

Hva gjør vi?

Forebyggingsstrategier i Norge

Michael 2006; 3:Suppl 3: 97–102.

Livsstil og helse er tema som interesser mange, noe som vises av at pressen stadig er full av oppslag om kosthold, trim, overvekt og røykeslutt. Samtidig ser vi at forekomsten av kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer som KOLS, diabetes og kreft øker. Dette viser oss at det er et stort potensial for forebygging i Norge.

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet anbefalinger for medlemslandenes folkehelsestrategier; formulert i *The Bangkok Charter* (1) og HEALTH21: *The health for all policy framework for the European Region* (2). Noen av de viktigste prinsippene her er å redusere helseforskjeller mellom og innen land, gjøre folkehelse til et ansvar for alle sektorer og sette fokus på folkehelse i lokalsamfunnene. Det er også viktig å ansvarliggjøre individenes kontroll over egen helse. Disse prinsippene er lagt til grunn for den norske strategien for folkehelsearbeidet som er nedfelt i St.meld. nr. 16 *Resept for et sunnere Norge* (3). I alle disse strategiene er bredden i folkehelsefeltet grundig behandlet, men det vil i denne artikkelen bli for omfattende å gå inn på alle de ulike aspektene. Vi vil derfor begrense oss til områdene ernæring, fysisk aktivitet og tobakk samt sosial ulikhet i helse som er et overgripende tema. Dette er også områder WHO har løftet ved å utarbeide en rammekonvensjon om tobakk (4) og en global strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse (5).

I Norge er det statlige forebyggingsarbeidet forankret i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir). SHdir er et direktorat med flere roller: fagorgan, forvaltningsorgan og iverksetterorgan, og det rapporterer til både Arbeids- og sosial departementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Sosial ulikhet i helse

Verdens helseorganisasjon har siden 1985 fokusert på sosiale ulikheter i helse. I stortingsmeldingen *Resept for et sunnere Norge* satte regjeringen et

skarper søkelys på forskjeller i helseproblemer. SHdir har arbeidet med dette feltet og utgitt en handlingsplan *Gradientutfordringen* (6). Den fokuserer på at sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom hele befolkningen, det ikke snakk om en todelt fordeling der en marginalisert gruppe har dårligere helse enn resten. Utfordringen nå blir at denne økte kunnskapen fører til effektive tiltak. Sosiale ulikheter i helse angår alle, og vi trenger tiltak som når alle. En helsefremmende tverrsektoriell politikk som er rettet mot hele befolkningen, basert på tanken om at alle skal ha like muligheter, er den beste veien å gå for å redusere sosiale ulikheter i helse. Viktige arenaer er for eksempel barnehager, skoler og helsetjenesten.

En finner sosiale forskjeller i mange faktorer som påvirker risiko for utvikling av sykdom, for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, overvekt, alkoholbruk og røyking. Disse risikofaktorene påvirker mange ulike sykdommer, det er derfor naturlig med en felles strategi for forebygging av kreft, hjerte- og kar-sykdommer, diabetes, belastningssykdommer m.m.

Fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet menes både mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, arbeid, idrett og kroppsøving. I løpet av relativt kort tid har samfunnet gjennomgått store endringer med hensyn til daglige krav til fysisk aktivitet, og det er i økende grad mulig å bli fysisk inaktiv. Mange av de opplevelsene, utfordringene og ferdighetene vi tidligere fikk som en del av hverdagen, må vi nå oppsøke og prioritere. Dette gjelder både barn og unge.

Data fra den seneste Ungkost-undersøkelsen viser en økning av andelen overvektige fra 8 % til 12 % blant 13-åringer mellom 1993 og 2000. Dette er en 50 % økning av andelen overvektige på sju år (7). Anbefalingen for fysisk aktivitet sier at alle barn og unge bør være moderat aktive minimum 60 minutter per dag.

Undersøkelser viser at 50 % av 15 årige jenter ikke tilfredsstill disse kravene (8). Anbefalingene om fysisk aktivitet for voksne er minimum 30 minutter moderat aktivitet hver dag. Blant norske kvinner er det 45 % i aldersgruppene 30-39 år som ikke tilfredsstill anbefalingene (9). Stillesittende atferd blir også ofte brukt som et mål på inaktivitet. I studien *Helsetvaner blant skoleelever* har man ikke sett noen stor forandring av i antall timer brukt til å se på TV fra 1997 til 2001 der barna ved begge tilfellene rapporterte at de så på TV ca 16 timer per uke. I samme tidsrommet økte imidlertid tid ved PCen fra 4 timer til 16 timer blant 15 årige gutter, tallene var betydelig lavere blant jenter (10).

