



Utposten

2 2017
ÅRGANG 46

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

TEMA

**Medisinens bidrag til
folkehelsearbeidet**

Joggelegen
fra Åsgårdstrand

Hva vet vi om
plantebaserte
produkter?

KONTOR:

RMR/UTPOSTEN

v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32
2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE

REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:

Tom Sundar

Gaupfaret 8
2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Mona S. Søndena

Parkveien 19
9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com

Badboni El-Safadi

Postboks 1046, Jeløy
1510 Moss

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com

Anne Grethe Olsen

Batteriet 2, leil 401
9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no

Kristine Asmervik

Sverdrupsvei 42
7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

E-POST: kri-as-d@online.no

Dag-Helge Rønnevik

Århaugbakken 9
5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

FORSIDE:

Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no



1 LEDER: Vår følelse av sammenheng

Dag-Helge Rønnevik

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Joggelegen fra Åsgårdstrand

Ole Petter Hjelle intervjuet av Badboni El-Safadi

7 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Små grep, stor forskjell

Henriette Øien

12-50 TEMA

12 ENQUETE: Medisinens bidrag i folkehelsearbeidet

17 Helsefremmende tiltak i samfunnsmedisinen

Henning Mørland

19 God helse skaper vi sammen

Sunne kommuner / WHO's norske nettverk

21 Slik fremmer vi psykisk helse, forebygger psykiske lidelser og får en mer fornuftig samfunnsøkonomi

Arne Holte

28 Det er der folk lever at helse skapes.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid – hvor står vi, hvor går vi?

Monica Lillefjell, Bengt Lindström og Geir Arild Espnes

31 Veien til renere luft i Trondheim

Tore Nordstad

34 Trygg i Tysvær. Kommunal ulukkesforebygging

Lars Johan Lysen

36 Trygge lokalsamfunn for bedre livskvalitet og folkehelse

Karoline Sandvold

39 Sosial markedsføring i folkehelsearbeidet

Ruth Marie Donovan

42 Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helsetjenester (Norsk HPH)

Kjersti J. Ø. Fløtten, Karen Therese Sulheim Haugstvedt, Else Karin Kogstad og Ida R. K. Bukolm

46 Legene må mer aktivt med

Roar Blom

48 Folkehelseforeningen – et redskap for bedre folkehelse

Jorid Grimeland, Johan Lund og Gunnar Tellnes

51 BOKANMELDelse: Vakkert om eldre og psykisk helse

Alderspsykiatri og omsorgsarbeid anmeldt av Eli Berg

52 FASTE SPALTER

RELIS 52

LYRIKKSTAFETTEN 56

Vår følelse av sammenheng

Enten vi er samfunnsmedisinere, fastleger eller sykehusleger har vi et felles mål om å bidra til at folk kan bevare helsa og leve gode liv. Innslagspunktene er mange, og vi jobber på ulike nivå og med ulike metoder. Det er et stort spenn fra samfunnsmedisinske oppgaver med befolkningsfokus, til kurativt legearbeid med individfokus. I dette ligger det også en fare for at vi kan bli fremmedgjorte for hverandre og at vi mister vår følelse av sammenheng. Det må vi passe oss for.

De som jobber kurativt i førstelinja, som hver dag kjenner trykket fra pasientene, må være trygg på at kommuneoverlegen forstår deres hverdag, og at de er på samme lag. På samme måte må legene i samfunnsmedisinske stillinger få aksept fra de som jobber kurativt om at de ser meningen med folkehelsearbeidet og de andre samfunnsmedisinske oppgavene. Vi kan trekke denne linja videre inn til våre kolleger på sykehusene. I en tid der noen ønsker å bygge murer, må vi øve oss på å bygge broer.

Selv om vi kanskje noen ganger er fanget i systemer som setter oss opp mot hverandre, må vi ikke glemme at vi har et felles samfunnsoppdrag knyttet til den samme befolkningen. Det krever at vi snakker sammen, møtes, bygger relasjoner på tvers av spesialiteter og skaper oss arenaer der vi har tid og mulighet til å løfte blikket og ta vare på de viktige, store linjene. Å bygge en sterk primærhelsetjeneste der fastleger og samfunnsmedisinere – de primærmedisinske tvillingene – står skulder ved skulder og danner en motvekt til økt medikalisering av samfunnet, sosiale ulikheter i helse og overforbruk av helsetjenester, er en slik linje.

Å sikre befolkningen god helse, starter ute i kommunene, der folk lever livene sine. Kommunene har fått ansvar som det operative og utøvende ledd i den nasjonale strategien for å forebygge sykdom og fremme helse. Dette er et stort ansvar som krever styrking av kompetanse og kapasitet både i og utenfor helsetjenestene. Det har allerede i flere år pågått et

omfattende arbeid i de fleste kommuner for å imøtekomme folkehelselovens krav om å ha oversikt over befolkningens helse og hva som påvirker den. Det er ansatt folkehelsekoordinatorer og startet opp frisklivssentraler, etablert folkehelseforum og utviklet egne kommunediplaner for folkehelse. Dette arbeidet er bredt og tverrfaglig og foregår på tvers av alle sektorer. Henger vi som er leger i primærhelsetjenesten med i dette arbeidet, eller står vi på perrongen når toget går? Hva er egentlig medisinsens bidrag i folkehelsearbeidet?

Utposten har invitert ulike folkehelseaktører til å skrive om sitt arbeid og oppdrag og hvordan de opplever samarbeidet med legene. I dette nummeret kan du lese om ulike initiativ som Folkehelseforeningen, Sunne kommuner, Trygge lokalsamfunn, Senter for helsefremmende forskning og Nettverket for helsefremmende sykehus.

Skal primærhelsetjenesten utvikle seg i tråd med samfunnet rundt oss, må vi kanskje endre spillereglene og tenke nytt. Les om hvorfor psykolog Arne Holte mener vi bør satse mer på å forebygge psykiske lidelser, om handlekraftige Ruth Marie S. Donovans meninger om sosial markedsføring og blått hav, og om folkehelseforkjemper Roar Bloms synspunkter om at vi er på feil kurs når helsevesenets suksess måles i stadig flere syke, snarere enn et friskere folk. Leder i Norsk samfunnsmedisinsk forening, Henning Mørland, redegjør for sammenhengen mellom samfunnsmedisin og folkehelsearbeid. Han peker på at samfunnsmedisinen må levere det samfunnet har behov for, og samfunnsmedisineren må evne å tilpasse seg omgivelsene.

Det er uten tvil behov for et faglig løft innen kommunal samfunnsmedisin. Hvordan skal ellers kommunene klare å bygge opp et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid? Vi trenger lærebøker, forskningsinitiativ, kompetansesentre, nettverk og en større anerkjennelse av samfunnsmedisin som en egen spesialitet. I den sammenheng kan du lese to

opplysende artikler om praksisnær kommunal samfunnsmedisin fra Tysvær og Trondheim kommune, der man har jobbet systematisk med henholdsvis ulykkesforebygging og ren luft.

Til dette temanummeret har vi også spurt et utvalg av kommuneoverleger om hvordan de ser på sammenhengen mellom klinisk medisin, samfunnsmedisin og folkehelse. Flere uttrykker et ønske om å trekke fastlegene mer inn i folkehelsearbeidet. De kan finne støtte blant annet i Legeforeningens rapport fra 2013, *Pulsen opp for bedre helse* (1) og World Medical Associations (WMA) rapport *Doctors for Health Equity* (2) som oppsummerer med at

«Doctors working at all levels can make significant impact on health inequity through action on the social determinants».

Noen fastleger tenker nytt i tråd med disse tankene, og vi har intervjuet «joggelegen» Ole Petter Hjellev i Åsgårdstrand som har blitt kjent for å ta pasientene sine med ut på joggetur. Hvordan har han tid til slike ting?

Det er fristende å sitere Sir Michael Marmot, som er leder av Institute of Health Equity og som har ledet arbeidet med nevnte rapport for WMA:

«Why treat people and send them back to the conditions that makes them sick?»

Fastleger og samfunnsmedisinere må børste støvet av idealene fra 1984 da de to spesialitetene ble opprettet for å bygge en sterk primærhelsetjeneste der individ og samfunn var to sider av samme sak. Alt vi gjør henger sammen. La oss bevare den følelsen av sammenheng!

DAG-HELGE RØNNEVIG

REFERANSER

1. Den norske legeforening: *Pulsen opp for bedre folkehelse*. Oslo, 2013.
2. World Medical Association: *Doctors for health equity* (2016).



Joggelegen fra

Ole Petter Hjelle ■ INTERVJUET AV BADBONI EL-SAFADI

Fastlege Ole Petter Hjelle ved Åsgårdstrand legekantor tok Norge med storm da han tok på seg joggedressen og ble med sine pasienter på treningstur. Nå som undersøkelser viser at dette fører til varige livsstilsendringer, økt livskvalitet og færre sykehusinnleggelser – er det ikke da mer lønnsomt å satse på forebyggende tiltak?

Når *Utposten* inviterer til en samtale om forebyggende helsearbeid, stiller Ole Petter Hjelle mer enn gjerne opp – innimellom alle sine gjøremål rundt fastlegearbeid, undervisning, trening og familietid. – Det handler om knallhard prioritering, sier Hjelle med et lurt smil og med et klart hint til dagens tema: Å tenke forebygging, også i fastlegepraksis. Vi setter oss til bords ved havna i Horten med utsikt over Oslofjorden en sen kveld.

Trening i regi av legekantoret

Hjelle ble rikskjendis over natten i 2015 da han – sammen med kollega Harald Edvard

Mølmen – bestemte seg for å trene med sine pasienter. Den livlige trebarns-faren har bestandig hatt en mer enn middels interesse for fysisk aktivitet, og tilfeldighetene førte ham sammen med en likesinnet kollega i Åsgårdstrand et par år tidligere. De var begge opptatt av forebyggende medisn og fysisk aktivitet, og lei av bare å snakke om at fysisk aktivitet er sunt.

– Jeg hadde snakket en rekke ganger med en pasient om livsstils- og kostholdsintervensjon. Og ja, han var enig i alt jeg sa, men hver gang han kom tilbake skjønte jeg at han ikke helt hadde fått det til. Så jeg dristet meg til å spørre: «Hva tror du skal til for at du skal få til de tingene du sier du skal gjøre?»

Han svarte at dersom det var noe i regi av legekantoret, så skulle han nok klare å få det til. Og da diskuterte vi det internt og hang opp en plakert på legekantoret der vi listet opp en rekke kroniske sykdommer; diabetes, høyt blodtrykk, hjerte-kar-lidelse... De vi håpet at vi skulle få med var jo de som ikke var aktuelle til å gå på treningsstudio eller de som ville hatt vansker med å komme i gang på egenhånd, og det mener jeg at vi har lykket med ganske godt!

– Vi skrev at de som ville være fysisk aktive på tross av kroniske sykdommer kunne melde seg på. Og så meldte det seg 50–60 personer! Da tenkte vi at hvis vi skulle gjøre dette, så måtte vi gjøre det ordentlig. Derfor gjorde vi en baseline-undersøkelse for å dokumentere 24-timers blodtrykk, kolesterolnivå og en rekke andre parametre – og satt i gang.

UTPOSTEN: Hvor fikk dere informasjonen om hvilke tester som var relevante for baseline?

Ole Petter Hjelle gir alt både på jobb og privat.



Åsgårdstrand



Hvis vi ikke gjør endringer vil hele velferdssystemet velte, formener trimlegen.



Ole Petter Hjelles kone, Ragnhild Kvarberg, er fysioterapeut, og hun var også med på på aktivitetdagene. De er også mye på tur sammen. Her i Italia.

– Vi valgte parametre som kunne påvirkes av trening. Mølmen har dessuten tatt en doktorgrad om effekten av fysisk aktivitet på blodtrykket hos hjertesyke. Videre er min kone Ragnhild Kvarberg fysioterapeut, og vi fikk med henne på aktivitetdagene. Vi tenkte at det måtte organiseres slik at det også var litt sosialt – og slik at ikke de som var spreke forsvant av gårde

og de som var mindre spreke ble hengende igjen, langt bak. Så vi gikk i 10–15 minutter og bestemte oss for å gå i en av de mange bakkene på Åsgårdstrand. Det var ikke meningen å drive med høyintensitetsintervaller, men å gå til man ble litt svett i ryggen – og andpusten. Noen gikk opp bakken, andre småløp og det var enkelte som ikke kom helt opp til å begynne med. Etter det gikk vi inn i gymsalen og hadde litt styrke og koordinasjon.

1,5 millioner hits på Facebook

Hjelle kan fortelle om rask og god oppslutning fra pasientene da de først satte i gang: – Mølmen hadde aktivitetssdag tirsdag morgen og jeg hadde torsdag. Vi holdt på i ca. seks måneder og merket at dette var en 'snakkis' og at gruppen vokste. Stadig flere var aktive i hverdagen, ut over den trimmen vi hadde å tilby. Til å begynne med var

det ca. 10 prosent av de som deltok som fulgte myndighetenes anbefaling om 30 minutters fysisk aktivitet gjennom dagen. Etter hvert vokste gruppen til rundt 150 personer og ca. 70 prosent av dem oppfylte myndighetenes krav. I tillegg har vi seponert masse medisiner, deriblant blodtryksmedisiner, B-preparater, statiner og til og med insulin. Vi så at flere fikk lavere blodtrykk uten medisiner.

Hjelle og Mølmen har også sett på sammenhengen mellom den fysiske og psykiske helsen: – Noe av det mest morsomme har vært livskvalitetsundersøkelsen: Folk har det mye bedre. Det har blitt en sosial gjeng, vi møtes et par ganger i året og snakker om blant annet trening og kosthold. For meg har det vært en fin måte å komme ut av kontoret på, og en annen måte å tilnærme meg egne pasienter. Man kommer helt klart inn på folk og de åpner seg og forteller relevante ting som jeg ellers neppe hadde fått greie på i en vanlig kontorsetting.



Fra det 170 km lange løpet Tour du Mont Blanc.



Ole Petter Hjellev har 14 NM-gull i fallskjermhopp og har også drevet med formasjons-hopp.



Noen av de mest meningsfylte samtalene har jeg hatt under oppvarmingen. Det er noe avvæpnende med den situasjonen – der jeg tusler ved siden av pasienten med treningstøy, istedenfor å sitte bak en pult og snakke. Noen forteller om ting de har gruet seg for å fortelle inne på legekontoret, påpeker intervjuobjektet.

De to treningsglade fastlegene var ikke forberedt på all den oppmerksomheten de skulle komme til å få: – Vi trodde at vi skulle ha en liten sak i NRK Vestfold, men plutselig ble det Dagsrevyen og 1,5 millioner hits på Facebook, sier en stolt Ole Petter Hjellev. Og han legger til: – Det er jo veldig enkelt og det er mange som driver med det samme, både frisklivssentraler og fysioterapeuter, men det ble ekstra morsomt fordi vi var fastleger som dro dette i gang. Da vi spurte pasienter om hvorfor de ikke bare kunne ha gjort dette via andre kanaler, var det en som svarte: «Å trene med fastlegen gjør at jeg føler meg trygg – det kan ikke bli stort tryggere enn det!»

Da «Morgenbladet» i 2016 hadde en kåring av populære forelesere, ble Hjellev nominert blant de 40 med flest stemmer. Han endte opp med å være den som fikk flest stemmer i finalen.



Allsidig merittliste

Ole Petter Hjellev er ingen novise hva gjelder trening. Han har drevet aktivt med idrett i ca. 15 år, først og fremst som langdistanseløper. Han er tidligere norgesmester i maraton. Da han i perioder var skadet, dekket han aktivitetsbehovet med å hoppe fallskjerm. Hjellev nøyde seg ikke bare med å hoppe, for også der slo konkurranseinstinktet inn; han var med på formasjons-hopping og var på det norske landslaget i fallskjerm samt at han har 14 NM-gull i fallskjermhopping. Kvalifikasjonskravene til maraton under Atlanta OL i 1996 var så strenge at Norge ikke stilte med noen løpere. Det endte derfor med at Hjellev måtte være tilskuer på lik linje med de andre norske langdistanseløperne. – Det hadde vært gjevt å kunne skilte med OL-deltakelse – men jeg har da et VM-gull fra sparkstøttekjøring på Geilo i 1995. Det var stort sett nordmenn og finner som deltok der, ler en åpenhjertig 46-åring.

I løpet av karrieren har den aktivitetsglade fastlegen også vært med å starte et tverrfaglig helsesenter (Synergi) der det var mye fokus på forebyggende helsearbeid. Med andre ord har fokuset fysisk aktivitet og helse vært sentralt i lengre tid.

Undervisning og formidling

Da han var ung og gikk på videregående skole på Slemdal i Oslo, var Ole Petter Hjellev litt skolelei. Etter en tid på Oslo handels-gymnasium, brøt han opp og dro til Arizona i USA på utveksling. Det var i 1987 og planen var å bli der i ett år, men omstendighetene ville det annerledes. Han ble værende og tok artium i USA. Da han skulle hjem igjen, hadde foreldrene hans flyttet til Canada, så han bestemte seg for å flytte etter – og studere medisin. Han tok ett år på et universitet i Montreal, men så søkte han seg tilbake til Oslo og til medisinstudiet der i 1990.

– I og med at jeg tok meg et friår for å forske, fullførte jeg medisinstudiet først i 1997. Da jeg var ferdig med medisinstudiet løp jeg

aktivt og det passet derfor dårlig med turnus og nattevakter. Da søkte jeg på et forskerstipend ved Universitetet i Oslo og forsket med Ole Petter Ottersen – innen basal- og hjerneforskning. Doktorgradsarbeidet var så å si ferdig, men på grunn av regelen om å fullføre turnus innen fire år etter avsluttet eksamen ble jeg tvunget ut i turnus i 2001. Sykehustjenesten hadde jeg i Eidsvoll og distriktsturnusen i Nittedal. Senere ble det vanskelig økonomisk å gå tilbake til forskningen, i og med at jeg hadde fått familie og forpliktelser.

Hjellev har flere års erfaring med undervisning og formidling, blant annet fra Høy-skolen Kristiania – der han fortsatt underviser. Han har undervist totalt i ca. 6500 timer for legestudenter, fysioterapeuter, sykepleiere og ernæringsfysiologer. Da *Morgenbladet* i 2016 hadde en kåring av populære forelesere, ble Hjellev nominert blant de 40 med flest stemmer. En jury plukket så ut ti finalister, basert på stemmer fra studentene og videoopptak av en forelesning. Og Hjellev kunne glede seg over at han ikke bare ble plukket til å være én av de ti finalistene, men endte opp med å være den som fikk flest stemmer.

– Det var veldig gøy, innrømmer den muntre fastlegen. – Etter det har det kommet forespørsler om å holde foredrag om blant annet formidling. Senest i januar del-

Hjelle har undervist totalt i ca. 6500 timer for legestudenter, fysioterapeuter, sykepleiere og ernæringsfysiologer, herav mye på Høyskolen Kristiania.



tok jeg på regjeringens kontaktkonferanse der jeg snakket til statsministeren, kunnskapsministeren og rektorene ved de store høyskolene og universitetene i Norge. Det var veldig artig å bli plukket ut til et slikt oppdrag, sier han.

– Det har jo blitt en del foredrag etter hvert, og ikke minst har Mølmen og jeg vært invitert til blant annet PMU (Primærmedisinsk uke) og Nord-Norge-kurset der vi har fortalt om mosjonsopplegget vårt fra legekontoret.

UTPOSTEN: Det er jo mye formidling i det vi driver med i allmenn- og samfunnsmedisin. Har du noen tips til kolleger som leser *Utposten*?

– Det jeg har drevet mest med er formidling til grupper og presentasjonsteknikk, men jeg tror at det å kommunisere med pasienter handler vel så mye om å lytte, sier intervjuobjektet ettertenksomt. – Vi leger er nok veldig flinke til å snakke mye, men jeg prøver å la pasienten få snakke mest. Det er viktig med øyekontakt, og ikke være så opptatt av datamaskinen. Det er jo blitt stadig høyere krav til dokumentasjon, men jeg forsøker å unngå å skrive mens jeg har pasienten inne. Da skriver jeg heller etterpå. Men det er ikke alltid like enkelt. Jeg jobber mye med livsstilsintervensjon – og man har jo eget ståsted og har kanskje lett

for å glemme pasientens ståsted. For meg er det naturlig å trene, det er omtrent som å pusse tennene. Men det er jo ikke like naturlig for alle pasientene. Når pasienten sier at han/hun er motivert for å trene, men ikke har tid, så er det lett for legen å si: «Ja, men...». Jeg forsøker ikke å være belærende, men heller se utfordringene fra pasienten sitt ståsted. Det kan og være greit å ha i baktankene at de gangene pasientene ble spurt om hvilke egenskaper de setter mest pris på hos fastlegen sin, er det sjeldent at det er faglig dyktighet som dras frem. Det er viktig for pasientene å bli tatt på alvor, å bli sett og hørt.

Endring i helsetilnærming må til

Når samtalen dreier over på innholdet i medisinstudiet, kommer det et aldri så lite hjertesukk fra intervjuobjektet. Han etterlyser mer av de «myke» fagene: – Det er tankevekkende hvor ekstremt store mengder vitenskapelige fag og kunnskap som skal presses inn i studiet nå. Selvsagt er det viktig å ha en solid kunnskapsbase i bunn,

men kommunikasjon, formidling og forebygging er også viktig. Slik helsevesenet er bygget opp, går nesten hele helsebudsjettet til å reparere skader. Men det skjer endringer i befolkningen; vi har langt flere eldre, vi dør ikke lenger av infeksjoner – men av livsstilssykdommer. Og disse lever vi lenge med. Hvis vi ikke gjør endringer vil hele velferdssystemet knele, foraner trimlegen.

Han viser til konseptet «Exercise is medicine», som fremmer fysisk aktivitet som forebyggende behandling: – Leger oppfordres og utfordres til å bli mer delaktige i å motivere pasienter til å bli mer fysisk aktive. Etter at WHO og en rekke andre aktører har bidratt med forskning på feltet, har man klart å få hele 45 minutter inn i det seks-årige medisinstudiet, sier en litt oppgitt Hjelle.

– En medisin, som er så å si uten bivirkninger, som kan forebygge om lag 40–50 forskjellige krefttyper, om lag halvere hjerte-kar-lidelser, forebygge og til dels behandle eksempelvis diabetes og symptomlindre angst/depresjoner må vel sies å være

EXERCISE IS MEDICINE

- Exercise is medicine eller aktivitet som medisin er et globalt helseinitiativ der man forsøker å oppmuntre fastleger og annet helsepersonell til å inkludere fysisk aktivitet ved utforming av behandlingsplaner for pasienter.
- Fysisk aktivitet bør integreres i forebygging og behandling av sykdommer og bør vurderes regelmessig og bør anses som en del av alle helsetjenester.



Hjelle er en engasjert og inspirerende foreleser.

undervurdert! Mennesket er laget for å være i aktivitet, men i stedet blir vi mer og mer stillesittende. Men en fastlege som ikke har lært noe om dette i studiet kan ikke uten videre endre på praksis. Mange kan ikke så mye om det og har ikke lært noe om det heller. Andre, derimot, driver kanskje med det selv og er interessert, men fastlegeordningen er ikke tilrettelagt for at legen skal trene med pasientene sine en times tid.

Mangelfulle økonomiske incentiver

Det er samfunnsøkonomisk fornuftig å forebygge, understreker Ole Petter Hjelle. Han mener normaltariffen gir fastlegene få incentiver til å drive med forebyggende arbeid. Men det finnes en gruppetakst, 2ed, som kan brukes ved

«gruppebehandling per pasient for veiledning, instruksjon i egenbehandling og bygging av selv-hjelpsnettverk innen en gruppe av pasienter med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger. Varighet 3/4–1 time for gruppe m/inntil 7 pasienter».

NORMALTARIFFEN

– Den kan ikke brukes hvis man bare driver med trening. Vi har et videre perspektiv der vi ikke bare trener, men også har veiledning i kosthold, medikamentbruk og instruksjon i egenbehandling. Ikke minst er det viktig med mestringsfølelse og samtaler rundt angst og dårlig selvtillit. Men ser man på normaltariffen, er det omtrent ingen økonomi i forebyggende helse. Det er veldig få takster som utløses ved forebyggende helsearbeid, men haugevis av prosedyretakster for all type behandling. Normaltariffen burde i mye større grad vært brukt som et prioriteringsverktøy, sier Hjelle.

UTPOSTEN: Hvilke forslag har du til nye takster?

– Jeg må si at det er spesielt at gruppetaksten ikke kan brukes ved veiledning til fysisk trening. Hvorfor ikke? Det burde stått at den bør brukes ved veiledning til fysisk aktivitet. Her synes jeg at alle takster som er forebyggende burde økes betraktelig. Takstene for fysisk aktivitet og kosthold kan kun brukes dersom pasienten ikke står på blodtryksmedisiner. Jeg forstår at hensikten er at man skal bruke kosthold/mosjon i stedet for medisiner, men hvorfor ikke begge deler? Her er det mye som ikke henger helt sammen. Dersom man ser på langtidseffekten av forebyggende behandling så vil nok dette regnestykke være svært gunstig.

HOPP i Horten

Gjennom Høyskolen Kristiania er Ole Petter Hjelle blitt involvert i prosjektet HOPP, som står for 'Helsefremmende oppvekst i Horten kommune'. Her ser han på forebyggende tiltak på barn og unge. – Vi følger barneskolebarn i intervensjonskommunen Horten og har to kontrollskoler i Akershus. Vi ser på hva som skjer med barna når de går fra å ha én time gym i uka til å ha én time fysisk aktivitet hver dag. Siden det ikke er rom for å legge til en time med gym, kombinerer man fag og fysisk aktivitet. Eksempelvis har elevene matte-rebus – stafetter der de løper ute i skogen og har matteundervisning samtidig. Det fungerer veldig godt og barna stortrives med dette. I tradisjonell undervisning skal barna sitte helt i ro, men Horten kommune har tatt grep og starter nå med barn og unge. Barna i prosjektet blir også introdusert for sunne og nye typer mat i samsvar med anbefalinger fra myndighetene og ernæringsfysiologer. Skal man endre livsstil er det viktig å starte i ung alder, sier trebarnsforen.

Også i HOPP har man gått grundig til verks for å se på effekten av trening på ulike

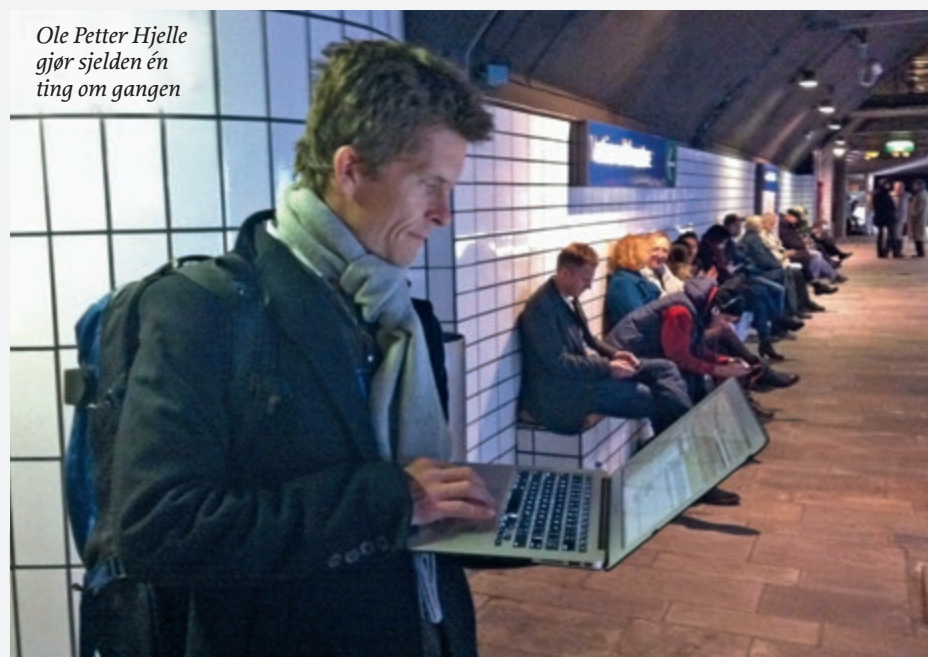


parametere: blodprøver, tredemølletester av oksygen-opptak, lipidprofil, blodsukker og livskvalitetsundersøkelser. – De får aktivitetsmålere på seg. Det vi har sett på de barna som undersøkes er at de er mer aktive enn de har vært før, ikke bare på skolen, men også i fritiden. Og en positiv ringvirkning er at de får med seg foreldrene sine. Vi forsøker å måle harde endepunkter og samtidig se om det er andre gevinster, som for eksempel mindre mobbing og bedre læring. En intervensjonsstudie fra Sogndal har vist at aktive skolebarn har mindre sykdom, bedre lipidprofil, mindre overvekt og bedre kondis. Dette er resultater man kunne forvente – men noe av det morsomste var at de var flinkere til å lære også. Noen studier har vist at det er bedre kognitive evner hos dem som er mer fysisk aktive; de blir mindre mobba og har bedre selvtillit. På en måte knytter de to jobbene seg veldig fint sammen, det vi gjør i den ene jobben med barna og det jeg gjør når jeg trener med pasientene mine på legekontoret.

Hjelle peker på viktigheten av høy kompetanse hos de som jobber med barn: – Utdanningen til ansatte i barnehager og skoler ser ut til å ha en påvirkning på barna. I HOPP har man derfor tatt høyde for dette og utdannet lærere og barnehageansatte. Omlag 90 prosent av alle seks-åringene følger myndighetenes krav om én times fysisk aktivitet om dagen, men kun 50 prosent av 15-åringene oppfyller det samme kravet, påpeker han. Han håper at Horten, med sitt HOPP-prosjekt, kan vise vei og motivere andre kommuner til liknende initiativ.

– Det tar tid å endre livsstil og holdninger. Derfor må vi begynne så tidlig som mulig med helsefremmende tiltak. Vi fastleger kan bidra med holdnings- og aktivitetsskapende arbeid i egne praksiser og i eget nærmiljø, sier Ole Petter Hjelle.

Han prøver å gjøre slik han selv prediker: Tar på seg sykkelhjelm, takker *Utposten* for følget og trækker av gårde på sin tohjulning – hjem til kone og barn i Åsgårdstrand.



Ole Petter Hjelle
gjør sjelden én
ting om gangen

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Små grep, stor forskjell

■ HENRIETTE ØIEN • Avdelingsdirektør avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten, Helsedirektoratet

I løpet av de siste tiårene har vi fått et stadig større mangfold av mat og drikke. Vi blir daglig møtt med fristelser, enten vi er på bensinstasjonen og blir tilbudt «Tre boller til prisen av en», eller i kassakø på dagligvarebutikken hvor smågodt og muffins bugner på alle kanter og frister oss.

Parallelt med dette, står vi overfor en økende informasjonsstrøm om ernæring og kosthold i ulike kanaler, motstridende råd om hva slags mat og hvilke dietter vi bør følge. Det gjør det ikke alltid like enkelt å ta de sunne valgene!

