikle et godt samarbeid med disse. I arbeidet med lovforslaget har departementet vært i kontakt med flere ombud. Departementets inntrykk er at ombudene har tradisjon for godt samarbeid og fordeling av oppgaver og at gråsoner i arbeidsområdene i praksis unngås.

Når det gjelder Senter for et aldersvennlig Norge og Rådet for et aldersvennlig Norge, så har også disse ansvar for å være en pådriver for et mer aldersvennlig samfunn. Disse skal konkret arbeide å gjennomføre program for et aldersvennlig Norge, som er et av fem hovedområder i Meld.St.15 (2017-2018) Leve hele livet. Programmet vil bestå av konkrete prosjekter og oppgaver og som skal bygge på samarbeid og involvering med ulike aktører. Departementet vil gjennom samlokalisering legge til rette for samarbeid mellom de to virksomhetene. Eldreombudet har en uavhengig rolle, mens arbeidet med aldersvennlig Norge er knyttet til et program og oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet mener at Eldreombudet bør arbeide overfor både offentlige og private aktører. Utfordringene vil på ulike samfunnsområder kunne være knyttet til forhold både i offentlig og privat sektor. For å ivareta eldres interesser, sikre et godt arbeid innenfor sitt

arbeidsområde og finne sin rolle overfor andre aktører, mener departementet at Eldreombudet må ha kunnskap både om eldre og deres behov som individer og gruppe og om systemet og Eldreombudets rolle i forhold til andre relevante aktører i samfunnet. Som faglig uavhengig organ må Eldreombudet selv sørge for at det har kompetansen til å dekke sitt arbeidsområde. Departementet mener at en lov vil sette rammer for Eldreombudets virksomhet, men samtidig må Eldreombudet selv utforme sin rolle innenfor formålet og sørge for å gjøre seg selv kjent og tilgjengelig slik at Eldreombudet får fylt sin rolle i samfunnet.

7.2 Overordnet om oppgaver

Som nevnt ovenfor er formålet med en lov om eldreombudet å bidra til å fremme eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet gjennom å etablere et eldreombud. Formålet med å etablere et eldreombud er å legge til rette for at eldre blir hørt og at eldres rettigheter blir ivaretatt på ulike områder og samfunnsarenaer. Eldreombudet skal arbeide for økt oppmerksomheten om eldres behov, være et talerør og en aktør som kan sette eldres interesser på dagsorden. Selv om Eldreombudet i hovedsak skal være en "vaktbikkje", bør også positive saker kunne løftes fram som gode eksempler.

I likhet med Barneombudet bør Eldreombudets oppgave være å arbeide på systemnivå og fremme eldres interesser overfor både offentlige og private aktører. Ved å arbeide på systemnivå vil Eldreombudet kunne bidra til at eldres interesser ivaretas i det helhetlige bildet på tvers av samfunnsområder. Eldreombudet bør ikke ha myndighet til å avgjøre enkeltsaker og departementet foreslår derfor ikke hjemmel for dette i loven, se nærmere omtale i kapittel 8. Ombudet må imidlertid kunne uttale seg om enkeltsaker og kunne gi veiledning i enkeltsaker i den grad det er hensiktsmessig i arbeidet med å fremme eldres interesser mv.

Barneombudsloven § 3 første ledd presiserer to grunnleggende oppgaver for Barneombudet. Dette er å fremme barns interesser og å følge med på utviklingen i deres levekår. Å fremme de eldres interesser og å følge med på utviklingen i eldres situasjon vurderes tilsvarende å være to grunnleggende oppgaver for Eldreombudet. Departementet mener at det er sentralt å tydeliggjøre ombudets pådriver-rolle og følge med-rolle. I lovforslaget § 3 første ledd foreslås det at Eldreombudets oppgave vil være å arbeide for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov overfor offentlige og private, og å følge med på utviklingen i eldres situasjon.

Opplistingen i § 3 andre ledd angir hva som vil være aktuelle oppgaver for Eldreombudet og listen vil gi en større forståelse av Eldreombudets rolle. Departementet vil påpeke at dette ikke er en uttømmende liste og heller ikke en liste som strengt skal styre prioritering av arbeidet. Eldreombudet må til enhver tid vurdere sine innsatsområder og prioriteringer. Utviklingen over tid kan tilsi endringer i hvilke oppgaver som bør prioriteres innenfor den overordnede rammen for Eldreombudets oppgaver.

Bestemmelsens andre ledd er ikke ment å legge føringer på Eldreombudets faglige prioriteringer når det gjelder aktiviteter og virkemiddelbruk. Departementet har vurdert om den innledende setningen i andre ledd bør inneholde begrepet "særlig" som i

barneombudsloven, eller begrepet "blant annet" som er et noe mer vidt begrep. Departementet har kommet til at det er hensiktsmessig å anvende samme begrep som i barneombudsloven. Selv om begrepet "særlig" anvendes, må lovbestemmelsen forstås slik at utviklingen i samfunnet over tid og hva som er hensiktsmessige aktiviteter skal kunne hensyntas. Som Barneombudet skal Eldreombudet være faglig uavhengig, og departementet understreker at begrepet "særlig" ikke er ment å styre Eldreombudets prioriteringer mellom ulike aktiviteter.

7.3 Pådriverrollen

En viktig rolle for Eldreombudet vil være som pådriver for eldres interesser, rettigheter og behov på samfunnsnivå og å ha en tydelig stemme i samfunnet på vegne av eldre innbyggere. Hvordan Eldreombudet vil påvirke beslutningstakere, allmennheten og for øvrig vil utøve sin pådriverrolle, er opp til Eldreombudet å avgjøre. Eldreombudet bør sørge for at det gjennom sin virksomhet kan utøve rollen mest mulig hensiktsmessig og at ressursene brukes slik at de gir best effekt. Som en del av rollen som pådriver vil det også være av betydning at Eldreombudet sørger for informasjon utad og veiledning innenfor sitt arbeidsområde.

Eldreombudet bør være konstruktiv og opplysende i sin virksomhet og bidra til forståelse og bevisstgjøring om eldres stilling og muligheter. Som en representant for alle eldre er det av stor betydning at Eldreombudet har et balansert og saklig syn på saker der det kan råde stor uenighet.

Departementet ser at aktuelle virkemidler kan være både arbeid med hørings saker og vurderinger av hensynet til eldre i regelverksutforming, rettspolitisk arbeid, uttalelser i media og generell informasjons- og veiledningsvirksomhet. I noen tilfeller vil det være holdninger i samfunnet som medfører utfordringer for eldre, og departementet mener at Eldreombudet gjennom sitt påvirkningsarbeid bør bidra til holdningsendringer. Eldreombudet kan søke å påvirke samfunnet gjennom både å vise hvor eldre møter utfordringer og hvor det er rom for forbedringer, men også peke på hva som fungerer bra og bidrar til et godt samfunn for eldre.

Pådriverarbeidet kan gjøres på mange ulike måter. Etter modell av barneombudsloven foreslår departementet at noen sentrale elementer i pådriverrollen tas inn i listen over oppgaver i § 3 andre ledd for å eksemplifisere Eldreombudets pådriverrolle på en god måte. Departementet foreslår at det i lovens § 3 andre ledd bokstav a tas inn at Eldreombudet skal arbeide for at eldres interesser, rettigheter og behov ivaretas i utredning og planlegging på alle samfunnsområder. Videre foreslås det i § 3 andre ledd bokstav c at eldreombudet skal foreslå tiltak som kan styrke eldres situasjon og løse eller forebygge utfordringer i samfunnet.

Som en pådriver for de eldre vil en viktig side av Eldreombudets virksomhet være å sørge for å informere og formidle kunnskap om eldres interesser, rettigheter, behov og deltakelse i samfunnet. Departementet mener at Eldreombudet i rimelig utstrekning bør gi informasjon, råd og veiledning om forhold som hører til ombudets arbeidsområde overfor både offentlige organer og private aktører. God informasjon til befolkningen og samarbeid

med aktuelle aktører vil kunne gi bedre forståelse for Eldres situasjon og mulige utfordringer, og dermed gi bedre grunnlag for å få gjennomført nødvendig holdningsendringer eller andre endringer for å fremme Eldres interesser, rettigheter og behov. Ved å gi god informasjon og veiledning vil Eldreombudet også kunne bidra til at Eldre vet hvor de kan få hjelp.

Som en del av Eldreombudets arbeid med informasjon og veiledning har departementet vurdert om Eldreombudet burde ha en veiledningsplikt i enkeltsaker. Etter det departementet har forstått veileder Barneombudet, og eventuelt henviser videre, i mange enkeltsaker. Dette vil typisk dreie seg om å informere om regelverk og å henvide de som henvender seg videre til andre som kan hjelpe, men det er imidlertid ikke et lovkrav at Barneombudet skal svare på alle henvendelser. Barneombudet påpekte i sitt møte med departementet at det er viktig for organet å bruke sine ressurser der det gir totalt sett størst effekt, og viste til at veiledning til enkeltpersoner ikke alltid er det som gir størst effekt. Likestillings- og diskrimineringsombudet har i motsetning til Barneombudet en veiledningsplikt etter loven.

