

# Psykisk helse i et folkehelseperspektiv

– en intern strategi for folkehelsedivisjonen

**Publikasjonens tittel:** Psykisk helse i et folkehelseperspektiv

Utgitt: 10/2016

Publikasjonsnummer: IS-2545

ISBN-nr. 978-82-8081-480-7

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Folkehelsedivisjonen  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
www.helsedirektoratet.no

Lenke til pdf: xxxxxxxxxxxx

Forfattere: Hildegunn Brattvåg  
Silje Hildershavn Heier  
Åste Herheim  
Janne Oftedal  
Katarina Poleszynski  
Sigrid Skattebo  
Mari Hagtvedt Vik

# FORORD

Tradisjonelt har folkehelsarbeidet hatt fokus på fysisk helse. Med Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar, Meld. St. 34 (2012–2013) løftes også den psykiske dimensjonen inn: «Folkehelsearbeidet skal i større grad enn tidligere bidra til å fremme psykisk helse». I Meld. St. 19 (2014-2015) Mestring og muligheter er psykisk helse ett av tre prioriterte områder. Dette er ikke unikt for norsk politikk. WHO-strategier<sup>1</sup> gjenspeiler de samme trendene.

I Helsedirektoratets strategiske plan for 2014-2018 God helse – gode liv, er folkehelse og forebygging ett av fire prioriterte mål. I og med at psykiske plager og lidelser er en betydelig folkehelseutfordring, er det behov for å legge grunnlaget for at psykisk helse-perspektivet også ivaretas i folkehelsedivisjonen i tråd med Helsedirektoratets mål. Denne strategien har dette som formål, og er en intern strategi skrevet av divisjonens faggruppe for psykisk helse.

I Folkehelseloven nevnes psykisk helse eksplisitt i definisjonen av folkehelsearbeid. I lovens forarbeider begrunner Helse- og omsorgsdepartementet dette slik: «Departementet foreslår at definisjonen presiserer at god psykisk helse er et viktig endemål for folkehelsearbeidet. Fordi psykisk helse ligger implisitt i helsebegrepet, kan en hevde at en slik presisering er unødvendig. Det er ikke ønskelig å skape eller bygge opp under en oppfatning om et skille mellom psykisk og fysisk helse. Fordi psykisk helse i praksis ikke har vært en like godt integrert del i folkehelsearbeidet, mener departementet likevel at psykisk helse bør nevnes eksplisitt i definisjonen.»<sup>2</sup>

Men hva betyr egentlig 'psykisk helse i folkehelsearbeidet'? Å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet innebærer blant annet å bruke kunnskap fra psykologien i arbeidet med levevaner, å formidle det vi vet om den gjensidige påvirkningen mellom fysisk og psykisk helse og i samarbeid med andre sektorer å utvikle kunnskap om hvordan ulike miljøforhold påvirker psykisk helse og livskvalitet. Helsedirektoratet vil drive utviklingsarbeid på dette viktige området, og i samarbeid med kunnskapsmiljøer og praktikere bidra til å spre kunnskap, kompetanse og utforming av nye tiltak. Denne interne strategien beskriver et felt som fortsatt er relativt nytt for sentral helseforvaltning, men hvor ambisjonene og mulighetene er store.

---

<sup>1</sup> Ett av fire hovedmål i WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020 er å implementere forebyggende og helsefremmende strategier.

<sup>2</sup> Prop. 90 L 2010–2011 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) s. 59.

# INNHold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>INNHold</b>	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>7</b>
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Definisjoner og begrepsavklaringer</b>	<b>9</b>
1.1.1 Hva er folkehelsearbeid?	9
1.1.2 Hva menes med forebygging?	9
1.1.3 Helse	9
1.1.4 Psykisk helse	9
1.1.5 Well-being: god psykisk helse og trivsel	9
1.1.6 Hva er psykiske plager og lidelser?	10
<b>1.2 Hvordan kan psykologisk kunnskap bidra i folkehelsearbeidet?</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Oppsummert om begreper og definisjoner</b>	<b>11</b>
<b>2. PSYKISK HELSE OG UHELSE I BEFOLKNINGEN</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Livskvalitet i Norge</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Psykisk uhelse i befolkningen</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Utbredelse av psykiske plager i befolkningen</b>	<b>13</b>
<b>2.4 Forekomst av psykiske lidelser</b>	<b>13</b>

# INNHOOLD

2.5	Konsekvenser for individ og samfunn	14
2.6	Arbeid, arbeidsuførhet og uføretrygd	15
2.7	Psykiske plager og lidelser og levekår	15
2.8	Kronisk sykdom, smerter og søvnproblemer	16
<b>3.</b>	<b>PÅVIRKNINGSFAKTORER FOR PSYKISK HELSE</b>	<b>17</b>
3.1	Hvordan påvirker økonomi helse?	18
3.2	Risikofaktorer for barn og unge	18
3.3	Beskyttelsesfaktorer for barn og unge	20
3.4	Risikofaktorer for voksne og eldre	20
3.5	Beskyttelsesfaktorer for voksne og eldre	21
3.6	Oppsummering av kapitlene 1–3	22
<b>4.</b>	<b>HVORFOR HAR VI DET IKKE BEDRE NÅR VI HAR DET SÅ BRA?</b>	<b>23</b>
4.1	Endring av levevaner: "Just do it?"	23
4.1.1	Behov for en helhetlig tilnærming	24
4.1.2	Levevaner i endring – økning i livsstilssykdommer	24
4.1.3	Psykologiske faktorer	24
4.1.4	Emosjoner/følelser	25
4.1.5	Tanker	25
4.1.6	Viljestyrke	26
4.1.7	Motivasjon, mestring og opplevelse av kontroll	26
4.1.8	Avsluttende kommentar	27

# INNHold

<b>4.2 «Er det hvordan du har det, eller hvordan du tar det?»</b>	<b>27</b>
4.2.1 Hverdagsliv, stress og mestring	27
4.2.2 Ungdom forteller om bekymring og stress	29
4.2.3 Frafall fra videregående opplæring – et kompleks av årsaker	30
4.2.4 Mestringsressurser og mestringsbetingelser	31
<b>4.3 «Utenfor eller innenfor?»</b>	<b>31</b>
4.3.1 Utenforskap – ikke bare enkeltgrupper	32
4.3.2 Mobbing – å bli ekskludert fra fellesskapet	33
4.3.3 Å være utenfor arbeidslivet	34
<b>4.4 Definisjoner av helse, hvilken betydning får de?</b>	<b>35</b>
4.4.1 Problematisering av WHO's definisjoner	35
4.4.2 Definisjoner av helse bør suppleres med et bredt livskvalitetsbegrep	37
<b>4.5 Oppsummering</b>	<b>38</b>
<b>5. FOLKEHELSEDIVISJONENS UTVIKLINGSOMRÅDER INNEN PSYKISKE HELSE OG LIVSKVALITET</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Politiske føringer</b>	<b>39</b>
5.1.1 Folkehelsemeldingen	39
5.1.2 Primærhelsemeldingen	40
<b>5.2 Utviklingsområder for folkehelsedivisjonen</b>	<b>40</b>
5.2.1 Styrke fokus på betydningen av psykologiske faktorer i arbeidet med levevaner	40
5.2.2 Integre psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	41
<b>5.3 Samarbeidsområder med andre divisjoner</b>	<b>42</b>
5.3.1 Lavterskel psykisk helsetilbud	42
5.3.2 Pakkeforløp psykisk helse og rus	43
5.3.3 Forebygging og tidlig intervensjon ved søvnvansker	43

# INNHold

5.3.4	Nærmiljøutvikling	44
<b>5.4</b>	<b>Avslutning</b>	<b>44</b>
<b>6.</b>	<b>VEDLEGG</b>	<b>45</b>
	<b>Ansvarsområder og oppgaver i ulike avdelinger i Folkehelsedivisjonen pr 2016</b>	<b>45</b>
	Avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten	45
	Avdeling levekår og helse	46
	Avdeling barne- og ungdomshelse	48
	Avdeling miljø og helse	49

# SAMMENDRAG

Innledningsvis presenteres sentrale begreper, utfordringsbildet og påvirkningsfaktorene for psykiske helse. Det store spørsmålet er hvorfor vi ikke har det bedre når vi tross alt har det så bra i dagens Norge.

Det er særlig to mål som bør prege arbeidet i folkehelsedivisjonen fremover: å fremme kunnskap om betydningen av psykologiske faktorer i arbeidet med levevaner, og å integrere psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Psykologisk kunnskap er grunnleggende når man skal utforme og iverksette tiltak for å styrke folks muligheter for å leve gode liv. For å forstå menneskers psykiske helse og trivsel må man også se utover individet. Menneskers evne og muligheter til å mestre hverdagsliv og utfordringer henger sammen med faktorer i miljøet rundt dem.

Det å være forbundet med andre og få støtte, kjærlighet og respekt er helt sentralt for psykisk helse og livskvalitet. Utenforskap er et fenomen som ikke bare handler om enkeltgrupper, men noe som berører mange. Fra et folkehelseperspektiv blir det viktig å begrense marginaliseringsprosesser og arbeide for at flest mulig opplever mestring og tilhørighet i barnehage, skole, arbeidsliv og nærmiljø, samtidig som en må gi oppmerksomhet til levekår og livskvalitet for de som er utenfor.

Psykisk helse og trivsel er et resultat av et samspill mellom individ- og miljøfaktorer. Begge perspektiver er viktige for å forstå årsaker til helse og uhelse, og i arbeidet med forebygging og helsefremming.

Strategien peker på flere samarbeidsflater, innad i divisjonen og med avdelinger i andre divisjoner. Folkehelsedivisjonens ulike avdelinger har ulike virkemidler og ansvarsområder i arbeidet med psykisk helse, men strategiene vi vil benytte er felles: medvirkning med relevante målgrupper, samarbeid med fag og forskningsmiljøer, og en tverrsektoriell tilnærming.

Vi håper strategien vil bidra til en mer samlet retning for Helsedirektoratets arbeidet med psykisk helse i et folkehelseperspektiv.



# 1. INNLEDNING

Det har i noen år vært en ambisjon å tydeliggjøre psykisk helse-perspektivet i det forebyggende arbeidet i helsetjenesten og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsloven og Folkehelseloven trekker på ulike måter frem behovet for et slikt arbeid.

Politisk ledelse har gjennom de to siste folkehelsemeldingene formidlet økende ambisjoner om å ivareta psykisk helse-perspektivet i folkehelsearbeidet. God helse – felles ansvar, Meld. St. 34 (2012–2013) uttrykker at «Folkehelsearbeidet skal i større grad enn tidligere bidra til å fremme psykisk helse.»<sup>3</sup> I Meld. St. 19 (2014-2015) Mestring og muligheter er ambisjonene som følger: «Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Bedre behandlingstilbud og sterkere forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten er nødvendig. Men skal vi lykkes må vi også løfte blikket ut over helse- og omsorgstjenesten og rette oppmerksomheten mot andre påvirkningsfaktorer som levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljøet.»<sup>4</sup>

I Helsedirektoratets 'Strategi for psykisk helse og relevante samarbeidsområder innen rusfeltet i Helse-direktoratet' fra 2011, er det helsefremmende og forebyggende arbeidet i begrenset grad omtalt. Det er derfor behov for en egen strategi for utviklingen av psykisk helse-feltet i folkehelsedivisjonen som peker på utfordringsbildet slik det ser ut nå, relevante perspektiver, samt pågående og fremtidig arbeid.