Valgmuligheter og økende forvirring

På åtti- og nittitallet ga Ingrid Espelid Hovig og Kåre Norum råd, oppskrifter og praktisk veiledning i hvordan tilberede sunn hverdagsmat, mens hele Norge fulgte med. På 2000-tallet har vi sett en stor vekst i digitale og sosiale medier, og en stadig tøffere kamp om oppmerksomheten. Informasjonsstrømmen er enorm, både i tradisjonelle, digitale og sosiale medier, og et stort antall bloggere og «kostholdseksperter» har kommet på banen. Den ene dietten avløser ofte den andre, og mange lurer på hvem de skal lytte til. Innimellom taper de mer tradisjonelle kostrådene for de mer spenstige trenddiettene som lover underverker for helsa.

Hvorfor alle trenddiettene? En trenddiett er noe nytt og spennende – kanskje et håp om at man denne gangen kan slippe unna med noe som er enkelt og gøy å holde på med? Og som gir raskt resultat, enten i form av vektreduksjon, mer overskudd eller bedre helse. Kostrådene fra helsemyndighetene representerer bare det «alle vet» – man bør spise sunt og variert i hverdagen, og bevege seg tilstrekkelig. Med det sagt er jo ikke de gode gamle rådene så kjedelige. Tvert i mot gir de rom for litt av alt, så lenge man spiser mest av det grønne og grove, samt fisk, og passer på balanse og variasjon!

Heldigvis ser vi, til tross for den overfloden av kostholdsråd vi omgir oss med, at en økende andel av befolkningen både har kjennskap og tillit til helsemyndighetenes kostråd. I 2016 oppgir 66 prosent at de har tillit til Helsedirektoratets kostråd.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

En av grunnene til dette er det kontinuerlige fokuset Helsedirektoratet har hatt på å formidle kostrådene på en enkel, inspirerende og gjennomførbar måte gjennom kommunikasjonssatsingen *Små grep, stor forskjell*. Vi oppfordrer folk til ikke å gå for hardt ut, men heller ta de små grepene i hverdagen. Det er de som har effekt på helse over tid. Det er godt dokumentert at endringer man kan leve med over tid også gir resultater. Skipper-taksdietter og ekstreme kurer fører ofte til raskt vekttap og like rask vektstigning.

Hvilke råd kan vi stole på?

Det stilles med jevne mellomrom spørsmål ved om de norske kostrådsanbefalingene er oppdatert på den siste forskningen. Tidvis kommer «krav» om å endre kostrådene i tråd med ny forskning som støtter opp om dietter som lavkarbo-, blodtype-, steinalder-, supermat- eller 5-2-diett, for å nevne noen. Det er forståelig at mange setter spørsmålsteget ved Helsedirektoratets kostråd når det dukker opp nye studier som kan vise til andre råd enn våre, og som underbygges av forskning.

Kunnskap om sammenhengen mellom ernæring, kosthold og helse har vært i en rivende utvikling de seneste tiårene. I Pubmed publiseres det tusenvis av nye artikler årlig innen dette feltet. Kvaliteten på studiene varierer, men dersom man leter kan man alltid finne en studie som underbygger en hypotese eller en påstand. Og veldig mange av de rådene som omtales i media og i blogger er gjengivelser av enkeltstudier. Det kan være viktige og interessante funn, men de bør tas med en klype salt, da det kan være andre tilsvarende studier som har kommet frem til andre resultater, men som ikke omtales.

Det er fortsatt mye vi ikke vet om sammenhengen mellom det vi spiser og helsen vår, så vi må være lydhøre for ny kunnskap. Helsedirektoratets kostråd bygger på en gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen om sammenhengen mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse. De er basert på den siste tilgjengelige vitenskapelige dokumentasjonen i form av systematiske kunnskapsoppsummeringer, nasjonalt og internasjonalt. Rådene samsvarer med de Nordiske Næringsstoffanbefalingene (NNR

2012), med de aller fleste land sine kostrådsanbefalinger, samt Verdens helseorganisasjon (WHO), den europeiske helsemyndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) og Verdens kreftforskningsfond (WCRF). Anbefalingene revideres med jevne mellomrom – nettopp på bakgrunn av at det kommer ny forskning som kan gi grunnlag for å endre råd om matvarer eller enkelte næringsstoffer. Ingen enkeltstudie er nok til å endre anbefalingene.

Det er verdt å merke seg at Helsedirektoratets kostråd gjelder for folk flest – ved sykdom og for grupper med spesielle behov må kostholdets sammensetning og mengden fysisk aktivitet tilpasses. Her har Helsedirektoratet egne retningslinjer og veiledere.

Variasjon og helhet er viktigst

Ny forskning som frikjenner eller dømmer en matvare kan være vanskelig for folk å forholde seg til. Fra helsemyndighetshold pleier vi å si at det ikke finnes usunne matvarer, bare usunt kosthold. Det er kanskje litt satt på spissen, men det er sant. Litt sjokolade skader ikke, mye sjokolade kan

Merking av matvarer med Nøkkelhullet kan gjøre det enklere å ta sunnere valg når du handler.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

være svært negativt. Og heller ikke brokoli er sunt hvis det er det eneste man spiser. Når det dukker opp forskning som virker for god for å være sann – ja, da er den som regel det.

Helsedirektoratet anbefaler et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Energibalanse er også viktig. Det er ikke bare én oppskrift som er riktig. Et sunt og variert kosthold kan settes sammen på veldig mange måter, og tilpasses egne preferanser, matvaretradisjoner/kultur og religion.

Hovedbudskapet i Helsedirektoratets kostråd er altså **helhet i kostholdet og energibalanse**, og ikke hvilke enkeltmatvarer man spiser. Igjen kan det å ta små grep i hverdagen ha stor betydning for helsen – enten grepene handler om å velge vann i stedet for brus når du er tørst eller ta trappene i stedet for heisen. Merking av matvarer med Nøkkelhullet kan gjøre det enklere å ta sunnere valg når du handler. Nøkkelhullmerkede matvarer har mer fiber og mindre mettet fett, salt og sukker enn tilsvarende matvarer uten Nøkkelhullet. Nordiske helsemyndighetene samarbeider om merkeordningen. Den 1. mars 2015 trådte nye, strengere kriterier i kraft. Fra høsten 2016 var alle produkter merket med Nøkkelhullet tilpasset de nye kriteriene.

Stort helsepotensial i riktig kosthold

Kostholdet er viktig både for å fremme god helse og forebygge sykdom.

Til tross for flere positive utviklingsstrekk, har kostholdet i Norge fortsatt klare ernæringsmessige svakheter, som øker risikoen for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte- karsykdommer og type 2-diabetes. Det er også forskjeller i valg av matvarer mellom kjønn, alder og i ulike sosiale lag.

I følge det globale sykdomsbyrdeprosjektet (Global Burden of Disease 2015) viser tallene fra Norge at usunt kosthold bidrar til flest tapte leveår. Komponentene i kostholdet som betyr mest, er lavt inntak av frukt, nøtter og frø, høyt saltinntak, lite grønnsaker, lite omega-3 fettsyrer, for mye bearbejdede kjøttprodukter, lite flerumettede fettsyrer og lite fullkorn- og fiberprodukter.

Norge har sluttet opp om Verdens helseorganisasjons (WHO) globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse med mål om 25 prosent reduksjon av for tidlig død av kreft, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes og kroniske lungesykdommer innen 2025. Dette videreføres til 30 prosent reduksjon innen 2030 i de nye globale bærekraftmålene. Et

balansert og fullverdig kosthold i tråd med Helsedirektoratets kostråd kan redusere risikoen for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer og gi flere gode leveår. Samtidig vil det kunne gi samfunnsgevinster ved at vi lever lengre og har bedre helse.

Hva påvirker valgene våre?

Det er ikke bare råd og informasjon om kosthold som avgjør hva vi velger å spise. Pris, tilgjengelighet og utvalg er også viktig. Skal vi nå målene om å redusere ikke-smittsomme sykdommer og redusere sosial ulikhet i helse er det helt avgjørende at tiltak som fremmer et sunt kosthold i befolkningen når alle, og gjør det enklere å velge sunt. Det innebærer at de strukturelle tiltakene på tvers av sektorer vektlegges og prioriteres.

Prisvirkemidler er mye benyttet i tobakks- og alkoholpolitikken med god effekt. De er også egnet til å påvirke befolkningens kosthold. Undersøkelser viser at avgifter på energirike matvarer kan ha effekt på både overvekt og risiko for kroniske sykdommer. Forskning viser også at avgifter synes å være mer effektive enn prisreduksjon, siden de fører til at storforbrukere av usunne matvarer reduserer forbruket av disse. I Norge har vi tre forskjellige særavgifter på sukkerholdige varer: Avgift på alkoholfrie drikkevarer, avgift på sjokolade- og sukkervarer og avgift på sukker.

Lokalsamfunnet spiller også en viktig rolle i folkehelsearbeidet. Ved å legge til rette for og stimulere til sunne levevaner der vi ferdes, som i barnehager, skoler, arbeidsliv og nærmiljø, kan vi bidra til å redusere sosiale forskjeller i levevaner. Gjennom folkehelseloven er kommunene forpliktet til å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og risikofaktorer for denne. Gjennom kommunale planer kan kommunen i stor grad påvirke hvordan lokalmiljøene utformes for å tilrettelegge for sunne valg og iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene.

Utfordringene kan ikke møtes i en sektor alene. Samarbeid på tvers er viktig. I 2015 signerte matbransjen, serveringsbransjen, myndighetene, forskere og interesseorganisasjoner en partnerskapsavtale for å få ned saltinntaket i befolkningen. Saltpartnerskapet har som målsetting å stimulere til at produsentene reduserer innholdet av salt i matvarer og servert mat, samt å øke bevisstheten om salt og helse i befolkningen. Som et første konkret prosjekt har bedrifter i felleskap utarbeidet mål for saltinnhold i ca. 100 matvarekategorier.

I 2016 fulgte myndighetene opp og sig-



nerte en ny intensjonsavtale. Sammen med næringsorganisasjoner, mat- og drikkeprodusenter og dagligvarebransjen har vi et felles mål om å redusere sukker, salt og mettet fett i mat og drikke og øke inntak av fisk, frukt, grønt og grove kornprodukter. Denne avtalen betyr at Norge nå ligger i front i denne formen for samarbeid mellom myndigheter og matvarebransje for å bedre folkehelse. Intensjonsavtalen omtales som unik i verdenssammenheng.

Mer forebygging i helsetjenesten

Noen trenger ekstra hjelp og støtte for å kunne gjøre positive endringer i kostholdet. Befolkningen har stor tillit til informasjon de får fra fastlegen og annet helsepersonell. Derfor er det viktig at helsepersonell motiverer, veileder og tilbyr hjelp til de som trenger denne ekstra drahjelpen. Som Den norske legeförening påpeker i sin rapport *Pulsen opp for bedre helse* er endring av levevaner en omfattende prosess som går over lang tid. Kompetanse på metoder for å motivere til og kommunisere om adferdsendring, vil gjøre det enklere for helsepersonell å ta opp spørsmål som gjelder kostholdsendringer og andre levevaner. Ofte er det behov for å kunne henvise videre. I nesten 60 prosent av kommunene står frisklivsansatte klare til å hjelpe personer med økt risiko for sykdom, eller som allerede har etablert sykdom, med å endre levevaner. Disse har også oversikt over hvilke lokale forebyggingstilbud som finnes i kommunen, i regi av frivillige og private aktører som også spiller en viktig rolle.

■ HENRIETTE.OIEN@HELSEDIR.NO

ENQUETE ➤ Medisinens i folkehelsearbeidet



Etter at vi i de siste numrene av Utposten har hatt fokus på fastlegeordningen og samhandlingsreformen, ønsker vi i dette nummeret å rette oppmerksomheten mot legers deltakelse i folkehelsearbeidet i kommunene. Vi ønsker å høre om hvordan kommuneoverleger vurderer sin og fastlegenes rolle, spesielt med vinklingen: Hva er medisins bidrag i folkehelsearbeidet?

- ❶ Hvordan har samhandlingsreformen og ny folkehelselov påvirket folkehelsearbeidet i din kommune?
- ❷ Hva er din rolle som kommuneoverlege i dette arbeidet?
- ❸ Synes du at fastlegene bør inkluderes i kommunens folkehelsearbeid, i så fall hvordan?



BETTY PETERSEN
kommuneoverlege
Trondheim kommune

❶ Jeg kjenner ikke folkehelseloven i Trondheim kommune fra før samhandlingsreformen/folkehelsen ble iverksatt. Jeg oppfatter at organiseringen av folkehelsearbeidet har vært det samme over lengre tid, med en tverrfaglig/tverretattlig gruppe med en folkehelsekoordinator med mange andre funksjoner. Gruppen sikrer informasjon over fag og etatsgrenser og bidrar til noen grad av nettverk, motivasjon og koordinering. Kommunen har formulert målsettinger for folkehelsearbeidet i enhetsavtaler. Hvorvidt disse er vesentlig endret etter samhandlingsreform/folkehelselov er jeg usikker på. Mitt inntrykk er at det helsefremmende/forebyggende arbeid som kommer ut fra dette i hovedsak fokuserer på de ansatte. Kommunen har for øvrig en over lang tid utviklet miljø/transportpolitikk, av stor betydning for folkets helse. Jeg har i

liten grad registrert at samhandlingsreformen som sådan har vært tema eller drivkraft i det arbeidet denne gruppen har gjort. Utover dette har imidlertid arbeidet med overføring av tjenester fra spesialisthelsetjenesten, med de muligheter til endret profil i retning mestring og forebygging som ligger i dette, vært merkbart i kommunen. Dette kan i noen grad oppfattes som «reorientering» av de kommunale tjenester (Ottowacharteret). Dette har kommuneoverlegene vært involvert i på ulike måter. Pasientforløp, mestring, tidlig innsats, med mer. Spesifikt er dette for meg som kommuneoverlege på sektoren oppvekst og utdanning/barn og unge uttrykt gjennom arbeid med ulike pasientforløp og forsøk på økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid og metodeutvikling i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Kommunen har som følge av folkehelseloven laget en folkehelsemelding til bystyret. Kommuneoverlegen var i noen grad med i utformingen av den. Fylkesmannens bemerket under sitt tilsyn på folkehelsearbeidet i kommunen i 2014 – basert på selvrapportering, ikke stedlig tilsyn, en uklar rolle for samfunnsmedisinerne i dette arbeidet. Det er ikke laget en struktur for kontinuerlig helseovervåkning.

❷ Samhandlingsreformen: Jeg representerer en kommuneregion (fire kommuner) i et fagråd, – som samarbeidsarenaen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene nå kalles i dette området. I tillegg koordinerer jeg kommunens tre samarbeidsarenaer med sykehusets barn/ungeseksjo-

ner og er med i prosesser knyttet til utfordrende enkeltsaker mellom nivåene på barn/ungesiden. Folkehelse: Jeg deltar i den tverrfaglige/tverretattlige folkehelsegruppen og blir involvert som leder for eller deltager i ulike plan- og utviklingsprosesser der jeg etter beste evne forsøker å målbære folkehelseperspektiv. Jeg er delvis initiativtaker til og delvis deltager i flere helsefremmende og forebyggende prosjekter, og prosjekter med målsetting om økt «venstreforskyvning» i tjenestene.

❸ Fastlegene er en del av kommunens folkehelsearbeid, – det er spørsmål om å bevisstgjøre og forbedre deres rolle. Deres individrettede helsefremmende og forebyggende arbeid er en viktig innsatsfaktor for folkets helse, men metodene må nok både videreutvikles og innsatsen økes. Det gjelder for eksempel arbeidsmetoder som gir økt motivasjon for og evne til endring av livsstil, – gjennom at fastlegene kjenner til, motiverer for og inkluderer i behandlingsplaner økt bruk av de system-, gruppe- og individrettede helsefremmende og forebyggende tiltakene som samfunnet tilrettelegger for og/eller tilbyr. De må ytterligere fokusere på mestringsstrategier, overdiagnostikk og overbehandling. Leveranse av data til helseovervåkning inngår, – her må utprøving av metoder intensiveres (det forsøkes nå med Medrave, bl.a. gjennom legekantor i Trondheim). For å få dette til må det bedre samarbeid til mellom fastlegene og kommunen/de kommunale tjenestene. Her vil kommuneoverlegene kunne være et medierende ledd.

bidrag



UNN BERIT SCHJERVHEIM
kommuneoverlege Nes kommune

① Det har fått stor fokus i planarbeidet, helt fra å være tema som «gjennomstyrer» samfunnsdelen i Kommuneplanen, til at hver virksomhet skal ha aktiviteter som bygger opp om de mål som er lagt i kommunenes handlingsprogram, – som bidrar til bedre helse og trivsel hos innbyggerne.

② Jeg samhandler tett med folkehelsekoordinator i kommunen, – jevnlig møter, sitter i «Folkehelseforum», jobber i en tverrfaglig gruppe om oversiktsarbeidet som rulleres hvert fjerde år, ser på de årlige folkehelseprofilene og annen statistikk. Har hatt ledelsen av et folkehelseprosjekt i seks kommuner i vår region. Koordinerer arbeidet opp mot høgskole og forskningsmiljø innen folkehelse på vegne av de seks kommunene. Har dette som tema opp mot politikere, utvikling av frisklivssentral, inn i oppvekststrategien og ut mot fastlegene – med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, med fokus på medisinske utfordringer både somatikk og psykisk. Være motivator og pådriver, og bidra med kunnskap innen området. Bidra til at kommunen deltar i forskningsprosjekter.

③ Ja, – vi har hatt møter med fastlegene der folkehelseprofiler blir lagt fram og diskutert, og aktuelle temaer blir tatt opp, mht. hvordan fastlegene kan bidra. Går bla. ut på at fastlegene kjenner kommunens tjenestetilbud godt, og kan henvise sine pasienter videre til frisklivssentral og andre helsefremmende og forebyggende aktiviteter som finnes i kommunen.



LEIV EDVARD MURUVIK VONEN
kommuneoverlege Værnesregionen
(Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal kommuner)

① Kommunens administrative ledelse har etter lovendringene i 2012 et grunnleggende fokus på og forståelse av at folkehelseperspektivet skal fram i lyset i videre planlegging. Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse har dermed økt gradvis. Det mest konkrete som har virket drivende er plikten til å dokumentere kunnskap og analyser i oversiktsdokument over folkehelse og påvirkningsfaktorer. Folkehelseaspektet tas inn tidlig i større reguleringsaker og ikke minst i arbeidet med kommunal planstrategi og kommuneplan. Men det er fortsatt en unaturlig stor avstand mellom folkehelse-drøftinger og utviklingsarbeid i omsorgssektoren, som har lagt ned hovedarbeidet sitt i å etterleve helse- og omsorgstjenesteloven.

② Gjennom faglig og redaksjonelt arbeid med utkast til oversiktsdokument, ble jeg i stand til å dokumentere behovet for personressurser til systematisk sammenstilling av data, skriving og koordinering, og analysearbeid. Dette styrket i tiden siden 2012 en gryende tro på at folkehelsekoordinator burde tilsettes i tillegg til kommuneoverlegen. Jeg har hatt en rolle som leder for folkehelsegruppa tillagt min funksjon tidligere, og det ble for lite framdrift i oversiktsarbeidet pga. parallelle oppgaver. Jeg er siden 1.1.16 enhetsleder for en interkommunal samfunnsmedisinsk enhet og er kommuneoverlege i fire kommuner. Vi har oppgaver innen strategisk folkehelsearbeid, kommuneoverlegefunksjon, miljørettet helsevern og frisklivssentral. Jeg er altså leder for bl.a. folkehelsekoordinatoren og har et ansvar for å legge til rette for kontakt med andre kommunale funksjoner i startfasen, og bistå utviklingen av hennes strategiske rolle og sikre henne innpass til besluttsende ledere og politisk myndighet. I dette er også et ansvar for å prioritere klokt både i planer og i handling.

Jeg er medisinsk rådgiver for fire kommuner, og følger opp utviklingsarbeidet bl.a. i helse- og omsorgssektoren der. Både dette og arbeid som vi selv gjør i enheten, bringer vi inn til dialog i Samfunnsmedisinsk enhet, for å se på tvers av sektorer og fokusere på folkehelse.

③ Fastlegene har en stor distanse til kommunens administrasjon i det daglige. Månedlige møter med to av 23 fastleger dekker ikke behovet for dialog om fastlegeordning, helsesituasjonen og forebyggende tiltak. Fastlegene er raske med å ta i bruk ny kunnskap, og henviser ofte til forebyggende tiltak som opprettes, f.eks. i Frisklivssentralen. En mer direkte kontakt mellom administrasjonen og hvert legekontor som en enhet viser seg å være mer hensiktsmessig, for å bygge tillit og ta ned avstanden. Fastlegene har en helt spesiell innsikt i enkeltpersoners helsesituasjon og mestring i livet. Over tid vil de ha viktige innspill til kommunens kunnskap som hittil er lite utnyttet, og kunne bidra til helhetlige satsninger sammen med øvrige i kommunen.



SARAH FRANSEN GRAN
kommuneoverlege Råde kommune

① Kommunen har en folkehelsekoordinator i 100 prosent stilling i rådmannens stab. Folkehelsearbeidet skjer gjennom planarbeid, politisk forankring, gjennom ambassadørarbeid på mange kommunale arenaer, søknader om folkehelsemidler og tilhørende rapportering, helseoversiktsdokumenter og så videre.

② Folkehelsekoordinator og kommuneoverlege er nærmeste medarbeidere. Kommuneoverlege har en tydeligere rolle inn mot smittevernet.

③ Ja, særlig i forhold til forslag om tiltak.



ILLUSTRASJON: COLLEENHILL



RAGNHILD HOLMBERG AUNSMO

kommuneoverlege
Innherad samkommune

① «Min kommune» er Innherred Samkommune, som er en egen juridisk enhet som er tillagt oppgaver fra deltakerkommunene Levanger og Verdal. Kommunene er organisert hver for seg, mens brann og redning, dokumententer, landbruk, plan, miljø, byggesak, IKT, økonomi, personal og organisasjon, kemner, servicekontor og dokumententer er lagt til samkommunen. Det samme er «utviklingsstaben» som ble etablert i januar 2011 og som er en rådgivende gruppe for rådmenn og linjer i de tre juridiske kommunene. Her jobber folkehelsekoordinator, samhandlingskoordinator, kommuneadvokater, SLT-koordinator og to rådgivere med erfaring fra bl.a. plan- og utviklingsarbeid og økonomi. Samhandlingsreformen var en viktig grunn til at kommuneoverlegestillingen ble lagt hit høsten 2011. I Levanger og Verdal var folkehelse ett av sju satsingsområder i Kommuneplanens samfunnsdel fra 2008. Da folkehelseloven kom i 2012 startet folkehelsekoordinator en prosess som hadde til

hensikt å gi satsingsområdet et mer kunnskapsbasert innhold. Fordi folkehelseloven er samstemt med plan- og bygningsloven og kommuneloven i kravet til bærekraftig samfunnsutvikling, førte prosessen til at kommuneplanens samfunnsdel ved revidering i 2014 ble vår nye folkehelseplan. Utgangspunktet er Peter F. Hjort sin definisjon:

«God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav», en forståelse av at folkehelse og samfunnets bærekraft påvirkes av de samme forhold. Kommuneplanens samfunnsdel forplikter våre organisasjoner til å legge folkehelseperspektivet til grunn i alt vi gjør, og til å mobilisere lokalsamfunnets ressurser gjennom medvirkning fra innbyggere og samspill med lokale aktører i arbeidet med helsefremmende løsninger, jfr. «90/10 regelen».

Levanger og Verdal legger stor vekt på barns oppvekstmiljø og har fokus på mestring. Av praktisk arbeid er det gjort mye for å legge til rette for fysisk aktivitet, sosiale arenaer og trivsel. Det er etablert frisklivs-sentraler i begge kommunene, disse har individrettet veiledning, men også kurstilbud innen matlaging, belastningsmestring, depresjonsmestring og røykeslutt.

② Utviklingsstaben bidrar til kontinuerlig og systematisk arbeid med folkehelse blant annet gjennom kunnskapsutvikling og helhetlige planprosesser på alle nivå. Vi har en særdeles kapabel folkehelsekoordinator og utviklingsstaben representerer bred samfunnsmedisinsk kompetanse. Min hovedoppgave som kommuneoverlege er å støtte og utfordre kollegene i utviklingsstaben gjennom gode diskusjoner og drøftinger av faglitteratur, nyheter, data-

innsamlinger, erfaringer fra ulike forum, konferanser etc. Mitt medisinskfaglige bidrag utfyller de andre.

③ Generelt synes jeg at fastlegene bør inkluderes mer i kommunen; det ser jeg som ett av hovedoppdragene i mitt virke! Når det gjelder folkehelsearbeid skjer 90 prosent av dette utenfor helsevesenet, slik at fastlegenes jobb er ikke en stor del av folkehelsearbeidet i kommunen. Men fastlegene ser jo hva folk sliter med, og de bør være viktige leverandører av kunnskap til kommunen. Her jobber vi med å finne struktur for kunnskapsinnhenting, men foreløpig er dette mest på «snakke sammen i lunsjen» nivå. Det er viktig at fastlegene er kjent med hva folkehelsearbeidet i kommunen består i, slik at de kan gi tilbakemeldinger på grep som kan gjøres både når de opplever at noe fungerer og når de ser noe som bør forbedres. Dessuten er fastlegene mennesker resten av døgnet også, og mange har engasjement på fritida. Å ha engasjerte leger i lokalsamfunnet kan også være godt folkehelsearbeid!



JONAS HOLTE

kommuneoverlege Harstad kommune

① Harstad kommune var tidlig ute i folkehelsearbeid på flere områder. Vi har hatt spesielt fokus på ulykkesforebygging. I samarbeid med UNN Harstad, har vi i mange år samlet inn skadedata. Når det gjelder trafikkulykker har helsetjenesten samarbeidet med kommunale- og fylkeskommunale veimyndigheter, samt areal- og byggesak for stadfesting av ulykker. Dette har gitt oss en langt mer omfattende oversikt over ulykkessteder enn f.eks. politiets registrering av ulykker. Vi har avgitt datagrunnlag som har vært en del av beslutningsgrunnlaget for å kunne gjøre endringer av trafikale forhold. På samme måte har vi gått inn og sett på ulykker i skoler og barnehager. Dette er et eksempel på en samarbeidskultur mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre sentrale samfunnsaktører.

FIGUR: Bærekraftig samfunnsutvikling. FIGUR FRA AUNSMO, INNHERRAD SAMKOMMUNE, BASERT PÅ DAHLGREN OG WHITEHEAD (1991)



② Jeg er relativt fersk assisterende kommuneoverlege og smittevernlege. Jeg har imidlertid i noen år sittet i en kommunal ledergruppe som er en strukturert arena med andre aktører som bidrar på folkehelsearbeidet; Avdeling for miljørettet helsevern, avdeling forebyggende for eldre, avdeling for folkehelse og avdeling for rehabilitering. Her bidrar jeg som medisinsk-faglig rådgiver. Ellers sitter jeg i styringsgruppa i pasientsentrert helsetjenestetsteam (PSHT) for Harstad. PSHT som er et direkte produkt av samhandlingsreformen, og et samarbeidsprosjekt mellom kommunen og UNN. Målet til PSHT er å sette i gang tidlige tiltak for å forsøke å forebyggende sykdomsforverring hos eldre kronikere. Ellers jobber jeg i og med KAD-avdelingen og smittevern.

③ Fastlegene er allerede sentrale aktører her. Dessverre er de for hardt presset på tid i sin private allmennpraksis. Jeg tror vi har mye å vinne i folkehelsearbeidet dersom vi klarer å få fastlegene mer med på kommunenes planarbeid. Dette forutsetter at kommunene må kompensere fastlegene økonomisk for fraværet fra praksisen sin. En annen måte skape et tettere samarbeid med fastlegene, kan være å ha fastlønnede ALIS-er i de private legesenter.

masjons- og holdningsarbeid, framskaffe og tolke av statistikker og data.

③ Jeg er usikker på om fastlegene – mer enn andre yrkesgrupper – bør inkluderes sterkere. Fastlegene opplever stort arbeidspress, og lanseres alt for ofte som løsningen på til dels kompliserte problemstillinger samfunnet står ovenfor. Folkehelsearbeid er tverrsektorielt, og involverer alt fra vei- og boligplanlegging, til skjenketider, kulturelle møteplasser, fysisk aktivitet og kosthold. De to sistnevnte faktorene, i alle fall, befatter fastlegene seg med fra før, på individuelt nivå, og dette trenger ikke et «nytt navn» – keiseren har klær.



FRANTZ LEONARD NILSEN
kommuneoverlege i Bærum kommune

① I Bærum kommune er det tilsatt folkehelsekoordinator i 100 prosent stilling som samarbeider tett med kommuneoverlegen. Det er folkehelsekoordinator som står for det meste av koordineringsarbeidet mot frivillige organisasjoner og andre kommunale tjenesteområder, mens kommuneoverlegen har kontakter mot overordnet ledernivå på alle tjenesteområder. Folkehelse har til nå vært et satsningstema i kommuneplanen, men i nylig revidert samfunnsdel av kommuneplanen ble det først foreslått tatt ut, men etter iherdig innsats fra folkehelsekoordinator og kommuneoverlegen har det fortsatt en viss plass. Mer enn folkehelsearbeidet er det forebyggende arbeid og ikke minst tidlig innsats som står på dagsorden i kommunen og som skal være svaret på kommende bærekraftutfordringer. Kommunen har også ansatt samhandlingskoordinator i 100 prosent stilling som ivaretar store deler av samarbeidet mot spesialisthelsetjenesten. Kommuneoverlegen samarbeider svært tett med henne og vi har ikke minst samarbeidet tett med utvikling av kommunale akutte døgnplasser, både somatikk og psykisk helse. Når det gjelder påvirkning på plan- og byggesaker har kommunen svært

gode rutiner på involvering av miljørettet helsevern og innspill fra miljørettet helsevern ofte sammen med kommuneoverlegen blir i stor grad hensyntatt.

② Med ansatt koordinator både innen folkehelse og samhandling er det fare for at kommuneoverlegen kan bli perifer i dette arbeidet, men med en kommune på vår størrelse er det helt urealistisk at kommuneoverlegen skulle håndtere dette alene. Alternativt at det var en samfunnsmedisiner som hadde ansvar for folkehelsearbeidet og en for samhandling. Fordelen med dagens organisering er at jeg som kommuneoverlegen får en svært bred (men overflatisk) kontaktflate ved å ha mange ansvarsområder. Rent faktisk blir jeg en rådgiver også på dette området både for samhandlingskoordinator og folkehelsekoordinator og det er min kapasitet som begrenser denne kontakten. Kommuneoverlegen hadde ansvar for helsemeldingen som ble vedtatt av et enstemmig kommunestyre i 2015 og har også ansvar for at meldingen blir implementert i tjenestene. Meldingen har stort fokus på helsefremmende og forebyggende helsearbeid, folkehelsearbeid og frivillighet.

③ Fastlegene er med som premissgivere, men er ellers minimalt involvert i kommunens folkehelsearbeid. Vi arbeider nå med revisjon av fastlegeplanen, men tror ikke folkehelse blir et sentralt tema i denne planen.