Departementet antar at en typisk måte å følge opp en henvendelse til Eldreombudet på, vil være å veilede om rettigheter, muligheter og om andre instansers arbeidsområde og mulighet til å hjelpe. I tillegg til oppfølging i form av veiledning, vil henvendelser kunne danne grunnlag for uttalelser og en henvisning av den konkrete saken til andre instanser, se nærmere om uttalelser og henvisninger i kapittel 8. Departementet ser også at en veiledningsfunksjon i enkeltsaker vil kunne ha betydning for legitimiteten til Eldreombudets arbeid, både ved at det føles nyttig å ta kontakt med Eldreombudet, og ved at Eldreombudet gjennom henvendelser får nyttig informasjon og kunnskap om ulike forhold av betydning for Eldre. Selv om dette kan tale for en veiledningsplikt ved henvendelser, mener departementet likevel at en lovfestet veiledningsplikt ikke er aktuell for Eldreombudet. I motsetning til Likestillings- og diskrimineringsombudet vil ikke Eldreombudet forvalte en konvensjon eller konkret regelverk. Eldreombudets arbeidsområde vil være svært vidt, og en veiledningsplikt i alle saker vil kunne være svært ressurskrevende og ikke nødvendigvis være den mest fornuftige måten å bruke ressursene på for å fremme Eldres interesser. Departementet mener at Eldreombudet som en del av å være uavhengig, selv bør vurdere hvilke henvendelser som gir grunn for veiledning eller annen oppfølging og hvordan dette gjøres mest hensiktsmessig og ressurseffektivt.

På denne bakgrunn foreslår departementet ikke å lovfeste en særlig veiledningsplikt utover det som følger av forvaltningsloven § 11. Departementet vil likevel påpeke at selv om det ikke lovfestes en veiledningsplikt, vil en del av Eldreombudets pådriverarbeid knytte seg til veiledning og informasjon både i enkeltsaker og på generelt grunnlag. For å synliggjøre denne siden av Eldreombudets virksomhet foreslår departementet at det i den utfyllende listen over oppgaver i lovforslaget § 4 andre ledd bokstav f, presiseres at Eldreombudet i rimelig utstrekning skal gi informasjon, råd og veiledning om forhold som hører inn under ombudets arbeidsområde.

Et virkemiddel i arbeidet med å fremme Eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet kan være å opptre i rettsaker som partshjelper eller selv gå til søksmål på vegne av de

eldre som gruppe. Verken Likestillings- og diskrimineringsombudet eller Barneombudet har noen konkret regulering av ombudenes mulighet til å være partshjelper eller ha selvstendig søksmålskompetanse. I forarbeidene til lov om Likestillings- og diskrimineringsombudet (Prop. 80 L (2016–2017)) omtales i punkt 6.5.5 muligheten for å være partshjelper og ha selvstendig søksmålsmyndighet som mulige oppgaver for Likestillings- og diskrimineringsombudet. En slik rolle framstår etter Helse- og omsorgsdepartementets syn mer aktuell for Likestillings- og diskrimineringsombudet enn for Eldreombudet, da Likestillings- og diskrimineringsombudet har ansvar for å følge med på Norges konvensjonsforpliktelser innen sitt arbeidsområde. Noe tilsvarende ansvar vil ikke gjelde for Eldreombudet ettersom det per i dag ikke er noen egne konvensjonsforpliktelser om eldre. Likevel vil departementet påpeke at tvisteloven §§ 15-7 og 1-4 allerede åpner for muligheten for at interesseorganer som Eldreombudet både kan være partshjelp og ha selvstendig søksmålsmyndighet. Departementet forslår at det heller ikke for Eldreombudet reguleres noe særskilt om denne adgangen, selv om det, som for Barneombudet, foreslås noen innstramminger i Eldreombudets mulighet til å uttale seg om saker som er brakt inn for domstolene, se kapittel 8. Departementet ber likevel om innspill på den samlede reguleringen av søksmålskompetanse, partshjelp og uttalelser.

7.4 Følge med-rolle

For blant annet å kunne utføre sin pådriveroppgave og rette oppmerksomheten mot eldres situasjon i samfunnet, mener departementet at Eldreombudet som del av sin virksomhet må følge med på og ha oversikt over om eldres interesser, rettigheter og behov er tilstrekkelig ivaretatt. I dette ligger det at Eldreombudet må følge med på utviklingen i samfunnet, herunder eldres levekår og livskvalitet, tilgjengelighet og tjenestetilbud, deltakelse og inkludering på ulike samfunnsområder. At Eldreombudet har en slik oversikt, vil gjøre Eldreombudet i stand til å vite hvor eldre møter utfordringer og dermed også hvor det kan være behov for tiltak. Eldre selv og deres pårørende er en viktig kilde for at Eldreombudet kjenner eldres faktiske stilling og utfordringer i samfunnet. Henvendelser fra enkeltpersoner vil blant annet være en god kilde til informasjon om eldres situasjon. Som del av følge med-rollen må Eldreombudet legge til rette for medvirkning og innhenting av informasjon fra eldre og pårørende, herunder også fra minoritetsgrupper med ulik etnisk og kulturell bakgrunn.

Departementet foreslår at oppgaven med å følge med på at eldres interesser, rettigheter og behov er tilstrekkelig ivaretatt, tas inn i lovforslaget § 4 andre ledd bokstav b. Denne bestemmelsen tilsvarende til en viss grad barneombudsloven § 4 andre ledd bokstav b, med unntak av overvåkningsforpliktelsen knyttet til konvensjoner. Grunnen til dette er at det ikke eksisterer noen konkret konvensjon om eldres rettigheter. Eldreombudet vil derfor, i motsetning til Barneombudet og Likestillings- og diskrimineringsombudet, ikke ha noen tilsyns- eller overvåkningsfunksjon knyttet til konvensjonsforpliktelser på menneskerettighetsfeltet. Eldreombudet bør likevel følge med og eventuelt samarbeide med NIM om mer generell rapportering om menneskerettighetene. Dersom det i framtiden vedtas internasjonale menneskerettigheter som spesifikt gjelder eldres rettigheter, vil det være aktuelt at Eldreombudets følge med-rolle kan bli mer forpliktende fastsatt i loven.

Videre bør Eldreombudet følge med at også andre offentlige aktører eller relevante private aktører gis tilstrekkelig informasjon om eldres interesser, rettigheter og behov og kjenner til behov for tiltak som kan være nødvendige for å bedre eldres situasjon og ivareta deres interesser. Departementet foreslår at denne oppgaven tas inn i lovforslaget § 4 andre ledd bokstav d. Bestemmelsen speiler barneombudsloven § 4 bokstav e.

Departementet vurderer at Eldreombudet som en del av sitt informasjonsarbeid også bør legge til rette for samarbeid med relevante offentlige organer og andre relevante aktører som arbeider for eldres interesser, rettigheter og behov, se lovforslaget § 4 andre ledd bokstav e. Eldreombudet bør bistå og samarbeide med relevante aktører som lokale og regionale eldreråd, Senter for et aldersvennlig Norge, forsknings- og utdanningsmiljøer, andre ombud mv. i den grad det er hensiktsmessig.

8 Behandling av saker, uttalelser og henvisninger

Eldreombudet vil være et forvaltningsorgan, og ombudets virksomhet vil derfor være omfattet av bestemmelsene i forvaltningsloven, jf. forvaltningsloven § 1. Det er imidlertid en del bestemmelser som ikke vil være relevante for Eldreombudets virksomhet, blant annet bestemmelsene om enkeltvedtak fordi Eldreombudet ikke skal behandle og avgjøre enkeltsaker eller omgjøre vedtak i forvaltningen.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det gis en bestemmelse i lovens § 4 om behandling av saker der det i første ledd går tydelig fram at Eldreombudet ikke skal avgjøre enkeltsaker eller være et klageorgan. En slik tydeliggjøring vil også være pedagogisk for de som anvender loven og ønsker å kontakte Eldreombudet.

I likhet med Barneombudet, bør heller ikke Eldreombudet ha en plikt til å følge opp alle henvendelser med uttalelser eller lignende. Barneombudet har i praksis sett at det er mer effektiv ressursbruk og totalt sett gir større positiv effekt å arbeide mer generelt for å fremme barns interesser enn ved å behandle enkeltsaker. Departementet vurderer at tilsvarende bør gjelde for Eldreombudet og at Eldreombudet bør stå fritt til å velge sine fokusområder og metoder. I instruks for Barneombudet er det presisert at ombudet kan virke av eget tiltak eller etter henvendelser fra andre. Departementet foreslår at det også i lov om Eldreombudet presiseres at Eldreombudet virker av eget tiltak og selv vurderer om en henvendelse skal følges opp, se lovforslaget § 4 andre ledd.

Selv om Eldreombudet ikke vil behandle enkeltsaker, viser erfaring fra Barneombudet at enkeltsaker ofte kan gi grunnlag for mer generelle uttalelser eller annen oppfølging. Departementet mener at det også for Eldreombudet vil være hensiktsmessig at enkeltsaker kan gi grunnlag for konkrete uttalelser dersom Eldreombudet har kapasitet til dette eller la enkeltsaker gi grunnlag for arbeid med temaer Eldreombudet vil ønske å ta opp på et mer generelt nivå. Departementet vurderer at Eldreombudet gjennom konkrete eller mer generelle og prinsipielle uttalelser på sikt vil kunne påvirke samfunnets og befolkningens holdninger, og dermed bidra til endringer som vil bedre eldres stilling. For Barneombudet er det gitt bestemmelser om muligheten til å gi uttalelser i både barneombudsloven og instruksen, og departementet mener det er hensiktsmessig at også lov om eldreombudet regulerer Eldreombudets mulighet til å gi uttalelser. Departementet foreslår en

bestemmelse i lovens § 5 som er utformet etter modell av bestemmelsene om uttalelser fra Barneombudet. I bestemmelsens andre ledd foreslår departementet at Eldreombudet ikke skal uttale seg om visse saker under Sivilombudsmannens område, saker som er brakt inn for domstolene for avgjørelse eller er under politietterforskning og noen er mistenkt eller siktet. For at de enkelte aktørene skal få gjennomført sine oppgaver på en god måte, mener departementet at Eldreombudets mulighet for uttalelser i slike saker bør være begrenset til å omfatte den faktiske eller rettslige tilstanden som de øvrige aktørenes uttalelser eller avgjørelser avdekker, se lovforslaget § 5 tredje ledd.