Formålet med denne strategien er å integrere psykisk helse i alt folkehelsearbeid, og gi retning for og prioritet til arbeidet med psykisk helse i folkehelsedivisjonen ved å øke bevisstheten om og tydeliggjøre saksfeltet. Arbeidet med psykisk helse i folkehelsedivisjonens faggruppe på tvers følger per dag er hovedspor i divisjonens arbeid:

1. Psykisk helse og levevaner, for eksempel:
  - forebygging i helsetjenesten - depresjon, stress/belastninger og søvnvansker o.a.
  - ivaretagelse av psykologiske perspektiver og psykisk helse i arbeidet med endring av levevaner
2. Psykisk helse og livskvalitet i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, for eksempel:
  - arbeid knyttet til å identifisere påvirkningsfaktorer for psykisk helse og trivsel
  - samarbeid med andre sektorer enn helsesektoren (for eksempel psykisk helse i skolen)
  - utvikle og understøtte helsefremmende arbeid innen psykisk helse og livskvalitet

Faggruppen for psykisk helse i folkehelsedivisjonen ser mange muligheter og områder som bør utforskes, i samarbeid med andre aktører både i og utenfor forvaltningen. Å integrere psykisk helse i folkehelse-

---

<sup>3</sup> Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter (Meld. St. 19, 2014–2015)

<sup>4</sup> s.23

arbeidet er en betydelig oppgave, og representerer et utviklingsarbeid som vil pågå i mange år fremover. Det er fortsatt mange områder som bør beskrives, og denne strategien har ikke hatt som mål å være uttømmende. Vi håper likevel den kan representere et viktig skritt for divisjonen gjennom å definere begreper, redegjøre for utbredelse av psykiske plager og lidelser i befolkningen, oppsummere påvirkningsfaktorer for psykisk helse og trivsel og beskrive et utfordringsbilde vi mener er særlig relevant i en folkehelsesammenheng. God lesning!

## 1.1 Definisjoner og begrepsavklaringer

---

### 1.1.1 Hva er folkehelsearbeid?

Definisjon henter vi fra folkehelseloven: «Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen».<sup>5</sup>

### 1.1.2 Hva menes med forebygging?

Man kan dele inn forebygging i begrepene universell, selektiv og indikativ – dvs. etter hvilken målgruppe tiltakene rettes mot: Universell (befolkningsrettet) forebygging er rettet mot alle og innebærer både det helsefremmende og forebyggende perspektivet. Selektiv (grupperettet) forebygging er tiltak som rettes mot risikogrupper i befolkningen. Ved indikativ (individrettet) forebygging er intervensjonene rettet mot personer med høyt symptomnivå og som viser tegn til å utvikle psykiske problemer, men som ikke nødvendigvis oppfyller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse. Det er også vanlig å dele inn forebyggende arbeid i individrettede og miljørettede tiltak.<sup>6 7</sup>

### 1.1.3 Helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser.

### 1.1.4 Psykisk helse

Psykisk helse referer til utviklingen av og evnen til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som "... en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet."

### 1.1.5 Well-being: god psykisk helse og trivsel

Som definisjonen i folkehelseloven peker på, er folkehelsearbeid blant annet samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel. Selv om WHOs definisjon peker på de positive dimensjonene ved psykisk helse<sup>8</sup>, brukes begrepet i praksis ofte i negativ betydning, dvs. når man snakker om utfordringer, plager og lidelser. Det er derfor behov for et begrep som i større grad peker på hva som fremmer god psykisk helse, på det å ha det bra og fungere godt.

---

<sup>5</sup> s. 57 i Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid.

<sup>6</sup> Folkehelsearbeid – veien til for helse for alle. Helsedirektoratet sin utviklingstrekkrapport 2010.

<sup>7</sup> Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Folkehelseinstituttet.

<sup>8</sup> Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2011:2 Folkehelseinstituttet.

Well-being eller livskvalitet er egnet til dette. Det skal ikke forstås som en underkjennelse av den funksjonen negative følelser kan ha, slike følelser er en del av livet. Well-being peker både på det å oppleve nytelse og positive følelser i større grad enn negative følelser og opplevelser, samt tilfredshet med livet generelt, i tillegg til muligheten til å bruke egne evner og utvikle seg, oppleve mening, autonomi og ha delte mål og verdier.<sup>9</sup>

### 1.1.6 Hva er psykiske plager og lidelser?

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er tilstander som oppleves som belastende, men som ikke tilfredsstillende diagnosekriterier. De vanligste er lettere angst- og depresjonsplager. Plagene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker.

Psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst- og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager.<sup>10</sup>

## 1.2 Hvordan kan psykologisk kunnskap bidra i folkehelsearbeidet?

---

Til nå har det vært lite oppmerksomhet på betydningen av psykologiske og psykososiale årsaker, årsaks-mekanismer og utfall i folkehelsearbeidet. Det å ta i bruk denne kunnskapen kan bringe forebygging i helsetjenesten og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet videre.

Oppmerksomhet mot psykologiske faktorer kan bidra til å forstå hvorfor en del livsstilsintervensjoner mislykkes, og hvorfor vi mennesker handler som vi gjør i forhold til egen helse. Det er viktig for å forstå hvorfor mange av oss strever med å endre våre vaner i en mer helsefremmende retning, i samsvar med anbefalinger om hva som regnes for å være et sunt og godt liv. Psykologisk kunnskap kan også bidra med forklaringer på hvordan betingelser i miljøet påvirker individer og deres helse.

I denne strategien forstår vi psykologiske faktorer som faktorer som finnes i hvert enkelt individ, og som på ulike måter spiller inn og påvirker individets atferd. Sagt på en annen måte er psykologiske faktorer knyttet til hvordan individet reagerer på, samspiller med og forholder seg til verden, livet og omgivelsene. Det handler blant annet om tanker, forestillinger, holdninger, følelser, selvfølelse, selvregulering og personlighetstrekk. Vi vil utdype noen av de overnevnte psykologiske faktorene i kapittel 4 om endring av levevaner.

Begrepet psykososial viser til sammenhengen mellom psykologiske, atferdsmessige og sosiale faktorer. I folkehelsesammenheng er det nyttig å rette oppmerksomheten mot hvordan psykososiale faktorer kan forklare på hvilke måter levekår påvirker helseutfall.<sup>11</sup> Et sentralt eksempel er at psykososiale mekanismer forklarer noe av den sosiale ulikheten i helse. Levekårene påvirker i hvilken grad mennesker opplever

---

<sup>9</sup> Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet, IS-2263 (Det vises også til drøfting av psykisk helsebegrepet i Grunnlagsnotat om psykisk helse i folkehelsearbeidet, oversendt HOD ref sak 13/81/68).

<sup>10</sup> Faktaark fra Folkehelseinstituttet:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6464:0:25,6337&List\\_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0)

<sup>11</sup> Martikainen, P., Bartley M., & Lahelma, E. (2002) Psychosocial determinants of health in social epidemiology, Int. J. Epidemiol. (2002) 31 (6): 1091-1093.

stress i livene sine, og kronisk stress virker negativt på helseutfallet. Men denne sammenhengen preges igjen av kontekst; teorien om relativ deprivasjon tematiserer det at også mennesker som har god levestandard, objektivt sett, gjennom sammenlikning med grupper som har det bedre enn dem selv opplever dette som urettferdig eller nedverdiggende.<sup>12</sup>

### 1.3 Oppsummert om begreper og definisjoner

---

Vi har valgt å ha med WHO's definisjoner både på helse og psykisk helse. Det er fortsatt slik at vi ofte snakker om fysisk og psykisk helse som to forskjellige helsetilstander. Samtidig vet vi at de henger nøye sammen, både med tanke på årsakssammenhenger, og på hva som har betydning for tilfriskning og livskvalitet. Når det gjelder endring av levevaner, er det helt sentralt å se det i sammenheng med psykisk helse.

I folkehelseovens forarbeider begrunnes behovet for å omtale psykisk helse spesifikt: «Departementet foreslår at definisjonen presiserer at god psykisk helse er et viktig endemål for folkehelsearbeidet. Fordi psykisk helse ligger implisitt i helsebegrepet, kan en hevde at en slik presisering er unødvendig. Det er ikke ønskelig å skape eller bygge opp under en oppfatning om et skille mellom psykisk og fysisk helse. Fordi psykisk helse i praksis ikke har vært en like godt integrert del i folkehelsearbeidet, mener departementet likevel at psykisk helse bør nevnes eksplisitt i definisjonen».<sup>13</sup>

Det er behov for alle begrepene vi har omtalt ovenfor når vi skal integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet. Forekomsttallene for psykiske lidelser sier noe om størrelsesordenen på de problemene vi ønsker å forebygge. Samtidig påvirker ensomhet, stress og psykiske plager hvordan man har det i hverdagen. The 'well-being agenda' (det vil si et perspektiv som gir mulighet for en bred forståelse av psykisk helse og trivsel), gir oss terminologi, teorier og dokumentasjon som gjør det lettere å utvide fra sykdomsfokus til livskvalitet: å ha det bra og fungere godt.

---

<sup>12</sup> <http://www.forebygging.no/Kronikker/2007-2005/Har-norske-skilsmissebarn-det-bedre-enn-andre-skilsmissebarn/>

<sup>13</sup> Prop. 90 L (2010–2011), Lov om folkehelsearbeid (folkehelseoven)

## 2. PSYKISK HELSE OG UHELSE I BEFOLKNINGEN

Når vi snakker om psykisk helse har vi lett for å være mest opptatt av de mer problematiske sidene ved temaet. Slik er det også når vi snakker om somatisk sykdom. Helsemyndighetene har mer data på forekomst og død enn på positive faktorer som mestring av kroniske lidelser, livskvalitet og sosial støtte. Det er faggruppens ønske å bidra med et helsefremmende perspektiv, også når vi beskriver befolkningsdataene. Samtidig baserer utlegningen nedenfor seg i hovedsak på allerede eksisterende oppsummeringer og analyser, og disse er i hovedsak problemorienterte.

### 2.1 Livskvalitet i Norge

---

Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement. Livskvalitet er derfor en viktig verdi i seg selv, samtidig som livskvalitet henger sammen med fysisk og psykisk helse, levevaner og sosial støtte og styrker motstandskraften i møte med belastninger. Livskvalitet og trivsel påvirkes av en rekke ulike faktorer - som gener og personlighet, mestringsressurser, sosial støtte, positive og negative livshendelser, tilknytningsforhold, kultur og faktorer som samfunnsforhold og økonomi. Livskvalitetsnivået i Norge og de øvrige skandinaviske landene ligger høyt sammenlignet med mange andre land. Livskvalitetsnivået i Norge har ligget relativt stabilt siden 2005.<sup>14</sup> Det er sammenheng mellom inntekt og opplevd livskvalitet.<sup>15</sup>

### 2.2 Psykisk uhelse i befolkningen

---

Det er mange metodologiske utfordringer knyttet til å estimere forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen. Vi bruker her Folkehelseinstituttets tall, og forsøker samtidig å skille mellom forekomsten av diagnostiserbare lidelser vs. graden av plager i befolkningen (jf. begrepsavklaring i kap. 1). Det er flere forhold som er viktige når vi skal formidle forekomsten av psykiske lidelser:

- 1) Psykiske lidelser er vanlig. Det rammer, akkurat som somatiske lidelser, store deler av befolkningen.
- 2) Kategorien 'psykiske lidelser' er stor og mangfoldig, og det er mulig å oppfylle diagnosekriterier f.eks. for alkoholmisbruk, spesifikke fobier eller lette depresjoner uten at verken personen selv eller andre vil oppfatte dette som psykisk lidelse.
- 3) Vi mangler forekomsttall for noen grupper, særlig for den eldre delen av befolkningen.