KNUT R. SKULBERG
kommuneoverlege Elverum kommune

① Ny folkehelselov har påvirket folkehelsearbeidet i betydelig grad. Kravene i loven har ført til et systematisk folkehelsearbeid i forhold til oversiktsdokument, folkehelseplan, flere folkehelse tiltak i mange sektorer. Loven krever også en evaluering av tiltak og der har vi ikke kommet langt nok. Kommunen samarbeider med den lokale høgskolen i flere prosjekter. Kapittel 3 (miljørettet helsevern) i den nye folkehelseloven har ikke bidratt til endring av hvor-



KENNETH JOHANSEN
kommuneoverlege i Alta kommune

① Det har blitt større fokus på folkehelse. Samtidig er mye større deler av organisasjonen utover helse involvert og interessert i emnet. Rådmannen ønsker fokus på dette. Mange involverte trenger en opplærings- og modningsprosess for å forstå at folkehelsearbeid er mer enn «skiløyper, joggesko og gulrøtter.» Samtidig har vår kommune hatt stort fokus på tradisjonelle folkehelse tiltak som sykkelveger, skiløyper, spilleflater og idrettshaller i en årrekke, uten at det nødvendigvis var benevnt folkehelse.

② Jeg er involvert i å lage oversikts- og utfordringsdokumenter for folkehelse, infor-

dan kommunen utfører miljørettet helsevern fra tidligere til nå. Samhandlingsreformen har hatt svært liten betydning for folkehelsearbeidet i kommunen, men det har hatt stor betydning for pasientrettet arbeid, hovedsakelig på individnivå.

② Jeg arbeidet som kommunelege og folkehelsekoordinator fra 2012 i en periode på ca. tre år. Folkehelsekoordinator utgjorde 25 prosent stilling. Nå er denne stillingen, slik det var ønsket, utvidet til 50 prosent og lagt til rådmannens stab. Jeg har nå bare rollen som kommuneoverlege inn i folkehelsearbeidet. Imidlertid, jeg har en kombinert stilling som kommuneoverlege og førsteamanuensis i Høgskolen Innlandet, avdeling for folkehelse. Folkehelsearbeidet jeg som kommuneoverlege utfører nå er som medarbeider i oversiktsarbeid, medarbeider i folkehelse tiltak innen sektor for helse, medarbeider inn i tverrfaglige prosjekter innen byplanutvikling, luftforurensning, skoleutbygging, psykisk helse og fysisk aktivitet i ungdomsskoler. De to siste områdene er vitenskapelige prosjekter i samarbeid med høyskoler, universitet og andre vitenskapelige institusjoner. Min mening er at kommunelegen med sin medisinske kompetanse har svært mye å bidra med inn i folkehelsearbeidet. Vi bør ha en langt mere aktiv holdning til dette arbeidet.

③ Teoretisk bør fastlegene inkluderes inn i kommunens folkehelsearbeid. Dette bør skje med å bidra med data, informasjon inn i oversiktsarbeidet og bidra i en diskusjon om folkehelse tiltakene. Sannsynligvis er det å foreta innsamling av data via overordnede journalinformasjon fra alle fastlegene veldig usikkert. Folkehelseinstituttet har informasjon om diagnoser og resepskripping på kommunenivå og dette vil være en sikrere kilde enn å samle inn data fra fastlegene. Imidlertid, fastlegenes stemme bør bli hørt. En mulighet å gjøre det på er å

foreta strukturerte intervjuer med noen av fastlegene og legge inn denne informasjonen inn i oversiktsdokument. Fastlegene bør også få rapporter av resultater fra folkehelsearbeidet og bidra inn i en diskusjon om konsekvenser av rapportene og hvordan dette kunne gjøres bedre ut i fra deres kunnskap om befolkningens behov.



HEGE RAASTAD BASMO
kommuneoverlege, Leder for
Samfunnsmedisinsk enhet for Hamar-
regionen (Ringsaker, Stange, Løten
og Hamar kommune)

① Folkehelseloven har bidratt til at arbeidet med folkehelse har blitt mer systematisk og tydeligere del av det kommunale styringssystemet. Folkehelseloven og forskriften om oversikt over folkehelsen har gitt «rekkefølge-oppskriften» med 1) oversikt som grunnlag for å definere 2) folkehelse utfordringene som skal være grunnlaget for 3) mål og 4) planlegging. Det er lettere å jobbe sammen med «plan-folka» når folkehelseloven definerer arbeidet inn i planstrategi. Når faktagrunnlaget og prioriteringene er fastsatt er grunnlaget tydeligere for å fastsette prioriterte folkehelse tiltak. Men alle vet at det er vanskelig å beskrive hva folke-

helsearbeid faktisk er på en måte som gir mening for alle sektorer og ikke minst faktisk og i praksis prioritere tiltak i tråd med de fastsatte utfordringene. Samhandlingsreformen? Tja... nytt lovverk innen folkehelse var jo et direkte resultat av reformens politiske mål. Min kortversjon av hensikten med samhandlingsreformen er «mer samarbeid + mer folkehelsearbeid/forebygging + mer i kommunene + mer brukermedvirkning». Det er mange motkrefter og de motkreftene opplever jeg ikke vi har nok kunnskap om hva består av og hvordan vi kan håndtere på lokalt nivå.

② Min rolle som kommuneoverlege har vært i form av oppdrag fra rådmannen i Hamar om å utarbeide folkehelseoversikten (forskriften §5) og forslag til system for løpende oversiktsarbeid (forskriften §4). Arbeidet har vært i nært og nødvendig samarbeid med rådgiver Bodil Høistad og ei tverrfaglig arbeidsgruppe. Folkehelseoversikten ble politisk vedtatt februar 2015 og videreutviklet i et grunnlagsnotat juni 2015. Som et resultat av dette folkehelsefokus sitter jeg nå i prosjektgruppen for utarbeidelse av ny kommuneplan. Det er politisk besluttet at folkehelse skal være en av tre gjennomgående tema i kommuneplanen. Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen (som jeg leder) har også hatt regionale møter for våre fire kommuner for å hjelpe hverandre med oversiktsarbeidet.

③ Fastlegene er en del av folkehelsearbeidet. Men det bør jo være mer systematisk. Der er vi i den spede begynnelsen for å finne form og innhold. Her må KS og Legeforeningen hjelpe oss å finne arbeidsformer som oppleves nyttige både for fastlegene og kommunen. Kanskje vi kan etablere praksiskonsulent-stillinger for allmennleger i kommunen? Og jeg vil gjerne ha samfunnsmedisinsk praksiskonsulent-stilling i spesialisthelsetjenesten!

Helsefremmende tiltak i samfunnsmedisinen

■ HENNING MØRLAND • Fylkeslege i Vestfold og leder for Norsam (Norsk samfunnsmedisinsk forening)

Samfunnsmedisin er et fagområde der forebyggende og grupperettede tiltak står sentralt. Samfunnsmedisineren som fagperson og legespesialist kan bidra til utvikling av det helsefremmende arbeidet, og har kunnskap og ferdigheter som er viktige og nyttige i folkehelsearbeidet.

Samfunnsmedisin, både som begrep og som fagområde, kan defineres på ulike måter. Forskjellig innhold kan legges i begrepet avhengig av utgangspunkt og sammenheng. Samfunnsmedisin kan beskrive et fagområde med elementer fra både samfunnsfag og helsefag, eller kan defineres som sammenhengen mellom samfunn og helse.

Mitt utgangspunktet er samfunnsmedisin som et medisinsk fagområde, og igjen ytterligere avgrenset til en medisinsk spesialitet. Det vil si en videreutdanning (spesialisering) for leger. Det er nylig publisert en artikkelsamling i tidsskriftet *Michael* som belyser samfunnsmedisin som begrep og fagområde (Nylenna, red., 2016)

Samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet

Samfunnsmedisin er én av 44 medisinske spesialiteter i Norge. I flere henseende skiller samfunnsmedisin seg fra de andre legespesialitetene. Sammen med allmennmedisin klassifiseres gjerne samfunnsmedisin som en primærmedisinsk spesialitet. Selv om de fleste samfunnsmedisinere har sitt virke i kommunehelsetjenesten, har faget i økende grad også vunnet innpass i spesialisthelsetjenesten og i andre virksomheter.

Samfunnsmedisinen skiller seg fra andre medisinske spesialiteter ved at diagnostikk og behandling av enkeltindivider ikke utgjør et sentralt element. For samtlige andre spesialiteter, med unntak av arbeidsmedisin, er individ- eller pasientfokuset helt sentralt. De andre medisinske spesialitetene kan være inndelt etter behandlings-

eller undersøkelsesmetode (som kirurgi, indremedisin eller radiologi), etter organinndeling (som øyesykdommer eller øre-nese-hals) eller etter pasientens alder eller kjønn (som pediatri, gynekologi eller geriatri). Felles for spesialitetene er at de alle har et individ- eller pasientfokus.

Spesialisering i samfunnsmedisin oppnås gjennom et kvalifiseringsløp som tilsvarer andre legespesialiteter. Dette medfører en kombinasjon av praktisk trening i en samfunnsmedisinsk stilling under veiledning samt teoretisk kompetanse i form av faglitteratur og kurs. Et strukturert veiledningsprogram med veiledning i grupper har vært en hjørnestein i spesialistutdanningen. Dette gjelder for samfunnsmedisin, men også i allmenn- og arbeidsmedisin. Innenfor disse spesialitetene er det mange leger som jobber alene eller i små fagmiljøer. Gruppeveiledningen ivaretar en viktig funksjon som faglig kollegium. Samtidig, og dette er viktigere for samfunnsmedisin enn allmennmedisin, er det ønskelig at den strukturert veiledningen ivaretar faglig bredde og påfyll av kompetanse på områder som samfunnsmedisineren i liten grad møter i sin arbeidssituasjon. Selv om det er mange faglige fellestrekk ved samfunnsmedisinske stillinger, kan det praktiske innholdet være ganske ulikt.

Hva gjør samfunnsmedisineren?

Som beskrevet i innledningen ovenfor er ikke samfunnsmedisin et entydig definert begrep. Likevel vil kjennetegn som «grupperettet» og «forebyggende» gjerne nevnes når faget skal beskrives.

Samfunnsmedisineren forholder seg til grupper, enten det er hele befolkningen eller deler av den. Det kan være innbyggerne i en kommune, elever på en skole, en pasientforening eller en avdeling i svaret. Samtidig vil mange samfunnsmedisinere likevel forholde seg til enkeltindivider, men da som oftest med et annet fokus enn klinikerens. Samfunnsmedisinerens rolle kan være å vurdere individets behandling eller rettigheter opp mot et systemperspektiv. Prioritering av pasientgrupper, behand-

ling av pasientklager og vurderinger av rettigheter i folketrygdloven er eksempler på individbaserte vurderinger med samfunnsmedisinsk innfallsvinkel. I slike sammenheng utføres medisinske tjenester for samfunnet, og samfunnsmedisineren har rollen som sakkyndig eller myndighetsperson, det som tidligere gjerne ble omtalt som «offentlige legeoppgaver».

Forebyggende og helsefremmende tiltak kjennetegner også samfunnsmedisinen, men er ikke avgrenset til dette fagområdet. De fleste leger utfører forebyggende tiltak, ofte på individnivå, som behandlingen av høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå. For samfunnsmedisineren er det igjen innretningen av det forebyggende arbeidet som kjennetegner faget, med tiltak rettet mot grupper og ikke mot enkeltindivider. Planlegging, iverksetting av gjennomføring av forebyggende tiltak kan finne sted innenfor helse- og omsorgstjenesten, som i en kommune eller på et sykehus, men også på andre samfunnsarenaer. Samfunnsmedisineren vil ofte opptre utenfor de definerte helse- og omsorgstjenestene.

For mange samfunnsmedisinske stillinger har innholdet endret seg, med en dreining fra fokus på forebyggende og ofte individrettede tiltak til mer administrativt preget arbeidsoppgaver i større og mer komplekse organisasjoner. Her kan vi se en parallellitet til utviklingen i kommunene som organisasjoner.

Ledelse har en sentral plass blant samfunnsmedisinerens oppgaver. Hun kan være linjeleder i virksomheten, men hun vil også uten formelt lederansvar gjerne inneha en faglig lederrolle. God faglig ledelse forutsetter faglig kompetanse og personlige egenskaper. Heller ikke for samfunnsmedisinere er dette noe som kommer av seg selv, men som kan utvikles og øves gjennom erfaring og videreutdanning.

Kommunikasjon er viktig for alle leger. Klinikere må beherske kommunikasjon med pasienter, brukere og pårørende, og kunne samhandle med andre aktører i helsetjenesten, enten de tilhører egen eller andre yrkesgrupper. Samfunnsmedisineren må ha god skriftlig og muntlig formidlings-

evne, og må raskt kunne omstille og tilpasse form og innhold. Hvordan oppnå en god dialog og hvordan få frem et budskap? Enten det er i rollen som medisinsk faglig rådgiver, i samarbeidsmøter, i kontakt med politiske utvalg eller til media, vil det være behov for ulike tilnærminger og strategier.

Samfunnskunnskap, systemperspektiv og rolleforståelse kjennetegner en god samfunnsmedisiner. Hun skal ikke bare ha oversikt og forståelse for helse- og omsorgstjenestene, hvilket i seg selv kan være krevende, men også evne å se dette i et større samfunnsperspektiv. Samtidig må individ- og pasientperspektivet ikke mistes av syne, og formålet med helsetjenesten må hele tiden være til stede. Når det gjelder forebygging og folkehelsearbeid må samfunnsmedisineren løfte blikket godt utenfor helsetjenesten.

Hva er det samfunnsmedisineren må kunne i praksis? Samfunnskunnskap, forståelse av politiske og administrative styringssystemer, økonomi, juss og metodekunnskap er grunnleggende kunnskaper. Videre er formidling, samarbeid og god skriftlig og muntlig fremstillingsevne sentrale ferdigheter. Dette er kunnskap og ferdigheter som kan læres og trenes, gjennom arbeidssituasjon og i en strukturert spesialistutdanning. Fundamentet er yrkesutdannelsen i form av medisinstudiet.

Samfunnsmedisineren i helsefremmende arbeid

Samfunnsmedisin som fagområde og samfunnsmedisineren som fagperson vil, under de rette forutsetninger, være en viktig aktør i det helsefremmende arbeidet. Samfunnsmedisineren kan ikke løse disse viktige oppgavene alene, men vil kunne være en sentral medspiller i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Fremstillingen kan selvsagt diskuteres og bygger på min vurdering, og er selvsagt preget av de roller jeg har hatt innenfor fagområdet. Samfunnsmedisineren vil gjennom sin spesialistkompetanse ha fått kunnskap om og utviklet ferdigheter på flere fagfelt som vil være viktige. Nedenfor følger noen betraktninger som belyser samfunnsmedisinerens rolle og funksjon. Det kan også vises til at lovgiver har angitt samfunnsmedisinsk kompetanse som et krav til kommunene (Folkehelseloven § 27).

En grunnleggende innretning med et gruppeperspektiv, og ikke et individfokus, er et sentralt element. Det foreligger god dokumentasjon på at tiltak som skal fremme folkehelse bør være innrettet bredt mot store grupper. Grunnleggende kjennskap

til metodekunnskap og kunnskapshåndtering, herunder epidemiologi og statistikk, er viktig for å forstå effekt av intervensjoner og tiltak. Imidlertid ser vi at individer og enkeltsaker ofte får fokus, dette ser vi tydelig i mediene, og det er heller ikke uvanlig i faglige diskusjoner i helsetjenesten. Det er ikke uvanlig at saker som gjelder helseøkonomi eller prioritering belyses med sykehistorien til enkeltpasienter. Samfunnsmedisineren vil ofte stå friere enn klinikerne når hun gir medisinsk faglige vurderinger, og vil ikke på samme måte være bundet til sin rolle som behandlingsansvarlig for enkeltpersoner.

At samfunnsmedisineren er lege tilfører en dimensjon til rollen som vanskelig kan ivaretas på tilsvarende måte av personer med annen yrkesbakgrunn. Helsetjenesten i Norge er, enten man liker det eller ikke, basert på en sterk biologisk og naturvitenskapelig tradisjon, og hvor legene innehar sentrale funksjoner. For å få til en god dialog med de medisinske profesjonene, og være en brobygger mot andre fagområder og politikk, har det vist seg at medisinsk bakgrunn sjelden er en ulempe. I samhandlingen innenfor og på tvers av virksomheter vil kombinasjonen av fag, profesjonskunnskap og systemforståelse være verdifull. Når folkehelsearbeid og helsefremmende tiltak på befolkningsnivå skal vurderes og prioriteres mot individrettede tiltak innenfor helsetjenesten, vil det være en fordel at en fagperson med medisinsk bakgrunn er involvert. Dette kan bidra til økt legitimitet og lettere innpass innenfor de tradisjonelle kliniske miljøene.

Det er flere eksempler på at «nye» tiltak har blitt møtt med skepsis av de etablerte medisinske profesjonene. Frisklivssentrene representerer et slikt eksempel, og det har vært slik at mange fastleger enten i liten grad forholder seg til tiltaket, eller uttrykker skepsis overfor det. Samtidig har vi erfaringer på at når slike tiltak innføres i dialog og samhandling med kommuneoverlegen (samfunnsmedisineren) oppnås både bedre aksept og samarbeid.

Samfunnsmedisinerens medisinske bakgrunn er også viktig for dialogen motsatt vei. Vi har opplevd en utvikling med et økende antall folkehelsekoordinatorer og andre aktører, med variert fagbakgrunn, og ikke nødvendigvis basert på tradisjonell helsepersonellutdanning. Jeg anser det som viktig at folkehelsearbeidet ikke løsrives fra den tradisjonelle helsetjenesten og utvikler seg parallelt til denne, men at det er et nært samarbeid og en gjensidig utvikling. Samfunnsmedisineren kan her ha en brobyggerfunksjon. Selv om dette fore-

løpig ikke er uttalt i Norge, har vi i andre land sett en økende grad av inndeling og skille mellom «public health» og «individual health care», kanskje særlig i samfunn hvor den individrettede helse-tjenesten er markedsstyrt og forsikringsfinansiert.

Legen som «autoritet» har fortsatt en viss gyldighet i samfunnet, men heldigvis ikke like uttalt som tidligere. Samtidig er dette en nyttig posisjon å spille på når helsefremmende tiltak skal formidles, enten det er til politikere og andre beslutningstakere eller i mediene. Egen erfaring tilsier at funksjon som kommuneoverlege eller fylkeslege åpner noen dører inn i offentligheten som ellers ikke er like tilgjengelige. En viktig del av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin inneholder formidling og rolleforståelse, og dette gjelder mer enn det rent tekniske om kommunikasjonsferdigheter.

Oppsummert ser jeg for meg at samfunnsmedisineren kan ha flere viktige funksjoner i det helsefremmende arbeidet, og da primært som en nøkkelperson på systemnivå, mer enn en praktisk utfører av tiltak. Det er ikke holdpunkter for at samfunnsmedisineren er bedre egnet til å drive treningsgrupper eller lede matlagingskurs, men om samfunnsmedisineren også har evner og interesser i denne retning er det selvsagt ikke noe i veien for et slikt engasjement. Som brobygger mellom fag, den tradisjonelle helsetjenesten, medisinske profesjoner og et bredt anlagt folkehelsearbeid kan samfunnsmedisineren spille en nøkkelrolle, enten dette skjer på kommunalt nivå eller i andre sammenheng.

En slik beskrivelse forutsetter at samfunnsmedisinen leverer det samfunnet har behov for, og at samfunnsmedisineren evner å tilpasse seg omgivelsene. For samfunnsmedisin som fag er det viktig at kompetansen oppleves som relevant og etterspørres. Jeg har en optimistisk holdning på fagets vegne og ser flere gode utviklingstrekk. Det er gjennomgående brukt «hun» om samfunnsmedisineren i dette bidraget, nettopp fordi vi har sett en tydelig økende tendens i rekruttering av kvinnelige leger i samfunnsmedisinen. Viktigere enn legens kjønn er likevel interesserte leger som vil benytte sine kunnskaper og sitt engasjement for en bedre folkehelse og utvikling av helsetjenestene.

REFERANSER

1. Nylenna, M. (Red.) (2016). Hva er samfunnsmedisin? Michael, 13, 79–176.
2. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) med virkning fra 1.1.2012. Hentet 21. mai, 2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>.

■ HENNING.MORLAND@GMAIL.COM

God helse skaper vi sammen

■ SUNNE KOMMUNER • WHO'S NORSKE NETTVERK

Å skape en samfunnsutvikling som fremmer helse og reduserer sosiale helseforskjeller har aldri vært viktigere. Hvordan kan legene spille en større rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet?

Etter folkehelseloven (2012) er kommunene pålagt et stort ansvar for befolkningens helse og trivsel. Mens kommunehelsetjenesteloven la oppgavene direkte til helse-tjenesten i kommunen, er nå ansvaret løftet til kommunen. Gjennom «helse i alt vi gjør» skal folkehelseperspektivet forankres i alle sektorer. Helse skapes først og fremst der vi lever livene våre, og derfor er sektorer som transport, oppvekst, kultur og stedsutvikling like viktige – ja, kanskje viktigere – når det kommer til folkehelse.

Kjernes spørsmålet for enhver kommune bør derfor være: Hvordan kan vi utvikle og ta vare på lokalsamfunn som fremmer helse og trivsel for innbyggerne våre?

Nettverk for kunnskapsdeling og innovasjon

Sunne kommuner er et nettverk som jobber med nettopp dette. Som WHO's norske Healthy Cities-nettverk har vi fokus på å skape lokalsamfunn som er gode, sunne og trygge å leve i, og som bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller. Våre medlemskommuner og -fylkeskommuner setter dette høyt i sitt virke og samfunnsplanlegging. Som nettverk tilbyr vi dem gode samarbeids- og utviklingsarenaer, slik at de kan være kunnskapsbaserte, nyskapende og innovative i sitt folkehelsearbeid.

Det store i det lille – og omvendt

For det er ingen tvil om at vi må bruke kunnskapen vi i dag har til å imøtekomme de samfunnsutfordringene vi står overfor. To av vår tids største utfordringer handler om urettferdige sosiale forskjeller og om



God helse skapes der vi lever livene våre. Hvordan kan legene i større grad bidra inn i det helsefremmende arbeidet?

klimaforandringer. God helse og trivsel er en viktig dimensjon i bærekraftig samfunnsutvikling, og samfunnets viktigste kapital. Det betaler seg å satse på forebygging og helsefremming, både samfunnsøkonomisk og for det enkelte mennesket. En femtiåring som ikke utvikler hjerte- og karsykdommer. En åttiåring som kan fortsette å bo hjemme. En ungdom som opplever mening og mestring, og ikke utvikler depresjon. Hvor mye er det verdt?

Vi mener det er verdt mye.

Å dra i samme retning

Men et vellykket folkehelsearbeid krever tverrfaglig fokus og godt samarbeid. I Healthy Cities snakker vi ofte om *samskaping* for å beskrive det som må skje dersom vi skal lykkes med våre helsefremmende lokalsamfunn.

Siden helse og trivsel angår alle politikkområder og -sektorer, må vi etablere samarbeid og rive ned barrierer mellom både sektorer og faggrupper. Store ting kan skje om vi drar i samme retning.

Vi er glade for å ha fått en folkehelselov som adresserer viktigheten av å utjevne sosiale helseforskjeller. Loven har også bidratt til et nødvendig skifte i fokus fra reparasjon til forebygging og helsefremming. Fem år etter folkehelseloven er det imidlertid grunn til å spørre: Er legene i tilstrekkelig grad involvert i dette arbeidet?

Utnyttet kunnskapsgruve?

Legenes kompetanse og kunnskap er ekstremt verdifull i folkehelsearbeidet. Kommuneoverleger er spesialister i samfunnsmedisin, og viktige brobyggere mellom



SUNNE KOMMUNER

- Nettverksorganisasjon for kommuner og fylkeskommuner som setter folkehelse høyt i sitt virke og samfunnsplanlegging
- WHOs norske Healthy Cities-nettverk
- Har i dag 31 medlemmer, hvorav 26 er kommuner og 5 fylkeskommuner
- Jobber lokalt, nasjonalt og internasjonalt for å skape lokalsamfunn det er godt, sunt og trygt å leve i.

WWW.SUNNEKOMMUNER.NO



SUNNE KOMMUNER
WHOs NORSKE NETTVERK

samfunnsperspektivet og det kurative. Også fastlegene sitter på en betydelig kunnskapsbank som i større grad burde vært en del av det helsefremmende arbeidet: Hver dag tar de pulsen på befolkningens helsetilstand. Hvordan kan denne kunnskapen utnyttes i folkehelsearbeidet? Benytter kommunene seg av legene som både kvantitative og kvalitative kunnskapsleverandør?

Utvidet reseptblokk

Her må kommunene både oppfordres og utfordres. Kanskje trengs det også noen

Sunne kommuner er en del av WHOs Healthy Cities-nettverk og jobber for å fremme innovasjon i folkehelsearbeidet. Dette er en bussholdeplass i Montreal.

FOTO: OLIVIER BLOUIN

strukturelle endringer for å legge til rette for kunnskapsdeling og oppmuntre til samhandling. Men også legene kan øke bevisstheten om folkehelse i sitt virke. Hvordan bruker fastleger «reseptblokk for natur, kultur, aktivitet og samfunnsdeltakelse» i samarbeid med pasienter og pårørende? Hvordan vurderes virkemidler knyttet til levekår som bolig, utdanning, arbeid og inntektssikring? Hva vet fastlegene om frivillige lag og organisasjoner som finnes i lokalsamfunnet, og i hvilken grad bidrar de til at pasienter blir deltakere i sosiale fellesskap i lokalsamfunnet der de hører til?

Legenes stemme er viktig

Vi har stor tro på at vi både lokalt og nasjonalt kan få til mer samarbeid på dette fel-

tet. En av de viktigste forutsetningene for å lykkes med forebyggende og helsefremmende arbeid, er å overbevise politikere om at det lønner seg å ta vare på velgerne sine. Legenes kunnskap og fagautoritet er helt essensiell i denne sammenheng, og kan påvirke folkehelsepolitikken, både lokalt og nasjonalt.

Et helsefremmende samfunn er et samfunn det er godt å bo i, som fremmer innenforskning og aktivitet, mestring og mening. Og – som bidrar til å forhindre uhelse, både somatisk og psykisk. Å skape en samfunnsutvikling som fremmer helse og reduserer helseforskjeller har aldri vært viktigere, og Sunne kommuner mobiliserer nå for å etablere en nasjonal folkehelseallianse i Norge, med mål om å påvirke folkehelsepolitikken.

■ DAGLIGLEDER@SUNNEKOMMUNER.NO

Slik fremmer vi psykisk helse, forebygger psykiske lidelser og får en mer fornuftig samfunnsøkonomi

■ ARNE HOLTE • Professor emeritus, Psykologisk institutt, UiO

Psykiske lidelser er landets dyreste sykdomsgruppe.

Universelle tiltak rettet mot hele befolkningen, spesielt barna, kan styrke befolkningens psykiske helse og redusere antall nye tilfeller av psykiske lidelser i fremtiden. Behandling og forebyggende tiltak rettet bare mot høyrisikogrupper, gjør ikke det.

Ingen sykdomsgruppe reduserer pasientenes livskvalitet mer enn psykiske lidelser (Ormel m.fl. 2008). Ingen sykdomsgruppe påfører landet større helsetap eller koster landet mer i uførhetstrygding. Få andre sykdommer leder til større tap av friske leveår (Folkehelseinstituttet, 2016).

Ingen sykdomsgruppe er heller dyrere for landet i kroner og øre. I alt koster psykiske lidelser Norge 185 milliarder kroner i året. Det er en tredel mer enn kostnadene for alle kreftsykdommene (128 mrd.) og en tredel mer enn kostnaden for alle hjerte-kar-lidelsene (126 mrd.). Bare 13 prosent av dette er helsetjenestekostnader. Resten er indirekte kostnader som tapt arbeidsfortjeneste og trygdekostnader (Helsedirektoratet, 2015).

Mange tror at de alvorligste lidelsene som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlige utviklingsforstyrrelser er det som koster landet mest. Det er feil. Det er de vanligste lidelsene, depresjon og angstlidelser, som belaster landet mest. Halvparten av sykdomsbyrden fra psykiske lidelser skyldes depresjon og angstlidelser (Folkehelseinstituttet, 2016; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). Hvordan kan det bli så dyrt?

● **TIDLIG DEBUTALDER** ► Rundt halvparten av vanlige psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser og de fleste utviklingsforstyrrelser debutterer i barne- og ungdomsalderen (Kessler m.fl., 2005). Tidlig debut er forbundet med langvarige førsteepisoder og høye tilbakefallsrater (Fergusson, Boden & Horwood, 2007).

● **HØY UTBREDELSE.** ► Som somatisk sykdom, er psykisk sykdom vanlig. Rundt halvparten av oss vil få en diagnostiserbar psykisk lidelse eller et rusproblem minst én gang i løpet av livet, rundt hver tredje av oss i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2014).

● **STERKT NEGATIV EFFEKT PÅ UTDANNING OG YRKESKARRIERE** ► Psykiske lidelser er en betydelig risikofaktor for frafall i videregående skole (NIFU, 2012) og påvirker sterkt senere utdanning og yrkeskarriere (Evensen m.fl., 2016). Frafall fra videregående øker sannsynligheten med 20 prosent for å ende opp som ung og ufør (de Ridder m.fl., 2012).

● **TAPT ARBEID OG UFØRHET** ► For hver person i Norge som blir uføretrygdet på grunn av en psykisk lidelse, taper Norge i gjennomsnitt 21 aktive arbeidsår. Det er nesten like mye som tapet av arbeidsår fra alle kreftsykdommer og hjerte-kar-lidelser til sammen (Knudsen m.fl., 2010).

● **INTERAKSJON MED SOMATISK SYKDOM** ► Psykiske vansker disponerer for og påvirker forløp og dødelighet av somatisk sykdom (Mykletun m.fl., 2009; Wahlbeck m.fl., 2011). Uførehetstrygding for somatisk lidelse kan predikeres ut fra grad av psykiske vansker (Mykletun m.fl., 2006; Mykletun & Øverland, 2006).

● **BEGRENSET EFFEKT AV BEHANDLING** ► Den spesifikke langtidseffekten av behandling av psykiske lidelser er relativt beskjeden. Det gjelder både psykologisk

og farmakologisk behandling (Cuijpers m.fl., 2014; Cipriani m.fl., 2009; Holte, 2015).

● **HØY TILBAKEFALLSRATE** ► Har man hatt én episode med depresjon, er sjansen 50 prosent for å få én til. Har man hatt to episoder, er sjansen 75 prosent. Har man hatt tre episoder, er sjansen 85–90 prosent. Særlig nedslående er tilbakefallsraten for barn og unge (Brent m.fl., 2015; Judd m.fl., 1998; Fergusson, Boden & Horwood, 2007).

Behandling

Behandling er tiltak vi setter inn etter at folk er blitt syke (Mrazek & Haggerty, 1994). Gode kurative helsetjenester er bra for oss da. Men i rike land med godt utbygde helsetjenester bidrar ytterligere utbygging av behandlingsapparatet lite til å styrke folkehelsen eller redusere sykdomsbyrden (Marks m.fl., 2000). Hadde vi vært i stand til å tilby evidensbasert behandling til alle som har en psykisk lidelse – som vel er urealistisk – ville vi ikke kunne redusere samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser med mer enn en tredjedel (Andrews m.fl., 2004).

Forebygging

Den eneste måten å få bukt med samfunnsutfordringene fra psykiske lidelser, er gjennom bredt anlagt, systematisk gjennomført forebygging. Til tross for at psykiske lidelser er landets største helseutfordring, har vi aldri forsøkt dette. Det er ikke unikt for Norge. Få land har satset systematisk på å forebygge psykiske lidelser. Et unntak er Nederland, som har iverksatt brede tiltak for å forebygge depresjon. EUs Joint Action on Mental Health and Wellbeing anbefaler en rekke tiltak innen «Mental health in all

policies», «Mental health and work place», «Prevention of depression and suicide», «Mental health in schools» og «Mental health in the community» (European Union, 2016). Men gjennomføring er opp til det enkelte land.