For at Eldreombudet skal kunne ivareta eldres interesser, rettigheter og behov på en god måte, mener departementet at Eldreombudet må ha oversikt over hvilke muligheter eldre har for å få hjelp i en sak fra andre instanser. En konkret henvendelse til Eldreombudet kan gi grunn for veiledning eller henvisning videre til andre ombud, etater eller relevante aktører, som for eksempel Pasient- og brukerombud eller Likestillings- og diskrimineringsombudet. I instruksen til barneombudsloven er det gitt en konkret bestemmelse om henvisning og departementet forstår at Barneombudet ofte henviser saker. For å legge til rette for en god arbeidsdeling mellom de ulike aktørene og sikre at den enkelte får veiledning eller hjelp av den riktige aktøren, foreslår departementet at det også for eldreombudet gis en bestemmelse om henvisning i lovforslagets § 6.

Departementet foreslår at bestemmelsens første ledd legger opp til at Eldreombudet i utgangspunktet skal henviser den som tar kontakt med Eldreombudet til selv å ta opp saken med den aktuelle instansen, men at Eldreombudet etter andre ledd også har mulighet til selv å oversende en sak dersom forvaltningslovens regler om taushetsplikt er oppfylt.

9 Eldreombudets uavhengige rolle

Eldreombudet skal fremme eldres interesser og være en synlig stemme i det offentlige rom uavhengig av gjeldende politikk og samfunnsstrukturer. En viktig del av Eldreombudets rolle er å løfte saker og være en stemme for de de gruppene som møter utfordringer som direkte eller indirekte er knyttet til alder. Dersom Eldreombudet skal kunne fylle sin oppgave med å være en samfunnskritisk røst som skal ta opp utfordringer og bidra til positiv endring, må Eldreombudet kunne uttale seg fritt. Eldreombudet må kunne uttale seg kritisk til både offentlige myndigheter, herunder overordnet departement, politiske organer, næringsliv, sivilt samfunn mv., i likhet med det private interesseorganisasjoner gjør på sine områder.

Departementet mener det er grunnleggende at Eldreombudet både faktisk og rettslig står fritt til å uttale seg om og arbeide med eldrerelaterte saker som trenger samfunnets oppmerksomhet.

For at Eldreombudet skal kunne utføre sine oppgaver, bør det ikke være noen faglige bindinger som påvirker eller regulerer ombudets synspunkter eller hvilke saker Eldreombudet ønsker å rette sin oppmerksomhet mot innenfor sitt arbeidsområde. Eldreombudet bør også kunne bruke varierte virkemidler og stå fritt til å velge de virkemidlene som Eldreombudet mener er mest hensiktsmessige til enhver tid.

De andre ombudsordningene er eksempler på at visse hensyn og formål bør forvaltes uavhengig av andre formål staten forvalter. Departementet mener at dette også bør gjelde for det organet som skal fremme eldres interesser. Eldreombudet bør derfor ha en særlig uavhengig rolle og ikke være underlagt instruksjonsmyndighet i faglige saker. Det følger av Grunnloven § 3 at Kongen og departementene kan instruere underliggende forvaltningsorganer med mindre uavhengigheten er særlig regulert. For de andre ombudsordningene er derfor uavhengigheten særlig regulert.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det lovfestes i lovforslaget § 3 tredje ledd at Eldreombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig og at det presiseres i § 2 tredje ledd at Kongen eller departementet ikke kan instruere Eldreombudet når det gjelder den faglige virksomheten. Dette vil sikre Eldreombudets legitimitet som et organ som er en uavhengig og reell forkjemper for eldres interesser og gi tillit til intensjonene bak ombudets arbeid og uttalelser.

Departementet vil presisere at Eldreombudets faglige uavhengighet kun vil være knyttet til aktiviteter som faller inn under dets faglige arbeidsområde og oppgaver, jf. lovforslaget § 3, sett i lys av formålsbestemmelsen. Dersom Eldreombudet opptrer på områder som klart ligger utenfor dets arbeidsområde, må overordnet organ kunne gripe inn og justere virksomheten enten gjennom den ordinære styringsdialogen eller ved generelle presiseringer i instruksjonen.

Departementet vil videre presisere at det må skilles mellom faglig og administrativ uavhengighet. Selv om Eldreombudet er faglig uavhengig må det kunne styres når det gjelder de administrative sidene av virksomheten. Dette betyr at de alminnelige prinsipper for styring av forvaltningsorganer bør legges til grunn når det gjelder Eldreombudets administrative virksomhet, herunder spørsmål om anskaffelser, budsjett, regnskap mv., se kapittel 12.3.2. Eldreombudet vil som statlig forvaltningsorgan også være underlagt kontroll av de alminnelige kontrollorganene Riksrevisjonen og Sivilombudsmannen, og departementet foreslår ikke noe unntak fra slik kontroll.

Når det gjelder hvilken kompetanse de ansatte i Eldreombudet skal ha, henger dette tett sammen med hvordan Eldreombudet mener det på best mulig måte bør arbeide for å fylle sin rolle. Eldreombudet må naturlig nok prioritere og balansere mellom ulike oppgaver og virkemidler basert på det gjeldende utfordringsbildet når det gjelder de eldres situasjon, og basert på den ressursituasjonen Eldreombudet til enhver tid har. Departementet mener at ombudet selv må foreta en vurdering av hvilken kompetanse det er nødvendig at Eldreombudets ansatte skal ha for å kunne utføre de oppgavene Eldreombudet mener bør prioriteres for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov og følge med på utviklingen i eldres situasjon. Hvem som skal ansettes hos Eldreombudet og hvilken fagbakgrunn disse personene skal ha, vil ikke være noe Eldreombudet bør kunne instrueres om da dette er knyttet til Eldreombudets faglige virke. Departementet forutsetter imidlertid at det det vide arbeidsområdet til Eldreombudet krever en viss tverrfaglighet i personalgruppen. Ansettelse av ombudspersonen er for øvrig en egen prosess som omtales i kapittel 12.2.2.

I tråd med Eldreombudets faglige uavhengige rolle må Eldreombudet selv vurdere hvordan det skal skaffe seg tilstrekkelig informasjon om forhold som berører eldres interesser i samfunnet. Det må blant annet være opp til Eldreombudet selv å vurdere i hvilken grad de ønsker å knytte til seg rådgivende organer, et permanent råd eller råd opprettet for særlige saker. Barneombudet hadde for eksempel tidligere et permanent rådgivende organ, men dette ble opphevet. I stedet oppnevner de ved behov ekspertpaneler hvor barn og unge deltar.

Departementet foreslår på denne bakgrunn ikke noen regulering av opprettelse og bruk av rådgivende organ i loven. Eldreombudets ansvar for å fremme eldres interesse og ha oversikt over sitt arbeidsområde innebærer blant annet at de må ha kontakt med og innhente informasjon hos andre kompetente organer. For eksempel vil (det kommende) Senter for et aldersvennlig Norge og organisasjoner som representerer eldre være viktige aktører.

10 Forholdet til andre ordninger

Etableringen av Eldreombudet innebærer ikke endringer i eksisterende ombuds-, tilsyns- eller klageordninger eller i regelverk som berører eldre. Eldreombudet vil kunne uttale seg på alle samfunnsområder og om alle forhold som berører eldre, også forhold som følges opp under de andre ordningene. Der det finnes etablerte ordninger som håndterer særlige sakstyper, vil det være naturlig at Eldreombudet henviser enkelthenvendelser dit.

De eksisterende ombudene har tradisjon for å avklare overlappinger og samarbeid mellom seg. Forholdet til andre ombuds arbeidsområder anses derfor ikke som problematisk. Ombudene som departementet har vært i dialog med i forbindelse med arbeidet med høringsnotatet, har gitt uttrykk for at rolle- og arbeidsdeling mellom ombudene håndteres godt. Ombudene har etablert et nettverk hvor de møtes jevnlig for faglige diskusjoner, og det nye eldreombudet forutsettes å delta i det faglige fellesskapet.

Som omtalt i kapittel 3.8 er det nedsatt et rådgivende utvalg for NIM, og departementet mener at det vil være aktuelt at Eldreombudet er representert i dette. Bestemmelsen om NIMs rådgivende utvalg i instruksens § 6 viser konkret til Sivilombudsmannen, Barneombudet, Likestillings- og diskrimineringsombudet og andre særlig berørte offentlige institusjoner. Det bør vurderes om bestemmelsen i instruksens skal justeres slik at også Eldreombudet nevnes konkret.

For Eldreombudet blir samarbeidet med (det kommende) Senter for aldersvennlig Norge viktig. Senteret skal, i samarbeid med det partssammensatte Rådet for aldersvennlig Norge, gjennomføre program for et aldersvennlig Norge (se kapittel 2) for å skape et samfunn som tilrettelegger bedre for eldres deltakelse og tar eldres ressurser i bruk. Dette arbeidet skal bidra til konkrete endringer gjennom samarbeid mellom eldre selv og ulike samfunnsaktører, og bygge på partnerskap. Mer aldersvennlig utforming av nærmiljø, boliger, næringsliv og teknologi er sentrale elementer i programmet. Eldreombudet vil være en viktig stemme på vegne av eldrebefolkningen inn i dette utviklings- og endringsarbeidet. Senterets arbeid skal være kunnskaps- og erfaringsbasert, og bidra til

bedre forståelse om konsekvenser av aldringen og hvilke muligheter er mer aldersvennlig samfunn kan gi.