<sup>14</sup> Folkehelseinstituttets faktaark: 'Livskvalitet og trivsel i Norge' <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/livskvalitet-og-lykke>

<sup>15</sup> Barstad, A. (2014) Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Damm Akademisk

Det er ingen sterke holdepunkter for at omfanget av psykiske lidelser har økt i befolkningen de siste ti-årene. Nivået av betydelig symptombelastning varierer noe på tvers av undersøkelser, men over tid ser det ut til at nivået av betydelige psykiske plager i befolkningen er relativt stabilt.<sup>16</sup> Samfunnets måte å forholde seg til disse lidelsene på har imidlertid endret seg. Stadig flere med psykiske plager og lidelser blir behandlet, og en større andel uførepensjoner innvilges med bakgrunn i en psykisk lidelse (ibid.).

## 2.3 Utbredelse av psykiske plager i befolkningen

---

**Barn og unge:** Til enhver tid regner vi med at 15–20 prosent av barn mellom 3 og 18 år opplever symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser i en slik grad at det påvirker hverdagslivets fungering.<sup>17</sup> I følge tall fra Ungdata svarer i overkant av 10 prosent at de er ganske eller veldig mye plaget av ulike depressive symptomer, og 16 prosent at de er litt eller svært misfornøyd med egen helse.<sup>18</sup>

**Voksne:** Det er mange voksne som jevnlig strever med psykiske utfordringer og belastninger som ikke oppfyller kriterier for en psykisk lidelse. For eksempel viser nasjonale beregninger at rundt ti prosent av den voksne befolkningen har vært betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene.

**Eldre:** Det er stor forskjell mellom estimater for omfang av psykiske plager (symptomer) og prevalens-estimer for klinisk validerte lidelser. FHI anslår at om lag 25-35 prosent av eldre kan ha depressive plager eller symptomer på angst.<sup>19</sup> Eldre opplever ofte tap av fysisk helse og funksjon, arbeid, partner og venner. Angst og dyp sorg er naturlige reaksjoner på slike tapsopplevelser.

## 2.4 Forekomst av psykiske lidelser

---

**Barn og unge:** cirka åtte prosent av barn og unge i alderen 3–18 år har så omfattende symptomer at det tilfredsstiller kravene til en diagnostiserbar psykisk lidelse. Gutter 6–12 år utgjør to tredjedeler av dem som har en diagnose. Konsentrasjonsvansker, ADHD og atferdsforstyrrelser er de vanligste lidelsene. Fra 12-årsalderen er to av tre med psykiske lidelser jenter. De sliter først og fremst med angst og depresjon.<sup>20</sup>

**Voksne:** I løpet av et år vil omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen tilfredsstille diagnostiske kriterier for minst én psykisk lidelse, mens cirka halvparten vil rammes av en slik lidelse i løpet av livet.<sup>21</sup> Av disse vil rundt en fjerdedel rammes av en angstlidelse og rundt en femtedel av en depresjon.

**Eldre:** Eldre i 60–70 årsalderen som bor hjemme, har relativt lav forekomst av psykiske plager og lidelser sammenlignet med den øvrige voksne befolkningen. På befolkningsnivå tyder undersøkelsene på at:

- Omlag 4–8 prosent av eldre over 65 år kan lide av en alvorlig depresjon
- Omlag 25–35 prosent kan ha depressive plager.<sup>22</sup>

---

<sup>16</sup> Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2011:2. Folkehelseinstituttet.

<sup>17</sup> Folkehelseinstituttets faktaark: 'Psykiske lidelser hos barn og unge' Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=84062>

<sup>18</sup> NOVA (2013). Ungdata. Nasjonale resultater 2010–2012. NOVA Rapport 10/13. Oslo, NOVA.

<sup>19</sup> Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2011.

<sup>20</sup> Folkehelseinstituttets faktaark: 'Psykiske lidelser hos barn og unge' Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=84062>.

<sup>21</sup> Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009; i Øverland, Knudsen og Mykletun, 2011.

Forekomstestimatene for alvorlige angstlidelser og symptomer på angst er om lag de samme som for depresjon. Forekomsten av demens øker betydelig med økende alder, og er minst 40 prosent blant de aller eldste.

## 2.5 Konsekvenser for individ og samfunn

«Psykiske lidelser er i dag en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Dette er tilfelle enten man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær. Registrerte psykiske lidelser står for omkring en tredjedel av alle uførepensjoner, med angst og depresjon som de viktigste årsakene til arbeidsrelatert uførhet. Angst og depresjon angår svært mange mennesker, rammer ofte i ung alder, har en tendens til å være tilbakevendende, og gir gjerne langvarig sykefravær, ofte med påfølgende arbeidsuførhet».<sup>23</sup> Psykiske plager og lidelser har stor betydning for den enkeltes livskvalitet og livsutfoldelse. Når plagene blir langvarige, kan det få alvorlige ringvirkninger på mange livsområder, som utdanning og yrkesaktivitet, inntekt og produktivitet, nære relasjoner og sosial deltakelse.

Depresjon medfører større reduksjon av produktiv arbeidstid enn noen annen lidelse. Dette skyldes ikke bare at depresjon gir sykefravær, men også at depresjon går utover evnen til å arbeide effektivt.<sup>24</sup> Mye tyder på at en liberal sykemeldingspraksis hos leger kan forverre tilstanden hos personer med psykiske lidelser. Sykemelding for lidelser som angst og depresjon kan bidra til å forsterke opplevelsen av sosial isolasjon, til inaktivitet, negativ grubling og mulighet til å selvmedisinere seg (ibid.).

### Boks 2.5.1 Eksempelet depresjon

WHO har konkludert med at depresjon er den enkeltdiagnosen som forårsaker flest tapte friske leveår i den vestlige verden (FHI, 2009). Det er også vist at depresjon medfører større reduksjon i selvopplevd helse enn kroniske sykdommer som astma, angina, artrose og diabetes (Øverland et al. 2011). Samtidig tyder analyser på at depresjon er i ferd med å bli den ledende årsak til sykdom i den vestlige verden (Helsedirektoratet, 2009). Det er dokumentert at depresjon øker sannsynligheten for somatiske sykdommer og forkorter forventet levetid. Folkehelseundersøkelser viser at depresjon øker dødeligheten i omtrent like stor grad som røyking (Mykletun og Øverland, 2010). Depresjon ser også ut til å øke dødeligheten for de store somatiske folkehelse sykdommene som hjerte- og karsykdom, infeksjonssykdommer og muligens også kreft (FHI, 2009).

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet, IS-1561 (2009).

Øverland, S., Knudsen, A. K., Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 48, nummer 8, 2011, 739-744.

Mykletun, A., og Øverland, S. (2010). Dør man av vanlige psykiske lidelser? Tidsskrift for Norsk Psykologforening., Vol 47, nummer 8, 2010, 756-758.

<sup>22</sup> FHI 2011, Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser Ellen Melbye Langballe, Miriam Evensen, s 6.

<sup>23</sup> Folkehelseinstituttets rapport 2011:1 Bedre føre var... Psykisk helse. Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.

<sup>24</sup> Psykisk helse i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Folkehelseinstituttet.

## 2.6 Arbeid, arbeidsuførhet og uføretrygd

---

Angst og depresjon er blant de viktigste årsakene til sykefravær. Andelen sykefraværsdager knyttet til psykiske lidelser har steget fra 15,3 prosent i 2000, og ligger rundt 20 prosent i 2010 og 2013.<sup>25</sup> Den reelle andelen antas å være langt høyere, siden det er kjent at psykiske lidelser underrapporteres som årsak til sykmelding.<sup>26</sup> Vanlige psykiske lidelser øker risikoen for svært langvarig fravær (over 90 dager) og gjentatte episoder med sykefravær.<sup>27</sup>

Andelen som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser øker, særlig blant unge. En mulig sammenheng kan være at psykiske lidelser i større grad enn tidligere er akseptert som årsak til nedsatt arbeidsevne, samt at endringer i arbeidslivet kan ha gitt redusert mulighet for arbeidsdeltakelse for personer med psykiske lidelser. Det er samtidig viktig å understreke at flertallet av dem med psykiske lidelser er i jobb uten sykmelding.

Symptomer på angst og depresjon som ikke når diagnostiserbare nivåer, kan også resultere i arbeidsuførhet. På befolkningsnivå bidrar slike lave symptomnivå til like mange innvilgete uførepensjoner som symptomtrykk på kliniske nivåer.<sup>28</sup> Norske studier har videre vist at angst og depresjon også er risikofaktorer for uførepensjon ved somatiske lidelser som hoveddiagnose.<sup>29</sup> I tillegg innvilges uførepensjoner i gjennomsnitt ni år tidligere for psykiske lidelser enn for somatiske lidelser. Dette medfører flere tapte arbeidsår ved uførepensjonering for en psykisk lidelse enn for en somatisk lidelse.<sup>30</sup>

## 2.7 Psykiske plager og lidelser og levekår

---

Psykisk helse og trivsel har betydning for alle hverdagslivets aktiviteter. Det å ha psykiske plager og lidelser over tid kan derfor få store konsekvenser for skolegang, utdanning og arbeidsliv. Dette vil igjen kunne påvirke oppnådd utdanningsnivå, muligheter i arbeidslivet og inntektsnivå. Samtidig er det viktig å peke på at kort utdanning og lav inntekt i seg selv er risikofaktorer for psykiske plager og lidelser.

Barn og unge som rapporterer at familien har dårlig råd, svarer også oftere at de har depressive symptomer og er mindre fornøyd med helse.<sup>31</sup> Samtidig er det dokumentert økt forekomst av psykiske helseproblemer blant elever som står i fare for å falle fra i videregående skole. NIFUs rapport om frafall i Akershus viser at 20,8 prosent av elever som slutter i løpet av skoleåret, forklarte frafallet med at de var psykisk syke eller hadde psykososiale problemer.<sup>32</sup>

Også hos voksne er det systematiske sosiale forskjeller i omfanget av psykiske helseproblemer. Personer med lav inntekt og utdanning rapporterer om mindre mestring, mer psykiske plager i form av angst og

---

<sup>25</sup> Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker – Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer. Helsedirektoratet 2015.

<sup>26</sup> <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/sykefravaer-og-uforhet>

<sup>27</sup> Knudsen, A.K., Harvey, S.B., Mykletun, A. and Øverland, S. (2012) Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 1–11. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x

<sup>28</sup> Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8, Folkehelseinstituttet.

<sup>29</sup> Øverland, S., Knudsen, A. K., Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 48, nr. 8, s. 739-744.

<sup>30</sup> Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8, Folkehelseinstituttet.