I somatikken derimot, har vi lyktes stort. Levealderen har vært jevnt stigende. De store infeksjonssykdommene er utryddet. Spedbarnsdødeligheten, hjerte-kar-dødeligheten, hjerneslag-dødeligheten har gått kraftig ned. Dødeligheten fra flere kreftsykdommer kryper nedover. Tobakksrøykingen har nådd et bunn-nivå. Alkoholkonsumet blant unge går ned. På 1970-tallet døde rundt 450 i veitrafikken. I 2015 var tallet 125 til tross for kraftig økt veitrafikk. Mer enn 4 ganger så mange dør årlig av selvmord (Helsedirektoratet, 2010; www.fhi.no/selv mord). De positive resultatene i somatikken ble primært oppnådd med helsefremmende strategier rettet mot kosthold, fysisk aktivitet, tobakks- og alkoholkonsum, samt sikring av miljøet. Tiltakene var i stor grad rettet mot hele befolkningen, ikke bare de med høy risiko.

Begreper

Forebyggende tiltak er intervensjoner og initiativ som vi setter inn før folk blir «syke», og som reduserer raten av nye tilfeller av sykdom, enten ved at de tilfredsstiller diagnosekriterier eller ved at symptombelastning eller sosial funksjonssvikt («impairment») overskrider en definert terskelverdi (Mrazek & Haggerty, 1994). Det er to hovedtilnærminger til forebygging:

- **Helsefremmende tilnærminger** styrker robusthet («resilience»), trivsel og velvære og/eller positiv psykisk helse i betydningen evne til å regulere følelser, tenke fornuftig, koordinere sin adferd med andre og mestre sosiale utfordringer snarere enn å redusere symptomer og sykdom.
- **Sykdomsforebyggende tilnærminger** reduserer raten av nye tilfeller («insidens») av sykdom snarere enn å styrke psykisk helse og trivsel.

Helsefremmende tilnærminger kan ha sykdomsforebyggende effekter. F. eks. kan fostring av inkluderende sosiale nettverk antakelig redusere insidensen av psykisk sykdom. Effekten av helsefremmende tilnærminger på forebygging av sykdom kan også være ukjent. Utbygging av høykvalitetsbarnehager i Norge har positiv effekt på barns emosjonelle, kognitive og sosiale evner, men vi vet ikke om det forebygger depresjon i tjuefemårsalderen (Zachrisson

& Dearing, 2013). Derfor trenger vi også spesifikke sykdomsforebyggende tiltak som for eksempel kurs i psykososial belastningsmestring (Sælid m.fl., 2016a,b) og depresjonsmestring (Cuijpers m.fl., 2008).

Det er vanlig å skille mellom tre typer psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (Mrazek & Haggerty, 1994):

- **Indiserte tiltak** er rettet inn mot enkeltindivider som er i ferd med å utvikle en psykisk lidelse, men som ennå ikke har gjort det fullt ut, f.eks. å fange opp barn tidlig i barnehage og skole.
- **Selektive tiltak** retter seg inn mot grupper med forhøyet risiko, f.eks. barn av alvorlig psykisk syke foreldre, ungdom som vokser opp i asylmottak, voldsutsatte eller kvinner som kommer som flyktninger fra Syria.
- **Universelle tiltak** retter seg mot hele befolkningen eller deler av den, f.eks. alle barnehagebarn, alle ungdomsskoleelever, alle arbeidstakere, eller rett og slett alle, uavhengig av risiko.

Universelle tiltak forbindes gjerne med folkehelsestrategier. Indiserte og selektive tiltak betegnes gjerne som målgrupperettede («targeted») tiltak og forbindes med høyrisikogruppestrategier. Grensen mellom indiserte tiltak og tidlig intervensjon er ikke gitt og er nok av mer teoretisk (forskning) og byråkratisk interesse (betalingssatser) enn klinisk interesse, ettersom metodene som benyttes tidvis er beslektede.

Kommuneoverleger, kommunepsykologer, helsebyråkrater og andre med ansvar for forebyggende tiltak må kunne differensiere mellom når man skal satse på helsefremmende tiltak fremfor sykdomsforebyggende, og når man skal sette i verk universelle fremfor målgrupperettede.

Teori

Den britiske folkehelseepioneren Geoffrey Rose (1926–1993) sine resonnementer kan her være til hjelp her. Roses (1992) forebyggingsparadigme lyder slik:

«Hvis sykdomsrisikoen er utbredt, er virkemidler som reduserer risiko for hele befolkningen, mer effektive i å redusere sykdomsbyrde enn det høyrisikotilnærminger er, der virkemidlene er siktet inn mot bare de individene som har en betydelig forhøyet risiko for å få sykdommen».

Kort sagt, når noe er svært utbredt som angst og depresjon, bør vi prioritere universelle tiltak (Det betyr selvfølgelig ikke at vi ikke også kan tilby målgrupperettede tiltak).

Rose forklarer dette slik: «Jo mer sykdomsratene øker fortløpende med økende grad av å bli utsatt for risikofaktoren, desto mer vil de med bare litt hevet risiko bidra med sykdomstilfeller til den samlede sykdomsbyrde, sammenlignet med det mindre antallet individer som er utsatt for høy risiko vil gjøre». Kort sagt: Når noe er svært utbredt, bidrar de med lav og middels risiko med flere sykdomstilfeller enn de med høy risiko.

Dette fører til «forebyggingsparadokset» som Rose formulerte slik: «En liten endring av risikofordelingen i befolkningen som helhet kan gi større fordeler for befolkningen som helhet, men kan gi lite til de mange enkeltmenneskene i midten av fordelingen, og kan derfor komme til å virke mindre attraktivt for dem». Kort sagt: Det som er mest effektivt for hele befolkningen, gir relativt lite til hver enkelt av oss. For kommuneoverleger og kommunepsykologer er dette kanskje ikke noe problem. Men som politiker skal man være sterk om en vil bruke store ressurser på tiltak som gir relativt lite til hver enkelt velger.

Empiri

Hvordan vet vi at det er de universelle tiltakene som er mest lønnsomme? Innen somatisk helse finnes det solid støtte for dette. For eksempel konkluderte Mackenbach og medarbeidere etter gjennomgang av alle vellykkede forebyggende tiltak i Nederland over 40 år fra 1970–2010, at tre fjerdeler av effektene kunne tilskrives universelle forebyggende tiltak sammenlignet med tiltak rettet mot høyrisikogrupper (Mackenbach m.fl., 2012). Mackenbach og medarbeideres studie omfattet fysisk helse. Vi har ikke tilsvarende data for psykisk helse. Inntil vi eventuelt får data fra psykisk helse som motsier resultatene fra somatikken, må utgangshypotesen være at de samme mekanismene gjelder for psykisk som for fysisk helse.

Enkelte studier finnes likevel på psykisk helse. For eksempel fant Brugha og medarbeidere støtte for Roses hypotese (Brugha m.fl., 2011) innen psykisk helse. I et bredt anlagt prospektivt forsøk i Trent i Storbritannia kunne de vise at universelle tiltak mot depresjon blant 2300 nybakte mødre sparte rundt 50 prosent flere depresjoner blant dem som i utgangspunktet hadde lav risiko sammenlignet med dem med høy risiko.

Effektstudier av universelle tiltak på psykiske helse finnes også fra andre arenaer. For eksempel fant Zachrisson og Dearing (2013) i en stor prospektiv longitudi-



Det er de vanligste lidelsene, depresjon og angstlidelser, som belaster helsebudsjettet mest. Halvparten av sykdomsbyrden for psykiske lidelser skyldes depresjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

nell studie at høykvalitetsbarnehager beskytter barn fra lavinntektsfamilier mot angst og depresjon når familiens økonomi trues. Slik har høykvalitetsbarnehager ikke bare en forebyggende effekt, de virker også sosialt utjevne på psykisk helse. Fra skolen viser en stor oppsummering fra EUs DataPrev-prosjekt at universelle skolebaserte tiltak både kan styrke barnas positive psykisk helse og trivsel og forebygge angst, depresjon, adferdsproblemer og mobbing (Weare & Nind, 2011; Ttofi & Farrington, 2011). Tiltak på arbeidsplassen viser også lovende resultater. En meta-analyse viser positive effekter av universelle forebyggende tiltak mot depresjon. Mest effektive er de kognitiv-adferdsteoretiske tilnærminger (Tan m.fl., 2015). Også effekten av fysisk aktivitet er positiv, særlig på forebygging av depresjon (Schuch m.fl., 2016). Endelig har vi epidemiologiske indikasjoner på at middelhavskosthold kan beskytte mot depresjon, men her mangler enda stort anlagte, randomiserte, prospektive forsøk (Opie m.fl., 2015).

Felles for disse universelle tiltakene er at effektstørrelsene (hvor mye vi klarer å flytte den aktuelle befolkningen) er små, anslagsvis gjennomsnitt for angst og depresjon på tvers av arenaer, 0,2–0,3 standardavvik. Det er vesentlig mindre enn det man vanligvis oppnår i høyrisikogrupper (se f.eks. Weare & Nind, 2011). Årsaken er at

det initiale symptomnivået er lavere i allmenbefolkningen enn i høyrisikogrupper (Offord, m.fl., 1998). Sett fra et befolkningsperspektiv, er en liten effekt i hele befolkningen gjerne langt mer lønnsom enn en større effekt oppnådd i en relativt liten høyrisikogruppe der vi gjerne bare når noen få. For den enkelte i høyrisikogruppen som får tiltaket, vil det nok oppleves annerledes. Her ligger kommuneoverlegens, kommunepsykologens og kommunepolitikerens prioriteringsdilemma, gitt begrensede ressurser.

Strategi

Hva kan kommuneoverleger, kommunepsykologer og kommunepolitikere gjøre om de vil styrke befolkningens psykiske helse og forebygge vanlige psykiske lidelser? Basert på det vi vet, vil jeg anbefale følgende:

- **Prioriter befolkningsrettede tiltak!** Lytt til Geoffrey Rose, Johan Mackenbach og Terry Brugha; prioriter tiltak rettet mot dem med lav og middels risiko fremfor bare de få med høy risiko.
- **Sats på psykisk helsefremmende tiltak!** Lær av suksessen fra fysisk helse. Bygg kommunens mentale kapital; befolkningens trivsel, deres evne til å regulere følelser, tenke fornuftig, koordinere sin adferd med andre og møte sosiale ut-

fordringer (Jenkins m.fl., 2008; Holte, 2016).

- **Velg tiltak utenfor helsetjenestene!** Behandlingsapparatet produserer ikke helse. De reparerer den. Helse produseres der folk lever livene sine, i livmoren, i familien, i barnehagen, på skolen, på arbeidsplassen, i kultur og idrett. Det er der vi må sette inn innsatsen (Marmot m.fl., 2010).
- **Invest i sped- og småbarn og deres familier!** Jo tidligere i livet vi investerer i psykisk helse, desto mer får vi igjen for pengene (Heckman, 2006). Livmoren, helsestasjonen, småbarnsfamilien og barnehagen er de viktigste «arenaene».
- **Prioriter det vi kan gjøre noe med!** I klinikken prioriterer vi gjerne det alvorligste og akutte foran det vanlige og langsiktige. Vi kan forebygge unødige negative konsekvenser av å leve med psykoser og alvorlige utviklings- og personlighetsforstyrrelser, men vi kan ikke hindre at de oppstår. Depresjon, angst og alkoholmisbruk, som skaper mest lidelse og er dyrest for kommunene, kan vi faktisk hindre at oppstår (Cuijpers m.fl., 2008; Skog 2001).
- **Sats på å endre kommunens nivå av psykisk helse!** Lær av alkoholforskningen. Den mest effektive måten å redusere antallet alkoholskader i kommunen er å redusere befolkningens nivå av alko-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLORBOX

holinntak. Tilsvarende kan den meste effektive måten å redusere antallet psykiske lidelser være å redusere kommunens nivå av angst og depresjon. Vi mangler slike data fra psykisk helse. Utgangshypotesen må være at tilsvarende mekanisme gjelder for angst og depresjon som for alkoholmisbruk, inntil vi eventuelt får data som viser noe annet (Skog, 2001).

- **Prioriter tiltak ut fra kostnadseffektivitet!** Opptrappingsplanen for psykisk helse (OTP) (1999–2008) til 30 milliarder 1998-kroner ble gjennomført uten noen analyse før, under eller etter, av hvilke tiltak som var mest kostnadseffektive. Selv i verdens rikeste land må vi bry oss om det koster 1 krone å spare 100 kroner eller om de koster 100 kroner å spare 1 krone (NFR 2008/2015).
- **Krev at alle større offentlige investeringer i psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak skal ha et design og et budsjett til uavhengig vitenskapelig vurdering av om det lar seg gjennomføre, virker, lønner seg og om folk vil ha det.** Implementering, effekt, kostnadseffektivitet og brukertilfredshet er fire relativt uavhengige suksessfaktorer

ved forebygging. Vi kan ikke fortsette slik vi gjorde under OTP (se over) der vi «glemte» å undersøke om behandlingen ble bedre og om folk ble bedre (NFR, 2008/2015).

Alle helseministre blir til slutt sykehusministre, bare de sitter lenge nok

Skal vi få tatt ut de enorme ressursene som ligger i befolkningens psykiske helse og forebygge psykiske lidelser så det monner, kreves helt andre prioriteringer, arenaer og metoder enn det helsesektoren rår over. Full innsats får vi først når vi får en egen folkehelseminister som forstår hvilken ressurs god psykisk helse er for landet og hvilken enorm belastning psykiske lidelser representerer.

De sju psykiske helserettighetene

Hva skal en kommuneoverlege, kommunepsykolog, kommunepolitiker og en folkehelseminister legge vekt på for å finne ut om en familie, barnehage, skole, arbeidsplass eller kultur- eller idrettsorganisasjon er en psykisk helsefremmende arena? Skulle jeg syntetisere det vi i dag vet om

psykisk helsefremmende faktorer, ligger svaret i det jeg har kalt de sju psykiske helserettighetene (Holte, 2016). En arena er psykisk helsefremmende hvis den gir individet en følelse av:

- ❶ **Identitet og selvrespekt:** følelse av at man er noe, at man er noe verdt.
- ❷ **Mening i livet:** følelse av å være del av noe større enn en selv, at det er noen som trenger en.
- ❸ **Mestring:** følelse av at man duger til noe, at det er noe man får til.
- ❹ **Tilhørighet:** følelse av å høre til hos noen, høre hjemme et sted.
- ❺ **Trygghet:** kunne føle, tenke og utfolde seg uten å være redd.
- ❻ **Deltakelse:** følelse av at det spiller noen rolle for andre hva man gjør eller ikke gjør.
- ❼ **Fellesskap:** at man har noen å dele tanker og følelser med, noen som kjenner en, bryr seg om en og vil passe på en når det trengs.

Institusjoner som leverer på disse sju verdiene, er psykisk helsefremmende. Institusjoner som ikke gjør det, er ikke psykisk helsefremmende. Så enkelt er det. Så vanskelig er det.

LITTERATUR

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526–533.
- Brent, D.A., Brunwasser, S.M., Hollon, S.D., Weersing, V.R., Clarke, G.N., Dickerson, J.F., Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G., Porta, G., Lynch, F.L., Iyengar, S., Garber, J. (2015). Effect of a Cognitive-Behavioral Prevention Program on Depression 6 Years After Implementation Among At-Risk Adolescents – A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 1110–8.
- Brugh, T.S., Morrell, C.J., Slade, P., & Walters, S.J. (2011). Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological Medicine*, 41, 739–748.
- Cipriani, A., Furukawa, T.A., Salanti, G., Geddes, J.R., Higgins, J.P., Churchill, R., ... & Tansella, M. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 373, 746–758.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S.D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the Onset of Depressive Disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272–1280.
- De Ridder, K.A., Pape, K., Johnsen, R., Westin, S., Holmen, T.L., & Bjørngaard, J.H. (2012). School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 995–1000.
- European Union (2016). Joint Action on Mental Health and Wellbeing Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health and Schools, published January 2016.
- Evensen, M., Lyngstad, T.H., Melkevik, O., & Mykletun, A. (2016). The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons. *European Sociological Review*. doi: 10.1093/esr/jcw001.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 191, 335–42.
- Folkehelseinstituttet (2014). Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2014:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2016). Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013 Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). Rapport 2016:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Heckman, J.J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312, 1900–1902.
- Helsedirektoratet (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holte, A. (2015). NRK feilinformerer om behandling hos psykolog. *Psykologisk.no*, 3. nov.
- Holte, A. (2016). <https://www.youtube.com/watch?v=gO9sBCqRgps>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy.
- Jenkins, R. mfl. (2008). Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental health: Future challenges. London: The Government Office for Science.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., ... & Rice, J.A. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55, 694–700.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 593–602.
- Knudsen, A.K., Øverland, S., Aakvaag, H.F., Harvey, S.B., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of psychosomatic research*, 69, 59–67.
- Mackenbach, J.P., Lingsma, H.F., van Ravesteijn, N.T., & Kamphuis, C.B.M. (2012). The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970–2010. *The European Journal of Public Health*, 23, 909–915.
- Marks, D.F., Murray, M.P., Evans, B., Estacio, E.V. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J., Broadfoot, C.B.P., Cumberlege, J., Diamond, I., Gilmore, I., Meacher, C.H.M., & Mulgan, G. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*. London: Strategic review of health inequalities in England post-2010.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (red.). (1994). *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser En analyse basert på FD-trygd. Rapport 2009:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mykletun, A. & Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for den norske legeforening*, Nr. 11, 2006; 126: 1491–2.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., Mathiesen, K.S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet. Rapport 2009: 8.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M. & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality. *British Journal of Psychiatry*, 195, 118–125.
- Mykletun, A., Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126, 1491–2.
- Mykletun, A., Øverland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aaro, L.E., Prince, M. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1412–8.
- NIFU (2012). Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010–2011. NIFU-rapport 6–2012.
- NFR (2008/2015). http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptrappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836
- Offord, D.R., Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Jensen, P.S., & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 686–694.
- Opie, R.S., O'Neil, A., Itsiopoulos, C., & Jacka, F.N. (2015). The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. *Public health nutrition*, 18, 2074–2093.
- Ormel, J., et al., Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*, 2008. 192(5): p. 368–75.
- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine* (Oxford Medical Publications). Oxford: Oxford University Press.
- Skog, O.J. (2001). Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96, 35–47.
- Sælid GA, Czajkowski N, Holte A, Tambs K, Aarø LE. (2016a) Coping With Strain (CWS) course – its effects on depressive symptoms: A four year longitudinal randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. I trykk. DOI: 10.1111/sjop.122.
- Sælid GA, Czajkowski N, Holte A, Tambs K, Aarø LE. (2016b) Positive mental health effects of the Coping With Strain (CWS) course on employees: A four-year longitudinal randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. I trykk.
- Schuch et al. (2016). Neurobiological effects of exercise on major depressive disorder: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 61, 1–11
- Wahlbeck, K., et al. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*, 199, 453–8.
- Tan, L., Wang, M.J., Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., & Harvey, S.B. (2014). Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC medicine*, 12, 74.
- Ttofi, M.M. & Farrington, D.P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. *J Exp Criminol* 7, 27–56.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health promotion international*, 26 (suppl 1), i29–i69.
- www.fhi.no/selvmoord.
- Zachrisson, H.D. & Dearing, E. (2015). Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child Development*, 86, 425–440.

■ ARNE.HOLTE@FHI.NO

Det er der folk lever at kunnskapsbasert folkehelsearbeid

■ MONICA LILLEFJELL | BENGT LINDSTRÖM | GEIR ARILD ESPNES

NTNU Senter for helsefremmende forskning, Fakultet for medisin og helsevitenskap

Det stilles krav om å ta i bruk beste tilgjengelig kunnskap som grunnlag for beslutninger og tiltak i offentlig sektor. Dette gjelder også i folkehelsearbeidet – hvor samfunnsutviklingen generelt, utviklingen i helsetilstand og sosiale ulikheter i helse medfører behov for kunnskapsbasert og sektorovergripende innsats.

Folkehelsearbeid defineres gjerne som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.

Sykdomspanoramaet har tidligere vært preget av alvorlige sykdommer med høy dødelighet, hvor epidemiologisk forskning har bidratt til livsviktig kunnskap om risikofaktorer og årsaker, og hvor medisinsk basalforskning har lagt grunnlag for å forstå sykdomsmekanismene. Dette har vært, og er fortsatt svært viktig kunnskap, men endringene i sykdomspanoramaet har i tillegg til arbeidet basert på denne kunnskapen, aktualisert et langt større fokus på helsefremmende faktorer. Dagens sykdomsbilde er i stor grad knyttet til levevaner og livsstil, og kroniske sykdommer som alle har sammenheng med de sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene i samfunnet. Sammenhengene er komplekse, men i hovedsak er det sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt (The Marmot Review).

Bærekraftig folkehelsepolitikk

Med økte utgifter til helsetjenester, store demografiske endringer med et økende antall eldre, samt flere som lever med kroniske sykdommer er det nødvendig å etablere en bærekraftig folkehelsepolitikk. Helsesektoren forbruker for mye av samfunnets totale ressurser, og vil i årene som kommer kunne true velferdsstatens bærekraft. Dagens og morgendagens utfordringer må derfor løses på nye måter. Verdens helseorganisasjon (WHO) har i 40 år jobbet for at

primærhelsetjenesten skal være hovedarena for møtet mellom helsetjenesten og befolkningen.

Helsefremmende og forebyggende arbeid er en grunnleggende investering for gode liv og et bærekraftig lokalsamfunn hvor det legges til rette for en samfunnsutvikling som sikrer at grunnleggende behov dekkes over tid, herunder et miljø som er trygt og sunt for mennesker. I en verden med store folkemasser i bevegelse, kan helseutvikling i et lokalsamfunn imidlertid ikke betraktes uten at den ses i lys av utviklinga i verden for øvrig. Verden er i stadig raskere endring hvor økt globalisering fører til at mennesker, samfunn og helsemessige utfordringer knyttes tettere sammen. Helse må derfor forstås som noe mer enn et endimensjonalt og lokalt tema. Forutsetningene for å oppnå god helse er ulike, og avhenger av sosiale forhold, levkår og helseatferd. En utjevning av sosiale ulikheter vil bidra til bedre folkehelse i alle samfunn.

FNs bærekraftsmål (SDGs) – som i 2016 også ble antatt som mål for WHO's helsearbeid – reflekterer tre dimensjoner som er sentrale for bærekraftig utvikling: klima og miljø, økonomi og sosiale forhold. Sammen med beskrivelsen av disse målene er det nedfelt en arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og bremse klimaendringene slik at vi både ivaretar behovene til menneskene som lever i dag og tar vare på framtidige generasjoners muligheter til å dekke sine behov. En viktig forutsetning for å oppnå bærekraftig utvikling er at alle skal kunne leve friske og sunne liv. Bærekraftsmål nr. 3 slår fast at vi skal sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. Det er også vik-

tig å merke seg at internasjonalt er retten til grunnleggende helse forankret i Barnekonvensjonens artikkel 24 og i artikkel 25 i FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter.

Ottawa-charteret – et paradigmeskifte

Verdens helseorganisasjon (WHO) har bidratt til å utvikle kunnskapsgrunnlaget for forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse og beskrevet hvilke strategier som mål til for å realisere dette. På mange måter kan man si at Ottawa-charteret fra 1986 la grunnlaget for et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet med et bredt samfunnsperspektiv på utvikling og fordeling av helse, og hvor primærhelsetjenesten er en viktig arena. I Ottawa-charteret understrekes det hvor nødvendig det er å etablere en mer helsevennlig tverrsektoriell politikk for å få realisert de intensjonene som er formulert i strategier,



helse skapes

– hvor står vi, hvor går vi?



ILLUSTRASJONSPOTO: COLUIMBOX

reformer, lover og regelverk. Helsehensyn skal integreres i alle politikkområder og på de fleste samfunnsarenaer, dvs. en sunn samfunnspolitikk (Healthy Public Policy). En helsefremmende politikk er derfor noe mer enn helsepolitikk. Siden faktorene som påvirker folks helse finnes i alle samfunnssektorer, må folkehelsearbeidet favne langt bredere enn helsesektoren.

Helsefremming ble etablert med Ottawa-charteret og defineres av WHO som *den prosess som setter folk bedre i stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse*. Denne tilnærmingen har mye til felles med en salutogen orientering som har sitt opphav i Antonovskys teori om salutogenese (Antonovsky, 1987). Salutogenesen har sitt utgangspunktet i hva som skaper god helse (salus = helse, genese = opprinnelse). Med en salutogen tilnærming fokuseres det på å identifisere fremmende faktorer og ta i bruk ressurser både hos individ,

grupper og i lokalsamfunnet, og på å kunne utvikle og delta i aktiviteter som gjør det mulig å leve et godt liv.

I Ottawa-charteret beskrives lokalsamfunnet som innsatsområde, og den viktigste arenaen for kollektive tiltak når vi skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid. Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling gjennom prioritering, planlegging og gjennomføring av tiltak, er sentralt i helsefremmende arbeid. Retten til slik medvirkning er i Norge nedfelt i bl.a. grunnloven og plan- og bygningsloven – og er en grunnleggende forutsetning i lokaldemokratiet vårt. Som forvaltningsaktør har man ansvar for å legge til rette for ulike medvirkningsarenaer, samt benytte ulike medvirkningsmetoder i arbeidet med å få fram ulike syn og interesser i samfunnsplanleggingen. De fleste utfordringene knyttet til befolkningens helse krever sektorovergripende til-

tak. Helsehensyn må integreres i alle politikkområder og på de fleste samfunnsarenaer. Tiltak rettet mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og sosiale forskjeller i helse krever med andre ord involvering fra alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer – politisk, administrativt og faglig.

Bred involvering

Sentralt rammeverk for folkehelsearbeidet i vårt land er Lov om folkehelsearbeid, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og omsorgsplan og Plan- og bygningsloven samt regionale og lokale føringer. Dette rammeverket støtter behovet for og setter krav til sektorovergripende og tverrfaglige strategier i folkehelsearbeidet. I plan- og bygningsloven settes det for eksempel fokus på samfunns- og arealplanleggingen

som en viktig helsefremmende ressurs, hvor bygninger eller byggeprosesser kan påvirke omgivelsenes egnethet til å gi gode oppvekstvilkår og et godt bomiljø. Dette understøttes av forskning som viser at nærhet til miljø som gir utfordringer når det gjelder bevegelse og fysisk aktivitet, henger nøye sammen med den aktiviteten som utøves.

Behovet for sektorovergripende og tverrfaglige strategier forsterkes ytterligere gjennom krav om å ta i bruk beste tilgjengelig kunnskap som grunnlag for beslutninger og tiltak. Forskning viser at beste tilgjengelige kunnskap i folkehelsearbeidet hviler på en bred sammenstilling av kunnskap fra teori, evidens fra forskning og erfaringsbasert kunnskap fra offentlige, private, frivillige aktører og innbyggere i et lokalsamfunn. Med andre ord: kunnskaps-tilfang fra og involvering av alle aktørene i folkehelsearbeidet.

Å innhente og ta i bruk beste tilgjengelig kunnskap, etablere en felles forståelse for utfordringsbildet i kommunen samt å sikre bred involvering er avgjørende for iverksetting og forankring av målrettede tiltak (Lillefjell & medarbeidere, 2017). Ideelt bør det foreligge estimeringer av eller konkret kunnskap om hvilken effekt aktuelle tiltak kan forventes å ha – helsemessig, økonomisk og fordelingsmessig, før de iverksettes. Utfordringen for kommunene handler både om å innhente beste tilgjengelige kunnskap og å omsette kunnskapen til hensiktsmessig praksis, for deretter å ta kunnskapen fra denne nye praksisen over i utviklings- og forbedringsarbeid. Utfordringer og ressurser som identifiseres på lokalnivået danner grunnlag for planlegging og tiltak på alle samfunnsområder. Innsatsen og tiltakene må videre evalueres for å kunne utvikle og forbedre praksis i folkehelsearbeidet.

Fra kunnskap til praksis

Forskning viser at en salutogen tilnærming er en effektiv måte å tilnærme seg helse på, både ut i fra et individ- og et samfunnsperspektiv. Ser vi for eksempel nærmere på nærmiljøfaktorer, så har forskning knyttet flere av disse til positive helseutfall:

Vi vet at tilrettelagt transport, god kapasitet og akseptable adgangskostnader gir god tilgjengelighet til bygninger, tjenestetilbud og områder for kulturopplevelser, sosialt samvær, lek og rekreasjon. Forskning viser at utformingen av bygg, bomiljøer og offentlige rom bidrar til å fremme gode møteplasser og legge til rette for samvær, ulike aktiviteter og bevegelse. Forskning tydeliggjør viktigheten av å ta hen-

syn til at ulike grupper i befolkningen kan ha svært ulike behov knyttet til bo- og nærmiljøet.

NTNU Senter for helsefremmende forskning har gjennom innovasjonsprosjektet *Fra kunnskap til handling og fra handling til kunnskap – folkehelseovens styringssirkel i den kommunale hverdagen*, utviklet Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid med en veileder. Den overordnede ideen for dette prosjektet har vært å utvikle og forbedre arbeidsmåtene i folkehelsearbeidet i kommunene. Gjennom prosjektet er det utviklet nye former for kunnskapsdeling og samhandling på folkehelsefeltet regionalt og lokalt, samt at det er utviklet nye metoder for omsetting av kunnskap til praksis i kommunal sektor. Prosjektet har vært et samarbeid mellom kommunene Steinkjer, Vikna og Malvik, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Fylkesmannen i Nord- og Sør-Trøndelag, KS Nord-Trøndelag, HUNT forsknings-senter NTNU og NTNU Senter for helsefremmende forskning.

Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid er en arbeidsmetodikk som skal bidra til å operasjonalisere kravet i lovverket til et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunen. Modellen beskriver sju steg for hvordan kommunen kan innhente og omsette beste tilgjengelige kunnskap til målrettede tiltak gjennom felles forståelse, medvirkning og forankring. Modellen og metoden er forskningsbasert og bygger på prosessevaluering av tre folkehelse tiltak rettet mot utvikling av et helsefremmende nærmiljø gjennom lokal medvirkning og eierskap.

Dette prosjektet er et av flere prosjekter innen folkehelse ved NTNU Senter for helsefremmende forskning. Fellesnevneren for folkehelseprosjektene er fokuset på ressurser og på faktorer og forhold som fremmer helse, samt vektlegging av tverrsektoriell samhandling. Brobygging mellom forskning, forvaltning, praksis og befolkning er en av suksessfaktorene for å få implementert kunnskapsbaserte folkehelse tiltak.