For å utnytte synergier mellom Eldreombudet og Senter for et aldersvennlig Norge og å bidra til å styrke et samlet fagmiljø, vil departementet samlokalisere de to ordningene, men slik at ombudets uavhengighet sikres.

11 Tilgang til informasjon og institusjoner mv.

11.1 Krav etter Grunnloven og EMK

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 8 beskytter retten til privatliv og familieliv. Retten til privatliv beskyttes også av FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (SP) artikkel 17. Det er alminnelig antatt at SP artikkel 17 ikke gir den enkelte en bredere beskyttelse enn EMK artikkel 8.

Grunnloven § 102 første ledd første punktum lyder «Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon». Bestemmelsen kom inn ved grunnlovsreformen i 2014, og bygger blant annet på EMK art. 8 og SP art. 17.

I Rt. 2015 s. 93 uttaler Høyesterett at bestemmelsen i Grunnloven skal tolkes i lys av EMK art. 8, men slik at framtidig praksis fra Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) ikke skal ha samme prejudikatsvirkning ved grunnlovstolking som ved tolkingen av konvensjonsbestemmelsene.

Retten til privatliv etter Grunnloven § 102 er imidlertid ikke absolutt. I Rt. 2014 s. 1105 (avsnitt 28) har Høyesterett lagt til grunn tre vilkår for å gjøre inngrep i Grunnloven § 102. For det første må inngrepet være lovhjemlet. For det andre må inngrepet ivareta et legitimt formål eller være saklig begrunnet. For det tredje må inngrepet være forholdsmessig. Det vil si at inngrepet ikke må gå mer utover hensynene bak retten til privatliv enn hva som er nødvendig for å ivareta det aktuelle og legitime formålet bak inngrepet.

11.2 Eldreombudets behov for tilgang til informasjon og institusjoner

For å kunne utføre sitt verv vil Eldreombudet ha behov for tilgang til nødvendige opplysninger og tilgang til offentlige og private institusjoner. I mange tilfeller vil dette dreie seg om behov for å ha tilgang til taushetsbelagte opplysninger.

Departementet har i arbeidet med dette høringsnotatet vært i kontakt med flere ombud. Samtlige understreker at det er nødvendig med tilgang til tilstrekkelige opplysninger for at ombudene skal kunne utføre sine oppgaver og at ombudsmekanismen skal kunne fungere.

Departementet foreslår at Eldreombudet skal ha taushetsplikt om alle forhold som gjelder enkeltpersoner med mindre det foreligger rettslig grunnlag for noe annet, eksempelvis samtykke fra den det gjelder. Forvaltningsloven § 13 regulerer taushetsplikt, og departementet vurderer at denne reguleringen er tilstrekkelig. Dersom Eldreombudet

behandler opplysninger som er pålagt strengere taushetsplikt enn det som følger av forvaltningsloven, skal de strengere reglene gjelde. Det er ikke nødvendig med særregulering av Eldreombudets taushetsplikt.

Som nevnt skal Eldreombudet opprettes med utgangspunkt i Barneombudets modell. Det er derfor særlig relevant å se hen til Barneombudets arbeidsmåte og hvordan tilgangen til opplysninger er regulert. Barneombudet skiller seg fra de andre ombudene ved at de i liten grad går inn i enkeltsaker og legger større vekt på prinsipp saker. Det foreslås at Eldreombudet også skal arbeide på denne måten.

Barneombudet har fri adgang til alle offentlige og private institusjoner for barn, jf. barneombudsloven § 4. I tillegg får Barneombudet opplysninger som er nødvendig for å kunne utføre lovfestede oppgaver. Barneombudet har pekt på at adgang til opplysninger og institusjoner er sentral for at de skal kunne gå inn på områder som gjelder for eksempel psykisk helsevern eller barnevern.

Begrunnelsen for den vide adgangen til opplysninger og institusjoner er at dersom Barneombudet skal kunne utføre sitt verv forsvarlig, må Barneombudet kunne skaffe seg oversikt og kunnskap gjennom rett til å kreve opplysninger fra ulike organer og personer. En slik rett anses nødvendig for at Barneombudet skal ha gjennomslagskraft overfor myndigheter og private. En institusjonsledelse kan for eksempel ikke motsette seg besøk fra Barneombudet.

Videre gir bestemmelsen i barneombudsloven § 4 adgang til dokumenter som danner grunnlag for publikasjoner fra Barneombudet. Barneombudets arbeidsmåte er å sammenstille funn fra dokumentgjennomgang med muntlige uttalelser fra barn. Ved slike dokumentgjennomganger lager Barneombudet en liste over relevante punkter som skal gjennomgås i samtlige dokumenter. Barneombudet erfarer at innsyn i enkeltsakene danner grunnlag for å ta opp behov for strukturendringer. Oppsummeringene av enkeltsakene viser hvor skoen trykker og er derfor egnet til å foreslå endringer. Dette er med på å skape tillit og legitimere Barneombudets rolle i samfunnet.

På denne bakgrunn foreslår departementet en bestemmelse i lovforslaget § 7 om Eldreombudets adgang til institusjoner og tilgang til opplysninger. For å sikre at Eldreombudet får nødvendige opplysninger om eldres situasjon, interesser og forhold som kan ha betydning for denne gruppen, er det etter departementets vurdering nødvendig at Eldreombudet har adgang til å sette en frist for å få tilgang til dokumenter. Departementet foreslår at dette lovfestes i lovforslaget § 7 første ledd andre punktum.

Departementet har vurdert om den enkelte skal samtykke eller bør kunne reservere seg mot at Eldreombudet får innsyn i dokumenter med personopplysninger, inkludert helseopplysninger. Sårbare og utsatte eldre med ulike former for nedsatt helsetilstand som for en stor del er på institusjon vil være en viktig gruppe for Eldreombudet. Departementet mener at opplysninger i hovedsak bør innhentes med samtykke, men at erfaring fra Barneombudet viser at det er behov for en vid tilgang til opplysninger også i tilfeller der det ikke er mulig å innhente samtykke. Tvil knyttet til den enkeltes evne til å gi samtykke eller reservere seg må ikke komme i veien for at Eldreombudet kan få nødvendige

opplysninger. Forslaget til lovbestemmelse innebærer derfor at Eldreombudet skal ha tilgang til nødvendige personopplysninger uten hinder av taushetsplikt. Som en rettsikkerhetsgaranti for å ivareta den enkelte, foreslås at det lovfestes i § 7 fjerde ledd at Eldreombudet skal informere de berørte personer om at personopplysninger er innhentet av Eldreombudet og på hvilken måte opplysningene behandles.

I samsvar med personopplysningsloven skal Eldreombudet kun ha tilgang til opplysninger i den utstrekning det er relevant for den konkrete saken det gjelder. For å unngå at opplysninger spres skal dokumentene i så stor grad som mulig ikke inneholde direkte identifiserbare kjennetegn, slik som navn og fødselsnummer dersom dette ikke er relevant. Videre skal Eldreombudet ikke oppbevare personopplysninger i større omfang eller lenger enn nødvendig. Dette er grunnleggende personvernprinsipper som framgår av personvernforordningen og vil kreve at det utarbeides rutiner for korrekt håndtering av personopplysninger.

Lovforslaget vil gi Eldreombudet muligheten til å innhente taushetsbelagte personopplysninger uten samtykke fra personer opplysningene gjelder dersom det ikke er mulig å få samtykke. Denne innhenting av opplysninger vil innebære et inngrep i disse personenes rett til privatliv. Ved vedtak av den foreslåtte loven vil vilkåret om lovhjemmel være oppfylt. Formålet med inngrepet er å ivareta eldres interesser, og er etter departementets vurdering et viktig og legitimt formål. Departementet har vurdert om inngrepet vil være et forholdsmessig inngrep for å nå dette målet og mener at så lenge behandlingen av opplysninger oppfyller grunnleggende krav i tråd med personopplysningsloven er også dette vilkåret oppfylt. Departementet mener på denne bakgrunn at innhenting av de nevnte taushetsbelagte personopplysningene ikke er i strid med Grunnloven § 102.

Etter departementets vurdering er det klart at behandling av opplysninger til Eldreombudets formål i samsvar med § 7, vil ha behandlingsgrunnlag etter EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e (oppgave i allmennhetens interesse) og unntak etter artikkel 9 nr. 2 bokstav g (viktige allmenne interesser). I Prop.56 LS (2017–2018) om ny lov om behandling av personopplysninger punkt 6.3.2 framgår hva som kreves for at bestemmelsen skal gi tilstrekkelig supplerende rettsgrunnlag. Det er ikke nødvendig at det supplerende rettsgrunnlaget uttrykkelig regulerer behandling av personopplysninger. Ifølge den nevnte proposisjonen er det tilstrekkelig at et supplerende rettsgrunnlag gir grunnlag for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, og at det er nødvendig for den dataansvarlige å behandle personopplysninger for å utføre oppgaven som følger av det supplerende rettsgrunnlaget.

11.3 Tilgang til private hjem

Det går fram over at departementet foreslår at Eldreombudet skal ha fri adgang til alle offentlige og private institusjoner som inngår i Eldreombudets arbeidsområde. Departementet har vurdert om Eldreombudet også bør ha tilgang til private hjem der det gis hjemmetjenester.