Arbeidet med fysisk aktivitet i SHdir er nært knyttet til Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) *Sammen for fysisk aktivitet*, og de målene

som er skissert i denne (11,12). Handlingsplanen er forankret i St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* (3) og WHO's globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse (5). Handlingsplanen er signert av åtte statsråder med ansvar for respektive politikkområder. Primærmålgruppen for handlingsplanen er beslutningstagere, planleggere, fagpersoner og profesjonsutøvere på alle nivåer og i alle sektorer – som gjennom sitt virke skal bidra til å realisere tiltakene og intensjonene i planen.

Hovedmålene med planen er å øke andelen barn, unge og voksne som er moderat aktive i hver dag. Befolkningen må motiveres til å ta ansvar for egne valg og til å være medspillere i utforming av aktivitetstiltak i lokalsamfunn og nærmiljø. Myndighetenes oppgave må være å legge til rette og gi muligheter.

Handlingsplanen for fysisk aktivitet inneholder 108 tiltak for økt fysisk aktivitet. De åtte departementene står ansvarlige for de tiltak som berører deres ansvarsområde. Eksempler kan være: stimulere til tilrettelegging av lavterskelaktiviteter på lokalplanet rettet mot fysisk inaktive og grupper som faller utenfor de ordinære idretts- og aktivitetstilbudene, øke timetallet i kroppsøving på barnetrinnet og legge til rette for at elever får fysisk aktivitet hver dag, etablere et system for å kartlegge og følge utviklingen i det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen over tid.

Tobakk

Tall fra 2004 viste at 26 % av befolkningen i alderen 16 - 74 år røyker daglig, det tilsvarer rundt 950 000 personer. Andelen blant kvinner er 25 % og blant menn 27 %. Tall fra medisinsk fødselsregister for 2002 viser at 22 % av kvinnene røyker daglig eller av og til ved svangerskapets begynnelse. Ved svangerskapets slutt røyker 16,1 % av kvinnene, 14,6 % daglig (13). En beregning fra 1991 viser at det er om lag 7 500 tobakksrelaterte dødsfall i Norge hvert år. Av disse skyldes 1 900 ulike former for kreft, 4 100 hjerte- og karsykdommer og 1 500 luftveissykdommer (14). En ny beregning skal foretas i innværende år og tallene forventes da å være noe lavere.

Utdanning er et av de mest brukte mål på sosial ulikhet, og denne faktoren har svært stor betydning for bruk av tobakk. Uansett alder og kjønn er det flere som røyker daglig blant folk med kort utdanning enn blant dem med lang utdanning. Blant folk i alderen 25 – 74 år med grunnskole som lengste utdanning, røyker 40 %, mot 15 % blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. De med lavest utdanning røyker dessuten flere sigaretter daglig. Denne gruppen har også lavere gjennomsnittsalder for røykedebut, aksepterer i større grad passiv røyking, har sjeldnere regler for å begrense røyking hjemme og er oftere feilinformert om helseskader ved bruk av ulike tobakksprodukter (6,15).

Internasjonalt finnes det mange veldokumenterte tiltak i det tobakksforebyggende arbeidet. Bredden i tiltak er av stor betydning (4). SHdir har utarbeidet utkast til en nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet i 2006–2010 (16). Denne er stort sett en videreføring av satsningene i den forrige strategiplanen. Det er viktig å fortsette den brede satsningen. Påvirkningsfaktorer på helse forvaltes av en rekke sektorer både hos offentlige etater, næringsliv og frivillig sektor. En forebyggingsatsing bør, i tråd med dette, både inkludere nasjonale satsingsområder og stimulere til lokale tiltak. Den nasjonale strategien omfatter områder som: forebygging av røykestart, røykeslutt, vern mot eksponering for tobakksrøyk og snus.

De seneste årene har SHdir, avdeling tobakk, gjennomført tre store massemediekampanjer. Den neste er under planlegging. Den siste kampanjen omhandlet innføringen av røykfrie serveringssteder. En bevisst mediestrategi er like viktig som betalte annonser i kampanjesammenheng. Av våre viktigste pågående prosjekter, kan nevnes undervisningsprogram for ungdomsskolen (VærrøykFri), rådgivningstjenesten «Røyketelefonen» og prosjekter rettet mot helsetjenesten og gravide. Vi legger vekt på å evaluere større prosjekter og det arbeidet evalueres i sin helhet av eksterne miljøer.

I det tobakksforebyggende arbeidet er det viktig med en internasjonal satsning fordi tobakksindustrien er mektig og global. Ikke alle land har tilbud om hjelp til røykeslutt eller helsetjenester som kan gi hjelp til dem som blir syke.