Vi vet allerede at de framtidige helseutfordringene i stor grad vil være samfunns-kapte. For å møte dem på best mulig og mest effektivt måte må vi ha oppmerksomhet mot å løse dem så nært som mulig der folk lever og bor – i lokalsamfunnene. Med fokus på politikk og praksis som gir enkelt-mennesket, grupper og lokalsamfunn større mulighet for ansvar, deltagelse, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv, arbeider NTNU Senter for helsefremmende forskning med folkehelse spørsmål i tråd med retningslinjer i Ottawa-charteret,



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABOR

både i regionale, nasjonale og internasjonale prosjekter. Skal vi løse morgendagens utfordringer på helseområdet må vi anvende et bredt kunnskapstilfang, sørge for eierskap gjennom reell medvirkning og deltagelse fra aktører på tvers av sektorer. Her har vi alle en jobb å gjøre. Vi må være med i planleggingen og i utformingen og vi må studere effektene. Det kreves bidrag fra alle samfunnssektorer for å sikre god helse i befolkningen. Allmenn- og samfunnsmedisinen utgjør sammen med andre helsefag viktige bidrag fra helsesektoren.

LITTERATUR

- Antonovsky, A. (1987). Unravelling the mystery of health – How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- 'Fair Society Healthy Lives' (The Marmot Review) <https://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- FNs bærekraftsmål <http://www.fn.no/Tema/FNs-baerekraftsmaal/Dette-er-FNs-baerekraftsmaal>
- Lillefjell M., Knudsen M.S. og Wist, G.: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Rapport 2011/06 SHF, Trondheim 2011.
- Lillefjell M., Knudsen, Wist, Ihlebæk (2013). From knowledge to action in public health management. Experiences from a Norwegian context. Scandinavian Journal of Public Health; 41, 771–777.
- Lillefjell, Wist, Magnus, Anthun, Horghagen, Espnes, Knudsen. Trøndelagsmodellen for Folkehelsearbeid. Veileder. Rapportserie NTNU Senter for helsefremmende forskning 1/2017 (under trykking).
- Verdens Helse Organisasjon (WHO) (1986); The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.

MONICA.LILLEFJELL@NTNU.NO

Veien til renere luft i Trondheim



ILLUSTRATIONSFOTO: COLOURBOX

■ TORE NORDSTAD • Rådgiver, Miljøenheten Trondheim kommune

Luftforurensning er en viktig miljøfaktor for utvikling av luftveislidelser og andre negative helseeffekter. Miljøenheten i kommunen er lokal myndighet for luftkvalitet, men hvordan kan vi få kontroll på luftkvaliteten?

Møkkete i storstua

Lufta forurennes først og fremst av menneskets beste venn: bilen. Alle vet at eksos – særlig dieseleksos – ikke er bra. Det største problemet er likevel piggdekk. Piggdekk knuser asfalt til usynlig svevestøv. Dette irriterer luftveiene våre og kan i verste fall kan gi sykdom eller forverre helsa (se www.trondheim.kommune.no/luftog-helse). Vår beste venn bilen kjører altså inn i byens storstue, virvler opp støv og forurenser lufta vi puster inn. Da må det vaskes, og prinsippet i Norge er at den som forurenser må betale for oppryddingen – i dette tilfellet vaskinga. Vintersesongen 2016/2017 ble derfor piggdekkgebyret i Trondheim gjeninnført.

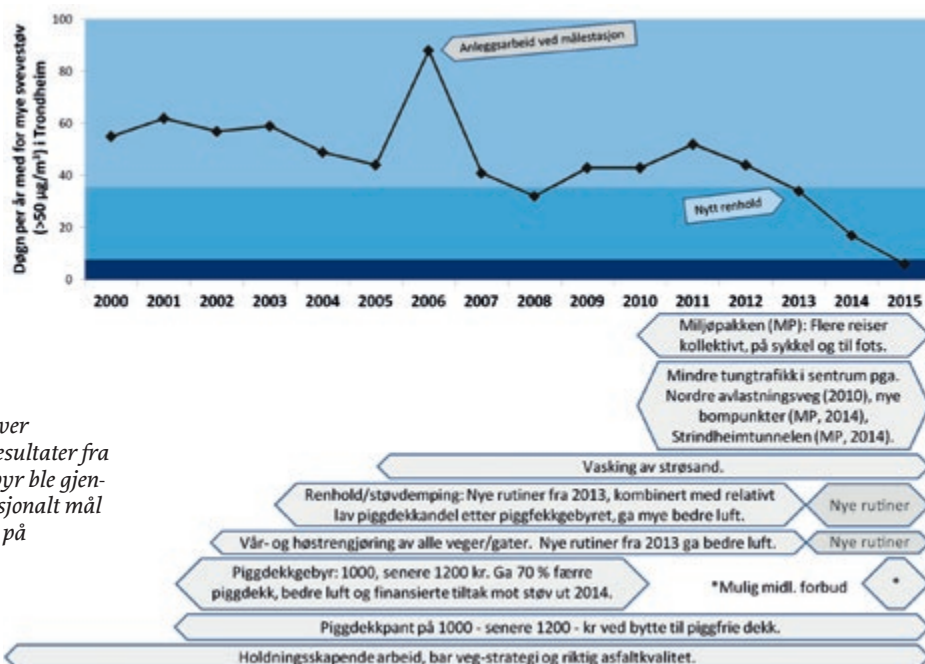
Tidslinje med graf for svevestøv, og grov oversikt over hva som er gjort for å fjerne støvet. Figuren viser resultater fra den verste målestasjonen for hvert år. Piggdekkgebyret ble gjeninnført høsten 2016. Mørkeblå sone er innenfor nasjonalt mål (maks sju døgn pr. år), mens lyseblå sone er brudd på forurensningsforskriften (maks 35 døgn pr. år).

GRAF: TRONDHEIM2030.NO / FARGEMODIFISERT

Dommen og målet

Fra luftkvalitetsmålingene startet på 90-tallet og frem til 2013, ble forurensningsforskriftens minstekrav til svevestøv brutt hvert eneste år, med unntak av 2008 (SE TIDSLINJE).

Derfor ble Trondheim så sent som i oktober 2015 dømt i EFTA-domstolen for brudd på EUs luftkvalitetsdirektiv (les: forurensningsforskriften) i perioden 2008–2011. Fra 2013 har det imidlertid gått riktig vei, og i 2015 overholdt vi ikke bare forurensningsforskriften (maks 35 døgn med for mye svevestøv), men også det nasjonale målet (maks sju døgn). Takket være grundig renhold og litt flaks med været, viste optellingen overskridelser bare seks døgn



totalt på E6-Tiller, og bare ett døgn i Elgeseter gate (SE TIDSLINJE). Målet, som i ei årrekke var en ren utopi, ble nådd. Nasjonalt mål nådd til tross: Lufta er ikke ren, men renere! Folkehelseinstituttet anbefaler null døgn over $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$, hvis de aller fleste av oss skal unngå helseeffekter fra svevestøv.

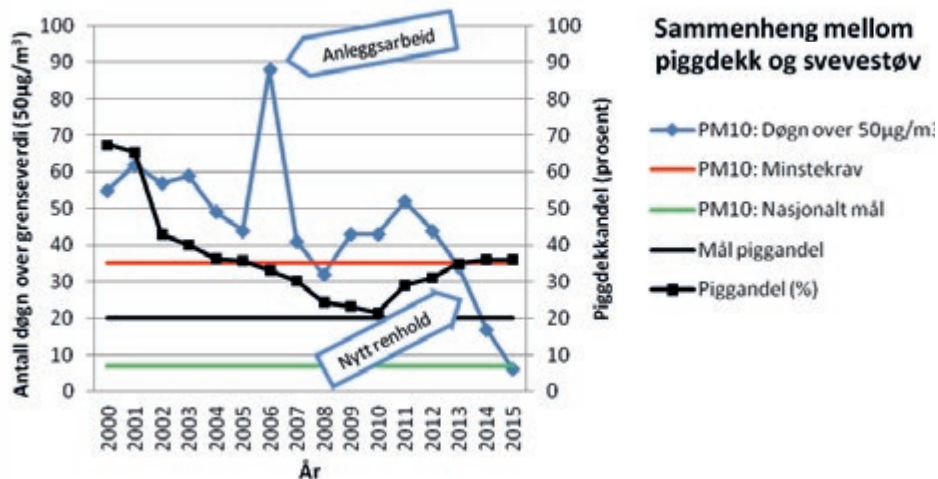
– Ta to paracet og innfør piggekkgebyr

Renhold og støvdemping fungerer omtrent som å ta smertestillende: Det gir god effekt på kort sikt, men fjerner ikke kroniske plager. For å holde lufta noenlunde ren til tross for piggekkbruk, må vi drive renhold flere ganger i uka. Renholdet skjer vanligvis på nattetid, når det er minst trafikk. Da legger støvet seg på veien, som vi vasker. I kalde og tørre perioder må vi rengjøre hver dag, både natt og dag.

Renholdet er selvsagt svært dyrt og ressurskrevende. For å redusere luftforurensningen i Trondheim på mer permanent basis, må vi redusere kilden til dårlig luft, altså antall kilometer kjørt med piggekk. Det er her piggekkgebyret kommer inn i bildet. Sist vi hadde piggekkgebyr ble piggekkandelen kraftig redusert og luftkvaliteten ble bedre (SE GRAFEN «SAMMENHENG MELLOM PIGGEKK OG SVEVESTØV»), selv om vi ikke hadde godt renhold. Uten renhold, kunne støvet virvles opp fra veien gang på gang. Når piggekkgebyret nå er gjeninnført, vil vi få færre piggekk i tillegg til midler til å opprettholde det viktige renholdet. Da kan vi så smått begynne å love innbyggerne at lufta skal holde en bra standard.

Hva med all eksosen?

Når det er snakk om eksos, trekkes ofte NO_2 (nitrogendioksid) frem, selv om det bare er én av flere helseskadelige forbindel-



Piggekkgebyret i 2001–2010 ga mindre piggekk og bedre luft. Sammenhengen forsvinner fullstendig med nytt renholdsregime fra medio 2013. Figuren viser resultater fra den verste målestasjonen for hvert år. GRAF: TRONDHEIM2030.NO

ser i eksos. I tillegg til utslipp av helseskadelige forbindelser, gir eksos betydelige klimagassutslipp (mer enn to kilo CO_2 pr. liter drivstoff). Veien ut av uføret går gjennom kjøretøy med lave eller ingen utslipp, samt mindre biltrafikk generelt.

Fossile drivstoff bør altså fases raskt ut av hensyn til både lokal luftkvalitet og våre nasjonale og lokale klimamål. Teknologien utvikler seg heldigvis i riktig retning. Elbiler har blitt et vanlig syn i byen, og vi håper at biogass og hydrogen skal slå an innen få år. Lokalt jobber vi kontinuerlig for at det skal etableres flere ladestasjoner og hurtigladestasjoner i Trondheim og Trøndelag, og at vi så snart mulig skal få fyllestasjoner for fornybar diesel (HVO), biogass og hydrogen.

Det gjøres mye riktig med kollektivtrafikken, som gassbusser i byen og økt satsning på tog regionalt (SE TIDSLINJE NO_2). Ikke minst tar Miljøpakken syklistene og gående på alvor. Det er svært viktig, siden de både

fremmer egen helse gjennom aktivitet, og andres helse gjennom nullutslipp. Ikke skader de klimaet heller.

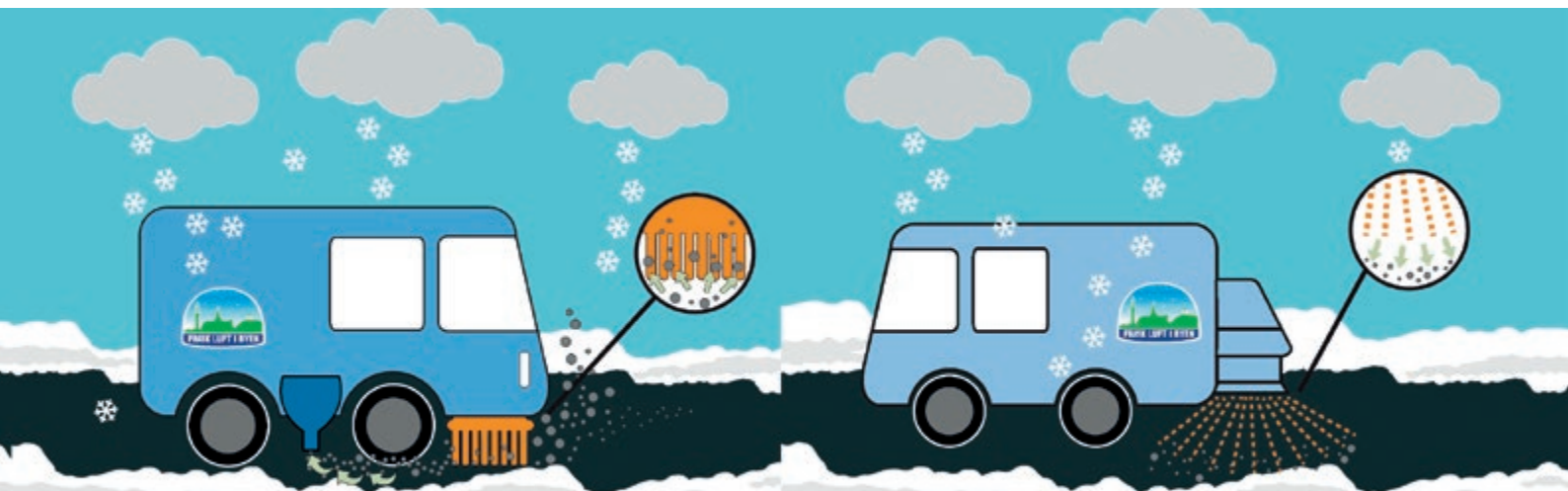
Er ikke ved- og oljefyring hovedproblemet, da?

Fyring gir store utslipp av fint svevestøv på landsbasis og trekkes stadig frem som et stort problem, blant annet i Oslo. Utslippene skjer imidlertid over tak, hvor de vanligvis spres og fortynnes raskt.

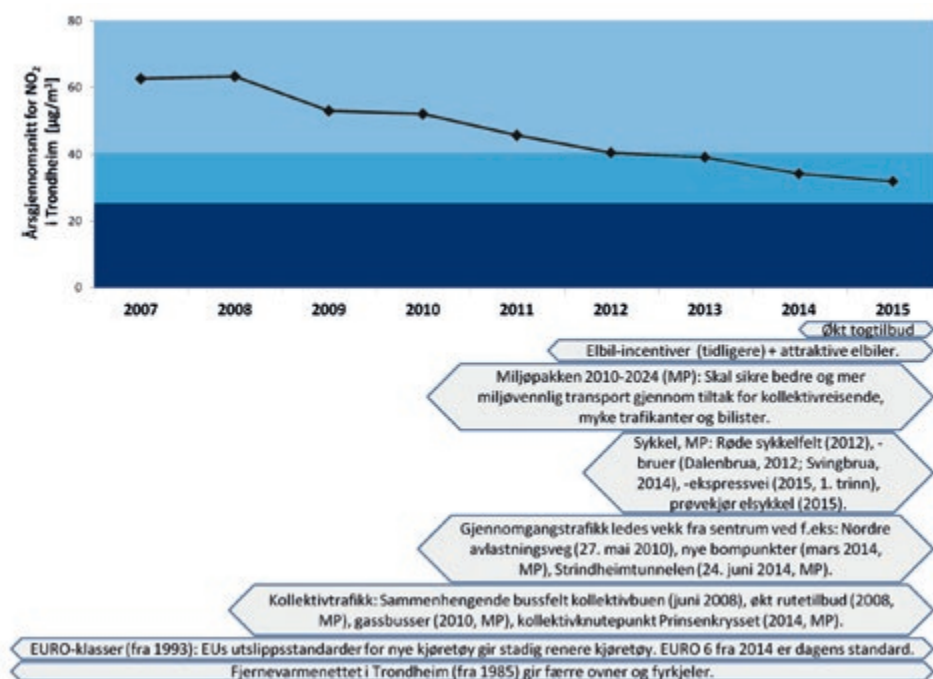
I Trondheim har vi mest svevestøv i rush-tidene, og vi får bukt med svært mye av svevestøvet ved renhold av vegnettet. Hvis fyring hadde vært hovedkilden til svevestøv, ville ikke renholdet hatt nevneverdig effekt. Vi ville dessuten hatt mest svevestøv når folk er hjemme og fyrer – gjerne på kveldstid og i helger; noe som altså ikke er tilfellet.

Fyring er sjelden hovedkilden til luftforurensning i Trondheim, men bidrar til den øvrige luftforurensninga, særlig i kuldepe-

Renhold og støvdemping redder luftkvaliteten i Trondheim ved å fjerne svevestøvet eller binde det på veien, slik at det ikke virvles opp i lufta.



Vinter: Kost og støvsuger (t.v.), samt støvdemping (t.h.) med saltlake (MgCl_2).



Tidslinje med graf for NO₂, og grov oversikt over hva som er gjort for å redusere utslippene. Figuren viser resultater fra den verste målestasjonen for hvert år. Mørkeblå sone er under forurensningsforskriftens nedre vurderingsterskel (maks 26 µg/m³ i snitt gjennom året), mens lyseblå sone er brudd på forurensningsforskriften (maks 40 µg/m³ i snitt gjennom året).

GRAF: TRONDHEIM2030.NO / FARGEMODIFISERT

rioder. I enkelte områder med mange eldre boliger og ildsteder, kan røyken være et problem i seg selv i slike perioder.

Tiltak for å redusere problemet har først og fremst vært å bygge ut et omfattende fjernvarmenett i Trondheim. Nasjonale krav om rentbrennende ovner og stadig høyere krav til isolasjon i boliger har også vært viktige tiltak. De siste årene har vi

dessuten sett en stor utfasing av oljefyrer og andre fyrkjeler i Trondheim, blant annet som følge av den lokale fyrkjelforskriften, som krever årlig service og feiing.

Hva kan du gjøre?

Trondheim kommune bidrar og tilrettelegger for utslippskutt, men vi er helt avhen-



Dine reisevaner teller!

gige av at våre innbyggere og virksomheter er med på laget.

Du kan selv gjøre enkle grep, som for eksempel:

- Bruke sykkel eller gå når du kan – for din egen og andres helse. La bilen stå når du kan, kjør piggfritt, unngå tomgangskjøring og bruk motorvarmer.
- Ta bussen, toget eller samkjør med nabo.
- Tenk på miljø og klima når du velger bil eller varmekilde i boligen. Fyrer du med ved, bør du følge råd fra SINTEF. Etter spør fornybare drivstoff hos din bilforhandler og bensinstasjon. Fornybar diesel (HVO) kan brukes i en del dieselmotorer og sparer både lufta og klimaet: Spør din bilforhandler eller -importør om din bil kan bruke det.

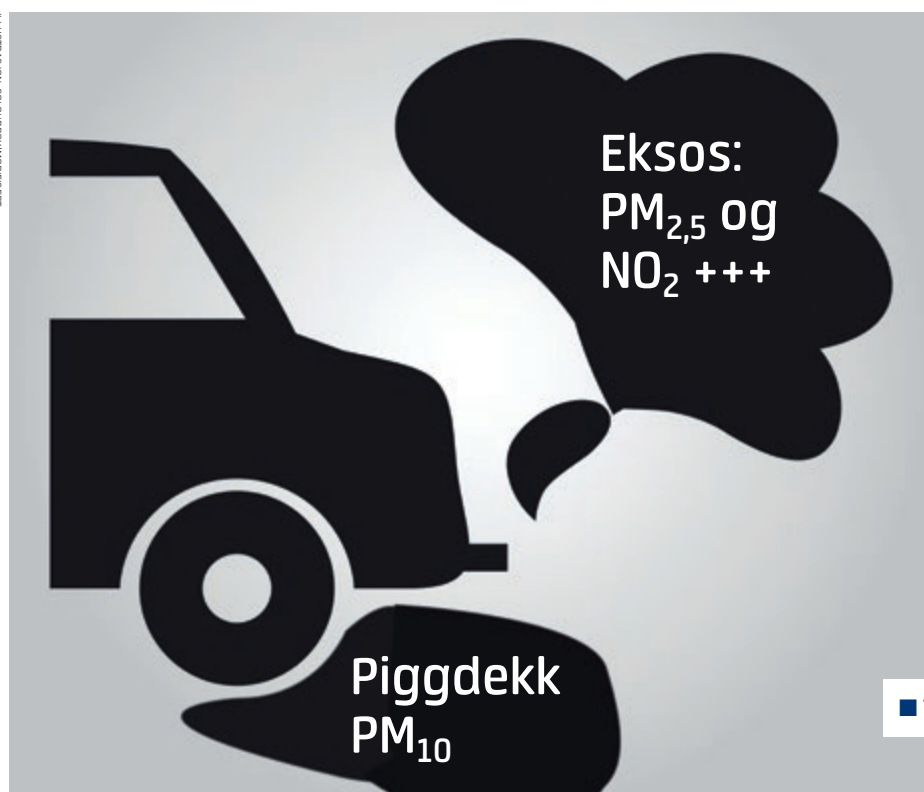
Bedrifter kan også ta grep, som for eksempel:

- Velge kjøretøy med lave eller ingen utslipp. Husk piggfrie dekk (hvis det ikke dreier seg om kjøretøy i beredskap etc). Kanskje kan dagens kjøretøy gå på fornybar diesel siste del av levetiden?
- Mange leverandører av tunge kjøretøy gir i dag full garanti for kjøring på fornybar diesel (HVO), mens andre kan godkjenne ved forespørsel. Hvis kjøretøyet godkjenner, kan HVO brukes uten endring eller justering av motor. Flere leverandører tilbyr i dag HVO. HVO gir betydelig reduserte klimagassutslipp, og reduserer utslippet av helseskadelige forbindelser.
- Konkurrere om å bli en sykkelvennlig arbeidsplass. Oppfordre til og vurdere støtteordninger for folk som sykler, går, pendler kollektivt eller samkjører
- ENOVA har også mange ulike programmer for virksomheter (se www.enova.no)

Artikkelen ble første gang publisert på *Slik ble det i Trondheim 2030.no*: (<http://trondheim2030.no/2016/02/04/i-fjor-ble-lufta-i-trondheim-for-nesten-alle/>).

■ TORE.NORDSTAD@TRONDHEIM.KOMMUNE.NO

ILLUSTRASJON: COLOURBOX/MODIFISERT



Trygg i Tysvær

Kommunal ulukkesførebygging

■ LARS JOHAN LYSEN • Kommuneoverlege Tysvær kommune

I Noreg fører fritidsulukker til kanskje 1500 dødsfall årleg – me har dessverre ikkje nøyaktig statistikk. Dødsfall i trafikk og arbeid er redusert til ein fjerdepart siste 20 år. Dette skuldast massiv nasjonal satsing via tunge direktorat og solide budsjett. Folkehelse-lova pålegg kommunane ansvar av fritidsulukker. Det er likevel få kommunar som arbeider systematisk på dette feltet.

«Trygg i Tysvær» er namnet på det kontinuerlege arbeidet som Tysvær kommune har sett i gong for å redusera alvorlege ulukker. Ei arbeidsgruppe leia av kommuneoverlegen står for det daglege praktiske arbeidet. Me bruker også «Trygg i Tysvær» som logo på informasjonsmateriell, refleksvestar og mediainnlegg.

Historikk

I 1999 vart «Klok Av Skade» avslutta. Det var eit tre-årig prosjekt der Haugalandskommunane og Haugesund sjukehus samarbeidde for å redusera alvorlege ulukker. Alle ulukker vart registrert og statistikken var grunnlag for tiltak. Etter «Klok Av Skade» vart avslutta, måtte kvar einskild kommune sjølv ta tak og føra det ulukkesførebyggjande arbeidet vidare. I Tysvær kommune vart det i 2000 fremja ei sak om oppretting av «Trygg i Tysvær». Politikarane i kommunestyret vende tommelen ned. Etter eit halvt år med korridorpolitikk vart forslaget tatt opp på ny, og vedteke. Dessverre var då rutinane med ulukkesregistrering falma bort og let seg ikkje vekka til live. Frå hausten 2000 har Tysvær kommune arbeidd aktivt for å redusera alvorlege ulukker under omgrepet «Trygg i Tysvær».

Organisering av «Trygg i Tysvær»

«Trygg i Tysvær» vart i starten organisert på klassisk vis med ei arbeidsgruppe, ei referansegruppe og ei styringsgruppe. Arbeidsgruppen er samansett av ein representant frå kvart av dei store resultatområda, og samlast ein time ein gong kvar månad. Kommuneoverlegen leier gruppa. Arbeidsliv, frivillige organisasjonar og velforeiningar sat i

referansegruppa. Dei staka ut retninga og la inn oppgåver for arbeidsgruppa. Rådmannsgruppen fungerte som styringsgruppe og gav føringar i høve til økonomi og ressursbruk; og i saker som måtte løftast inn i det politiske systemet. I praksis viste det seg for tungvint å samla ei stor referansegruppe hyppig nok til ein fruktbar funksjon. Me har heller aldri klart å få til eit system for elektronisk kommunikasjon eller diskusjonsforum. Styringsgruppa har heller ikkje hatt nokon særleg aktiv funksjon i opplegget «Trygg i Tysvær».

Dagleg drift

Arbeidsgruppa er navet i «Trygg i Tysvær». Rygggrada i arbeidet er eit årshjul med kampanjar. Etter mange år med same opplegg, går det tverretatlege arbeidet nesten knirkefritt. Rutinar og materiell ligg klart. Evaluering i etterkant av kvar kampanje fører likevel til endringar og utfordringar. Arbeidsgruppa tar seg også av ulike innmelde oppgåver. Både servicetorget, innbyggjarar og medlemmer i arbeidsgruppa tar opp ulike ulukkesfeller og refererer akutte hendingar. Arbeidsgruppa har ikkje eige budsjett og må bruka dei ulike resultatområda for å løysa slike innmelde problem.

Årshjul med kampanjar

Kampanjane går for det meste ut på informasjon til innbyggjarane om risiko og enkle vernetiltak. «Trygg i Tysvær» har ei rekke plakathaldarar ulike stader i kommunen. Me set inn dedikerte plakatar i kvar kampanjeperiode. Tilsette ved VEPRO – den verna arbeidsplassen i kommunen – tar seg av det praktis-

ke arbeidet med plakatane. I tillegg går det ut elektronisk materiell til velforeiningar og lag i kommunen. Lokalavis og regionavis får pressemeldingar, og lager i mange tilfelle eigne oppslag om kampanjane.

Dei ulike kampanjane

Strøsand

Når vinteren set inn kan alle innbyggjarar henta seg ei bøtte med prima strøsand gratis ved rådhuset. Brukerar av heimetenesta kan få levert bøtta på døra av heimetenesta eller feiar – dei melder ønsket til servicetorget. Nær på alle resultatområde i kommunen samarbeider om dette prosjektet. Dei siste åra har fleire kommunar på Haugalandet samarbeidd om denne kampanjen.

Trygg syklist

Straks vinteren er over og strøsand er borte, er sykkelfolket på hjul att. Tysvær kommune har hatt eit par dødsulukker og mange andre alvorlege ulukker på sykkel dei siste åra. Med brei informasjon og samarbeid med sykkelklubbar og idrettslag prøver me å fokusera på risikoreduksjon.

Sjå – og bli sett

Det er sjeldan med dødsulukker på vegar i bustadfelt, men god sikt er viktig likevel. Kommunen har laga ein eigen pamflett – og «Trygg i Tysvær» informerer kvar vår om hekkar, trær, gjerde og mur ut mot fortau og veg.

Trygg bruk av stige

Stigeulukker fører ofte til alvorlege skadar. Desse ulukkene er lette å førebyggja med litt omtanke. Lift og stillas er trygge alternativ til stige. Ved å dela ut pamflettar på butikkane våre og fokusera på risiko og tiltak i media, meiner me å sjå ein reduksjon i slike ulukker.

Drukningssulukker

Når det gjeld informasjon i media har «Trygg i Tysvær» fått drahjelp nasjonalt siste åra – både den nasjonale kampanjen mot drukningssulukker, og «Av og til» i høve til alkohol. I tillegg tar me direkte



Fra venstre: Marlin Løvås, resultatområde teknisk; Oliv Enge, resultatområde teknisk; Signe Wilhelmsen, aktivitet og omsorg; Lars Johan Lysen, kommuneoverlege og Marit Sørensen, barnehage og skule.

kontakt med båtlag, kaianlegg, utstyrsforretninger og bensinstasjonar for informasjon med plakatooppslag. Servicetorget låner ut redningsvestar gratis i turist-sesongen.

Reflekskampanje

Også her får me drahjelp. Me bruker plakatar og refleksmateriell i tråd med dei nasjonale kampanjene. I tillegg fokuserer me spesielt på dei aldersgruppene som sjeldan bruker refleks – unge og udødelege i alderen 15 – 50 år. Me deler ut refleksar og oppfordringar til elevar frå 15 år og oppover, til foreldrene – ikkje barna aleine – på helsestasjonane, og til verdige kandidatar som kjem innom rådhus og servicetorg.

Ønskelista vår

Nasjonal statistikk for ulukker

Utan påliteleg statistikk veit me ikkje kva veg dette ber. Har våre tiltak nokon effekt i det heile? Bør me endra kurs? Tysvær kommune – saman med resten av kommunenoreg – ventar på detaljert nasjonal ulukkesstatistikk.

Interkommunalt samarbeid

Med felles interkommunal haldning og innsats i høve til ulukkesførebygging ville mediakampanjar og ulike praktiske tiltak vorte meir effektive. Innbyggjarane i Tysvær kommune kjøper maling og stigar i nabokommunen, og får då ikkje med gode ulukkesførebyggjande råd på kjøpet.

Tverretatleg samarbeid

«Trygg i Tysvær» har i mange år arbeidd for eit tverretatleg samarbeid for å redusere eldreulukker – utan praktiske resultat så langt. Resultatområdet Aktivitet og Omsorg strir med strame budsjett og aukande

omsorgsoppgåver – visstnok utan rom for førebygging av eldreulukker. Skulevegen ville vore tryggare dersom kommunen arrangerte ein sykkel dag over same leist på alle skular kvar vår – og tilsvarande ein felles reflekskampanje kvar haust. Samordning ville truleg gjort at det vert enklare for innbyggjarane reint praktisk å planlegga og delta – samstundes som materiell og personell kan brukast meir rasjonelt. Slike tiltak har også vore vanskeleg å få på plass med råd og oppfordringar frå ei arbeidsgruppe som «Trygg i Tysvær». Eit godt tverretatleg samarbeid krev forankring sentralt i administrasjonen.

Varslingskanal

Varsling av ulukkesfeller ville vorte meir effektivt dersom innbyggjarane hadde eit godt fungerande innrapporteringssystem til kommunen. Eit opplegg med GPS og foto – som i «FiksGataMi» – hadde vore ideelt. Ved å premiera det beste tipset kvar månad, ville alle innbyggjarar etter kvart tenkt ulukkesførebygging til dagleg.

Godkjenning som «Trygt Lokalsamfunn»

Tysvær kommune gjorde i 2002 eit kommunalt vedtak om å søkja godkjenning som «Safe Community» etter WHO sine kriterier. Dette vart skrinlagd administrativt av økonomiske grunnar. Nå har kommunen for eitt år sidan teikna intensjonsavtale med Skadeforebyggende Forum om å arbeida for godkjenning som «Trygt Lokalsamfunn» etter dei norske kriteriene som tilsvarer WHO sine krav til godkjenninga «Safe Community». Tida vil visa om Tysvær kommune lukkast i dette arbeidet.

Referansar i høve til skadestatistikk: <http://www.skafor.org/fakta/>

UNNGÅ DRUKNINGSULYKKER

VIS SJØVETT

- Bruk redningsvest eller flyteplagg!
- Vær uthvilt og edru!
- Respekter vær og farvann!
- Vis hensyn!