<sup>31</sup> NOVA (2013). Ungdata. Nasjonale resultater 2010 – 2012. NOVA Rapport 10/13. Oslo, NOVA.

<sup>32</sup> Markussen, E og Seland, I. (2012). Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? NIFU-rapport 6-2012.



depresjon og et høyere forbruk av medisiner og helsetjenester. I tillegg er de langt oftere sykemeldt eller uføretrygdet på grunn av psykiske helseproblemer.<sup>33</sup>

## **2.8 Kronisk sykdom, smerter og søvnproblemer**

---

Kronisk sykdom, smerter og søvnproblemer har stor innvirkning på den psykiske helsetilstanden og omvendt. Det er viktig å være oppmerksom på omfanget av disse tilstandene siden de er viktige risikofaktorer for psykiske plager og lidelser

---

<sup>33</sup> Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2011:2. Folkehelseinstituttet.

### 3. PÅVIRKNINGSFAKTORER FOR PSYKISK HELSE

I folkehelsearbeidet er kunnskap om påvirkningsfaktorer sentralt. Folkehelseinstituttet oppsummerer påvirkningsfaktorene for psykiske lidelser og plager slik: «Psykiske lidelser og plager utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Kunnskapen om de eksakte årsakene er fortsatt mangelfull. Dette henger delvis sammen med at det sjelden er spesifikke sammenhenger mellom risikoforhold og type lidelse. Mange forskjellige risikofaktorer bidrar til utviklingen av en enkelt lidelse, samtidig som én og samme risikofaktor kan føre til utvikling av mange ulike lidelser. Som motvekt til risikofaktorer, påvirkes helsen også av faktorer som fremmer god psykisk helse og faktorer som beskytter individer mot å utvikle lidelser i perioder med store belastninger. Grovt sett kan en si at helse er resultatet av spillet mellom individuelle egenskaper og beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i miljøet».<sup>34</sup>

BESKYTTELSESFAKTORER OG RISIKOFAKTORER			
	Nivå	Beskyttelsesfaktorer	Risikofaktorer
Miljørelaterte Faktorer	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger
	Lokalsamfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole Belastende arbeidsmiljø
	Gruppe, sosialt nettverk/ familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivering	Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling
	Individrelaterte faktorer	Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemminger

<sup>34</sup> Major EF, red. Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aabø LE. Bedre føre var ...: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:1. s. 18-23.

Tabellen over viser en oversikt over dokumenterte beskyttelses- og risikofaktorer for psykisk helse. Den er, i likhet med mye av teksten i dette kapitlet, hentet fra Folkehelseinstituttets rapport *Bedre føre var ... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (2011:1).

### 3.1 Hvordan påvirker økonomi helse?

---

Modellen ovenfor viser til påvirkningsfaktorer på samfunnsnivå. Vi vet at sykkelighet og dødelighet ikke er jevnt fordelt i befolkningen, men følger en gradient der økende økonomi og utdanning henger sammen med stadig bedre helse. Den betydningen utdanning og økonomi har for helse, kan delvis forklares med materielle forhold (for eksempel ulikhet i belastninger knyttet til arbeidsmiljø), og med ulikhet i levevaner. Når vi skal inkludere et psykisk helse-perspektiv i folkehelsearbeidet er imidlertid de psykososiale forklaringshypotesene av spesiell interesse.

De psykososiale forklaringshypotesene tar utgangspunkt i at forekomsten av uheldig stress øker med synkende sosioøkonomisk status.<sup>35</sup> Vi kan tenke oss at årsaken til at utdanning og økonomi spiller en rolle for opplevelsen av stress, er at de fleste elementene i et vanlig hverdagsliv påvirkes av økonomiske, intellektuelle, kulturelle og sosiale ressurser. Sagt på en annen måte: Det spiller en rolle hvilken seng du våkner i fordi boligens kvalitet, hvem som er naboene dine, hva du ser rett utenfor kjøkkenvinduet og hva slags vei det er til butikk, jobb eller skole i sum bidrar til opplevelsen av stress og mestring. Videre vet vi at kriminalitet og forfall i bomiljøet påvirker deltagelse, aktivitet og trivsel. Nærhet til offentlig transport spiller en rolle for hvor mye tid og krefter mennesker bruker på å komme seg til og fra jobb, og tilgangen på servicetilbud og tjenester er også faktorer som kan legge til eller trekke fra i det komplekse regnskapet av ressurser og utfordringer som et helt vanlig hverdagsliv innebærer. Det samme gjelder forhold i arbeidsmiljøet; graden av kontroll og fleksibilitet på jobben øker med utdanningslengde.<sup>36</sup> Små og store hverdagslige oppgaver påvirkes av menneskers totale ressursituasjon. Det er totalregnskapet av ressurser, belastninger og graden av mulighet for å påvirke egne betingelser som er årsaken til det sosioøkonomiske mønsteret i opplevelsen av stress og mestring.

### 3.2 Risikofaktorer for barn og unge<sup>37</sup>

---

Barn har mindre muligheter til å påvirke sine rammebetingelser enn det voksne har. Barns oppvekstmiljø vil være preget av foreldrenes sosioøkonomiske forhold, sosiale og emosjonelle ressurser og livsstil. Mye av virkningen av samfunnsforhold og levekår på barns psykiske helse går via den virkningen de samme faktorene har på foreldrene.

Barn reagerer ulikt på de samme påvirkningene, avhengig av individuelle kjennetegn som intelligens, temperamentstrekk, biologisk risiko og somatiske skader og sykdommer. Men generelt kan en si at sjansen for at barn og unge utvikler psykiske lidelser er forhøyet dersom de har en arvelig sårbarhet og vokser opp i familier der de utsettes for mange belastninger. Erfaringer i løpet av livet, slik som forhold til viktige omsorgspersoner (tilknytning), medfødte temperamentstrekk og senere personlighetstrekk, vil

---

<sup>35</sup> Elstad, J.I. (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. Oslo: Helsedirektoratet; 2005. IS-1282.

<sup>36</sup> Dahl, E., Bergsli, H. og van der Weel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt.

<sup>37</sup> Innholdet i avsnittet er hentet fra Major EF, red. Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aabø LE. *Bedre føre var ...: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

ytterligere bidra til å forme sårbarhet eller motstandsdyktighet.<sup>38</sup> Risikoen for psykiske lidelser øker når belastningene barnet utsettes for blir store, rammer flere områder i livet eller varer over lang tid.

I de tidligste barneårene vil kvaliteter ved hjemmemiljøet ha stor betydning for barns utvikling og psykiske helse. Sannsynligheten for at barn og unge utvikler symptomer på psykiske plager øker i perioder når foreldrene har mange symptomer på psykiske lidelser som depresjon og angst, når forholdet mellom foreldrene er konfliktfylt eller foreldreferdighetene er mangelfulle, og når familien utsettes for mange belastninger eller negative livshendelser og har lite sosial støtte. Alkohol og rusmisbruk hos foreldrene er likeledes vesentlige risikofaktorer, det samme gjelder overgrep, mishandling og omsorgssvikt.

Mobbing, som inkluderer utestengning, ensomhet og mangel på vennskap, er også viktige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos barn og unge. Dårlig psykososialt miljø i barnehage og skole er også av stor betydning. Flere undersøkelser viser at det å oppleve barnehage- og skolemiljøet som belastende eller stressende er blant de mest alvorlige risikofaktorene for barn og unges psykiske helse.<sup>39</sup> Barn som ikke opplever det psykososiale miljøet som tilstrekkelig trygt, anerkjennende eller forutsigbart, vil blant annet kunne utvikle en generell utrygghet eller lite selvanerkjennende holdning, dårlig selvfølelse og eventuelt angst og depressive symptomer. Manglende deltakelse i fellesskapet og muligheter til livsutfoldelse som lek, læring, mestring og utvikling, vil for en del kunne gi seg uttrykk i atferdsendringer, resignasjon og økt skolefravær. Barn som er redde eller triste, urolige eller sinte vil lett kunne miste sin nysgjerrighet, og læringsprosesser kan stoppe opp. Slik hindres barns mulighet for livsutfoldelse.

### Boks 3.2.1 The Adverse Childhood Experiences Study (ACE)

Den såkalte ACE-studien (The Adverce Childhood Experiences Study: Felitti et al., 1998) viser en sterk sammenheng mellom traumatiske barndomsopplevelser og dårligere psykisk og fysisk helse og livskvalitet senere i livet. Studien viser også at negative barndomserfaringer som blant annet vold, overgrep, neglekt og omsorgssvikt, har betydelig høyere forekomst enn man skulle forventet i normalbefolkningen. Funnene fra studien, dvs. at negative opplevelser i barndommen er en sterk risikofaktor for de ledende årsakene til sykdom, dårlig livskvalitet og død, har store implikasjoner for forebyggingsarbeidet.

Felitti et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Deaths in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14 (4).

<sup>38</sup> Knudsen, A K., Schjelderup-Mathiesen, K., Mykletun, A. (2010). Hvem får psykiske lidelser, og kan de forebygges? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 47, Nr. 6, s. 536-538.

<sup>39</sup> Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Folkehelseinstituttet.

### 3.3 Beskyttelsesfaktorer for barn og unge<sup>40</sup>

---

Kvaliteter ved hjemmemiljøet har stor betydning for barns utvikling og psykiske helse. Foreldrenes sosiale ressurser er også med på å bestemme hvordan barn påvirkes av belastninger i familien. Et støttende sosialt nettverk, sensitive omsorgspersoner og trygg tilknytning er faktorer som virker beskyttende mot psykiske lidelser og plager. Vennskap med og sosial støtte fra jevnaldrende, er også en viktig beskyttelsesfaktor for barn og unge.

I tillegg til hjemmemiljøet, har barnehage- og skolemiljøet etter hvert stor betydning. En barnehage med høy kvalitet kjennetegnes av små barnegrupper, tilstrekkelig, stabilt, godt utdannet og personlig egnet voksenpersonell som har lett tilgang til veiledning fra psykisk helsepersonell.

Et godt læringsmiljø fremmer barn og unges helse, trivsel og sosiale utvikling. Et helsefremmende skolemiljø består av en skole som gir elevene muligheter til å delta aktivt, utfolde seg og oppleve mestring, og er preget av positive forhold mellom elevene. Skolen er også viktig for utvikling og opprettholdelse av sosiale nettverk. Et godt læringsmiljø kan gi mange gode opplevelser av fellesskap og mestring, faktorer som kan styrke og virke beskyttende på barns psykiske helse. Det samme vil gjelde for barns deltagelse i ulike fritidsaktiviteter.

#### Boks 3.3.1 Datateknologi, internett og sosiale medier: en ny påvirkningsfaktor?

Datateknologi, internett og sosiale medier har blitt en sentral og selvfølgelig del av hverdagslivet de siste ti-årene. Denne teknologien kan betraktes som en miljøfaktor, og i lys av dette er det aktuelt å spørre hvordan teknologien er med på å forandre hvordan mennesker oppfører seg, tenker og samhandler. Det eksisterer per i dag lite forskning på datateknologi relatert til psykiske helse og trivsel. Noe som imidlertid ikke kan bestrides, er at det sosiale livet mellom mennesker har fått flere arenaer og nye uttrykksformer. Hvordan datateknologien påvirker arbeidsmiljø og psykososialt miljø i familie, barnehage og skole bør gis forskningsmessig oppmerksomhet i årene som kommer.