Ernæring

Norge var et av de første land i verden med egen ernæringspolitikk, den første stortingsmeldingen kom i 1975. Det har skjedd en positiv utvikling i norsk kosthold de siste 30 årene. Fra midten av 1970-årene til i dag er kostens innhold av mettede fettsyrer og transfettsyrer (hardt fett) redusert fra 21 til 15 % av kostens energiinnhold (E %), og kostens samlede fettinnhold er redusert fra 40 til 34 E %. Endringene skyldes i hovedsak lavere forbruk av fete melketyper og margarin og endret sammensetning av margarin. Det er imidlertid fortsatt langt fram til at kosten inneholder 10 E% fra hardt fett (17). Samtidig med dette er dødeligheten av hjerte/karsykdommer i befolkningen under 70 år mer enn halvert. Mye av reduksjonen tilskrives forbedret kosthold. Forbruket av grønnsaker og frukt har økt, men forbruket av matpoteter er redusert. Forbruket av frukt og grønnsaker er fortsatt vesentlig lavere enn anbefalt (18).

Fra et helsemessig synspunkt inntar fortsatt store deler av befolkningen for mye mat med høyt innhold av mettett fett, sukker og salt og for lite av næringsrike matvarer som grovt brød og grønnsaker.

Blant barn og ungdom er inntaket av sukker mye høyere enn anbefalt, det meste kommer fra saft, brus og godterier (7). Tilsatt sukker bør ikke utgjøre mer enn 10 E % (19). Forbruket av brus er mer enn doblet siden 1970-årene og er høyt i Norge sammenlignet med de fleste andre land.

Nasjonalt råd for ernæring har på oppdrag fra SHdir utarbeidet en strategisk plan for ernæringsarbeidet i Norge (20). Planen gjelder for perioden 2005 – 2009, og det er formulert konkrete delmål for denne perioden. Strategiplanen er forankret i St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* (3) og WHO's globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse (5). Dokumentet presenterer Ernæringsrådets anbefalinger til myndighetene om prioritering av innsats i ulike sektorer i samfunnet for å fremme et sunt kosthold. Nasjonalt råd for ernæring har foreslått prioriterte tiltak for å fremme sunne kostvaner og god ernæringsstatus i den norske befolkningen. Det er spesielt fokusert på å redusere forbruket av hardt fett, sukker og energitett, næringsfattig mat, samt øke forbruket av frukt og grønnsaker. For å oppnå dette har rådet prioritert innsats på fem felt; tiltak som skal gjøre det lettere å foreta sunne valg, tiltak innenfor utdanningsinstitusjonene, tiltak i helsetjenesten, tiltak for å få mer kunnskap gjennom overvåkning og forskning, samt kommunikasjon og mediebruk. Denne prioriteringen er fundert på kunnskap om hvilke tiltak som virker og som samtidig kan bidra positivt til å utjevne sosiale forskjeller i helse.

Oppsummering

Det vi ønsker, er å bidra til realisering av Sosial- og helsedirektoratets visjon: God helse og sosial trygghet. Dersom vi lykkes med gjennomføring av disse forebyggingsstrategiene vil sykdomsbyrden i den norske befolkningen reduseres. Det vil gagne både enkeltindividene og storsamfunnet. Utfordringen er å klare å motivere til sunn livsstil uten å bli moraliserende og fordømmende. Skal vi lykkes i folkehelsearbeidet, må livsstilsområdene ses under ett.

Litteratur

1. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/ . 2005.
2. <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf> . 2005.
3. St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet, 2003.
4. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2003.
5. Global strategy on diet, strategy and health. 2005.
6. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 2005.

7. Andersen LF, Lillegaard ITL, Overby N et al. Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: Changes from 1993 to 2000. *Scand J Publ Health* 2005; 33: 99-106.
8. Klasson-Heggebo L, Anderssen SA. Gender and age differences in relation to the recommendations of physical activity among Norwegian children and youth. *Scand J Med Sci Sports* 2003; 13: 293-8.
9. Belander O, Torstveit MK, Sundgott-Borgen J. Er unge norske kvinner aktive nok? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 124: 2488-9.
10. Torsheim T. Helse og trivsel blant barn og unge. 3. Bergen: HEMIL senteret. 2004.
11. Fysisk aktivitet og helse - anbefalinger. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. 2000.
12. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet. Oslo: Departementene, 2005.
13. Lindbak R, Lund M. Tall om tobakk 1973-2003. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 2004.
14. Sanner T. Hva koster sigarettøykingen samfunnet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 3420-2.
15. Lund K, Lund M. Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 560-3.
16. Nasjonal strategi for tobakksforebygging 2006-2010. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, avdeling tobakk. 2005.
17. Utviklingen i norsk kosthold 2004. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
18. Tema Ernæring. Artikler fra *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2003-04. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 2004.
19. Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo 2005.
20. Strategisk plan med forslag tiltak for perioden 2005-2009. Nasjonalt råd for ernæring. Oslo 2005

Arnhild Haga Rimestad
Kari Huseby
 Sosial- og helsedirektoratet
 Postboks 7000 St Olavs plass
 N-0130 Oslo
 Norge
 abr@shdir.no