Hvert år dør over 100 personer av drukning i Norge!

- Lær livredning og hjertelungeredning.

Mer informasjon på www.tysver.kommune.no

TRYGG SYKLIST

- kjenn regelverket, bli sett, bruk sikkerhetsutstyr

KJENN REGELVERKET
sjå www.tryggtrafikk.no

BLI SETT
Bruk refleksvest, "sjølvlysende" klede og lys

BRUK SIKKERHETS-UTSTYR
Sørg for å ha gode bremsar, hjelm, hansker osv.



Oppsummering

Ulukkesførebygging er lønsamt på mange vis. Vestlege land taper 0,5–1,0 prosent av BNP i ulukker. I tillegg til dette kjem lidningar som dei involverte vert påført. Grovt rekna kan ein unngå halvparten av alle alvorleg ulukker med enkle tiltak. Forebygging av fritidsulukker er eit kommunalt ansvar. Informasjon om risiko og grunnleggjande vernetiltak er starten på all ulukkesførebygging. Kommunal ulukkesførebygging krev samarbeid på tvers av fag og administrative resultatområde. Denne artikkelen viser ulike sider ved dette arbeidet.

Trygge lokalsamfunn for bedre livskvalitet og folke

■ KAROLINE SANDVOLD • Prosjektmedarbeider, Skadeforebyggende forum

Trygge lokalsamfunn (TL) er en modell for systematisk og langsiktig arbeid som involverer hele kommunen i skade- og ulykkesforebygging. Metoden bygger på livsløpsperspektiv, tverrsektoriell tilnærming, og langsiktig, systematisk arbeid. Målet er å forebygge skader og ulykker med utgangspunkt i lokal kunnskap og data om hvor ulykker skjer og ta i bruk kunnskapsbaserte forebyggingstiltak og brede samarbeidsallianser. Systematisk forebygging gir færre skader, tryggere innbyggere – og sparte penger.



Trygge Lokalsamfunn fungerer som et veiledningskonsept og verktøy for å forenkle, systematisere og effektivisere arbeidet med ulykkesforebygging innad i kommunene. Metoden er anbefalt i Folkehelsemeldingen, den er tilpasset norsk virkelighet, og den gir kommuner oppskriften til å styrke forebyggingen, trinn for trinn.

Hvert år fører ulykker til at rundt 550 000 mennesker må ha medisinsk behandling. Derfor er det et mål for enhver kommune å ha et trygt lokalsamfunn, for skader påfører enkeltpersoner og deres pårørende lidelse og belastning – og medfører betydelige samfunnskostnader. TL-modellen er en metode som er godt utprøvd og som vi vet er med på å forebygge ulykker og skader. Trygge lokalsamfunn er med på å skape trygghet for innbyggerne i TL-kommunene, i tillegg til å skape et tettere samarbeid

innad i kommunene mellom ulike etater, sier Eva J. Vaagland, daglig leder i Skadeforebyggende forum (FAKTAARK S. 36).

Kommuner, bydeler og fylker er invitert til samarbeid. Metoden kan brukes av alle i lokalsamfunnet. 24 kommuner og to fylkeskommuner er allerede en del av TL-samfunnet, de har oppnådd sertifisering som et Trygt lokalsamfunn, mens 12 kommuner er på vei mot sertifisering. De godkjente kommunene representerer ulike deler av landet, med ulike utfordringer, og skal fungere som pilotkommuner i arbeidet.

Den norske utgaven av Safe Communities

Trygge lokalsamfunn er den norske versjonen av det internasjonale konseptet Safe Communities, utviklet i samarbeid med Verdens helseorganisasjon. Skadeforebyg-

gende forum har utviklet den nasjonale ordningen og har tilpasset modellen til det norske samfunnssystemet. Den nasjonale modellen er forankret i norsk politikk og lovverk, og direkte i norsk kommunal virkelighet.

Nasjonal sertifisering er et tilbud om å bli godkjent som et trygt lokalsamfunn i henhold til den norske TL-plattformen som forvaltes av Skadeforebyggende forum. Kommunene har også en mulighet til å bli godkjent som et 'Safe community' gjennom en internasjonal sertifisering. Ved sertifisering vil kommunen inngå i et nasjonalt (og evt. internasjonalt) nettverk for samhandling og erfaringsutveksling, som vil være av verdi i den løpende evalueringen av måloppnåelse og status, og i den regelmessige revideringen av planverk.



Fakta om Trygge lokalsamfunn, metoden og kriteriene, se side 38



TL-flagget heises i Luster kommune i 2016.

Positive resultater av arbeidet

Kommunene som allerede er Trygge Lokalsamfunn ser stadig positive resultater gjennom sitt arbeid med TL. Færre skader, tryggere innbyggere og penger spart er noen av resultatene. Arbeidet kan til tider være tidkrevende, effektene og resultatene kan i noen tilfeller være langsiktige, men gevinstene er likevel tydelige.

Noen eksempler fra lokale tiltak i Trygge lokalsamfunn-kommunene;

- Os i Hedmark startet et strøprosjekt og halverte antall lårhalsbrudd
- Harstad kommune klarte å redusere skåldningsskader hos barn med 30 prosent gjennom informasjonskampanjer og samarbeidstiltak
- Høyanger var tidlig ute med hjemmebesøk hos eldre, og brannsikkerhet og fallforebygging var viktige moment ved disse hjemmebesøkene
- Ski kommune involverer flere avdelinger i kommunen og frivillige krefter i den årlige «Sikkerhetsuken» med en rekke tiltak til ulike målgrupper
- Nøtterøy kommune holder egne svømmekurs for innvandrere, som et ledd i sitt trygghetsarbeid

I Vestfold har ni av 14 kommuner tatt i bruk TL-metoden, og deres arbeid er blitt vurdert av Transportøkonomisk institutt (TØI). Rapporten TØI la frem fastslår at kommunene som deltar i Trygge lokalsamfunn har større fokus på sikkerhet og forebygging, og at de medvirkende kommunene er foregangskommuner i folkehelse-samarbeidet generelt.

TL bygger på tverrsektorielt samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor. En viktig suksessfaktor er medvirkning fra innbyggere som kjenner til utfordringene lokalt – både når det kommer til risikovurdering og skadeforebygging. Det er selvfølgelig svært viktig å tenke på at dette er arbeid som skal knyttes opp til ulike faser av folks livsløp. – God forankring, tverrsektorielt samarbeid og lokal medvirkning er med på å sikre effektiv forebygging gjennom hele livsløpet til innbyggerne, forteller Eva J. Vaagland, som er daglig leder i Skadeforebyggende forum.

TL som idé handler først og fremst om en forenkling og forbedring av det de fleste kommuner allerede gjør – og gjennom folkehelse-loven er pålagt å gjøre – for å forebygge og forhindre ulykker.

Metode

Målet er å samle lokale krefter som kan bidra til å styrke livskvaliteten til innbyggerne og å skape et trygt lokalsamfunn som skåner innbyggerne og kommunen for uønskede hendelser og belastninger. Metoden legger til grunn at arbeidet med ulykke- og skadeforebygging skal være mest mulig integrert med kommunens planprosesser, tjenester og tiltak. TL-metoden gir kommuner verktøyene de trenger for å jobbe – systematisk og praktisk, på tvers av tradisjonelle skillelinjer – med å skape trygghet, trivsel og økt livskvalitet. Metoden omfatter åtte trinn, fra initiering av arbeidet til kartlegging av helsesituasjonen og vurdering av skadedata, prioritering av tiltak, forankring og medvirkning til evaluering og rapportering.

På www.skafor.org kan du finne informasjon om hvordan din kommune kan bli en del av Trygge lokalsamfunn. Her finner du bl. a. både modell- og metodehefte, veiledningsmaterieell og eksempler på lokale tiltak.

Vi lever våre liv i nærmiljø – derfor er det viktig å jobbe for at det er trygt og sikkert – for alle innbyggere.

■ KLS@LIVE.NO





TLs-ÅTTE TRINN

TRYGGE LOKALSAMFUNN

Den nasjonale plattformen for Trygge lokalsamfunn er tuftet på åtte kriterier som kjennetegner denne tilnærmingen til lokal ulykkes- og skadeforebygging. Kriteriene er en del av forpliktelsen i intensjonsavtalen om utvikling av et trygt lokalsamfunn mellom en kommune og Skadeforebyggende forum: Gjennom intensjonsavtalen forplikter kommunen seg til å arbeide for å etterleve de åtte kriteriene ved å ta i bruk TL-metoden for å forebygge ulykker og skader.



Skadeforebyggende forum

Ulykker tar liv, kostnadene er enorme

Ulykker rammer mange. De krever liv, medfører store personlige lidelser og betydelige kostnader for samfunnet.

ULYKKESSKADER ER ET FOLKEHELSEPROBLEM

Ulykker tar liv – og de ødelegger liv. Mange som skader seg får varige mén; de får sin livskvalitet kraftig forringet. Også pårørende blir påført ekstra belastninger.

Ulykker fører til at over en halv million personer – hvert år – skader seg så alvorlig at de må få legehjelp. Til tross for sterk nedgang, er ulykker fortsatt den største dødsårsaken for personer under 45 år i Norge. Barn er særlig sårbare. Ulykker er årsak til en tredel av alle dødsfall blant barn i alderen 1–14 år. Eldre rammes også ofte. Skadehyppigheten øker sterkt etter fylte 80 år – og befolkningen blir stadig eldre.

Helsemyndighetene ser på ulykkeskader som en av de aller største utfordringene i folkehelsen. De rammer mange og de koster mer enn fem milliarder bare i sykehusbehandling. Samfunnskostnadene er mye høyere, både for offentlig og privat sektor.

Forebygging fungerer

Ulykker kan forhindres. Det krever innsats, men gir resultater i form av færre skader, mindre lidelser og sparte samfunnskostnader.

SKADEFOREBYGGING ER EN SAMFUNNSOPPGAVE

Forebygging sparer liv – og skaper trygghet. Ulykker kan aldri helt unngås, men mange kan forhindres. Forebygging er en oppgave for alle, og krever flerfaglig og tverrsektoriell innsats fra aktører i offentlig, privat og frivillig sektor. På arbeidsplass og skole, i hjem og på fritid.

Skadeforebyggende forum (Skafor) er en nasjonal møteplass på feltet. Skafor er en medlemsorganisasjon, en nettverksbygger og brobygger; en katalysator for handling. Forumet er politisk uavhengig, og det har ingen kommersielle bindinger eller interesser. Formålet er å fremme det skadeforebyggende arbeidet: Å redusere antall ulykker.

FAKTAARK

SKADEFAKTA:

- Ca. 550 000 får hvert år skadebehandling i helsevesenet.
- Ca. 35 000 får hvert år varig mén som følge av skader.
- Ca. 300 000 ulykkeskader behandles årlig på sykehus.
- Ca. 10 % av døgnopphold ved norske sykehus skyldes ulykker.
- Ca. 2000 personer dør hvert år som følge av ulykkeskader.
- De fleste ulykkene skjer i hjemmet og på fritiden.

FOREBYGGINGSFORUM:

- Skafor er en uavhengig, ideell medlemsorganisasjon.
- Skafor er et nettverk mellom aktører innen skadeforebygging.
- Skafor ble stiftet i 1985, og har 80 medlemsorganisasjoner.
- Skafors drift sikres gjennom et samarbeid mellom Finans Norge og Helse- og omsorgsdepartementet.

www.skafor.org

TL-KRITERIENE

1 KUNNSKAPSBASERT INNSATS

TL-arbeidet er basert på etablert kunnskap som grunnlag for målrettet forebygging av skader og ulykker.

2 TVERRSEKTORIETT SAMARBEID

TL-arbeidet er basert på samarbeid på tvers av fagdisipliner og -sektorer innenfor kommunen, og samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor.

3 BRED MEDVIRKNING

TL-arbeidet er tuftet på involvering av innbyggerne generelt og utsatte grupper spesielt, også med sikte på utjevning av sosiale forskjeller knyttet til skader og ulykker.

4 LIVSLØPSBASERT FOREBYGGING

TL-arbeidet er forankret i et livsløpsperspektiv, med målretting av forebyggingstiltak mot ulike aldersgrupper i forskjellige livsfaser – med varierende risikoprofil.

5 FORANKRET I POLITIKK OG PLAN

TL-arbeidet er forankret i den politiske ledelsen og administrasjonen i kommunen, og mål og tiltak er nedfelt i kommunens planverk.

6 FORBILDELLIG FOREBYGGING

TL-kommuner etterlever offentlige krav og er foregangskommuner innenfor systematisk forebygging av ulykker og skader.

7 KONTINUERLIG FORBEDRING

TL-kommuner bruker skaderegistreringer, egenvurderinger og tilbakemeldinger fra innbyggere og andre aktører til kontinuerlige forbedringer.

8 NYTTIG NETTVERK

TL-kommuner deltar aktivt i nettverket for Trygge lokalsamfunn, og bidrar med kunnskap- og erfaringsutveksling som kan styrke forebyggingsarbeidet i andre kommuner.

Change will not come if we wait for some other person or some other time.
We are the ones we've been waiting for. We are the change that we seek.

BARACK OBAMA'S 5 SPEECH, 2008

Sosial markedsføring i folkehelsearbeidet

■ RUTH MARIE DONOVAN • Høgskolelektor, Høgskolen på Vestlandet, institutt for sykepleiefag

I sosial markedsføring vektlegges opplevd nytte av endring, reduksjon av barrierer og økning av fordeler ved ny atferd. Metoden kan også brukes i folkehelsearbeidet for å legge til rette for positive helseatferder. For som vi alle vet; det kan være stor avstand mellom det å vite hva man burde gjøre, til faktisk å gjøre det.



Just DO it! Du kjenner til slagordet. Nike sitt mantra og en tydelig oppfordring om å bare GJØRE. Hva venter du på liksom? Få på deg (Nike) skoene og kom deg ut! Synd å si det, men folkehelsearbeidet er preget av alt annet enn VERB. I stedet er det mye adjektiv og lite substans.

For noen år siden skrev jeg et kapittel i boken *Klinisk kommunikasjon* utgitt av Kunnskapsforlaget i 2013. I min uakademiske og rampete tilnærming (gud forby) valgte jeg å kalle kapittelet mitt: «Jeg hører hva du sier og jeg driter i det». Mulig jeg hadde stor glede av å skrive dette fordi jeg selv er i kategorien «hard to reach», har lett for å gå i reaktants, og fordi jeg selv var møkka lei velmenende helseråd på grensen til propaganda. Hvorfor har vi så ensidig hamret løs på utfordringer knyttet til forhøyet KMI, blodtrykk og for liten grad av fysisk aktivitet, når muligens den største trusselen for premature dødsfall og lidelse er manglende sosial støtte og utenforskap. Ikke misforstå meg, vi skal selvsagt arbeide for å fremme positive helseatferder. Jeg er bare opptatt av *hvordan* vi gjør det.

I de neste avsnittene vil jeg prøve å dele noen av mine refleksjoner, teoretisk tilhørighet og min erfaring med helsefremmende og forebyggende arbeid. Jeg håper jeg kan motivere og mobilisere til lyst, begeistring, kreativitet og blått hav i folkehelsearbeidet.

Veien til blått hav

Blått hav gir assosiasjoner til horisont, muligheter og åpenhet. I kommersiell sammenheng benyttes blått hav om en strategi og måte for å innovere og skape nye virkeligheter i et konkurranseutsatt marked (Kim & Mauborgne, 2005). Målet er å unn-

gå konkurranse gjennom å skape verdinnovasjon som øker opplevd verdi uten å øke kostnadene. Motsatsen er det røde havet. Der konkurrerer vi alle, ofte med de samme virkemidlene om de samme kundene, med det resultatet at vi alle blør. Kunsten er derfor å skape et blått hav, våge å endre spillereglene, og dermed virkeligheten. Endrer vi språket, endrer vi bildene. Endres bildene, endres virkeligheten.

«If you keep doing what you've been doing, you're going to keep getting what you've been getting» (ukjent forfatter). Hva skal til for at noen endrer spillereglene i folkehelsearbeidet? Klamydia smitter ved ubeskyttet sex og er i dag den mest vanlige seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge (Folkehelseinstituttet). Og selv om helsesøstrene i åresvis har delt ut tusenvis av kondomer og tredd dem på utallige bananer i arbeidet for å forebygge klamydia, har ikke antallet klamydiatilfeller gått ned. Det meldes om seksualvarer som overhodet ikke speiler alvoret eller gir noen indikasjon om at banan + kondom er hensiktsmessig. Så hvorfor fortsetter vi med samme metode?

Bilmerket Volkswagen står bak **rolighetsteorin.se** og fikk mennesker i Stockholm til å ta trappen i stedet for rulletrappen. Hvordan? Trappetrinnene ble gjort om til tangenter i et piano og vips så var det moro å gå trappen! Er det moro vi tenker på når vi utarbeider handlingsplaner og tiltak i folkehelsearbeidet, eller er vi opp-tatt av å kommunisere hvordan folk kan unnsnippe sykdom, lidelse og tidlig død? Og mens vi skremmer til sunnhet får vi nok en gang høre at kaffelatten med karamell bidrar til å bedre levekårene for kaffebøndene i Colombia og at tre boller i den lokale kiosken bidrar til rusforebyggende tiltak og at Coca Cola jobber for å bevare isbjørnen i Antarktis. Vi blir faktisk påvirket til å ta usunne valg fra vugge til grav, og gjennom å drikke cola og kaffe latte og spise boller lures vi til å tro at vi bidrar til å gjøre verden til et bedre sted. Lett valg, er det ikke? For å imøtekomme disse kreftene holder det ikke med pekefinger og mas om fedme og diabetes. Vi må våge å slå tilbake med nye virkemidler. Vi må forstå hvilke mekanismer som har størst påvirkningskraft og involvere målgruppene langt mer enn det vi gjør i dag.

Vi kan i alle fall ALLE sammen begynne å endre en ting. Vi kan slutte å fortelle andre hvordan de bør leve livene sine og heller spørre dem som har skoen på hvilke barrierer som hindrer dem og hva som kan motivere og hva som kan gjøre det lettere å oppnå ønsket atferd.

Hva påvirkes vi av? Og hva påvirker våre helseatferder?

Mange roper på holdninger når spørsmålet «hva påvirker vår atferd» blir stilt. Men er holdningene våre så sentrale når det gjelder våre helsevalg? Det finnes mange teorier og modeller som omhandler helseatferd. Muligens fordi temaet helseatferd og forståelsen av menneskers handlinger opptar beslutningstakere over hele verden. Fedme, tobakksbruk, rusmiddelbruk, psykisk helse og diabetes utgjør noen av de største helseutfordringene vi står overfor i dag (Sletteland & Donovan, 2012), men tilnærmingene som hittil har vært prøvd for å takle disse utfordringene, har ikke hatt den effekten man håpet på. I stedet har tiltakene på enkelte områder nærmest hatt en paradoksal effekt, som økningen i sosial ulikhet i helse (French et al., 2010). Lenge har vi snakket om holdningsskapende arbeid innen folkehelse, mulig dette burde endres til atferdsskapende arbeid. For i bunn og grunn handler det om hva folk faktisk gjør, ikke hva de mener er riktig, og heller ikke hva de vet er sunt og lurt. For atferd påvirkes av mer enn min kunnskap og hva jeg mener er rett.

Som foredragsholder har jeg ofte stilt følgende spørsmål til salen: «Hvor mange av dere mener at det å donere blod er en fin ting?». Samtlige i salen rekker hendene i været. Når jeg deretter stiller spørsmålet: «Hvor mange av dere er blodgivere?», ja, da faller de fleste hendene ned. Ideen om å gi blod er enkel å stille seg positiv til, men å faktisk gjøre det, er noe annet. Da kommer atferden inn – altså handlingen. Da må vi undersøke hvor vi kan gi blod, er det lett å finne frem, må jeg reise langt, når er blodbanken åpen, må jeg gå i arbeidstiden, kan jeg bli avvist når jeg kommer, og vil jeg oppleve en slik avvisning som pinlig og ubehagelig og hva om de oppdager på blodprøvene at jeg egentlig er syk, og orker jeg egentlig den konfrontasjonen? Tror jeg dropper hele blodgivergreia. Men å gi blod, det er en fin ting.

Mye litteratur peker på kognitive teorier og læringsteorier knyttet til helseatferd. Altså hvordan tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner gjensidig virker inn på hverandre, men også hvordan vår tro på at en atferd vil gi ønsket effekt (dersom du trener, vil du få bedre kondisjon) og hvorvidt en har tiltro til egen kapasitet og mestringsevne til å gjennomføre det som må til for å oppnå ønsket resultat (Sletteland & Donovan, 2012; Bandura, 1986).

Mye av vår forståelse av atferd bygger på psykologiske perspektiver. Watson og Skinner var hovedteoretikerne til behavio-

rismen som oppstod tidlig på 1900-tallet. De hevdet at ytre stimuli påvirket menneskets atferd, og at belønning og straff er styrende for vår atferd og ikke mentale fenomener som følelser, motivasjon og fornuft. Motpolen til denne tenkningen oppsto på 1950-tallet da grunnlaget for den humanistiske psykologien ble lagt av Abraham Maslow og Carl Rogers. De representerte et grunnsyn at mennesket har en fri vilje og kan ta ansvarlige valg basert på en trygg og realistisk selvpoppfatning (Helgesen, 2008).

Den helsefremmende filosofien rommer teorier og modeller på tvers av profesjoner og disipliner og vil derfor se mennesket i samspill med alle de årsakssammenhengene som påvirker et menneske gjennom livsløpet til helse eller uhelse, de såkalte helsedeterminantene. Dahlgren og Whitehead (1991) utviklet en sosial helsedeterminantsmodell som på en visuell måte viser de ulike nivåene i et samfunn som påvirker den enkeltes forutsetninger for å oppnå sitt helsepotensial. Biologiske og genetiske faktorer, kan vi ikke gjøre så mye med, men individuelle livsfaktorer, oppvekst, nærmiljø, arbeidsplassen, utdanning, vann og sanitære forhold, helse- og omsorgstjenester, boligforhold, levekår, miljøfaktorer og helsepolitikk, representerer alle determinanter som er påvirkelige og foranderlige.

I følge Michael Rothschild (1999) kan menneskers atferd styres og påvirkes gjennom:

- ❶ Kunnskap og kompetanse
- ❷ Lov og regulering
- ❸ Motivasjon og markedsføring

Kunnskap og kompetanse er en sentral variabel i hvordan vi velger å leve våre liv. Skolen er en viktig helsefremmende arena hvor den helsefremmende dannelsen (health literacy) utvikles gjennom at vi lærer sammenhengene mellom helse og uhelse, og etablerer en tro på at vi selv kan påvirke disse sammenhengene. Lov og regulering av helseatferd er samfunnets «oppdragerrolle» som brukes når staten ønsker å få kontroll på uønskede atferder eller fremme ønskede atferder. For eksempel vil uønskede atferd bli vanskeligere å gjennomføre, gjennom for eksempel skjenkekontroll og fartsdumper. Likeledes legger staten til rette for at positive atferder som er ønskelige blir lettere å gjennomføre, som gratis skolefrukt, kommunale idrettsanlegg og etablering av sykkelstier (Donovan, 2013, s 58). Når kunnskap og kompetanse, og lov og regulering ikke er tilstrekkelig for å oppnå ønskede atferds-mål, er motivasjon og markedsføring hen-

siktsmessig. Vi kan ikke regulere alle atferder, og mennesket vil på tross av kunnskap og kompetanse velge å opprettholde sine atferder. I denne sammenheng kan sosial markedsføring være et effektivt metode. Sosial markedsføring skal ikke erstatte eller brukes i stedet for gode og etablerte modeller, men virke parallelt og gi støtte til den samlede innsatsen i folkehelsearbeidet.

Sosial markedsføring – en plass i folkehelsearbeidet?

Sosial markedsføring er ikke et nytt begrep. I 1952 utfordret sosiologen G. D. Wiebe med spørsmålet «can you sell brotherhood like you sell soap?». Utgangspunktet for spørsmålet var en antakelse om at man kunne benytte tradisjonell markedsføring for å oppnå ønskede sosiale endringer. Men det var ikke før i 1971 begrepet sosial markedsføring ble lansert, og da i artikkelen «Social Marketing: An Approach to Planned Social Change» (Kotler & Zaltman, 1971). Siden den gang har sosial markedsføring funnet sin naturlige plass innunder paraplyen til helsefremmende arbeid, og representerer i dag en godt dokumentert metode for å utvikle og implementere intervensjoner, kampanjer og programmer, hvis hensikt er å påvirke spesifikke målgrupper til endring. Sosial markedsføring er definert som systematisk bruk av markedsføringsprinsipper og teknikker for å oppnå bestemte helseatferdsmål, for å styrke helsen og redusere ulikheter (French og Blair-Stevens, 2007). WHO, Røde Kors, United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Center for Disease Control (CDC), World Wildlife Fund (WWF) og Helsedirektoratet er noen eksempler på organisasjoner som har erfaring med, og som bruker, sosial markedsføring i sitt arbeid med atferdsendring og påvirkning. Helsedirektoratet publiserte nylig *Guide i sosial markedsføring for ledere og utøvere av offentlige helseprogrammer* (Helsedirektoratet, 2014).

Nøkkelelementer i sosial markedsføring

Sosial markedsføring som metode vektlegger opplevd nytte av endring, reduksjon av barrierer og økning av fordeler ved ny atferd. Metoden brukes som supplerende metode i arbeidet med å legge til rette for positive helseatferder.

Sosial markedsføring som prosess kjennetegnes av noen nøkkelelementer (Donovan, 2013, s. 63). Disse nøkkelelementene kan besvares gjennom følgende spørsmål:

- 1 Hva er atferdsutfordringen du ønsker å endre? Er utfordringen knyttet til kunnskap og kompetanse, lov og regulering, eller motivasjon og markedsføring? Og hvilke determinanter påvirker personen/målgruppen i dag?

skap og kompetanse, lov og regulering, eller motivasjon og markedsføring? Og hvilke determinanter påvirker personen/målgruppen i dag?

- 2 Hva vet du om målgruppen? Har du spurt dem det gjelder om deres opplevde barrierer for å delta i ønskede atferder? Hva hindrer dem og hva kan bidra til å fremme ønsket atferd?
- 3 Prinsippet om kost/nytte. «What is in it for me»? Alle mennesker tar valg basert på opplevd gevinst eller nytte av valget (atferden). Om du vil fremme røykeslutt som ønsket atferd, kan bedre pust, bedre kondisjon, penere hud, eller mer penger i lommeboken oppleves som nytteverdier. Dersom du ønsker å fremme at unge kvinner tar HPV-vaksinen, kan argumentet være å unngå livmorhalskreft.
- 5 Prinsippet om konkurranse: Hva konkurrerer om oppmerksomheten og tiden til din målgruppe? Vi bombarderes daglig av budskap og påvirkning fra flere kanaler og i mylderet er det noen som stikker av med seieren i kampen om vår oppmerksomhet. Hva er det som gjør at vi velger noe fremfor noe annet?
- 6 Prinsippet om segmentering: Hvem er det du ønsker å nå? «One size does not fit all». Mange av tiltakene i folkehelsearbeidet rettes mot den generelle befolkningen. Selv om det er mye som er felles for oss mennesker, er det likefullt mye som er forskjellig. Det gjelder å være bevisst når vi kjører ut tiltak til bredden og når vi ønsker å treffe spesifikke målgrupper. Segmentering handler om å forstå betydningen av variabler som påvirker våre valg og dermed vår atferd. Variabler kan være demografiske som kjønn, alder, bosted, utdanning og yrke, eller psykografiske som personlighetstyper.

Avsluttende kommentar

Så hvem og hva venter du på? Enhver endring begynner med oss selv. Det er DU som kan ta den telefonen, sende den mailen, snakke med den interessante foreleseren på konferansen i pausen, utveksle visittkort, utveksle ideer, åpne dørene for muligheter, lete etter løsninger, oppdage den andres idéer og talenter, se synergiene, våge å handle, våge å drømme, være litt crazy, ta noen sjanser, se utover din egen sfære, snakke med designere, oppdage kunstnere, lytte til musikere, oppdage miljøpsykologene, ta en omvei på veien hjem, klemme et tre, trække utenfor stien, og oppdage at like bortenfor der du er, ligger ditt Soria Moria.



LITTERATUR

- Bandura, A. (1986) Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Oxford University Press.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. (HiOA – Sammendragsrapport, 2014). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Donovan, R. M. (2013). Jeg hører hva du sier – og jeg driter i det. I Johnsen, J. & Engvold, H.O. (Red.), Klinisk kommunikasjon i praksis (s. 55–64). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2014). IS-0596. Guide i sosial markedsføring for ledere og utøvere av offentlige helseprogrammer.
- French, J. & Blair-Stevens, C. (2007) Big Pocket Book: Social Marketing. London: National Social Marketing Centre.
- French, J., Blair-Stevens, C., McVey, D. & Merrit, R. (2010). Social marketing and public health. Theory and Practice. New York: Oxford University Press.
- Helgesen, L.A. (2008). Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Kotler, P. & Zaltman, G. (1971) Social Marketing: An Approach to Planned Social Change, Journal of Marketing, 35(3), 3–12.
- Kim, W. Chan, Mauborgne, Renée. (2005) Blue ocean strategy: how to create uncontested market space and make the competition irrelevant Boston, Mass.: Harvard Business School Press
- Rothschild, M. (1999) Carrots, sticks and promises: a conceptual framework for the management of public health and social behavior. Journal of Marketing, 63, 24–37.
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). Helsefremmende lokalsamfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009) Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevnng av helseforskjeller. Oslo: Helsedirektoratet.
- WHO (1986) Ottawa charter for health promotion. Genève: Verdens helseorganisasjon.

■ RUTH.MARIE.STENSLAND.DONOVAN@HIB.NO

Norsk nettverk for helse i sykehus og helsetjenester

■ KJERSTI J. Ø. FLØTTEN | KAREN THERESE SULHEIM HAUGSTVEDT | ELSE KARIN KOGSTAD

Sekretariatet for Norsk HPH, Senter for helsefremmende arbeid, Avdeling Samhandling og helsefremmende, Akershus universitetssykehus

■ IDA R. K. BUKHOLM

Sekretariatet for Norsk HPH, Senter for helsefremmende arbeid, Avdeling Samhandling og helsefremmende, Akershus universitetssykehus • Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helsetjenester (HPH) er et profesjonelt faglig nettverk for samarbeid mellom sykehus og helsetjenester for satsing og utvikling av helsefremmende arbeid. Nettverkets formål er å støtte sine medlemmer til å styrke og utvikle sin innsats og ansvar innenfor folkehelsearbeidet slik at individets og befolkningens helse kan bedres til beste for den enkelte, familier, grupper og samfunn.

WHO definerer helse som en tilstand av komplett fysisk, mental og sosial velvære, og det spesifiseres at en med begrepet 'helse' ikke bare mener fravær av sykdom. Denne definisjonen utdypes gjennom Ottawa-charteret hvor det påpekes at helsefremmende arbeid handler om den prosess som gjør mennesker i stand til å bedre og bevare sin helse:

«God helse er et positivt begrep som legger vekt på sosiale og personlige så vel som fysiske ressurser» (1).

Ottawa-charteret sier at helse skapes og leveres av mennesker i de settinger de lever sine liv i, hvor de lærer, arbeider, leker og elsker. Nettopp fordi en snakker om mennesket som helhet og i samspill med sine omgivelser, blir helsefremmende arbeid ikke bare helsesektorens oppgave. Helsefremmende arbeid er en samfunnsoppgave og et tverrfaglig arbeid.