Departementet mener at nettopp gruppen av eldre som får hjemmetjenester kan være en sårbar gruppe, og det at Eldreombudet har tilgang til deres hjem kan være viktig for å ivareta denne gruppens interesser. På den annen side er det å gå inn i private hjem uten samtykke fra den det gjelder eller fra andre med samtykkekompetanse på vegne av vedkommende, svært inngripende. Departementet foreslår derfor ikke en slik rettighet for Eldreombudet. Dersom Eldreombudet skal undersøke forholdene i private hjem må det på vanlig måte foreligge samtykke til at de besøker hjemmet.

11.4 Unntak fra informasjonstilgang

Barneombudsloven § 4 siste ledd slår fast at reglene om bevisforbud og bevisfritak i tvisteloven §§ 22-1, 22-2, 22-4 til 22-11 har tilsvarende anvendelse for Barneombudets rett til å kreve opplysninger. Dette innebærer i praksis at Barneombudet blant annet ikke har tilgang til pasientjournaler uten at det foreligger samtykke. Departementet vurderer at Eldreombudet i stor utstrekning vil befatte seg med den gruppen av eldre som er avhengig av helse- og omsorgstjenester. Eldreombudet skal i likhet med Barneombudet arbeide på systemnivå og det vil derfor være sentralt at det gis adgang til nødvendig kunnskap. Departementet foreslår derfor at en tilsvarende begrensning skal gjelde for Eldreombudet med unntak om bestemmelsen i § 22-5 som unntak for pasientjournaler. Eldreombudet har taushetsplikt jf. forvaltningsloven § 13 mv. og skal håndtere personopplysninger i tråd med gjeldende lovverk, se mer om dette ovenfor.

12 Organisatoriske rammer for Eldreombudet

12.1 Innledning

Eldreombudet skal fremme eldres interesser i samfunnet. Etter modell av Barneombudet foreslår departementet at det etableres en ombudsordning med oppnevning av et personlig eldreombud. Den fysiske personen eldreombudet vil ha et sekretariat tilknyttet seg. Det fysiske ombudet og sekretariatet vil til sammen være et statlig forvaltningsorgan. Eldreombudet vil derfor både være betegnelsen på det personlige ombudet og forvaltningsorganet. Eldreombudet skal i likhet med Barneombudet være et nasjonalt ombud som gjelder for hele landet.

12.2 Ombudspersonen

12.2.1 Ombudspersonens rolle

Begrepet eldreombud vil brukes både om institusjonen Eldreombud og om den personen som er leder for institusjonen, på samme måte som begrepet barneombud.

I likhet med det som gjelder for Barneombudet, mener departementet at institusjonen Eldreombudet bør ledes av en person som tituleres som eldreombudet. Denne personen skal lede institusjonen, men også i kraft av sin person være de eldres talsperson.

Departementet foreslår at det reguleres direkte i loven at organet ledes av et personlig eldreombud, se lovforslaget § 2 andre ledd.

Eldreombudet vil i likhet med Barneombudet og andre ombud være et personifisert forvaltningsorgan. Erfaringer fra Barneombudet viser at de ulike ombudene har hatt ulike fagbakgrunner og har sitt eget preg på ombudets arbeid og prioriteringer. Ved tilsetting av eldreombudet er det svært viktig å finne en person som er egnet til å ivareta alle funksjonene ombudet skal ha både faglig og gjennom sin personlighet. Den som utpekes som eldreombud bør være en person med god og relevant kompetanse og gjennomslagskraft til å drive eldreombudets arbeid framover.

12.2.2 Ansettelse på åremål

Ansettelse av øverste leder i offentlige virksomheter skjer ofte på åremål. Åremål innebærer at lederen ansettes på en tidsbegrenset kontrakt for en klart angitt periode, for eksempel fire eller seks år.

Etter lov om statsansatte mv. § 10 første ledd kan åremål benyttes når det følger av lov eller stortingsvedtak. Etter lovens § 10 andre ledd er det særskilt fastsatt at det enkelte departement kan bestemme at øverste leder i en virksomhet skal ansettes på åremål.

Forskrift til lov om statens ansatte mv. § 5 regulerer bruken av åremålsstillinger ytterligere. Bestemmelsens første ledd fastslår at åremål ikke kan benyttes for statsansatt som er øverste leder for en virksomhet, dersom virksomheten i hovedsak har kontrollerende funksjoner overfor arbeids- eller næringsliv, eller hvor det for øvrig er særlig viktig at lederen har en uavhengig stilling.

Når det gjelder lengden på åremålsperioden skal den etter forskrift til lov om statens ansatte § 5 andre ledd være seks år, men en kortere periode kan fastsettes i særlige tilfeller. Videre kan ansettelse på åremål i samme stilling bare gjentas én gang. Det vil si at den øverste leder kun kan inneha lederstillingen i 12 år.

Dette innebærer at dersom eldreombudet skal ansettes på åremål på andre vilkår enn det som framgår av forskriften, må ansettelsen reguleres særskilt i lov om eldreombudet.

Eldreombudet er tiltenkt å ha samme type rolle og oppgaver som barneombudet. Det naturlige utgangspunktet er derfor at eldreombudet ansettes på samme vilkår som barneombudet. Barneombudet ansettes i åremålsstilling på seks år uten mulighet for gjenoppnevning for en ny periode. Dette følger av barneombudsloven § 2. Bestemmelsen ble endret i 2009. Tilsvarende endring ble gjort for likestillings- og diskrimineringsombudet og forbrukerombudet. Før dette ble ombudene ansatt for fire år med mulighet for gjenoppnevning for én periode til i stillingen, altså maksimalt åtte år til sammen.

Vurderingene bak endringen av åremålsperioden går fram av Ot.prp.nr.74 (2008-2009). Om begrunnelsen for å kun kunne utnevne ombudet for én åremålsperiode, uttales:

"Departementet viser til at forslaget om utnevning for kun én åremålsperiode vil kunne bidra til at ombudenes faktiske uavhengighet styrkes ytterligere. Ved å oppheve adgangen til fornyelse av åremålsperioden, fjernes samtidig enhver diskusjon om at spørsmålet om

gjenoppnevning kan påvirke ombudenes uttalelser og opptreden. Dette kan følgelig både styrke ombudenes pådriverrolle overfor myndighetene og offentlighetens oppfatning av ombudenes uavhengighet.

Det ble videre vist til at ved å oppheve adgangen til gjenoppnevning vil man oftere oppnå de fordeler som nyansettelser kan medføre, først og fremst nytenking og dynamikk i ombudenes virke. Dersom ombudene utnevnes for kun én åremålsperiode vil man unngå eventuelle forventninger om automatikk i gjenoppnevningen, uten reell vurdering av det sittende ombudet etter utløpet av første åremålsperiode. Det kan også tenkes at adgangen til gjenoppnevning kan avskjære andre kvalifiserte kandidater fra å søke stillingen."

Når det gjelder lengden på åremålsperioden, ble det uttalt at en periode på seks år ble ansett egnet til å oppfylle de ulike hensyn som ombudsrollen skal ivareta og vil forene behovet for kontinuitet i stillingen med ønsket om omstilling og fornyelse. Følgende ble blant annet uttalt:

"Departementet viser til at erfaringen med ombudene og deres virksomhet tilsier et behov for kontinuitet. Et nyutnevnt ombud har behov for tid til å sette seg inn i, og sette sitt preg på, ombudets arbeid. Åremålsperioden bør dessuten være av en viss lengde for at vedkommende skal ha mulighet til å opparbeide seg kontakter og erfaring som er viktig for oppgaven. I tillegg vil ombudet ha behov for tilstrekkelig tid til å kunne iverksette og følge opp ideer, initiativ og langsiktige oppgaver, for eksempel pågående lovarbeider. [...]"

Det ble også vist til at en åremålsperiode på seks år vil å gi større forutberegnelighet for potensielle søkere, dersom søkerne forlater en fast stilling til fordel for en åremålsstilling. Det ble påpekt at dette kan bidra til å sikre at kvalifiserte personer fortsetter å finne det attraktivt å søke stillingene som ombud.

Departementet mener at begrunnelsene over tilsier at også eldreombudet utnevnes for seks år uten mulighet for en ny periode i stillingen. Så lenge åremålsperioden uansett ikke kan forlenges, vil dette ikke utgjøre noen fare for Eldreombudets uavhengighet.

Departementet foreslår derfor ta inn en bestemmelse i loven § 2 andre ledd som fastsetter at eldreombudet åremålsbeskikkes av Kongen i statsråd for en periode på seks år uten adgang til gjenoppnevning.

12.3 Forvaltningsorganet

12.3.1 Organisatorisk plassering av eldreombudet

Eldreombudet vil som Barneombudet ha store likhetstrekk med en interesseorganisasjon. Selv om Barneombudet er faglig frittstående og uavhengig, har Barneombudet status som forvaltningsorgan både fordi det er et statlig oppnevnt organ og fordi det er økonomisk og administrativt tilknyttet Barne- og familiedepartementet. Eldreombudet bør på samme måte være et forvaltningsorgan med en administrativ og økonomisk tilknytning til et departement.

Barneombudets virksomhet omfatter forhold på mange ulike samfunnsområder og som dermed berører mange departementers ansvarsområder. Barneombudet er organisatorisk tilknyttet Barne- og familiedepartementet fordi dette departementet har et særlig ansvar

for å ivareta barns interesser. Eldreombudet skal på samme måte ikke begrense seg til visse samfunnsområder, men skal kunne uttale seg om og være en pådriver for eldres interesser, behov og rettigheter på alle områder i samfunnet. På samme måte som Barneombudet, vil Eldreombudet virksomhet derfor være relevant for de fleste departementers ansvarsområder.