### 3.4 Risikofaktorer for voksne og eldre

---

De negative livshendelsene som gir den største belastningen på den psykiske helsen, er trussel mot eget liv og helse, negative endringer i det sosiale nettverket og akutte økonomiske problemer. FHI beskriver en rekke sentrale risikofaktorer i miljøet som har betydning for utvikling av psykiske lidelser: Lav sosioøkonomisk status, arbeidsledighet, diskriminering og manglende integrasjon, sosial desintegrasjon av lokalsamfunn, belastninger knyttet til bomiljø, belastninger knyttet til arbeidsmiljø, belastninger knyttet til det sosiale nettverket og nære personlige forhold samt skilsmisse og samlivsbrudd. Betydningen disse

---

<sup>40</sup> Teksten er hentet fra Major EF, red. Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aabø LE. Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:1. s. 20. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

faktorene har for utviklingen av psykiske plager og lidelser, vil i neste omgang være påvirket av faktorer i individet.

Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over eget liv og manglende mestringsevne er viktige risikofaktorer for psykiske plager og lidelser. Disse faktorene utvikler seg i et samspill mellom individ og miljø, og er avhengig både av den ytre livssituasjonen og personlige ressurser. I tillegg har livsstilsfaktorer som bruk av rusmidler, fysisk aktivitet, kosthold samt sosial deltakelse betydning. En helsefarlig livsstil med stort forbruk av alkohol, røyking, lite mosjon og usunt kosthold øker risikoen for psykiske plager og lidelser.<sup>41</sup> Det samme gjør somatisk sykdom, kroniske smertetilstander og alvorlige søvnproblemer. Hos eldre kan nedsatt helse og funksjonsevne gå ut over mulighetene til sosial kontakt og føre til ensomhet. Det er en sterk sammenheng mellom ensomhet og dårligere helseutfall.<sup>42</sup>

### 3.5 Beskyttelsesfaktorer for voksne og eldre

---

Beskyttelsesfaktorene er på mange måter de samme som risikofaktorene, med motsatt fortegn. En helsefremmende livsstil med tilstrekkelig søvn, fysisk aktivitet og godt kosthold virker beskyttende mot psykiske plager og lidelser. I tillegg er individuelle mestringsressurser av stor betydning. Evnen til å mestre livspåkjenninger, sammen med forventninger om å kunne håndtere problemene når de oppstår, nevnes ofte i denne sammenheng.<sup>43</sup>

Beskyttelsesfaktorer i miljøet som ser ut til å ha særlig betydning, er sosial kapital og sosial støtte. Sosial kapital refererer til grad av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold mellom innbyggerne i et samfunn og henger nært sammen med sosial integrasjon. Flere undersøkelser finner mindre helseproblemer, både psykiske og somatiske, i samfunn som skårer høyt på sosial kapital. Sosial støtte omfatter i første rekke empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også praktisk hjelp og sosial kontroll. Sosial støtte ser både ut til å ha positiv effekt på den psykiske helsen i seg selv, og ved å virke som en buffer gjennom å styrke individets mestringsevne når utsatt for ulike påkjenninger eller negative livshendelser. Opplevelse av sosial støtte henger igjen sammen med forhold som utdanningsnivå og arbeidslivs-tilknytning.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Bedre føre var... Psykisk helse. Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Folkehelseinstituttet.

<sup>42</sup> Eldres helse (65 år og over) - faktaark med statistikk [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. [oppdatert 12. feb. 2013; lest 13. sept. 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=85146>

<sup>43</sup> Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Folkehelseinstituttet.

<sup>44</sup> Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Folkehelseinstituttet.

### Boks 3.5.1 Sosial støtte og ensomhet

Resultater fra Helse- og levekårsundersøkelsene viser at de aller fleste har en fortrolig venn og har hyppig kontakt med venner og familie. I underkant av ti prosent av befolkningen rapporterer at de opplever liten grad av sosial støtte, og opp til fem prosent hadde ingen fortrolige venner. Enslige og eldre personer opplever i langt mindre grad at de har personer rundt seg som de kan betro seg til om personlige problemer. Det viser seg også at de som står utenfor studier og arbeid, oftere mangler noen å snakke fortrolig med. Lav sosial støtte og arbeidsledighet utgjør livssituasjonsmål forbundet med særlig høy risiko for den enkelte.

Ifølge levekårsundersøkelsen fra 2008 hadde hele 28 prosent av den voksne befolkningen vært plaget av ensomhet i løpet av en 14-dagers periode. To prosent svarer at de ikke har noen de kan regne med ved personlige problemer. Sosial isolasjon (mennesker som bor alene og oppgir at de ikke har kontakt med venner eller familie så ofte som ukentlig) er heldigvis et begrenset problem og gjelder omtrent 1 prosent av befolkningen. Selv om andelene er små, kan det gjelde mange mennesker, for eksempel oppgir anslagsvis 70 000 mennesker at de ikke har noen de kan regne med hvis de trenger hjelp.

Når det gjelder ungdom, viser resultater fra Ungdata 2013 at to av tre er helt sikre på at de har minst én venn som de «kan stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig». I tillegg er det mange som ikke er helt sikre, men som likevel tror at de har en slik venn. Nær én av ti mangler fortrolige venner, eller de har ingen de vil kalle venner for tiden. De aller fleste har et godt forhold til foreldrene sine. Hele 84 prosent er «litt eller svært fornøyd» med mor og far. Samtidig viser en undersøkelse gjennomført av Røde Kors i 2012 at en av tre ungdommer mellom 18 og 29 år er plaget av ensomhet ofte eller av og til, og 25 prosent av ungdommene rapporterte at de forsøkte å skjule sin egen ensomhet. I aldersgruppen 16-19 år sa tolv prosent at de ofte er ensomme.

Barstad (2014) Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Damm Akademisk. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2011:2. Folkehelseinstituttet.

## 3.6 Oppsummering av kapitlene 1–3

Kapitlene 1-5 har omhandlet hvordan ulike begreper knyttet til psykisk helse defineres, samt forekomst og konsekvenser av psykisk plager og lidelser i befolkningen. Vi har også forsøkt å forklare hvilke faktorer som fremmer god psykisk helse og hvilke faktorer som påvirker psykisk plager og lidelser.

Vi vil i neste kapittel belyse noen problemstillinger og trender som vi mener påvirker menneskers psykiske helse og trivsel i dag. Denne drøftingsdelen understøttes av relevant teori og forskning, og peker samtidig på utfordringer som kan være aktuelle i folkehelsedivisjonens videre arbeid med psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet.

## 4. HVORFOR HAR VI DET IKKE BEDRE NÅR VI HAR DET SÅ BRA?

Norge er materielt sett nesten på topp i verdenssammenheng, og vi lever i et samfunn med stor grad av sosial trygghet og god tilgang på informasjon om hva som påvirker helsen. Hvorfor er det likevel så mange ungdommer som rapporterer om depressive symptomer og at de bekymrer seg mye?<sup>45</sup> Hvorfor plages helt sunne og friske 15-årige jenter av skam over kroppen sin?<sup>46</sup> Hvorfor har vi en stadig økning av fedmeoperasjoner? Hvorfor er det å stå utenfor arbeidslivet en risikofaktor for helseplager og andre problemer?<sup>47</sup> Kort sagt: «Hvorfor har vi det ikke bedre når vi har det så bra?» Ulike varianter av dette spørsmålet dukker jevnlig opp i samfunnsdebatten, gjerne i tilknytning til publisering av rapporter om forekomsten av psykiske plager og lidelser i Norge.

I kapittel 2 og 3 har vi redegjort for forekomst og konsekvenser av psykiske plager og lidelser og hvilke faktorer som påvirker psykisk helse og trivsel. I dette kapitlet ønsker vi å belyse noen problemstillinger som påvirker menneskers psykiske helse og trivsel i dag:

- Endring av levevaner: Just do it? Hvorfor er det så vanskelig å ta gode helsevalg, leve som anbefalingene forteller oss og endre vaner i en mer helsefremmende retning?
- Innenfor eller utenfor? Hvilken betydning har det å ikke høre til og være med?
- Er det hvordan man har det eller hvordan man tar det? Er det slik at man har seg selv å takke når det ikke går bra i livet?

Svarene på disse spørsmålene er mange og sammensatte, men et fellestrekk er at et tydeligere fokus på psykologiske og psykososiale årsaker, årsaksmekanismer og utfall kan bringe forebygging i helsetjenesten og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet videre. Avslutningsvis i kapitlet ønsker vi kort å diskutere hvordan definisjonene av helse og psykisk helse kan by på noen utfordringer når de blir for snevre, og kanskje bidrar til å styre våre forventninger og opplevelser av å ha det bra eller ikke.

### 4.1 Endring av levevaner: "Just do it?"

---

Våre levevaner er i endring. I tillegg til skadelig bruk av tobakk og alkohol, får stadig flere helseproblemer som følge av usunt kosthold og fysisk inaktivitet. Dette har konsekvenser også for vår psykiske helse. Samtidig har psykologiske faktorer hos individet betydning for den enkeltes muligheter til å ta gode valg for egen helse, og for muligheten til å skulle endre vaner i en mer helsefremmende retning. Som mange

<sup>45</sup> Bakken, A. (red.) NOVA Rapport 10/14. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

<sup>46</sup> Hartberg, S. og K. Hegna NOVA Rapport 2/14. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

<sup>47</sup> Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Folkehelseinstituttet.



har erfart, er det utfordrende å endre vaner. Spesielt det å opprettholde endringene over tid. Forståelse av de psykologiske sidene ved endring er avgjørende: Er det så enkelt som «just do it!»?

#### 4.1.1 Behov for en helhetlig tilnærming

Hva er det som gjør at noen klarer å endre vaner og andre ikke? Hvordan spiller følelsene våre inn? Hvilke tankeprosesser kan hindre eller sabotere et endringsforsøk, og hva skal til for å overkomme motivasjonsproblemer eller lav mestringsfølelse? I dette kapitlet ønsker vi å løfte fram individperspektivet og spørre hvorfor det ikke alltid er «bare å gjøre det», eller «just do it!» som det populært kalles på reklamespråket. Mer bestemt ønsker vi å se nærmere på hvordan psykologiske faktorer i enkeltindividet kan spille inn og påvirke den enkeltes endringsmuligheter, samt hvordan disse faktorene kan gjøre det vanskelig å oppnå endringer som varer over tid.

Våre levevaner viser en klar sosial fordeling. Dårligere kosthold, tobakksbruk og fysisk inaktivitet opptrer hyppigere hos de med lavest sosioøkonomisk status. Helserelatert livsstil kan således delvis forstås på bakgrunn av kulturelle og sosiale rammebetingelser individet lever under. Men dette perspektivet er ikke tilstrekkelig for å forklare hvorfor enkeltindivider har usunne levevaner eller strever med å endre sine vaner i en mer helsefremmende retning. Psykologiske faktorer som finnes i hver enkelt av oss vil også ha betydning for våre levevaner og hvorfor vi handler, eller ikke handler, som vi gjør, i forhold til egen helse. Psykologisk kunnskap er altså viktig for å forstå hvorfor en del livsstilsintervensjoner mislykkes. Fokus på de psykologiske sidene ved endring er i aller høyeste grad folkehelsearbeid, og ikke minst viser det hvor viktig det er å se fysisk og psykisk helse i sammenheng. Det er behov for en mer helhetlig tilnærming.