Helsefremmende tiltak handler i følge Ottawa-charteret om å bygge en sunn helsepolitikk, å skape et støttende miljø, å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, å utvikle personlige ferdigheter og å tilpasse helsetjenesten.

«Helse blir skapt ved å vise omsorg for seg selv og andre, ved å være i stand til å ta avgjørelser og ha styring over sitt liv, og ved å sikre at de samfunn en lever i skaper betingelser som gir mulighet for god helse for alle» (1).

Dette er prinsipper som for så vidt ikke er ukjente i en norsk kontekst. I sin omtale av

Folkehelseloven (2) skriver Helsedirektoratet:

«Prinsippet om å fremme folkehelse i alle sektorer («helse i alt vi gjør») gjelder for kommune, fylkeskommune og stat».

Lovens § 3 b lyder:

«...folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (3).

Når den kom var Folkehelseloven med på å løfte ansvaret for folkehelsen fra et anliggende bare for kommunehelsetjenesten til å være sektorovergripende i kommunene.

Setting-perspektivet

Hva da med helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten? Hører fokuset hjemme der? Til tross for at Folkehelseloven påpeker at en skal fremme folkehelse i alle sektorer gjennom «helse i alt vi gjør», så får de som jobber med helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten stadig høre fra kolleger, både i og utenfor spesialisthelsetjenesten, at helsefremmende arbeid hører hjemme i førstelinja. WHO har uttalt at helsefremmende og forebyggende arbeid er et av de viktigste bidragene til kvalitet i pasientbehandlingen på sykehus sammen med blant annet pasientsikkerhet. I samar-

beid med HPH utarbeidet de en manual for implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid i sykehus (4). Manualen består av fem standarder:

- ❶ Ledelse
- ❷ Vurdering av pasienter
- ❸ Pasientinformasjon og intervensjon
- ❹ Helsefremmende arbeidsplass
- ❺ Kontinuitet og samhandling

Norsk HPH jobber for å fremme vektlegging av at hver aktør tar sin rolle på alvor i dette viktige arbeidet.

The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) ble initiert av WHO sitt regionale kontor i Europa på tidlig nittital (5) og var ett av flere initiativer fra WHO med et setting-perspektiv (andre eksempler er Health Promoting Cities, Health Promoting Schools Health Promoting Universities etc). Utgangspunktet for initiativet var å få sykehusene til å se sin rolle i det helsefremmende arbeidet og gå fra en patogenetisk tilnærming til en mer salutogen forståelse. Helsefremmende arbeid skal således være en del av kjernevirksomheten og ikke et «add on». I 2008 gikk nettverket fra å være forbeholdt sykehus til å omfatte også andre deler av helsetjenesten, nettopp fordi en så viktigheten av ikke å tenke i siloer. Medlemmene arbeider for å skape en helsefremmende kultur i sin organisasjon. Setting-perspektivet tar høyde for settingen hvor mennesker lever, lærer, jobber og benytter seg av ulike tjenester (6). Samtidig som en anerkjenner at helsefremmende arbeid ikke hører til helsetjenesten alene, peker en på at helsetjenesten også er en setting i mange menneskers liv. Det er fire fokus i HPH nettverket: å fremme pasienters og pårørendes helse, å fremme ansattes helse, å endre organisasjonen til å bli en helsefremmende setting og å fremme helse for befolkningen i nærområdet organisasjonen befinner seg i (7).

fremmende er (Norsk HPH)

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Helsefremmende arbeid på dagsorden

Noen mennesker har korte møter med oss, men en økende andel mennesker lever med kroniske sykdommer eller utfordringer knyttet til sin mentale helse (8) og skal ha oss med på en lengre del av veien gjennom sitt liv. «Helsesektoren alene kan ikke skape store endringer i helseadferd, men den kan spille en viktig rolle i å identifisere helseutfordringer og sette samfunnets og politikerens fokus på dem» (6). HPH mener at helsepersonell på alle nivåer i sine møter med pasienter og deres pårørende har en unik mulighet til å sette helsefremmende arbeid på agendaen. Så hvordan kan vi sammen på hver våre måter, på hver våre arenaer og med hver våre roller jobbe for å utfylle hverandre i det helsefremmende arbeidet til beste for de mennesker vi møter?

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført i 2012. Helsedirektoratet skriver på sine sider:

«Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.(...) Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker» (9).

Riksrevisjonen lanserte i januar 2016 *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (10). Riksrevisjonen påpeker blant annet at verken sykehusene eller kommunene mener de mottar den informasjon de trenger fra hverandre for å legge til rette for god behandling, og konkluderer med at kvaliteten på informasjonen som utveksles må bli bedre. De anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet å se på tiltak som bedrer samarbeidet mellom de to nivåene – med spesielt fokus på dem med behov for sammensatte tjenester. Dette viser altså at vi ennå har et stort forbedringspotensial i å snakke med hverandre og å få innsikt i hverandres forståelse

av hvilken informasjon som er viktig. HPH standard 2 Vurdering av pasienter, standard 3 Pasientinformasjon og intervensjon og 5 om kontinuitet og samhandling kan bidra til å skape en felles forståelse og beskrivelse av hva som er viktige forhold. Slike avklaringer av sentrale kriterier kan blant annet være avgjørende i forhold til samhandling om pasienters innleggelser og utskrivelser slik at reinnleggelser kan unngås så langt det er mulig.

Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk HPHs nasjonale koordinator Ida Bukholm påpeker at ved å analysere saken i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) kan en se at mange av skadene skyldes kommunikasjonssvikt på flere nivåer. I tillegg er mangel på involvering av pasientene et problem. Internasjonalt mener man at mangelfull hjelp fra helsetjenesten når det gjelder forebygging av sykdom som pasienten kommer inn med (for eksempel kreft eller hjerte-kar-sykdom) også er å regne som en pasientskade. Det er liten tvil om at dette også vil gjelde Norge i fremtiden. Informasjon, veiledning og kommunikasjon om helse er kjerneelementer i arbeidet med pasientsikkerhet (1). Dessuten er fokus på ansattes helse og arbeidsmiljø også en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet. Har ikke ansatte det bra på jobben, får ikke pasientene gode tjenester heller, noe flere studier viser. Ut i fra NPE-materialet ser vi at det er samme type skader som går igjen. Det vil altså si at vi ikke har gode verktøy for å lære av egne feil.

Verdien av å delta i HPH

Formålet med HPH er å fremme kunnskap om og støtte implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid i sykehus og helsetjenester. Verdien av å delta i HPH er å få del i et stort internasjonalt nettverk hvor deling av kunnskap, ideer og utvikling både lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt

står sentralt. Arbeidet skjer gjennom nyhetsbrev, konferanser, nettsider, seminarer og internasjonale og nasjonale arbeidsgrupper. Det er også utarbeidet håndbøker for helsefremmende arbeid på ulike områder som for eksempel helsefremmende arbeidsplass (11), barns rettigheter (12), likeverdige helsetjenester (13). Vår metodeutvikler Karen Therese Sulheim Haugstvedt har siden 2000 utviklet forskningsbasert metodikk («SAVE: Self-Awareness through Values and Emotions») for hvordan individer med ulike langvarige helseutfordringer kan styrkes til å ta vare på seg selv, delta aktivt og leve et bedre liv på tvers av diagnose, alder, kjønn og kultur. Det handler om å gjøre noe som gir mening for deg.

«Act-Belong-Commit»

Norsk HPH har akkurat inngått en spennende avtale med «Act-Belong-Commit» (ABC) (14), et helsefremmende program utviklet av Mentally Healthy Western Australia ved Curtin University i Perth. Det er en evidensbasert kampanje som ble utviklet gjennom forskning hvor man så på folks oppfatninger om mental helse og hva de selv mente fremmet mental helse. ABC-programmet er også tilpasset i Danmark av Statens Institut for Folkesundhed. Målet er å «bedre folks mentale helse og velvære ved å styrke individuell motstandsdyktighet og å bygge samhørighet i lokalsamfunnet». Videre oppmuntrer ABC mennesker til å bli mer proaktive for å styrke sin mentale helse. Her vil lokal oversikt og engasjement for mulige aktiviteter, fellesskap og meningsfullt initiativ være avgjørende for et folkehelseløft innen mental helse, både når det gjelder den enkelte og lokalbefolkningen. Dette gir et stort potensial for verdifullt samarbeid mellom ulike aktører innen spesialhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, andre aktører i kommunen og det frivillige. Budskapet er enkelt:



A (ACT) – Gjør noe aktivt, delta på ulike måter og områder (fysisk, sosialt, mentalt og spiritielt);

B (BELONG) – Gjør noe sammen med noen, som å pleie ulike relasjoner (venner og familie, tidligere grupper eller nye klubber og arrangementer)

C (COMMIT) – Gjør noe som gir mening; engasjer deg, sett deg et mål (i en hobby, en god sak, frivillig arbeid, lære noe nytt).

Vi i Norsk HPH ønsker nye medlemmer velkommen. For mer informasjon, gå til: www.norskhp.no eller ta kontakt: norskhp@ahus.no

REFERANSER:

1. World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion (1986) <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
2. Helsedirektoratet webside Folkehelseloven <https://helsedirektoratet.no/lover/folkehelseloven> (01.02.17).
3. Helse og omsorgsdepartementet Folkehelseloven (2011) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>.
4. Grøne O. (red) Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid i sykehus: Manual og selvevalueringsskjema, World Health Organization (2006), norsk oversettelse (2011) http://norskhp.no/wp/wp-content/uploads/2014/11/2014_Manual-og-selvevalueringsskjema-Norsk.pdf.
5. Pelikan JM., Grøne O., Svane JK The International HPH Network – A short history of two decades of development, Clinical Health Promotion – Research and Best Practice for patients, staff and community (2011) http://clinhp.org/iframe/Vol1_Issue1_p32_36.pdf.
6. World Health Organization, The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services Concept, framework and organization (2007) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf.
7. Groene, O. Health promotion in hospitals – From principles to implementation i Health promotion in hospitals: Evidence and quality management World Health Organization (2005) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf
8. World Health Organization Health Regional Office for Europe, 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century (2013) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf.
9. Helsedirektoratets nettside, Samhandlingsreformen <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> (01.02.17).
10. Riksrevisjonens nettside, Pressemelding samhandlingsreformen <https://www.riksrevisjonen.no/presserom/Pressemeldinger/Sider/Samhandlingsreformen.aspx> (01.02.17).
11. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Veileder for helsefremmede arbeidsplasser i helseinstitusjoner (2011) norsk oversettelse (2013) <http://norskhp.no/wp/wp-content/uploads/2014/11/HPH-veileder-for-helsefremmede-arbeidsplasser-i-helseinstitusjoner.pdf>.
12. HPH Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals and Health Services, Barns rettigheter i sykehus og helsetjenester. Håndbok og verktøy for evaluering og forbedring (2012) norsk oversettelse (2014). http://norskhp.no/wp/wp-content/uploads/2016/09/HPH_haprosentCCprosent8Andbok.pdf.
13. HPH Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Healthcare, Standarder for likeverdige helsetjenester for migranter og andre sårbare grupper. Pilotimplementering (2014) <http://norskhp.no/wp/wp-content/uploads/2014/11/SelvevalueringssverktprosentC3prosentB8y-Pilotimplementering.pdf>.
14. Mentally Healthy Western Australia, nettside ABC <http://www.actbelongcommit.org.au/>.

■ KJERSTI.JOHANNE.FLOTTEN@AHUS.NO

Legene må mer aktivt med

■ ROAR BLOM • Rådgiver folkehelsearbeid Nordland Fylkeskommune

Vi trenger en mer offensiv, visjonær og positiv tilnærming til våre helseutfordringer enn det dagens sykdomsfokus innbyr til. Målet må være et friskere folk, ikke flest mulig behandlete. Å arbeide etter et slikt mål vil kreve økt kollektiv mobilisering gjennom et bredt anlagt helsefremmede og forebyggende arbeid. Dette utgjør vårt største helsepotensial. Legenes kompetanse, erfaring og autoritet vil også her stå sentralt.

Norsk helsepolitikk tar utgangspunkt i sykdom, pasienter og behandling. Flest mulig behandlete pasienter innen de gitte behandlingsrammer synes å være det overordnede helsepolitiske mål. Dette er et helsepolitisk paradoks. For folkehelsen blir ikke så mye bedre av at flere behandles. Tvert i mot er flere behandlinger og et slikt definisjonsgrunnlag for økt «helseproduksjon» også et symptom på redusert folkehelse. Vi fjerner ikke fedmeepidemien med økt antall fedmeoperasjoner. Så ser vi likevel at det er behandling, pasientoppfølging og medisinske behov som dominerer helsedebatten – særlig hva angår den helsepolitiske debatt. Dette fokuset er videre til de grader bestemmende for helserelatert ressursbruk.

Er det ikke et sunnere og friskere folk vi egentlig ønsker oss? I så fall – kan vi ikke da enes om at det nye hovedmålet for norsk helsepolitikk skal være: *Et friskere folk*. Herunder vil effektmål kunne være redusert behandlingsbehov, flere i arbeid og økt trivsel og samfunnsproduksjon.

Norge ingen lysende stjerne lenger

Jeg tror de fleste ved nærmere ettertanke er enige om at vi må arbeide for å beholde god helse lengst mulig. Det er her det store helsepotensialet ligger. Dette er verdens helseforskere enige om. Ca. 40 prosent av den sykdomsbyrde vi påføres gjennom kroniske, ikke-smittsomme og for det meste livsstilsrelaterte sykdommer, kan elimineres gjennom bedre kontroll med de viktigste riskofaktorer for uhelse og for tidlig død. Det er en gåte at vi ikke utnytter dette potensialet bedre i Norge. Vi burde ha alle forutsetninger for å gjøre nettopp det. Men Norge er ikke lenger noen lysende stjerne på den internasjonale folkehelsehimmen. Vi har ikke fulgt med i timen hva an-

går adekvat respons på endrede helseutfordringer. Vi er mer en sinke når nasjoner sammenliknes hva angår bygging av effektivt helsefremmede arenaer for å møte livsstilsutfordringene:

- Vi befinner oss i bunnskiktet blant land i Europa hva daglig fysisk aktivitet angår
- Vi er et av landene i Europa med størst vekst i fedmeandelen
- Vi ligger på topp i sykefravær
- Vi ligger på topp hva angår drop-out i skolen
- Vi har store utfordringer i ungdoms mentale helseutvikling
- Vi er et av svært få land i Europa som ikke «har råd til» å tilby kost i skolen
- Vi er ikke lenger blant top-10 nasjonene for høy levealder
- Og ikke minst – vi er et av landene hvor forskjellene i samfunnet øker mest – inkludert helseforskjellene

Alt dette er helseutfordringer som burde oppta regjeringen like mye som tilgang og pris på nye medisiner og snorklipping foran nye sykehusfløyer. Vi kan med rette spørre oss: Hvorfor greier ikke Norge anno 2017 å føre en mer offensiv politikk mot årsakene til uhelse. WHO's helseoversikter viser at 80 prosent av sykdomsbelastningen som fører til for tidlig død i Norge nå skyldes ikke-smittsomme, kroniske og for det meste livsstilsrelaterte sykdommer. Og igjen: Denne framveksten av livsstilssykdommer kan vi ikke behandle oss ut av!

Folkehelseloven ingen døråpner

At folkehelseloven kom på plass og ble gjort gjeldende fra og med 2012 var et viktig grep for å oppnå mer helhetlig handling i kommuner og fylkeskommuner. Så ble aldri denne døråpneren for et bedre folkehelsearbeid brukt av staten når samhandlingsreformens intensjoner og ulike strategier skulle gjødsles og realiseres.

Igen så vi at all økonomisk støtte til det kommunale arbeidet ble øremerket pasientoppfølging. Å redusere pasienttilgangen – også det en klar intensjon i samhandlingsreformen – ble avspist med tilråninger og gode ord. Det ville vært både riktig og viktig å stimulert implementeringen av folkehelseloven med noe friske midler til kommunene. Helst øremerkede midler over en fem-årsperiode. De som uttrykker stor motstand mot statlig øremerking av kommunal økonomi får ha meg unnskyldt. Det nye og store ansvaret som kom med folkehelseloven burde vært fulgt av noen folkehelsekroner for å få etablert den nødvendige kommunale grunnmur i arbeidet – midler til en stillingsressurs som folkehelsekoordinator og noe midler til tiltaksrettet arbeid. Samtidig som spesialisthelsetjenesten får sine nye friske milliarder i hvert nytt statsbudsjett burde det kommunale folkehelsearbeid nå støttes med 1 mill. kr. pr. kommune. Slik øremerket støtte er på ingen måte for seint. Denne investering på 400 mill. kr. ville gitt et helt annet grunnlag for samhandling innad i kommunen, samarbeid mellom forvaltningsnivåene og for oppfølging av folkehelseloven gjennom målrettet handling.

Likevel kommunale muligheter

Så har kommunene likevel muligheter gjennom de oppgaver de er pålagt og gjennom de faglige og økonomiske ressurser de faktisk rår over. Og greier kommunene å etablere den nødvendige kollektive helhetsforståelsen for folkehelsearbeidets potensialer og også etablere de nødvendige tverretatlige strukturer for samarbeid, er grunnlaget lagt. Politisk mobilisering er samtidig en forutsetning for å komme på offensiven. Utsagnet «det behövs en hel stad för at fostra et barn» beskriver på en god måte behovet for «ecological approach».

I denne helhetlige tilnærming er barnehagene, lærerne, rådmannen, kommunelegen, folkehelsekoordinatoren og kommuneplanleggeren like viktige aktører. Når Nordland fylkeskommune bruker det meste av sitt folkehelsebudsjett til å stimulere kommunal mobilisering, er det denne helhetsinvolvering vi ønsker å oppnå. Derfor forutsetter vår økonomiske støtte til kommunene både en koordinatorressurs med funksjon som pådriver og koordinator for det tverretatlige samarbeid og en tverretatlig samarbeidsgruppe. Samarbeidsavtalene som er inngått mellom fylkeskommunen og våre 44 kommuner er skreddersydd hver kommunes egne utfordringer og prioriteringer. De enkelte resultatområder er gitt mest mulig konkrete resultatmål. Dette gjør arbeidet både mer spennende og mer forpliktende.



Tverretatlig / tverrsektorielt samarbeid

Når folkehelseloven pålegger hele kommunen – all kommunal virksomhet – å involvere seg i det helsefremmende og forebyggende arbeid, betyr det at alle virksomhets- og ansvarsområder må inngå i det kommunale folkehelsesamarbeidet. Helseprofesjonene sitter på mye relevant kunnskap og erfaring om helsestatus og helseutvikling i kommunen og legene vil kunne tilføre arbeidet både kunnskap og impulser til handling. Kommunelegene bør med i de tverretatlige strukturer som etableres for å bygge opp et helhetlig kommunalt folkehelsearbeid. Legene er med på å gi disse strukturer den faglige tyngde og autoritet som er nødvendig for å utfordre det politiske nivå. Og politikerne må utfordres også her. Særlig her – p.g.a. den korte historien det moderne folkehelsearbeidet har som eget politikkområde.

Frisklivssentraler

Ca. 270 kommuner har nå etablert frisklivssentral. Sentralene er ikke lovpålagte, men er av statlige helsemyndigheter likevel definert som kommunalt forebyggende helse tilbud. Staten har også hatt ansvaret med å utarbeide en kvalitetssikret veileder for etablering og drift av frisklivssentraler. Utviklingen av frisklivssentraler startet da allmennpraktiserende leger etterlyste kvalitetssikrede tilbud for tilpasset fysisk aktivitet som de kunne henvise klienter til når prøveordningen «grønn resept» ble dratt i gang rundt 2005. Frisklivssentralene, som i sine første år gikk under navnet FYSAK-

sentraler i Nordland, er i dag blitt til nettopp det kvalitetssikrede tilbud legene etterlyste for å kunne gi klienter nødvendig livsstilsveiledning og praktisk støtte og oppfølging på veien mot et sunnere liv. Tilbudet om tilpasset fysisk aktivitet over en 12 ukers periode er i de fleste sentraler supplert med røykesluttkurs og kurs i kostveiledning for de som ønsker det.

Fastlegene utgjør den viktigste suksessfaktoren for at sentralene skal få kontakt og samarbeid med ønskede målgrupper. Leger har fortsatt stor autoritet i helse spørsmål. Selv om henvisning til livsstilsendring ikke er den enkleste «resept» å følge opp, vet vi at legenes råd i så måte i stor grad når inn. Legers evne og vilje til å henvise til frisklivssentral varierer naturlig nok. Det er likevel svært gledelig at samarbeidet mellom sentralene og legene har bygd seg merkbart opp de siste ti år. Her er enda mer å gå på! Helsekonsekvensene av usunn livsstil i befolkningen ser ikke ut til å avta – tvert imot. Den delen av befolkningen som ikke har tilgang til frisklivssentral bør nå snarest få det. Kan legene utvide sitt frisklivsengasjement til også å bli pådrivere for at egen kommune etablerer frisklivssentral eller bidrar til at eksisterende sentraler videreutvikles i samsvar med behov for økt kapasitet og nye tilbud?

Kunnskapsgrunnlaget

Kommunene er gjennom folkehelseloven pålagt å utarbeide en oversikt over helsestatus og helseutvikling i kommunen og over

positive og negative faktorer som virker inn. Kommunene bygger arbeidet på tilgjengelige helsestatistikker, på egne helse data og eventuelt egne befolkningsundersøkelser. Kommuneoverlegen har i mange kommuner ansvaret for oppgaven, ofte i nært samarbeid med folkehelsekoordinatoren. Uavhengig av hvor hovedansvaret for oppgaven er plassert, må kommunens helseprofesjoner, fastlegene inkludert, inngå i arbeidet med å skaffe data og ikke minst tolke de data som blir samlet inn. Og det aller viktigste: Hva gjør kommunen i neste omgang med de resultater og konklusjoner som framkommer? Hvilke utfordringer og muligheter er det kommunen har og som er særlig viktig å følge opp? Og hvilken prioritet skal disse helseutfordringer gis? Helseoversikten og de svar som gis på nevnte spørsmål vil danne et viktig grunnlag som kommunens folkehelsearbeid må bygge på.

Fastlegekontorene – en unik arena

De fleste voksne er innom fastlegen sin en eller flere ganger pr. år. Denne kontakten med befolkningen er en unik arena til å framsnakke de helsefremmende levevaner, til å lære pasientene om egne muligheter til å beholde og utvikle god og kanskje bedre helse. Hvor gode er leger til å balansere slik livsstilsveiledning med spesialkunnskap om diagnoser og medisiner? Husk at dere kanskje er den yrkesgruppen som har, og i enda større grad vil kunne ha, innflytelse på folks helsehverdag – også for dager uten medisin...

ROABLO@NFK.NO

Folkehelseforeningen – et redskap for bedre folke

■ NORSK FORENING FOR FOLKEHELSE > JORID GRIMELAND • Styreleder
JOHAN LUND • Generalsekretær | GUNNAR TELLNES • Initiativtaker/tidligere styreleder

Vår tids helseutfordringer preges av globalisering, kommersialisering og medikalisering av helsetjenestene. Det er nødvendig å utvikle folkehelseallianser som involverer alle som jobber for samme sak, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Samfunnsmedisinsk engasjerte leger bør delta aktivt i dette samarbeidet.

Folkehelseforeningen ble stiftet i 1998 for å organisere enkeltpersoner og institusjoner som ønsker å bidra til å fremme et tverrfaglig folkehelsearbeid i Norge. Et annet motiv var å få Norge med i det europeiske og internasjonale nettverket av nasjonale folkehelseforeninger som er organisert i European Public Health Associations (EUPHA) og World Federation of Public Health Associations (WFPHA). En tredje viktig målsetting med Folkehelseforeningen var og er å bygge bro mellom forskning, utdanning, politikk og praksis, slik at kunnskap om effektive folkehelse tiltak skal kunne tilflyte det politiske og det praktiske feltet. Vårt motto er å skape «helsefremmende samhandling til beste for oss alle». Du er velkommen til å bli medlem i foreningen!

Historikk og internasjonalt samarbeid

1998: Norsk forening for samfunns-helse

Fra 1994 utviklet det seg et folkehelsenettverk i Europa der tverrfaglige foreninger fra de enkelte land ble godkjent som medlemsorganisasjoner i European Public Health Association (www.EUPHA.org). Etter få år var de fleste landene i Europa representert med medlemsorganisasjoner. Norge var imidlertid et av de få landene som ikke var med i nettverket. Noen få representanter fra Norge deltok i de årlige EUPHA-konferansene den første tiden, og det ble etter hvert in-

teresse for at Norge burde komme med som medlem. Men de fleste samfunnsmedisinske foreningene i vårt land som kunne være aktuelle medlemsorganisasjoner, representerte kun én profesjon eller yrkesgruppe, og dette kvalifiserte ikke til medlemskap i EUPHA. Dette var bakgrunnen for at en tverrfaglig forening ble stiftet 15. april 1998 og da med navnet Norsk forening for samfunns-helse. Det norske medisinske Selskab (DnmS) bidro aktivt til annonsering og medlemsrekruttering. Etter kort tid fikk foreningen ca. 140 medlemmer hvorav mange leger i samfunnsmedisinske stillinger. Det første seminaret/konferansen foreningen arrangerte ble holdt i lokalene til DnmS i Drammensveien 44 i Oslo høsten 1998.

2003: Norsk forening for folkehelse

Et par år senere ble foreningen meldt inn i World Federation of Public Health Associations (www.WFPHA.org). Flere norske del-

takere ble aktive bidragsyttere på både EUPHA- konferansene og på WFPHA sine Annual Meetings i Genève. Etter fem år skiftet den norske foreningen navn til Norsk forening for folkehelse – Norwegian Public Health Association (NOPHA) (www.folkehelseforeningen.no). Vår forening organiserte European Public Health Conference i Oslo i 2004 der det var 700 deltakere fra ca. 50 land. De viktigste tema og foredrag fra denne konferansen ble publisert i bokform med 72 folkehelseeksperter som bidragsyttere (1). Det er vår erfaring at norske samfunnsmedisinere tidligere i liten grad deltok på internasjonale folkehelsekonferanser. Folkehelseforeningens kontakt med EUPHA-nettverket synes å ha bidratt til at flere samfunnsmedisinere i Norge har deltatt på European Public Health Conferences (EPH) som disse konferansene nå heter. Neste EPH arrangeres 1.–4. november 2017 i Stockholm. Temaet

Johan Lund, generalsekretær



Jorid Grimeland, styreleder



Folkehelseforeningen

NORSK FORENING FOR FOLKEHELSE
Norwegian Public Health Association (NOPHA)

helse

for årets konferanse er «Sustaining resilient and healthy communities», og fristen for innsending av abstracts er 1. mai 2017. Det oppfordres til presentasjon fra både vitenskapelige, praksisrelaterte, utdanningsrelaterte og politisk orienterte prosjekter.

At vi arrangerte denne store europeiske folkehelsekonferansen i 2004 var en stor inspirasjon til at vi året etter arrangerte den første to-dagers nasjonale folkehelsekonferansen på Voksenåsen i Oslo. En slik konferanse er arrangert hvert år siden, de seneste årene i samarbeid med Sunne kommuner (www.folkehelsekonferansen.no).

Visjon, formål og oppgaver

Folkehelseforeningens visjon er å bidra til å bedre folks helse, miljø og livskvalitet – lokalt, nasjonalt og globalt. Foreningen arbeider tverrfaglig og tverrsektorielt for en økt forståelse og interesse for forskning, utdanning, formidling, politikkutforming, forvaltning og praksis innen folkehelsearbeid og viktigheten av å bygge bro mellom disse for å oppnå bedre helse i befolkningen. Forskning bør i sterkere grad brukes som grunnlag for politikkutforming og praksis, og politikkutforming og praksis bør sette agendaen for forskningen. Samarbeidet mellom aktørene innen feltet må styrkes for å sette folkehelse på den politiske dagsorden, og det arbeider foreningen for å få til.

For tiden har foreningen ca. 200 medlemmer fordelt på institusjoner, personer, studenter og seniorer/pensjonister. Flere av disse er samfunnsmedisinere. Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) og Norsk arbeidsmedisinsk forening er institusjonsmedlemmer. I en nettopp gjennomført medlemsundersøkelse svarer halvparten at de er medlemmer i Folkehelseforeningen fordi de hører hjemme i dette fagfeltet. Dessuten svarer 20 prosent at det er for å gi sin stemme til å påvirke folkehelsepolitikken og 20 prosent at det er for å få rabatter på våre konferanser og billig tilgang til de to folkehelsefagstidsskriftene (se nedenfor).



Gunnar Tellnes var initiativtaker og tidligere styreleder i Norsk forening for folkehelse.

Vårt årsmøte velger styre og godkjenner arbeidsplaner og budsjetter. Foreningen er åpen for personer, organisasjoner, bedrifter og institusjoner som har interesse for forskning, utvikling, utdanning og praksis innenfor helsefremmende arbeid, forebygging, behandling og rehabilitering. Kontingenten for personlig medlemskap er for tiden 500 kroner, for institusjoner 1500 kroner og for studenter/seniorer 300 kroner. Da får man tilsendt/tilgang til European (EJPH) og Scandinavian Journal of Public Health (SJPH) og rabatter på de nasjonale og europeiske folkehelsekonferansene. NOPHA er for øvrig medeier av SJPH sammen med de andre nordiske folkehelseforeningene, for tiden med norsk redaktør og styreleder. Som medlem av EUPHA og WFPHA, har NOPHA mulighet til å påvirke det europeiske og internasjonale folkehelsearbeidet gjennom deltakelse i råd og utvalg i disse (2–3). For tiden er styreleder medlem av Policy Committee i WFPHA, og deltar aktivt i det årlige Governing Board i EUPHA. WFPHA har for øvrig nylig utarbeidet et «Global Charter for the Public's Health – the public health system: role, functions, competencies and education requirements» (4).

Folkehelseforeningens tre hovedmål og aktiviteter innen disse

Mål 1: Møtested og brobygger

Folkehelseforeningen skal være et møte- og en brobygger mellom forskere, praktikere, de som utformer politikk og de

som driver frivillig arbeid innen feltet. Eksempler på aktiviteter:

- Årlig arrangeres den nasjonale folkehelsekonferansen, for tiden i samarbeid med Sunne kommuner. I 2017 vil den gjennomføres i Oslo mandag 23. og tirsdag 24. oktober. Det er vanligvis mellom 350 og 500 deltakere. I tillegg til samfunnsmedisinere og folkehelsekoordinatorer er en rekke andre profesjoner representert på konferansene, ikke minst fra kommunal sektor. Det er opprettet arkiv for de siste folkehelsekonferansene på nettsidene (www.folkehelsekonferansen.no). Tema fra de siste årene har vært:
 - Sosiale ulikheter i helse finnes også i Norge – hva oppnår vi?
 - Det nære friluftslivet
 - Lokalsamfunn for framtida – Samarbeid på tvers for helse og trivsel.
- Det blir oppfordret til å sende inn abstracts til konferansene om forskning og praksis på folkehelsefeltet. Det beste abstractet i disse to kategoriene blir premiert med 10 000 kroner. Dette for å øke aktivitetene med å dokumentere god forskning og gode praktiske folkehelse tiltak.
- Dagsseminar: Det arrangeres også hvert år et til to dagsseminarer over utvalgte tema.
- En «folkehelsehub» er etablert i samarbeid med Sunne kommuner, Frivillighet Norge, Oppegård kommune og Helsedirektoratet. Dette er en uformell møteplass etter jobb for unge mennesker som

jobber med eller for folkehelse. Det er vanligvis ca. 50 personer til stede.