Departementet foreslår at det i lovforslaget § 2 første ledd fastsettes at Eldreombudet er et uavhengig forvaltningsorgan administrativt underlagt Kongen og departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet har en egen eldre- og folkehelseminister som har særlig oppmerksomhet rettet mot å ivareta eldres interesser på mange områder, ikke bare i helsetjenesten. Departementet mener av den grunn at det per i dag er mest naturlig at Eldreombudet legges administrativt inn under Helse- og omsorgsdepartementet.

12.3.2 Administrativ og økonomisk styring av forvaltningsorganet

Som for øvrige statlige etater vil regelverket for økonomistyring i staten gjelde for Eldreombudet. Regelverket for økonomistyring i staten er en felles instruks for departementene og de underliggende virksomhetene i statsforvaltningen.

Økonomiregelverket inneholder regler om hvordan departementene skal styre virksomheter, den interne virksomhetsstyringen, regnskapsføring, rapportering og bokføring, betalingsformidling og tilskuddsforvaltning, garantier og stønadsordninger til private.

I Reglement for økonomistyring i staten §§ 3, 4 og 7, og Bestemmelser om økonomistyring i staten, kapittel 1 behandles departementets styring av virksomheter, og virksomhetenes interne styring. Det heter i Økonomiregelverkets bestemmelser, kapittel 1.2 at:

”Departementet har overordnet ansvar for at:

- a) Virksomheten gjennomfører aktiviteter i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger og departementets fastsatte mål og prioriteringer.*
- b) Virksomheten bruker ressurser effektivt.*
- c) Styringsdialogen mellom departementet og virksomheten fungerer på en hensiktsmessig måte.*
- d) Virksomheten rapporterer relevant og pålitelig resultatinformasjon.*
- e) Det gjennomføres kontroll med virksomheten og at virksomheten har forsvarlig intern kontroll.*
- f) Evalueringer gjennomføres.”*

Departementet må innenfor rammen av økonomiregelverket og i samsvar med omtalen i Prop. 1 S fastsette instruks for Eldreombudet når det gjelder de administrative og økonomiske sidene av virksomheten, jf. økonomireglementet 3. Gjennom instruks vil departementet beskrive myndighet og ansvar mellom departementet og virksomheten, herunder de innbyrdes forhold mellom departementet og virksomhetslederen. Som

beskrevet ovenfor i kapittel 9 skal Eldreombudet være faglig uavhengig. Departementet kan ikke gripe inn i virksomheten, med unntak av i rent økonomiske og administrative saker.

Eldreombudet vil omfattes av Økonomiregelverket og instruks fra departementet.

Departementet vurderer derfor at det ikke er nødvendig med noen nærmere lovregulering av departementets administrative og økonomiske styring av Eldreombudet.

Departementets mulighet til administrativ og økonomisk styring gjelder for enhver statlig etat, og så lenge den faglige uavhengigheten er klart regulert i loven, er det ikke behov for en annen løsning for Eldreombudet.

Til disposisjon for sitt arbeid vil eldreombudet ha et sekretariat. Medarbeiderne vil ansettes i samsvar med personalfullmaktene som årlig gis av departementet. Eldreombudet bør selv kunne utpeke hvem som er fast stedfortreder og som vil tre inn i eldreombudets sted ved fravær.

Det følger av reglementet for økonomistyring i staten at Eldreombudet må utarbeide en årsrapport til departementet og som departementet skal offentliggjøre. Departementet ser av den grunn ikke noe behov for å lovfeste særlig at Eldreombudet skal utarbeide en årsrapport som skal være offentlig.

12.4 Alminnelig instruks

Som nevnt i kapittel 5.2 om lovens oppbygning og innhold, foreslår departementet at Eldreombudets virksomhet hovedsakelig reguleres direkte i loven. Likevel foreslår departementet at det, som for de andre ombudene, gis en lovhjemmel til å gi nærmere regulering av Eldreombudets virksomhet i en alminnelig instruks, jf. lovforslaget § 8. Departementet foreslår at kompetansen til å gi en slik alminnelig instruks legges til Kongen, slik det også er for Barneombudet og anbefalt av Forvaltningslovutvalget (NOU 2019:5 kapittel 32, side 533). I en instruks hjemlet i loven vil ikke Eldreombudet kunne bli instruert om faglige forhold, men hjemmelen til å gi instruks vil være en sikkerhetsventil for å ivareta behov for eventuelle presiseringer til lovteksten, slik som alminnelig forskriftshjemler i lover. Hjemmelen kan for eksempel benyttes hvis det viser seg et behov for å klargjøre nærmere hva som anses å falle inn under eldreombudets arbeidsområde.

En alminnelig instruks hjemlet i loven vil skille seg fra den administrative og økonomiske styringen som omtales ovenfor ved at en instruks hjemlet i lov om Eldreombudet vil være rettet direkte mot Eldreombudets virksomhet og utfylle loven, mens en instruks hjemlet i økonomiregelverket vil gis innenfor rammen av Prop. 1 S og kan også rettes mer mot forholdet mellom ombudet og departementet.

13 Økonomiske og administrative konsekvenser

Av Innst. 11 S (2018–2019) går det fram at det er viktig at det i mandatet til Eldreombudet legges til rette for at eldre blir hørt og at eldres rettigheter blir ivaretatt på ulike områder og samfunnsarenaer. Organisasjonen må være tilstrekkelig robust, og ha faglig bredde i

kompetanse for å sikre at ombudet skal kunne oppfylle formålet om å bidra til å ivareta eldres rettigheter på alle samfunnsområder. Regjeringen har bestemt at det nye Eldreombudet skal lokaliseres i Ålesund. Etableringen av et eldreombud vil medføre oppstartskostnader og årlige kostnader til løpende drift, og vil medføre merkostnader for staten. Eldreombudet må organisere virksomheten utfra de økonomiske rammer som Stortinget stiller til disposisjon. Økonomiske konsekvenser og iverksettelsestidspunktet vil en komme tilbake til i de ordinære budsjettprosessene.

For å legge til rette for samarbeid og synergier, vil også Senter for et aldersvennlig Norge bli samlokalisert med ombudet, men være organisert med under Helsedirektoratet.

14 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Til § 1

Bestemmelsen definerer lovens formål.

Bestemmelsen viser at Eldreombudet er etablert for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet. At Eldreombudet skal "fremme" eldres interesser mv. betyr at Eldreombudet i hovedsak et interesseorgan. Formålet med Eldreombudets virksomhet er ikke å behandle eller avgjøre enkeltsaker, men Eldreombudet skal fremme eldres interesser, rettigheter og behov på systemnivå og på ulike områder og samfunnsarenaer, jf. begrepet "i samfunnet".

Kontroll med at regler etterleves og håndheving av brudd i enkeltsaker, ligger hos andre tilsyns- og klageorganer.

Se nærmere omtale i kapittel 6.

Til § 2

Første ledd regulerer hvilken type organ Eldreombudet er (tilknytningsform).

Bestemmelsen fastsetter at Eldreombudet er et uavhengig forvaltningsorgan administrativt underordnet Kongen og departementet. Hva som ligger i at forvaltningsorganet er uavhengig, går nærmere fram av § 2 tredje ledd.

Andre ledd fastsetter at personen eldreombudet skal lede forvaltningsorganet Eldreombudet. Personen eldreombudet skal åremålsbeskikkes til stillingen for én periode på seks år. De ansatte ved Eldreombudet vil være formelt ansatt i forvaltningsorganet Eldreombudet. Dersom personen som er åremålsbeskikket til å være eldreombud ikke er i stand til å utføre sine oppgaver, eksempelvis er sykemeldt eller andre forhold oppstår, er det opp til forvaltningsorganet å vurdere hvordan situasjonen bør håndteres, for eksempel om det bør være utpekt en stedfortreder eller lignende.

Tredje ledd presiserer at Kongen og departementet ikke har adgang til å instruere Eldreombudet i dets faglige virksomhet. Dette betyr at Eldreombudet innenfor sitt arbeidsområde ikke kan instrueres om hvilke type spørsmål de skal engasjere seg i eller hva de skal mene. Dette gjelder på samme måte som for Barneombudet. Bestemmelsen må

ses i sammenheng med § 3 tredje ledd som pålegger Eldreombudet å utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Se nærmere omtale i kapittel 9 og 12.

Til § 3

Bestemmelsen fastsetter Eldreombudets oppgaver. Første ledd gir en overordnet ramme for Eldreombudets arbeidsområde og oppgaver og fastsetter Eldreombudets pådriver- og følge med-rolle. Andre ledd utfyller første ledd med oppgaver som vurderes som mest aktuelle for Eldreombudet. Tredje ledd understreker Eldreombudets uavhengighet.

I *første ledd* går det fram at Eldreombudet skal på alle samfunnsområder arbeide for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov og skal følge med på utviklingen i eldres situasjon. Eldreombudet kan engasjere seg i alle forhold av betydning for eldre. Dette kan være spørsmål som gjelder forhold hos både offentlige og private aktører. Eldreombudet skal se helheten i samfunnet og hvordan de store linjene innen eksempelvis arbeidsliv, teknologi, kommunikasjon, samfunnsdeltakelse innvirker på eldres situasjon. Dette kan være forhold som gjelder dagens situasjon, men vil også kunne være områder der det er nødvendig å være i forkant, og arbeide med et strategisk og langsiktig perspektiv.