#### 4.1.2 Levevaner i endring – økning i livsstilssykdommer

Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen. Parallelt med dette ses en økende grad av fysisk inaktivitet i hverdagen. Mange mener at vi står ovenfor en global epidemi. Fedme er en risikofaktor for utvikling av en rekke sykdommer, og omfanget av hjerte- og karsykdommer, diabetes og kreft utgjør en stadig økende trussel mot folkehelsen – sykdommer som i stor grad skyldes livsstil.<sup>48</sup>

Våre levevaner har ikke bare konsekvenser for vår fysiske helsetilstand, gode levevaner har også stor betydning for vår psykiske helse. En helsefarlig livsstil med lite fysisk aktivitet og usunt kosthold øker risikoen for psykiske plager og lidelser. Samtidig vil en helsefremmende livsstil med tilstrekkelig søvn, mosjon og godt kosthold gi overskudd og virke beskyttende.<sup>49</sup>

#### 4.1.3 Psykologiske faktorer

Vi har god kunnskap om hva man bør gjøre for å leve sunt, gå ned i vekt, bli mer aktiv eller slutte å røyke. Likevel er det mange som strever med å gå i gang med større livsstilsendringer. Og blant dem som klarer å gå ned i vekt, begynne å trene eller slutte å røyke, er det mange som opplever gjentatte tilbakefall og strever med å opprettholde de nye vanene over tid. Hvorfor er det det så vanskelig å endre gamle atferdsmønstre, og å opprettholde nye og mer helsefremmende vaner?

Det som har vært gjennomgående for tradisjonelle livsstilsintervensjoner – enten det dreier seg om røykeslutt, kostholdsomlegging eller treningsprogrammer, er at de først og fremst har fokus på den atferdsmessige komponenten i atferdsendringen, dvs. på konkrete tiltak og løsninger. Resonnementet

<sup>48</sup> NCD-strategi 2013 – 2017 For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>49</sup> Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Folkehelseinstituttet.

som går igjen, synes å være: 'Følger du denne dietten / dette programmet, vil du gå ned i vekt / slutte å røyke / komme i bedre fysisk form'.<sup>50</sup> Det disse intervusjonene i liten grad har hatt fokus på, er den "mentale komponenten" i atferdsendring, altså underliggende psykologiske faktorer hos det enkelte individ. Vi skal nå se nærmere på noen psykologiske faktorer vi mener er sentrale og som spiller inn og påvirker individets muligheter for endring.

#### 4.1.4 Emosjoner/følelser

Man tenker seg at mennesket er født med ti universelle, grunnleggende følelser: glede, interesse, redsel, tristhet, sinne, skam, sjalusi, skyldfølelse, hengivenhet og forakt. Innenfor en rekke psykologifaglige tradisjoner er det i dag bred enighet om at følelser er dypt logiske, bærer med seg informasjon og har sin egen hukommelse.<sup>51</sup> Innenfor disse tradisjonene vil god psykisk helse innebære god følelsesregulering. Det innebærer å kunne gjenkjenne, tåle og uttrykke de ulike følelsene. De fleste mennesker vil også regulere følelser mer eller mindre ubevisst gjennom mat, alkohol, tobakk, fysisk aktivitet, arbeid etc. Disse strategiene for følelsesregulering kan være mer eller mindre hensiktsmessige på kortere eller lengre sikt, og problemer oppstår først når strategiene blir dominerende og langvarige.

For noen vil endring av levevaner innebære at man først jobber med en bevisstgjøring av følelser og følelsesregulering. Noen mennesker trøstespiser når de er triste, andre mister matlyst. Noen drikker alkohol når de er redde, andre røyker, noen flykter inn i arbeid for å holde vanskelige følelser unna, mens andre igjen ikke mestrer å jobbe. Mennesker er forskjellige, og vi regulerer følelser ulikt og i ulik grad. Først når man er blitt bevisst sine måter å regulere følelser på, for eksempel hvorfor man overspiser eller røyker, kan man skifte de ut med andre og mer hensiktsmessige metoder, og på den måten klare å oppnå mer varige endringer.

#### 4.1.5 Tanker

Alle mennesker har en rekke automatiserte og innlærte tanker som påvirker oss daglig. Måten vi tenker på, vil påvirke og forme våre følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger. Hvordan vi tenker om en bestemt hendelse er igjen påvirket av tidligere erfaringer. Dette forklarer hvorfor mennesker kan reagere helt forskjellig på den samme hendelsen. Tankene former våre reaksjonsmønstre.<sup>52</sup>

Mange opplever å bli motarbeidet i av sine egne tanker når de skal gjøre endringer i levevaner. For å få til endring kan det være nødvendig å jobbe med og endre tankemønstre. Dette innebærer å bli mer bevisst på automatiske negative tanker, tankefeller og uhensiktsmessige leveregler, og øve på å erstatte dem med nye og mer hensiktsmessige måter å tenke på. For eksempel handler det om å kunne kjenne igjen selvsaboterende tanker som «jeg vet jeg ikke burde spise dette, men jeg gir blaffen – jeg kommer aldri til å gå ned i vekt», eller gjenkjenne tankefeller som alt-eller-intet-tenkning hvor man ser lite nyanser; enten er man flink eller håpløs – aldri passe flink. Dette er en lite hensiktsmessig måte å tenke om både seg selv og verden på. Det handler om en bevisstgjøring og utforskning av egne holdninger og tanker slik at man ikke fortsetter med selvsaboterende indre dialog og atferd som står i veien for endring.

---

<sup>50</sup> Martinsen, E. W. (2004). Kropp og sinn: Fysisk aktivitet og psykisk helse. Fagbokforlaget.

<sup>51</sup> Monsen, J. T., Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell. I A. Holte, G. H. Nielsen, H. Rønnestad (Eds) Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis (s. 71-90). Oslo: Gyldendal akademisk.

<sup>52</sup> Berge, T. og Repål, P. (2010). Den indre samtalen. Gyldendal Norsk Forlag.

#### 4.1.6 Viljestyrke

Endringsprosesser kan være krevende, især å få til endring som varer over tid. Men hvis man ikke klarer å «just do it» – er det da et uttrykk for mangel på viljestyrke? Baumeister beskriver hvordan viljestyrken på samme måte som en muskel, blir sliten ved overdreven bruk, samtidig som den kan styrkes over tid med trening. Vi har en begrenset mengde viljestyrke som brukes opp i takt med at den tas i bruk, og vi bruker av det samme lageret med viljestyrke for alle typer oppgaver.<sup>53</sup>

Viljestyrke er en mental energi som henger nært sammen med selvkontroll. Når viljestyrken tappes, minker selvkontrollen parallelt. For den som lever et liv med mye press – for eksempel har en hverdag med dårlig økonomi, stressende jobb, små barn og konflikt med partneren – kan det være begrenset med viljestyrke igjen til en joggetur. Når man har brukt mye viljestyrke til å takle en utfordrende oppgave, blir dessuten intensiteten av følelser sterkere i etterkant. Det gjør at for eksempel lysten på sjokolade kan bli helt uimotståelig for en som for eksempel nettopp har brukt mye viljestyrke på ikke å bli sint på en trassig treåring. Når kognitive ressurser tappes, øker risikoen for sammenbrudd i selvkontroll.<sup>54</sup> Det kan med andre ord være fornuftig ikke å utsette seg selv for flere store endringer samtidig, som for eksempel både slutte å røyke og gå ned i vekt på samme tid.

#### 4.1.7 Motivasjon, mestring og opplevelse av kontroll

Motivasjon er en grunnleggende faktor i all atferdsendring og brukes ofte som en betingelse for å lykkes med livsstilsendring.<sup>55</sup> Motivasjon kan forstås som en persons ønsker om endring, eller nærmere bestemt om faktorer som setter i gang, gir retning og intensitet til og opprettholder atferd. Utvikling av motivasjon består i første rekke av at man forandrer syn på egen atferd og konsekvensene av den.<sup>56</sup> Motivasjon for endring kan komme fra både ytre og indre kilder.

I Self-determination Theory skiller det mellom indre og ytre motivasjon.<sup>57</sup> Utgangspunktet er at indre versus ytreregulert motivasjon skaper ulik psykologisk beredskap for å opprettholde en aktivitet. Indre motivasjon er det medfødte drivet mennesket har til å engasjere og utforske egen kapasitet og forsøke å overvinne utfordringer.<sup>58</sup> Hvis en person gjør en aktivitet på grunn av egeninteresse for selve aktiviteten og denne aktiviteten er belønning nok i seg selv, er det snakk om indre motivasjon. I forhold til fysisk aktivitet kan indre motivasjon handle om gleden ved å bevege seg, bedre helse og mer overskudd og velvære. Å finne mening med endring vil dermed være sentralt for å styrke den indre motivasjonen for endring. Ytre motivasjon vil i motsetning være når personen gjør noe fordi han eller hun ønsker å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten. Det kan dreie seg om ytre motivasjonsfaktorer som å gå ned i vekt, forbedre eget utseende eller bli mer fysisk attraktiv. Disse faktorene kan virke motiverende, men har sjelden langvarig effekt.

Nært knyttet til motivasjon finner vi mestringsbegrepet. For å lykkes i å gjøre endringer, er det nødvendig at personen har tro på sin egen evne til å gjennomføre en endring. I følge Bandura påvirker tiltro til egen mestringsevne (self-efficacy) sannsynligheten for at en person forsøker seg på endring, om han eller hun

<sup>53</sup> Baumeister, R. & Tierney, J. (2013). Viljestyrke – selvkontroll som nøkkel til suksess. Flux forlag.

<sup>54</sup> Stroebe, W. (2000). Social psychology and health. Open University Press.

<sup>55</sup> Sletteland, N. og Donovan, R. M. (2013). Helsefremmende lokalsamfunn. Gyldendal Akademisk.

<sup>56</sup> Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001). Endringsfokuset rådgivning. Gyldendal Akademisk.

<sup>57</sup> Øverby, N. C., Torsveit, M. K. og Høigaard, R. (red.) (2011). Folkehelsearbeid. Høgskoleforlaget.

<sup>58</sup> Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior. New York: Plenum.

er utholdende i sine forsøk og om han eller hun lykkes til slutt.<sup>59</sup> For eksempel vil det å gå ned i vekt og komme i bedre form innebære at man må håndtere en rekke situasjoner der man får lyst til å la være å trene eller spise annerledes enn planlagt.

Tiltro til egen mestringsevne er påvirket av tidligere erfaringer. Tidligere endringsforsøk som har vært mindre vellykkede, fører fort til tvil rundt ens evne til å gjennomføre endringer. Og en slik tvil på at man kan klare å gjennomføre det man har bestemt seg for, undergraver utholdenheten. Har man liten tiltro til egen mestringsevne, kan det bli vanskelig å motstå fristelser i form av både indre tanker og ytre stimuli. Opplever man i tillegg at man generelt har lite kontroll over eget liv, vil det ha negative konsekvenser både viljestyrke, motivasjon og mulighetene for endring.