- Det er etablert tre faggrupper: arbeids-helse, minoritetshelse og internasjonal helse. Andre opprettes etter behov og ønske.
- Vi har inngått en partnerskapsavtale med Sunne kommuner for sammen å jobbe aktivt for å spre kunnskap om effektivt helsefremmende og forebyggen-de arbeid til kommuner, fylkeskommuner, private aktører og institusjoner på nasjonalt nivå.
- Det er inngått en samarbeidsavtale med Norsk nettverk for forskning og utdanning på helsefremming for å styrke bevissthet rundt forskning og utdanning om helsefremming ved universiteter og høgskoler, og i samfunnet generelt i Norge.

Mål 2: Forståelse for folkehelseperspektivet

Folkehelseforeningen skal bidra til økt forståelse lokalt, nasjonalt og globalt for folkehelseperspektivet innen forskning, utdanning, formidling og forvaltning. Eksempler på aktiviteter:

- Gjennom abonnement på tidsskriftene *Scandinavian Journal of Public Health* (SJPH) og *European Journal of Public Health* (EJPH) formidler Folkehelseforeningen ny forskning innen de aktuelle fagområder til medlemmene.
- Bidra til å spre gode eksempler på konkret folkehelsearbeid i kommunene gjennom folkehelsekonferansen og foreningens nettside.
- I forbindelse med Folkehelsekonferansen 2015 ble det utarbeidet et 20 siders bilag «Sammen om folkehelse» til *Dagens Næringsliv* i samarbeid med Sunne kommuner (5). Halvparten var redaksjonelt stoff og halvparten annonser. Det ble finansiert av annonseinntekter.
- Sammen med Nasjonalt nettverk for helsefremming, som ble opprettet i 2010, er det utarbeidet forslag til kjernekompetanseområder for mastergradene i folkehelsevitenskap (MPH) og i helsefremmende arbeid (6). Dette nettverket vil forøvrig i årene framover ledes fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU med professor Geir Arild Espnes som leder.
- I samarbeid med Sunne kommuner og finansiert av Helsedirektoratet ble det utarbeidet en publikasjon om «Folkehelse på tvers» på ca. 50 sider i 2012 (7). Denne reflekterer den nye Folkehelse-lovens intensjon om å arbeide for bedret folkehelse på tvers av forvaltningsområdene. I publikasjonen ble også presentert tiltak som erfaringsmessig virker godt,

de fleste tatt fra bidrag på Folkehelsekonferansen i 2011.

- Fra kunnskap til handling: Søke å påvirke mer tiltaksforskning i folkehelse i samarbeid med NOPHAs medlemmer av forskere som er veiledere for praktikere.

Mål 3: Drivkraft for folkehelse

Folkehelseforeningen skal, i samarbeid med andre organisasjoner og institusjoner innen folkehelsefeltet, være en drivkraft for å sette folkehelse på den politiske dagsorden. Eksempler på aktiviteter:

- Bidra i politikkkutforming på folkehelseområdet ved å påvirke programarbeidet til de politiske partiene i sammenheng med Stortingsvalget 2017. Det ble høsten 2016 sendt en oppsummering av viktige politikkpunkter til alle politiske partier med ønske om at de innarbeides i partiprogrammene.
- Innspill er gitt til de to siste folkehelsemeldingene.
- Innspill er gitt til Stortingets helsekomite om hva som er viktig å følge opp i den siste folkehelsemeldingen (8).
- Innspill er gitt til Helse- og omsorgsdepartementet før WHO helseforsamling i Geneve de to siste årene.
- Det samarbeides med Sunne kommuner om å opprette en nasjonal folkehelseallianse, hvor organisasjoner innen folkehelse kan møtes og snakke med én stemme, for dermed å sette folkehelsearbeid sterkere på den politiske dagsorden. Målsettingen er å opprette en nasjonal folkehelseallianse på Folkehelsekonferansen til høsten.

Avsluttende kommentar

Erfaringer med Folkehelseforeningens årlige seminarer og konferanser i Norge, og vårt aktive samarbeid med EUPHA og WFPHA understreker betydningen av tverrfaglig samarbeid for å nå helsepolitiske mål. Dessverre har andelen kommuneoverleger og andre samfunnsmedisinere avtatt blant foreningens medlemmer i de senere år, mens andre yrkesgrupper i økende grad ønsker å delta på den årlige Folkehelsekonferansen, som nå er blitt den største samlingsarenaen for de som driver med folkehelsearbeid her i landet. Det er derfor et ønske at flere samfunnsmedisinere og arbeidsmedisinere blir medlemmer i Folkehelseforeningen, og bidrar til felles innsats for å påvirke politikkkutforming i Norge og Europa (9, 10). Medlem kan man bli ved å gå inn på foreningens nettsider (www.folkehelseforeningen.no). Som enkeltmedlem får man også «gratis» abonne-

ment på SJPH og EJPH, som ellers koster ca. 8000 kroner i året.

Vår tids helseutfordringer preges av globalisering, kommersialisering og medikalisering av helsetjenestene; foruten store konsekvenser av klimaendringer, migrasjon og flyktningkriser. Dette preger media og nyheter hver dag. Folkehelseutfordringene er derfor mange og av tidligere ukjent karakter, blant annet på grunn av økende terrorisme som skaper angst og uro verden over. Dette er et varsel som bør vekke alle norske samfunnsmedisinere til nytenkning og aktiv innsats både i Norge og globalt. Vi må samarbeide på tvers av etater og interdisiplinært. Folkehelseallianser som involverer alle som jobber for samme sak, både lokalt, regionalt og nasjonalt kan derfor med fordel utvikles her i landet. Samfunnsmedisinsk engasjerte leger bør delta aktivt i dette samarbeidet. Folkehelseforeningen og Sunne kommuner vil bidra organisatorisk til at slikt samarbeid kan bli en realitet også her i landet.

Vårt motto må være å skape «Helsefremmende samhandling» til beste for oss alle (10).

REFERANSER

1. Tellnes G, ed. *Urbanisation and health – New challenges in health promotion and prevention*. Oslo: Oslo Academic Press (Unipub forlag), 2005.
2. <http://tellnes.info/wp-content/uploads/2009/04/Urbhealth-info-pdf.pdf> (Hentet 16.1.2017).
3. Saelan H, Allebeck P, Magnusson G, Suominen S, Tellnes G. New name, new format, new editors – Our thanks to the outgoing team. *Scand J Public Health* 2000;28:1.
4. Lomazzi M. A Global Charter for the Public's Health – the public health system: role, functions, competencies and education requirements. *Eur J Public Health* 2016; 26: 210–212.
5. Sammen om folkehelse. Bilag til Dagens Næringsliv oktober 2015. https://issuu.com/cmediascandinavia/docs/skf_2015_web (Hentet 17.1.17).
6. Kjernekompetanseområder for MPH og MHP. <http://www.folkehelseforeningen.no/index.php/nyheter-og-nyhetsarkiv/47-forslag-til-kjernekompetanseomrader-for-mph-og-mhp> (Hentet 16.1.2017).
7. Folkehelseforeningen og Sunne kommuner. Folkehelse på tvers. 2012. <http://www.forebygging.no/Rapporter-og-undersokelser/Temaraapporter/Rapporter-20082010/Folkehelse-pa-tvers-Rapport-fra-Folkehelseforeningen-Helsedirektoratet-og-Sunne-Kommuner-2012/> (Hentet 17.1.17).
8. <http://www.folkehelseforeningen.no/index.php/nyheter-og-nyhetsarkiv/73-folkehelseforeningen-har-vaert-i-stortingets-helse-og-sosialkomite> (Hentet 17.1.17).
9. Tellnes G. The tsunamis put injuries prevention on the public health agenda. (President's column) *Eur J Public Health* 2005; 15: 219.
10. Tellnes G. Health Promotion in the local communities. (President's column) *Eur J Public Health* 2005; 15:331. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckir47>
11. Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017.

JORID.GRIMELAND@HIOA.NO

Vakkert om eldre og psykisk helse

Kari Os Eskeland

Alderspsykiatri og omsorgsarbeid

Cappelen Damm Akademisk 2017

Bokmål • 1. utgave • 249 sider

ISBN 978-82-02-51432-7

Det første som slår meg ved denne boken er at den har et særskilt omslag, som dessuten er av et slitesterkt materiale. Og kanskje er nettopp dette uttrykk for de kvaliteter som ligger til grunn for hvordan forfatteren behandler stoffet sitt.

Kari Os Eskeland er spesialist i psykiatri og har i mange år vært leder av en alderspsykiatrisk poliklinikk. Hun har vært spesielt opptatt av spesialisthelsetjenestens ansvar for samhandling, veiledning og bistand til kompetanseheving i kommunehelsetjenesten.

Boken er delt i fem temaområder:

- Kunnskap for å forstå den eldre med psykisk lidelse
- Omsorg for eldre med psykiske lidelser
- De psykiatriske sykdommene og omsorgsarbeidet
- De hjerneorganiske lidelsene
- Juridiske forhold

Men dette er bare overskrifter. Hver del har et mangfold av undertemaer, eksempler og utdypninger av hverdagslige situasjoner for både pasienter, pårørende og ikke minst for helsepersonellet i kommunehelsetjenesten. Som mangeårig allmennpraktiker og sykehjemslege kjenner jeg igjen mange av problemstillingene som reises – alt fra hva er nå egentlig en vanlig aldringsprosess? Hva når det oppstår kriser i familier eller på sykehjem? Er det en demensutvikling på gang? En psykose? Et delirium? For ikke å snakke om alle de etiske dilemmaene både familie og helsepersonell kan kjenne på i overgangsfaser, alt fra flytting til sykehjem til om gamlemor nå må få slippe flere utredninger og behandlinger.

Kari Os Eskeland henter fram et vell av erfaringer, beskrevet med en sans for viktige detaljer og nyanser i hver enkelt situasjonsbeskrivelse. Et dypt og varmt engasjement kommer fram i hele boken, en genuin omsorg for både de eldre selv, for familier der de fins og ikke minst for helsepersonellet som skal søke å gi hjelp til pasienter i hverdagen hjemme eller på sykehjem.

Forfatteren er spesielt opptatt av pleierne i kommunehelsetjenesten, ansatte som i dag mange steder får altfor liten tid til å yte adekvat omsorg for de syke gamle. Ikke alle steder får de muligheter til å reflektere



sammen med kolleger og ledere over vanskelige situasjoner, langt mindre å få muligheter til faglig påfyll. Og nettopp her er det denne boken kommer inn som en gave til helsepersonellet. For Kari Os Eskeland serverer et stort og variert knippe av pasientfortellinger mot slutten i boken. Disse egner seg nettopp til drøftelser for større og mindre grupper i tjenestene.

Fastleger og sykehjemsleger vil kunne ha stor glede og nytte av å lese denne vel-skrevne og aktuelle boken. Også ansatte i spesialisthelsetjenesten vil utvilsomt fin-

ne mye å fundere over i detaljer og oversikter og ikke minst i tilnærmingen til den enkelte unike pasienten de har foran seg. For studieløpene for både pleiere og leger generelt går neppe i en slik grad inn i alle de utallige mulige og umulige situasjonene som kan møte en i det daglige arbeidet med å hjelpe syke eldre personer.

Kort sagt: En bok til opplysning, utfordring og glede for helsepersonell generelt. Anbefales bredt.

ELI BERG
Emeritus UiO, tidligere allmennpraktiker

OM PLANTEBASERTE PRODUKTER

RELIS får mange spørsmål om effekt og sikkerhet (herunder bivirkninger og interaksjonspotensial) av plantebaserte legemidler, kosttilskudd, naturmidler, naturmedisin, helsekostprodukter, urter, planter og lignende produkter (heretter kalt plantebaserte produkter). I tillegg mottar RELIS iblant bivirkningsmeldinger om mistenkte bivirkninger og interaksjoner med legemidler ved bruk av disse. Det er gjennomgående manglende kunnskap om effekt og sikkerhet av plantebaserte produkter, og det verserer mange udokumenterte påstander om effekt mot sykdommer og plager. Generelt bør det utvises tilbakeholdenhet med bruk av plantebaserte produkter siden vi ikke vet om de har noen nytte eller om de er trygge å bruke, og en særlig forsiktighet bør utvises hos barn, eldre, gravide, ammende og pasienter som har kroniske eller alvorlige sykdommer eller bruker viktige legemidler.



ILLUSTRASJON: COLUMBOK

Plantebaserte produkter

Plantebaserte produkter som hører inn under definisjonen legemidler deles inn i plantebaserte legemidler, homøopatiske legemidler og naturlegemidler. Naturlegemidler er basert på for eksempel dyredeler og mikroorganismer, og ikke på plantematerialer, men det finnes ingen naturlegemidler på markedet i Norge i dag. Plantebaserte produkter som ikke dekkes av legemiddeldefinisjonen omfatter medisinsk utstyr basert på planter og kosttilskudd (1, 2). Når noe kan (skal!) omtales som «legemiddel» følger det for de fleste av oss med en forventning om vitenskapelig dokumentert effekt på godkjente indikasjoner. Dette gjelder ikke for plantebaserte legemidler, homøopatiske legemidler eller naturlegemidler. Det er også betydelig mindre krav til dokumentasjon av sikkerhet for disse enn for «alminnelige» legemidler.

Plantebaserte legemidler

Et plantebasert legemiddel defineres som ett eller flere virkestoffer som er sammensatt av plantemateriale, hvor de virksomme bestanddelene utelukkende består av en eller flere plantedroger eller plantebaserte tilberedninger. Ved ren-isolering av virkestoffer fra planter defineres produktet derimot som et legemiddel, og ikke som et plantebasert legemiddel. Plantebaserte legemidler foreligger ofte som ekstrakter i tablett- eller kapselform, men kan også foreligge som te, eteriske oljer, sugепastiller eller mikstur (1).

De plantebaserte legemidlene inndeles i «veletablerte» og «tradisjonelle». En oversikt over hvilke som er godkjente i de to gruppene er tilgjengelig på hjemmesiden til Statens legemiddelverk (det er også en lenke under «Plantebaserte legemidler» i *Felleskatalogen*). Pr. dags dato er det tre veletablerte plantebaserte legemidler på markedet i Norge; johannesurt/prikkperikum (*Hypericum STADA*), rotstokk av klaseormedue (*Remifemin*) og valerianarot (*Valerina Forte*), samt fem tradisjonelle plantebaserte legemidler; valerianarot, humleblomst og sitronmellisblad (*Valerina Natt*), gink-

goblad (*Bio-Biloba*), timian (*Bronwel sugепastiller*), timian og altearot/legestokkrose (*Bronwel mikstur*) og pasjonsblomst (*Sedix*) (3). Samtlige har en mer eller mindre fullstendig produktomtale i *Felleskatalogen*, samt en godkjent norsk preparatomtale (SPC) på hjemmesiden til Statens legemiddelverk.

De plantebaserte legemidlene har samme krav til kvalitet når det gjelder produksjon, men betydelig reduserte krav til dokumentasjon av effekt og sikkerhet, sammenlignet med legemidler. For de veletablerte plantebaserte legemidlene skal publiserte kliniske studier på aktuell indikasjon ligge til grunn som dokumentasjon av effekt og sikkerhet. Det er likevel sjelden studier på det aktuelle produktet det da refereres til, ettersom det er tilstrekkelig for godkjenning at det refereres til studier på lignende produkter (som inneholder enkelte av innholdsstoffene eller plantebestanddeler). Et absolutt krav for godkjenning som et veletablert plantebasert legemiddel er at planten har vært brukt til samme eller lignende formål som det aktuelle bruksområdet, i minst ti år i (minst) ett land innenfor EØS (1, 4).

For de tradisjonelle plantebaserte legemidlene er det ytterligere reduserte krav til dokumentasjon av effekt og sikkerhet, og det er ingen krav om referanser til kliniske studier på produktet eller på lignende produkter. Det angis at data om tradisjonell anvendelse skal være tilstrekkelig for at det kan antas at midlet har effekt og er sikkert i bruk. Et absolutt krav for å bli godkjent som et tradisjonelt plantebasert legemiddel er dokumentasjon på bruk av planten, ved samme indikasjon, i minst 30 år (herunder minst 15 år i EØS-området) (1, 4).

Den tilgjengelige sikkerhetsdokumentasjonen er altså som regel på andre produkter enn det plantebaserte legemidlet, og fra en type produkter der det ikke foreligger noen systematisk rapportering eller innhenting av sikkerhetsinformasjon.

Det er også sjelden eller aldri gjort kliniske studier på bruk av plantebaserte le-

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

ILLUSTRASJON: CLOUREUX



– hva vet vi?

gemidler hos spesielle pasientgrupper som kan være ekstra sårbare, som for eksempel barn, eldre, gravide/ammende og pasienter med redusert nyrefunksjon.

Kosttilskudd

Kosttilskudd er juridisk sett matvarer og inneholder vitaminer og/eller mineraler eller andre stoffer med ernæringsmessig og/eller fysiologisk effekt. De kan også være plantebaserte, og inneholder da plantematerialer alene eller i tillegg til vitaminer/mineraler. Det er en vanlig oppfatning blant mange at det som kommer fra naturen er trygt, og kosttilskudd markedsføres intensivt og omsettes for milliarder hvert år i Norge (5). Det finnes skremmende eksempler på at pasienter som har stått på viktige legemidler har autoseponert disse til fordel for kosttilskudd med påstått effekt på plagene/sykdommene de har (6).

For kosttilskudd er det ingen formelle krav til dokumentasjon av effekt, sikkerhet og kvalitet. Når effekt og sikkerhet ikke er systematisk studert, er det usikkert hvilke følger bruk av produktet vil kunne få. Kosttilskudd har heller ingen krav til standardisering eller systematisk analysing av innholdet, og derfor ikke nødvendigvis kontroll med hva produktet faktisk inneholder (7). Det finnes seriøse aktører på markedet som kan ha god kontroll på sine produkter, men det finnes også et stort antall useriøse aktører, spesielt blant de som selger kosttilskudd på nett. Mange plantebaserte produkter/kosttilskudd markedsføres med påstander som kan gjøre det vanskelig, spesielt for pasienter, å skille dem fra legemidler.

Det må presiseres at kosttilskudd ordinert av lege etter påviste mangeltilstander hos pasienten kommer i en helt annen brukskategori enn selvinitiert bruk. Det er likevel ikke grunn til å forskrive eller anbefale kombinasjonsprodukter som inneholder komponenter utover det pasienten faktisk har behov for. Dette inkluderer multivitaminprodukter.

Bivirkninger og interaksjoner

For noen av de plantebaserte legemidlene er det angitt enkelte kjente bivirkninger og interaksjoner i preparatomtalen, mens det for de fleste ikke er angitt noen på grunn av manglende kliniske studier. For kosttilskudd er det ikke krav til en produktomtale som omfatter eventuelle bivirkninger og interaksjoner, og vi har ikke noe grunnlag for å kunne si om bruken er trygg, eller hvilke bivirkninger og interaksjoner som eventuelt kan forekomme.

Bivirkningsmeldinger rapportert etter at produktet er på markedet gjennom spontanrapporteringssystemet, er i praksis den eneste måten å oppdage uheldig effekter av plantebaserte produkter. Bivirkningsprofilen vil derfor for de fleste plantebaserte produkter bare være basert på kasuistikker. Det er en betydelig grad av underreportering av mistenkte bivirkninger av plantebaserte produkter, i likhet med legemidler. Mattilsynet har forvaltningsansvaret for kosttilskudd, men har ingen ordning for håndtering av bivirkningsmeldinger (8–10). Bivirkningsmeldinger på kosttilskudd sendt til RELIS blir behandlet på samme måte som øvrige bivirkningsmeldinger. Ved mistanke om at et plantebasert produkt har forårsaket bivirkninger eller interaksjoner bør dette derfor meldes til Statens legemiddelverk via RELIS (www.relis.no), på samme skjema som for legemidler. Leger/tannleger har plikt til å mel-

de ved mistanke om uventede, nye, livstruende eller dødelige bivirkninger av legemidler (inkludert plantebaserte legemidler), samt bivirkninger som har gitt alvorlige følger (11).

Meldinger om mistenkte alvorlige bivirkninger av plantebaserte produkter kommer oftest fra sykehus, og mange av dem gjelder hypersensitivitetsreaksjoner, leverskader eller interaksjoner (8). Helsepersonell er ofte ikke opplyst om at pasienter bruker slike produkter, og det kan derfor ta tid før det plantebaserte produktet settes i sammenheng med mistenkte bivirkninger. Det er viktig at pasienter oppfordres til å opplyse legen sin om bruk av plantebaserte produkter, og at helsepersonell aktivt spør om hva pasientene bruker. Det er blant annet verdt å merke seg at noen plantebaserte produkter kan påvirke blødningstiden, og bør seponeres opptil to uker før planlagte operasjoner.

Innholdsdeklarasjonen på kosttilskudd har i flere tilfeller vist seg å være feilaktig eller mangelfull, og det finnes flere eksempler på at kosttilskudd ulovlig har vært tilsatt legemidler for å øke effekten og dermed salget av produktet (7). Risikoen for bivirkninger øker selvfølgelig i takt med dette. Et eksempel er Fortodol som ble markedsført som et gurkemeieprodukt mot muskelpåger, og som viste seg å være tilsatt nimesulid. Nimesulid er et NSAID som tidligere var blitt fjernet fra markedet i mange land etter

at det hadde vist seg å være levertoksisk ved langtidsbruk. Dette resulterte i flere tilfeller av leverpåvirkning, leversvikt og dødsfall, også i Norge, satt i sammenheng med bruk av Fortodol (12). Blant mange andre eksempler er efedrin tilsatt i ulike slankeprodukter og sildenafil tilsatt i såkalte naturlige potensmidler (7).

Interaksjoner mellom plantebaserte produkter og legemidler er i liten grad undersøkt, men det finnes noen få unntak. Ett eksempel er johannesurt, hvor det er gjort en del interaksjonsstudier. Johannesurt inducerer aktiviteten av flere enzymer som er viktige for legemiddelmetabolismen (CYP3A4, -2C9 og -2C19 og P-glykoprotein), har et mulig interaksjonspotensial med omtrent 200 ulike legemidler og er kontraindisert for bruk sammen med for eksempel warfarin, ciklosporin og takrolimus (reduserer plasmakonsentrasjonen av disse legemidlene) (13). En annen gjenganger ved interaksjonsspørsmål eller bivirkningsmeldinger til RELIS er mistenkte interaksjoner mellom warfarin og ulike plantebaserte produkter (8, 14, 15).

Oppsummering

- Det er betydelig reduserte krav til dokumentasjon av effekt og sikkerhet for plantebaserte legemidler, og ingen krav til dokumentasjon av effekt, sikkerhet eller kvalitet for kosttilskudd.
- Uten en godt dokumentert nytteverdi bør man være svært tilbakeholden med å anbefale bruk av plantebaserte produkter med uavklart risiko. Det er sjelden mulig å finne vitenskapelig støtte for slik bruk i etterkant.
- Utvis ekstra forsiktighet med bruk av plantebaserte produkter hos barn, eldre, gravide, ammende og pasienter med kronisk eller alvorlig sykdom som bruker viktige legemidler, og særlig ved bruk av legemidler med smalt terapeutisk vindu.
- Spør pasienten om han/hun bruker plantebaserte produkter.
- Anbefal kosttilskudd bare i situasjoner hvor mangeltilstander er påvist.
- Ved mistanke om at et plantebasert produkt har forårsaket bivirkninger, eller interaksjoner med legemidler, bør dette meldes til Statens legemiddelverk via RELIS.
- Navn, begrep og kategorier for plantebaserte produkter/plantebaserte legemidler har variert gjennom årene, og RELIS har omtalt mange ulike produkter med tanke på effekt og sikkerhet (bivirkninger, interaksjoner og bruk hos spesielle pasientgrupper) (SE REFERANSER 16–27).

REFERANSER:

1. Statens legemiddelverk. Markedsføringstillatelse for plantebaserte legemidler og naturlegemidler. (www.legemiddelverket.no).
2. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Plantebaserte legemidler og naturlegemidler. (www.legemiddelhandboka.no) (Sist oppdatert: 14. oktober 2016).
3. Statens legemiddelverk. Tradisjonelle og veletablerte plantebaserte legemidler med markedsføringstillatelse. (www.legemiddelverket.no).
4. European Medicines Agency (EMA). Herbal medicinal products. Directive 2004/24/EC. Directive 2001/83/EC. (www.ema.europa.eu/ema/).
5. Hansen CS. Så mye bruker nordmenn på alternativ behandling. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) (www.nifab.no). (Publisert: 22. februar 2013).
6. Giverhaug T. Kosttilskudd, naturmidler og lignende: dokumentert og dokumentert, fru Blom... (www.relis.no) (Publisert: 16. februar 2016).
7. Mattilsynet. Kosttilskudd kan inneholde ulovlige og helsefarlige stoffer. (www.mattilsynet.no) (Sist endret: 30. november 2012).
8. Nergård CS. Bivirkninger av plantebaserte produkter. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2013. (www.farmatid.no).
9. Westergren T. En rød knapp. (www.relis.no) (Publisert: 28. januar 2015).
10. Giverhaug T. Naturmidler – bivirkningsfrie vidunderkurer? (www.relis.no) (Publisert: 29. januar 2015).
11. Forskrift om legemidler (Legemiddelforskriften) § 10-11. (Sist endret: 11. november 2016).
12. Vorren S. Alvorlige leverbivirkninger kobles til kosttilskuddet Fortodol (www.relis.no) (Publisert: 26. februar 2009).
13. Statens legemiddelverk. Interaksjonssøk. (www.legemiddelsok.no/sider/Interaksjoner.aspx).
14. Solhaug V, Nergård CS. Interaksjoner mellom warfarin og naturmidler. Tidsskrift Nor Legeforen 2010; 130: 1252–4. (www.tidsskriftet.no).
15. Nordmo E, Vorren S. Warfarin og naturmidler – høy risiko og liten gevinst. (www.relis.no) (Publisert: 21. desember 2016).
16. Stenberg-Nilsen H, Carlson E. Interaksjoner mellom ginseng og legemidler. (www.relis.no) (Publisert: 15. september 1998).
17. Nordmo E, Småbrekke L. Klaseormedue (black cohosh) mot menopausale plager. (www.relis.no) (Publisert: 29. mars 2005).
18. Raknes G, Småbrekke L. Echinacea spp. (solhatt) og øvre luftveisinfeksjon. Tidsskrift Nor Legeforen 2006; 126: 2526–7. (www.tidsskriftet.no).
19. Nordmo E, Småbrekke L. Interaksjoner mellom metadon og valerianapreparater. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2007. (www.farmatid.no).
20. Roland PDH, Amundstuen L. Rosenrot – påstander og dokumentasjon. Tidsskrift Nor Legeforen 2007; 127: 882–3. (www.tidsskriftet.no).
21. Nordmo E, Småbrekke L. Nattlysolje mot atopisk eksem. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2008. (www.farmatid.no).
22. Log T. Dvergpalmeekstrakt ved benign prostatahyperplasi. Tidsskrift Nor Legeforen 2008; 128: 1293–4. (www.tidsskriftet.no).
23. Methlie CB, Schjøtt J. Hestekastanje – naturlegemiddel mot venøs insuffisiens. Tidsskrift Nor Legeforen 2009; 129: 420–2. (www.tidsskriftet.no).
24. Roland PDH, Nergård CS. Ginkgo biloba – effekt, bivirkninger og interaksjoner. Tidsskrift Nor Legeforen 2012; 132: 956–9. (www.tidsskriftet.no).
25. Schjøtt JD, Erdal H. Er RELIS motstander av kosttilskudd? (www.relis.no) (Publisert: 28. november 2014).
26. Kjeldstadli K, Westergren T. Boswellia serrata – interaksjoner og bruk ved graviditet. (www.relis.no) (Publisert: 5. februar 2016).
27. Aa E. Mistanke om alvorlige bivirkninger av kosttilskudd. (www.relis.no) (Publisert: 22. april 2016).

HANNE FISKVIK FLEINER

Master i farmasi, PhD, RELIS Midt-Norge

PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND

Cand.pharm., RELIS Midt-Norge

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke till! 🌿 Tove Rutle – lagleder

Nynorske perler

Eg har motteke stafettpinnen i Lyrikkstafetten av mi gode studievenninne frå Bergen, Gunn Mali Sund, og takkar for æra! For meg som er oppvaksen og busett i Lom ved foten av Jotunheimen, er nærleiken til fjella viktig. Det er og viktig for meg å halde i hevd dialekta mi og å ta vare på nynorsken som skriftspråk. For meg er det slik at eit dikt får ein heilt annan klang når det er skrive på nynorsk – nynorsk er eit fantastisk poetisk språk i mine øyre!

Lom og Nord-Gudbrandsdalen har oppfostra mange flotte nynorsk-forfattarar, bl.a Tor Jonsson, Olav Aukrust og Jan Magnus Bruheim, for å nemne nokre.

Eg vel fyrst å presentere eitt vers, det fyrste, av «Fjell-Norig», skrive av Lomsforfattaren Olav Aukrust.

Dette diktet kan syne noko av kjærleiken eg har til fjellet, og særleg Jotunheimen:

«Var du ein sjø»

Kunne eg vera jordi du går på.
Få kjenne dine fotsteg, bera di lette tyngd.
Kunne eg vera himmelen over deg
og inni din hug.

Eller vinden som får kysse deg på kinnet.
Blåse inn på blanke augo, leika med ditt hår.
Vera den blomen du plukkar
og angande bløme for deg, for deg.

Den mogne frukt millom dine lippor.
Så sælt å kjenne seg knust millom dine tenner!
Vera ein smak på di tunge,
leske deg med si hjartesaft, stille din tørste.

Kunne eg vere båra som kjæler ditt lekam,
eller det varme svaberget du legg deg på etter lauget.
Ja, eller soli som brunar di hud.

Og om du var ein sjø!
Om du var ein sjø!
At eg i sæle kunne gå under
og drukne i deg!

Fjell-Norig

«Du salme i skogen, der vindsus syng
kvar linnvers natt,
du helsing frå villmark og vegras og lyng –
stødt kjem du att.
Frå brisken den beiske og fine og stride,
frå fjellheim og viggur og vindheimar vide
kjem du, mitt hjarta til sorg og til trøyst,
du Fjell-Norigs inste, upphavlege røyst.»

Det er likevel ein forfattar frå nabobygda, Skjåk, som har skrive det diktet som for meg betyr mest av alle dikt og som treffe meg midt i hjartet fyrste gongen eg las det, kanskje fordi det skildrar kjærleiken til eit anna menneske så sterkt og inderleg, så naken og intenst. Slik er min kjærleik til mannen min, Trond, og så sterkt er dette diktet for oss begge at vi valde å tonesetje det og synge det til kvarandre då vi gifta oss. Forfattaren heiter Jan Magnus Bruheim, og ingen skildrar kjærleiken slik som han, her i diktet til venstre «Var du ein sjø».

Eg vil gjerne sende stafettpinnen vidare til mi gode venninne, Turid Svindland, ved Vinstra legekantor!

Beste helsing

MERETE BYRE-HAAKENSEN