At Eldreombudet skal "fremme" interesser, rettigheter og behov innebærer både det å være pådriver for eldres interesser, rettigheter og behov og det å sørge for at Eldreombudets virksomhet er kjent og tilgjengelig. At Eldreombudet skal "følge med" på eldres situasjon, innebærer at ombudet skal følge med og ha oversikt over eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet, herunder også eldres muligheter for deltakelse i samfunnet.

Formuleringen at Eldreombudet skal følge med på "utviklingen" i eldres situasjon presiseres at ombudet ikke bare skal følge med på gjeldende situasjon for eldre, men også være oppmerksom på forhold som kan gi utfordringer fram i tid.

Med "eldres situasjon" menes eldres levevilkår og livskvalitet, og både økonomiske kår og andre forhold som har betydning for gode liv for eldre inngår her. Eldre er et flytende begrep og skal forstås som et vidt og fleksibelt begrep uten noe definert aldersspenn. I noen sammenhenger er gjerne eldre definert som en gruppe over en viss alder, for eksempel har man i reformen Leve hele livet (Meld. St. 15 (2017–2018)) definert at målgruppen er eldre over 65 år. Eldreombudets arbeidsområde vil omfatte disse eldre, men også yngre eldre dersom de opplever utfordringer grunnet alder. Eldreombudet må derfor vurdere hva som er grunnlag for utfordringene i de forskjellige sakstypene.

I *andre ledd* trekker bestemmelsen fram en del oppgaver som vurderes som særlig viktige for Eldreombudet og utfyller den generelle bestemmelsen i første ledd. Listen er ikke uttømmende og er ikke ment å legge noen føringer på Eldreombudets faglige prioriteringer. Eldreombudet vurderer selv hva som er effektivt og hensiktsmessig å foreta seg for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov, noe som antakelig vil variere over tid. Eldreombudet må selv definere omfanget og behovet i sine prioriteringer. Bestemmelsens bruk av begrepet "særlig" er ikke ment å styre Eldreombudets

prioriteringer og selv om begrepet "særlig" anvendes skal lovbestemmelsen forstås slik at utviklingen i samfunnet over tid skal kunne hensyntas.

Bestemmelsen i *bokstav a* gjelder Eldreombudets pådriverrolle. Eldreombudet skal arbeide for at eldres interesser blir ivaretatt i planlegging og utredning innenfor alle samfunnsområder. Dette innebærer at Eldreombudet for eksempel gir innspill i høringer eller at ombudet må arbeide rettspolitisk eller drive annen type holdningsskapende arbeid. Eldreombudet må komme tidlig inn i prosesser og må arbeide med et langsiktig perspektiv. At eldres interesser mv. skal ivaretas i planlegging må også ses i sammenheng med planlegging etter plan- og bygningsloven, særlig plan- og bygningsloven § 1-1 femte ledd om universell utforming.

Bestemmelsen i *bokstav b* gjelder Eldreombudets følge med-rolle. Eldreombudet skal arbeide kontinuerlig for å ha oversikt over om eldres interesser, rettigheter og behov blir ivaretatt.

Bestemmelsen i *bokstav c* gjelder Eldreombudets pådriverrolle. Eldreombudet skal foreslå tiltak som på den ene siden kan styrke eldres situasjon, eller tiltak som kan løse eller forebygge utfordringer. Dette innebærer blant annet å informere om og formidle kunnskap til relevante aktører og ha en utadrettet virksomhet. Oppgaven henger også sammen med bokstav a om å komme tidlig inn i prosesser.

Bestemmelsen i *bokstav d* gjelder Eldreombudets følge med-rolle. Eldreombudet skal følge med på at det gis tilstrekkelig informasjon om eldres interesser, rettigheter og behov og at offentlige organer og private aktører kjenner til behov for tiltak som kan være nødvendige for å bedre eldres situasjon og ivareta deres interesser. Formålet er at aktuelle organer og private aktører har tilstrekkelig informasjon om eldres behov for å kunne ivareta og tilrettelegge for eldre i samfunnet.

Bestemmelsen i *bokstav e* gjelder Eldreombudets pådriverrolle. Eldreombudet skal legge til rette for samarbeid med aktuelle aktører. Arbeidet vil kunne gi bedre forståelse for eldres situasjon og mulige utfordringer, og dermed gi bedre grunnlag for å få gjennomført nødvendig holdningsendringer eller andre endringer for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov.

Bestemmelsen i *bokstav f* gjelder Eldreombudets pådriverrolle og viser også til betydningen av informasjon og veiledning. Bestemmelsen fastslår at Eldreombudet i rimelig utstrekning skal gi informasjon, råd og veiledning om forhold som hører inn under ombudets arbeidsområde. Hva som vil være rimelig utstrekning må Eldreombudet selv vurdere i sin virksomhet, og bestemmelsen pålegger ikke noen veiledningsplikt utover det som følger av forvaltningsloven § 11.

Tredje ledd fastslår at Eldreombudet skal utføre sine oppgaver selvstendig og uavhengig. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 3 tredje ledd om at Eldreombudet ikke kan instrueres om sin faglige virksomhet. Dette innebærer at Eldreombudet selv bestemmer hvordan arbeidet skal innrettes og organiseres, og at Eldreombudet selv vurderer hvilke tiltak og virkemidler som er effektive og hensiktsmessige for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov. Bestemmelsen innebærer ikke at Eldreombudet er administrativt og

økonomisk uavhengig. Prinsippene for styring av forvaltningsorganer, særlig økonomiregelverket, vil også gjelde for Eldreombudet.

Se nærmere omtale i kapittel 7 og 9.

Til § 4

Første ledd fastsetter at Eldreombudet ikke har myndighet til å avgjøre enkeltsaker og er ikke klageorgan for vedtak fra forvaltningen. Dette innebærer at Eldreombudet ikke skal behandle enkeltsaker, men enkeltsaker kan danne grunnlag for eldreombudets arbeid på systemnivå.

Andre ledd fastsetter at Eldreombudet kan virke av eget tiltak eller etter henvendelser fra andre. Enhver, uansett alder, kan henvende seg skriftlig eller muntlig til Eldreombudet. Eldreombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til oppfølging. Oppfølgingen kan eksempelvis være å ta i bruk egnede virkemidler som nærmere utredning av typetilfeller, opparbeide kunnskap om det aktuelle saksfeltet, kontakte ansvarlige myndigheter, gi uttalelse etter § 5 eller lignende.

Eldreombudet kan henvise saker videre til riktig instans dersom det er grunn til det, se § 6. Eldreombudet kan også velge å ikke følge opp henvendelser av kapasitetsmessige hensyn, men i en del tilfeller kan det være hensiktsmessig at et representativt utvalg av saker følges opp for at Eldreombudet får tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag.

Eldreombudets avgjørelse om en henvendelse skal følges opp eller ikke kan ikke påklages, noe som er begrunnet i Eldreombudets uavhengige stilling.

Se nærmere omtale i kapittel 8.

Til § 5

Første ledd fastsetter at Eldreombudet har rett til å uttale seg om forhold som går under Eldreombudets arbeidsområde, slik det fremgår av § 3 første ledd.

Uttalelsene kan være i ulike former og de kan avgis i ulike fora, for eksempel til media, i rapporter eller lignende. Uttalelser bør være så godt opplyst som mulig før de avgis, selv om det ikke er tale om enkeltvedtak. Uttalelsene vil ikke være vedtak som er rettslig bindende for forvaltningsorganer eller andre. I samsvar med § 4 kan ikke Eldreombudet avgjøre eller omgjøre noe som forvaltningen har bestemt.

Andre ledd angir begrensninger i hva Eldreombudet kan uttale seg om. Eldreombudet skal ikke uttale seg om lovligheten av forhold der enten Sivilombudsmannen allerede har avgitt en uttalelse, der saken er avgjort eller brakt inn for domstolene, eller tilfeller der forholdet er under politietterforskning og noen er mistenkt eller siktet i saken. Dette er ikke ment å avskjære Eldreombudets mulighet til å være partshjelp etter tvisteloven, se kapittel 7.3.

Tredje ledd fastsetter at Eldreombudet likevel kan engasjere seg i den faktiske og rettslige tilstanden i en sak selv om bestemmelsens andre ledd i utgangspunktet har unntatt saken fra Eldreombudets adgang til å uttale seg. Dette innebærer at enkeltsaker kan avdekke ulike former for systemsvikt og være relevant i så måte for Eldreombudets arbeid.

Se nærmere omtale i kapittel 8.

Til § 6

Første ledd pålegger Eldreombudet å henvise personer som tar kontakt med Eldreombudet til riktig instans. Dette vil i hovedsak være konkrete saker med spørsmål som tilhører andre ombud, etater eller relevante aktører, som for eksempel Pasient- og brukerombudet eller Likestillings- og diskrimineringsombudet.

Andre ledd gir Eldreombudet adgang til å oversende en konkret sak til riktig instans dersom taushetsplikten ikke er til hinder for det. Eksempelvis dersom en henvendelse gjelder forhold som kan bringes inn for påtalemyndighet eller et tilsynsorgan, kan ombudet oversende saken hvis vilkårene i forvaltningsloven § 13b nr. 6 er til stede.

Se nærmere omtale i kapittel 8.