#### 4.1.8 Avsluttende kommentar

Som vi nå har sett eksempler på, er det altså ikke bare å «just do it!» når det kommer til endring av levevaner. En slik forenkling undervurderer betydningen av menneskers livshistorier, tidligere erfaringer, tankemønstre, følelser og syn på en selv. Vi har pekt på noen faktorer vi mener er viktige å ta hensyn til, men det er også andre faktorer som vi ikke har gått nærmere inn på her, som også vil spille en rolle, som for eksempel negative barndomsopplevelser, selvfølelse og skamproblematikk. Som omtalt i avsnittet om påvirkningsfaktorer for psykisk helse i kapittel tre, foreligger det for eksempel solid dokumentasjon på at det er sterk sammenheng mellom negative opplevelser i barndommen og dårligere psykisk og fysisk helse i livet. Avhengighetsatferd som røyking og overspising er altså ikke nødvendigvis alltid et uttrykk for “dårlige vaner”, men kan være logiske mestringsstrategier for å håndtere underliggende psykisk smerte.

I arbeidet med å bistå mennesker i å endre atferd, er det viktig å ha en forståelse av at etablering av livsstil og endring av vaner er påvirket av en rekke faktorer, og at våre levevanevalg kan være styrt av sammensatte og til dels komplekse årsaksforhold. Kunnskap og bevissthet om disse forholdene er helt avgjørende når man arbeider innenfor helsefremming og forebygging, enten det handler om å utforme og å iverksette tiltak mot befolkningen eller bestemte grupper, eller i endringsarbeid/klinisk arbeid på individnivå.

## 4.2 «Er det hvordan du har det, eller hvordan du tar det?»

---

Uttrykket «Det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det» brukes ofte for å understreke at måten vi mennesker takler situasjoner på har betydning for hvordan vi påvirkes av dem. Det ligger selvsagt en del visdom i et slikt ordtak, men samtidig kan enkeltindividet bli tillagt en uforholdsmessig stor del av ansvaret for egen livssituasjon og overskygge det vi vet om betydningen av levekår og andre miljøfaktorer. I en kultur der ansvaret for et vellykket livsprosjekt i større og større grad tillegges individet selv,<sup>60</sup> blir det ekstra viktig å huske på miljøfaktorenes betydning. Vi vil nedenfor belyse sammenhenger mellom betingelser/miljøfaktorer og hvordan mennesker mestrer hverdagsliv og utfordringer.

### 4.2.1 Hverdagsliv, stress og mestring

Et helt vanlig liv består av mange oppgaver, utfordringer og hendelser. Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet er helt sentral for helse og trivsel. «Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av

---

<sup>59</sup> Prescott, P. og Børtveit, T. (2003). Helse og atferdsendring. Gyldendal Akademisk.

<sup>60</sup> Madsen, O.J. (2011). Den terapeutiske kultur. Universitetsforlaget.

å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv.»<sup>61</sup> Menneskers mestring har delvis opphav i individet fordi evner, personlighet og temperament påvirker reaksjoner og vurderinger. Samtidig har vi lett for å undervurdere betydningen de miljømessige betingelsene har for menneskers mulighet for mestring.

Dersom summen av utfordringer overstiger de ressursene vi opplever å ha, og dette pågår over tid, oppstår usunt stress. Det usunne stresset kan ha sitt opphav flere steder. Kronisk sykdom eller smerter, mobbing, tapsopplevelser, konflikter og samlivsbrudd eller vold i nære relasjoner rammer store grupper i befolkningen. Mer strukturelle forhold kan også bidra til uheldig stress; dårlig økonomi, usikker tilknytning til arbeidsmarkedet eller miljøbelastninger på jobb, skole eller i nærmiljøet. De materielle, sosiale og strukturelle ressursene som påvirker enkeltmenneskers muligheter for å håndtere små og store utfordringer, henger ofte sammen med sosioøkonomisk status.

Sannheten om at det er 'hvordan vi tar det' har altså betydelige begrensninger. Sagt på en annen måte; hvis håndteringen av de utfordringer et helt vanlig liv gir utelukkende handlet om å ha de mest hensiktsmessige personlighetstrekkene, er det vanskelig å forklare den sosiale gradienten vi ser i alt fra ulykkesfrekvens og helseutfall til opplevelse av mestring, vitalitet og kontroll over livet.

Privatøkonomi gir ulike forutsetninger rent materielt, til å velge boligkvalitet og lokalmiljø med de følger dette har, og for å skaffe seg en pålitelig bil eller klare plutselige utgifter. Selv om man ikke lever i absolutt fattigdom, har privatøkonomien betydning for muligheten til å delta på lik linje med andre i sosiale sammenhenger og aktiviteter knyttet til skole, arbeidsplass eller fritid. I et samfunn der forventningene til levestandard og ytre tegn på vellykkethet er høye, har sannsynligvis privatøkonomien også stor betydning for menneskers opplevelse av å mestre livet.

De ytre tegnene på vellykkethet er både materielle og psykososiale; det handler nok om bil, klær bolig, men også om å vise frem at man er fysisk aktiv, lever sunt, holder på med de 'rette aktivitetene' og har flotte ferier. Sosioøkonomisk status påvirker mennesker subtilt; for eksempel vil det å ha dårlig økonomi og ikke leve opp til standarden til dem man sammenlikner seg med (også relativt sett) kunne innebære et tap av verdighet.

---

<sup>61</sup> Vifladdt, E. H. & Hopen, L. (2004). Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

### Boks 4.2.1 Større krav til et vellykket liv?

En rekke samfunnsdebattanter har de siste årene fremsatt ulike hypoteser om at økende krav om vellykkethet påvirker psykisk helse og trivsel negativt. Slike analyser av samtiden retter gjerne en kritisk pekefinger mot et samfunn som har stadig mer fokus på at vi ikke må gjøre feil, hvor vi skal ha kontroll på alt og ikke tabbe oss ut, og det vises til at vi blir mer sårbare i en kultur som benekter sårbarheten. Er det slik at vi er i ferd med å skape en «suksesskultur» hvor det å fremstå som vellykket har blitt en kollektiv konkurranse? Hvordan påvirker det oss dersom det ikke er rom for å vise at man er i eksistensiell krise, har kjærlighets sorg eller ikke “fikser alt”? Det passer ikke inn der en skal presentere en effektiv, produktiv og perfekt identitet på jobb eller i skolen. Resultatene fra Ungdata har fått stor oppmerksomhet og har ført til en debatt der forskere og andre spør om vi nå er stilt ovenfor et nytt problem, nemlig at unge mennesker opplever en overansvarlighet og kan plages av en trussel om å feile i vellykkethetsprosjektet.

Fugelli, P. (2008). Nokpunktet. Essays om helse og verdighet. Universitetsforlaget.

Stålsett, Gry. (2013). Jakten på det perfekte. Kronikk VG 2013: <http://www.vg.no/nyheter/meninger/jakten-paa-det-perfekte/a/10126965/>

### 4.2.2 Ungdom forteller om bekymring og stress

Nyere ungdomsundersøkelser viser at ungdom mellom 13–16 år er mer lovlidige enn før, det er færre som ruser seg, og stadig flere unge har et godt forhold til foreldrene sine. Ungdata-undersøkelsen 2013 viser samtidig at flere unge jenter forteller om psykiske plager og stress-symptomer. Kanskje er det unges opplevelse av ikke å mestre som gjør at så mange som 44 prosent rapporterer om at “alt er et slit”.

En forklaring på de høye tallene kan være at de unge føler at de kommer til kort i en stresset hverdag – en hverdag som preget av stor valgfrihet og krav om å være vellykket på de fleste områder. Høye krav til skoleprestasjoner og fritidsaktiviteter samt strenge idealer for kropp og utseende, kan bidra til at mange ikke føler at de strekker til. Dette er forklaringer som samfunns-forskere peker på i analysen av de nye undersøkelsene.<sup>62</sup> Betydningen av skoleprestasjoner har økt i tråd med endringer i arbeidsmarkedet og økende krav til teoretisk utdanning for flertallet i befolkningen. Ungdommene har et press på seg i skolehverdagen og i fritiden hvor det de presterer i økende grad gis betydning fordi det er viktig for fremtiden deres. Denne “fremtids-disiplineringen” kan skape en usikkerhet og et press som kan være vanskelig å håndtere. Dette kan være en forklaring på at omtrent halvparten av jentene svarer at de er ganske eller veldig mye plaget av bekymringer for fremtiden.

Det er behov for å få mer kunnskap om de miljøfaktorene som bidrar til økt opplevelse av stress og press hos ungdom.

De sosiale forskjellene mellom ungdom er tydelig i de nasjonale resultatene fra Ungdata. Ungdom som oppgir at familien deres har hatt dårlig råd de to siste årene, er gjennomgående mindre tilfredse og har også oftere symptomer på depressive plager. Når ungdommers svar på spørsmål om psykisk helse, venner og trivsel systematisk henger sammen med familiens økonomiske situasjon, peker dette på behovet for å forstå de samfunnsmessige årsakene til disse funnene.

<sup>62</sup> Hegna, K. Ødegård, G. Strandbu, Å. (2013). En «sykt seriøs» ungdomsgenerasjon. Psykologisk tidsskrift 50/13.

Forestillingen om at det er 'hvordan du tar det' som avgjør, kan fort legge sten til byrden for unge mennesker som strever. Noen mener også at dette fokuset «innover» kan undergrave en motstand eller protest mot de samtidsbetingelsene som alle i denne generasjonen deler.

#### 4.2.3 Frafall fra videregående opplæring – et kompleks av årsaker

Er det slik at de elevene som ikke gjennomfører videregående skole, ikke jobber hardt nok med skolearbeidet eller ikke klarer å ta seg sammen? Eller er det slik at det finnes større likheter blant dem som faller ut av videregående skole, og som slik sett danner noen mønstre, som kan peke mot andre forklaringer utover de individuelle?

Til tross for at nesten all ungdom begynner på videregående opplæring, fullfører kun ca. 70 prosent.<sup>63</sup> Slik har det vært de siste ti-tolv årene, med størst frafall fra yrkesfaglig studieretning.<sup>64</sup> Forskning viser at unges frafall fra videregående opplæring henger sammen med bakgrunn, levekår og strukturelle forhold (hvordan du har det), og ikke kun om den enkeltes innstilling (hvordan du tar det). Variasjon i frafall kan i stor grad forklares med ulikhet i familiebakgrunn og skoleprestasjoner<sup>65</sup>. I en norsk kontekst finner man en klar sammenheng mellom fullføringsgrad og foreldrenes utdanning og inntekt.<sup>66</sup> Når familiens gjennomsnittsinntekt øker med 100 000 kroner, reduseres risikoen for ikke å fullføre med nesten fem prosentpoeng. Forskerne konkluderer likevel med at det er de utdanningsmessige ressursene i familien som har størst betydning.<sup>67</sup>

I forklaringer på sammenhengen mellom svak familieøkonomi og ulike negative utfall, er det særlig to tilnærminger som dominerer i litteraturen; investeringsperspektivet og familiestresshypotesen. I et investerings- eller ressursperspektiv pekes det på at barn fra fattige familier har dårligere skoleprestasjoner fordi foreldrene ikke kan investere like mange ressurser i utviklingen deres som mer velstående familier. Foruten materielle ressurser, siktes det også til foreldrenes holdninger, verdier og genetiske arv. Den såkalte familiestresshypotesen argumenterer for at økonomisk knapphet leder til stress i familien, noe som igjen reduserer foreldrenes mulighet til å gi barna den sosiale og emosjonelle støtten de trenger for å utvikle seg optimalt.<sup>68</sup>

Når det gjelder forklaringer på at ungdom fra lavere sosiale lag jevnt over presterer dårlig i skolen mer spesifikt, er det særlig to forklaringer som dominerer. I den ene tenker man seg at skolen har særlig sterk forankring i middelklassens verdier og at sosiale forskjeller i karakterer derfor ikke bare handler om en ulikhet i skolerelevante ressurser, men også om ulik verdsetting av skole og utdanning. Teorien går ut på at foreldre i middelklassen mer aktivt legger til rette for læring, og derigjennom øker barnas skolemotivasjon og framtidorientering.