Til § 7

Første ledd slår fast at Eldreombudet har fri adgang til opplysninger, herunder taushetsbelagte opplysninger. Dette er en nødvendig forutsetning for at Eldreombudet skal kunne utføre sitt verv forsvarlig og for å kunne skaffe seg oversikt og kunnskaper gjennom opplysninger fra ulike organer og personer. En slik rett anses nødvendig for at Eldreombudet skal ha gjennomslagskraft overfor myndigheter og private. Det forutsettes likevel at så langt det er mulig skal innhentes samtykke før det gis tilgang til opplysninger og at det ikke gis tilgang til mer opplysninger enn nødvendig, hvilket vil innebære at personidentifiserende kjennetegn skal tas sladdes dersom opplysningene ikke er nødvendig. I tillegg skal opplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig og det skal tas grunnleggende personvern hensyn ved behandling av opplysninger, i tråd med personopplysningsloven. Eldreombudet har adgang til å sette en frist for å få tilgang til dokumenter.

Andre ledd begrenser opplysningsplikten i samsvar med de angitte reglene i tvisteloven om bevisforbud og bevisfritak.

Tredje ledd fastsetter at Eldreombudet også har fri adgang til offentlige og private institusjoner som inngår i Eldreombudets arbeidsområde, slik det framgår av § 3 første ledd. Eldreombudet har ikke adgang til private hjem, med mindre det foreligger samtykke fra den det gjelder eller andre som har samtykkekompetanse på vegne av vedkommende.

Fjerde ledd fastsetter at den enkelte som opplysningene gjelder skal informeres om at Eldreombudet har fått tilgang til opplysninger.

Se nærmere omtale i kapittel 11.

Til § 8

Bestemmelsen gir en hjemmel til at Kongen kan gi instruks for å utfylle loven. En instruks kan gi generelle bestemmelser om Eldreombudets virksomhet, herunder om organisasjon, saksbehandling og administrasjon, men kan ikke gi bestemmelser om faglige vurderinger.

Se nærmere omtale i kapittel 12.

Til § 9

Bestemmelsen slår fast at loven får anvendelse også på Svalbard.

15 Forslag til lov om Eldreombudet (eldreombudsloven)

§ 1 Formål

Formålet med denne loven er å bidra til å fremme eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet gjennom etablering av et eldreombud.

§ 2 Eldreombudets organisering

Eldreombudet er et uavhengig forvaltningsorgan administrativt underordnet Kongen og departementet.

Forvaltningsorganet ledes av et eldreombud. Eldreombudet utnevnes på åremål av Kongen i statsråd for en periode på seks år uten adgang til gjenoppnevning.

Kongen eller departementet kan ikke instruere ombudet om ombudets faglige virksomhet.

§ 3 Eldreombudets oppgaver

Eldreombudet skal på alle samfunnsområder arbeide for å fremme eldres interesser, rettigheter og behov overfor offentlige og private og følge med på utviklingen i eldres situasjon.

Eldreombudet skal særlig

- a) arbeide for at eldres interesser, rettigheter og behov blir ivaretatt i planlegging og utredninger på alle samfunnsområder,
- b) følge med på om eldres interesser, rettigheter og behov er tilstrekkelige ivaretatt,
- c) foreslå tiltak som kan styrke eldres situasjon og løse eller forebygge utfordringer for eldre i samfunnet,
- d) følge med på at offentlige organer og private aktører gis tilstrekkelig informasjon om eldres interesser, rettigheter og behov og kjenner til behov for tiltak,
- e) legge til rette for samarbeid med relevante offentlige organer og andre aktører som arbeider for eldres interesser og
- f) i rimelig utstrekning gi informasjon, råd og veiledning om forhold som hører inn under ombudets arbeidsområde.

Eldreombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

§ 4 Eldreombudets behandling av saker

Eldreombudet har ikke myndighet til å avgjøre enkeltsaker og er ikke klageorgan for vedtak fra forvaltningen.

Eldreombudet kan virke av eget tiltak eller etter henvendelser fra andre. Enhver kan henvende seg til Eldreombudet. Eldreombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til oppfølging og avgjørelsen kan ikke påklages.

§ 5 Uttalelser

Eldreombudet har rett til å uttale seg om forhold som går under Eldreombudets arbeidsområde. Eldreombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til.

Eldreombudet skal ikke uttale seg om lovligheten av et forhold når Sivilombudsmannen har avgitt uttalelse, forholdet er avgjort av eller brakt inn for domstolene til avgjørelse, eller er under politietterforskning og noen er mistenkt eller siktet i saken.

Eldreombudet kan likevel kritisere den faktiske og rettslige tilstanden som Sivilombudsmannens uttalelse, politiets etterforskning eller domstolenes avgjørelse avdekker.

§ 6 Henvising

Gjelder en henvendelse forhold som kan bringes inn for påtalemyndighet, tilsynsorgan eller et annet forvaltningsorgan, skal den som henvender seg til ombudet, henvises til selv å ta opp saken med den som vurderes som riktig instans.

Eldreombudet kan også selv oversende saken dersom forvaltningslovens regler om taushetsplikt er oppfylt.

§ 7 Adgang til institusjoner og opplysningsplikt mv.

Offentlige og private organer skal uten hinder av taushetsplikt gi de opplysninger som trengs for at Eldreombudet skal kunne utføre sine oppgaver etter denne loven. Eldreombudet kan sette en frist for å få tilgang til dokumenter.

Reglene i tvisteloven §§ 22-1, 22-2, 22-4, 22-6 til 22-11 får tilsvarende anvendelse for Eldreombudets rett til å kreve opplysninger. Tvist om anvendelsen av disse reglene kan bringes inn for tingretten, som avgjør spørsmålet ved kjennelse.

Eldreombudet skal ha fri adgang til alle offentlige og private institusjoner som inngår i Eldreombudets arbeidsområde.

Eldreombudet skal informere den det gjelder om at opplysninger er innhentet.

§ 8 Instruks

Kongen kan gi alminnelig instruks om Eldreombudets virksomhet.

§ 9 Ikraftsetting m.m.

Denne loven gjelder også for Svalbard.

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.

Departementene
Sámediggi - Sametinget
Landets fylkesmenn
Syselmannen på Svalbard
Landets fylkeskommuner
Landets kommuner
Longyearbyen lokalstyre
Arbeids- og velferdsdirektoratet (AV-dir og NAV)
Barne- ungdoms- og familedirektoratet (Bufdir)
Barneombudet
Datatilsynet
Direktoratet for arbeidstilsynet
Direktoratet for e-helse
Folkehelseinstituttet
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Helsedirektoratet
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
Jernbanedirektoratet
Kystverket
Landets pasient- og brukerombud
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Likestillings- og diskrimineringsnemnda
Luftfartstilsynet
Mattilsynet
Medietilsynet
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
Norges forskningsråd
Norsk institusjon for menneskerettigheter (NIM)
Regelrådet
Regjeringsadvokaten

Riksadvokaten

Riksrevisjonen

Sjøfartsdirektoratet

Statens ombudsmann for forvaltningen

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Statens helsetilsyn

Statens legemiddelverk

Trygderetten

Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi)

Vegdirektoratet

(Disse har jeg ikke sortert på navn)

Kommunesektorens organisasjon (KS)

Galdu kompetansesenter for urfolks rettigheter

Norsk rådmannsforum

Landets universiteter og høyskoler

Landets sentre for omsorgsforskning (Senter for omsorgsforskning Midt-Norge, -Nord-Norge, -Sør, -Vest, -Øst)

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Velferdsforskningsinstituttet Nova ved OsloMet

By- og regionforskningsinstituttet Nibr ved OsloMet

Sintef

SIFO (Statens institutt for forbruksforskning)

Norsk selskap for aldersforskning (post@aldersforsk.no)

Landets regionale helseforetak

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Kompetanse Norge

Senter for seniorpolitikk

Design og arkitektur Norge (DOGA)

Distriktsenteret

RO-Ressurssenteret for omstilling i kommunen

Teknologirådet

IKT-Norge

Den Norske Dataforening

Husbanken

Mediebedriftenes landsforening

Norsk kulturråd

IT-Funk

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn

Rådet for et aldersvennlig Norge, c/o Helsedirektoratet

De kommunale eldrerådene /ved landets kommuner

De fylkeskommunale eldrerådene /ved landets fylkeskommuner

De kommunale rådene for funksjonshemmede

De fylkeskommunale rådene for funksjonshemmede

Pensjonistforbundet

Senior Norge

Pårørendealliansen

Pårørendesenteret

Seniornett Norge

Nasjonalforeningen for folkehelsen

Norske kvinners sanitetsforening

Norges Kvinne- og familieforbund

Norges Røde Kors

Mental helse Norge

Norges Blindeforbund

Norges Døveforbund

Norges Handikapforbund (NHF)

Norsk forening for slagrammede

Hørselshemmedes Landsforbund

SAFO Samarbeidsrådet for funksjonshemmedes organisasjoner

FFO - Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Norsk revmatikerforbund

Verdighetssenteret

Norsk pasientforening

Blå Kors

Kirkens bymisjon

Frelsesarmeen

Kirkens SOS

Innvandrerne Landsorganisasjon (INLO)

Norsk Innvandrerforum

Organisasjonen mot offentlig diskriminering (OMOD)

FRI Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold

Skeiv verden

Frivillighet Norge

Folkehelseforeningen

Trygg trafikk

BaneNor

Avinor

Ruter AS

Den norske Advokatforening

LO (inkl. Fagforbundet)

Akademikerne (inkl. Legeforeningen, Psykologforeningen, Tekna)

Unio (Sykepleierforbundet, Fysio)

YS

Norske Arkitekters landsforbund (NAL)

NHO

Arbeidsgiverforeningen Spekter

Hovedorganisasjonen Virke

Finans Norge

Bedriftsforbundet