Den andre forklaringen på frafall og senere marginalisering, peker mot faktorer knyttet til selve skolesituasjonen eller opplæringssystemet. Det vises til at omfanget av teori i undervisningen, undervisningsmåter og hvordan skoler klarer å møte elevene, har betydning for frafall.<sup>69</sup> Forskning har vist at årsaker til

<sup>63</sup> Etter standardmåling – fem år etter start fra videregående.

<sup>64</sup> Hammer og Hyggen (red.) (2013). Ung voksen og utenfor. Gyldendal

<sup>65</sup> Falch, T. og Nyhus O.H. (2010). Betydningen av fullført videregående opplæring for sysselsetting blant unge voksne. Senter for økonomisk forskning A/S, Trondheim 2011rapport nr. 01/11.

<sup>66</sup> Bratsberg (2010) Rapport 3/2010 Utdannings- og arbeidskarrierer hos unge voksne: Hvor havner ungdom som slutter skolen i ung alder?

<sup>67</sup> Kontrolleres det for foreldrenes utdanningsbakgrunn, reduseres betydningen av inntekt betraktelig.

<sup>68</sup> Hyggen, C. og Aaboen-Slette, M. (2013). Ungdom, frafall og marginalisering. Temanotat, Norges forskningsråd.

<sup>69</sup> Ungdomsstyrelsen (2013). Unga i arbeidslivet. 10 årsaker till avhopp. Skrifter från Temagruppen Unga i arbeidslivet 2013:2

frafall både kan knyttes til organisering av fagopplæringen og lærlingeordningen på yrkesfaglig studie-  
retning.

Når ungdom selv blir spurt om årsaker til at de ikke gjennomfører videregående utdanning, er det ofte  
motivasjonsproblemer eller feilvalg de oppgir. En studie fra Akershus fylke konkluderer med at skoletrøtt-  
het, feilvalg og psykiske problemer oppgis i over 50 prosent av elevenes forklaringer. Den kvalitative  
forskningen på frafall peker videre enn det som skjer på skolearenaen: årsakene kan oppsummeres i  
forhold knyttet til elevens hjemmesituasjon.<sup>70</sup>

Det er behov for å få mer kunnskap om hva som leder til utenforskap, spesielt hos ungdom som faller ut  
av både utdanning, arbeid og praksis.

#### 4.2.4 Mestringsressurser og mestringsbetingelser

Hvis vi igjen ser på spørsmålet vi stilte innledningsvis; handler det om hvordan man har det eller hvordan  
man tar det? Barns personlighet og evner har betydning for skoleprestasjoner og sosial fungering, men  
det spiller også en rolle hvilken måte undervisningen og skolehverdagen er organisert på. Den enkeltes  
innstilling til en stressende jobbhverdag (hvordan man tar det) kan ikke veie opp for den sosiale  
gradienten i arbeidsmiljøbelastning (hvordan man har det).

Det å mestre utfordringer i livet handler altså både om de individuelle ressursene og de betingelsene som  
ligger i samfunnet og i miljøene rundt oss. Det er samspillet mellom individuelle mestringsressurser og de  
miljømessige mestringsbetingelsene som får betydning for den enkeltes helse. Dette virker kanskje selv-  
sagt, men psykisk helse-feltet har de siste tiårene overveiende vært preget av individorienterte løsninger.  
Vi mener det ligger et uutnyttet potensiale i å i større grad adressere miljøbetingelser for å fremme  
menneskers psykiske helse og trivsel.

### 4.3 «Utenfor eller innenfor?»

---

Det er et biologisk faktum at mennesker er en sosial art. Det betyr at det ligger i vår natur å vurdere,  
forstå, samhandle, og inngå i relasjoner med hverandre. Mennesket har utviklet en rekke mekanismer  
(både atferdsmessige, psykologiske og biologiske) som understøtter sosial atferd fordi dette har bidratt til  
overlevelse, reproduksjon og hensiktsmessig omsorg for avkommet. Det er godt dokumentert at sosiale  
relasjoner er viktig for helse og trivsel gjennom livet, og forskning i sosial epidemiologi tyder på at fravær  
av positive sosiale relasjoner er en betydelig risikofaktor for dårlig søvnkvalitet, sykелighet og for tidlig  
død.

Det å være forbundet med andre og oppleve å få støtte, kjærlighet og respekt er helt sentralt for livs-  
kvaliteten. Det hjelper oss både med å løse oppgaver i hverdagen og til å håndtere mer utfordrende  
livshendelser. Som sosialt vesen er mennesket avhengig av å tilhøre et sosialt felleskap og derved være  
sosialt akseptert av en gruppe. Sosial aksept er å bli godtatt av en gruppe man er mye sammen med – som  
skoleklasse, arbeidsplassen, nabolag, slekt, etnisk gruppe, trossamfunn.

---

<sup>70</sup> Markussen, E. & Seland, I. Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i  
Akershus fylkeskommune skoleåret 2010-2011. Rapport 6/2012



Det motsatte av sosial aksept er ignorering, avvising, sosial utstøting og stigmatisering.<sup>71</sup> Utenforskap er, enten vi snakker om å være uten sosialt nettverk, å ha falt ut av vanlige fellesskap, eller å føle seg ensom, en betydelig risikofaktor for menneskers helse og trivsel. Det å ha få venner og ha lite kontakt med andre mennesker har vist seg å innebære like stor risiko for tidlig død som å røyke 15 sigaretter om dagen, være alkoholavhengig eller være fysisk inaktiv<sup>72</sup>. Sammenhengene her er komplekse, men vi kan med sikkerhet si at å høre til, delta og være inkludert er av fundamental betydning for menneskers trivsel og helse.

#### 4.3.1 Utenforskap – ikke bare enkeltgrupper

Det finnes mange typer utenforskap i samfunnet i dag. Noen former for utenforskap er tydelige; som det å falle ut av skolegang eller utdanning, eller av ulike grunner stå utenfor arbeidslivet. Men også mer subtile former for utenforskap har betydning. Det kan dreie seg om språklig og kulturelt utenforskap, eller en opplevelse av ikke å leve opp til forestillingene om det gode liv. I et samfunn der forventningene til levestandard og ytre tegn på mestring og vellykkethet er høye, kan disse forestillingene bli til trusler om ikke å være god nok.

##### Boks 4.3.1 Sosial støtte og datateknologi

Det siste tiåret kommuniserer mennesker i økende grad via sosiale medier, mobiltelefoni og e-post. Dette øker menneskers muligheter for sosial kontakt og opplevelse av fellesskap til tross for store fysiske avstander. Noen uttrykker bekymring for mulige konsekvenser ved at mobil og internettbruk erstatter eller kommer i veien for ansikt- til ansikt-kontakt. Slik kommunikasjon kan også oppleves som mindre forpliktende, og den kan føre til manglende forståelse eller misforståelser. «Digitale vennskap» kan være krevende å håndtere da det kan følge kompliserte sosiale regler med, og vennskapene kan være sårbare da de også kan være utsatt for en sosial eksperimentering. Forskjeller i graden av opplevd sosial støtte i ansikt-til-ansikt kommunikasjon og kommunikasjon via ulik teknologi er et interessant forskningstema.

Det fysiske samværet mellom mennesker påvirkes også av teknologien. Det sosiale livet utspiller seg samtidig på flere arenaer noe som kan medføre en opplevelse av å ha delt oppmerksomhet mellom det som skjer "i virkeligheten" og på nett. Spesielt voksnes mobilbruk har blitt vist til som noe som kan gjøre foreldre mindre mentalt tilgjengelige for sine barn (Raundalen, Aftenposten 2.9.12). Hva slags konsekvenser dette kan få for barns opplevelse av sosial støtte, trygghet og stress, er et annet interessant forskningstema.

I samfunnsdebatten og i offentlige dokumenter trekkes gjerne spesielle grupper fram - hvordan de på ulike måter er utenfor eller marginalisert og hva slags konsekvenser dette har for individene i gruppen. Behovet for tilhørighet og sosial støtte er felles for alle, og med samfunnets normer og krav vil det på ulike måter å være utenfor angå mange av oss. Man kan derfor spørre seg om det er mer hensiktsmessig å sette fokus på hvordan det å være «innenfor» eller «utenfor» generelt kan påvirke psykisk helse og trivsel

<sup>71</sup> Kvello, Ø. (2012). *Vennskap som beskyttelses- og risikofaktor*. Hentet fra: [www.udir.no/upload/MMM/Kvello\\_vennskap.pdf](http://www.udir.no/upload/MMM/Kvello_vennskap.pdf)

<sup>72</sup> Holt-Lunstad J., Smith T.B., Layton J.B. (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review.

i befolkningen. Det å fremme tilhørighet, deltagelse og inkludering for alle er derfor en viktig del av folkehelsearbeidet.

Vi har i den videre teksten valgt to eksempler på hvordan utenforskap har konsekvenser for psykisk helse og trivsel.

### 4.3.2 Mobbing – å bli ekskludert fra fellesskapet

Det som kjennetegner den vanligste definisjonen på mobbing, er at det er gjentatt negativ atferd fra én eller flere sammen, rettet mot en som ikke kan forsvare seg.<sup>73</sup> De to hovedformene for mobbing er enten forfølgelse eller utelukkelse. Forfølgelse er en aktiv og direkte handling rettet mot en person, mens utelukkelse er en passiv, indirekte form hvor personen blir ignorert eller forbigått gang på gang.

Når det gjelder barn og unge er det innenfor barnehage og skole vi vet mest om omfanget av mobbing. Dette er viktige arenaer for sosialisering, men også for negative og skadelige opplevelser som mobbing. De som blir mobbet rapporterer ofte at de i tillegg opplever liten tilgang til sosial støtte. Dette gjelder ikke bare deres relasjoner på skolen, men også i relasjoner utenfor skolen. Det gjør livssituasjonen enda mer sårbar.<sup>74</sup> En forskningsrapport om norske ungdomsskoleelevers trivsel viser at antallet ungdommer som rapporterer at de trives på skolen har økt fra 1992 til 2010.<sup>75</sup> Tall fra den årlige Elevundersøkelsen viser til stabilitet både i stor grad av trivsel i skolen (over 90 prosent) og andelen som blir mobbet. (4.2 prosent mobbes to-tre ganger pr måned). Når det gjelder krenkelser, rapporterer elevene at verbale krenkelser og utestengning er mest utbredt.<sup>76</sup> Det er oftest medelever som krenker, og elevene forteller at skolen i liten grad kjenner til krenkelsene. Mange opplever ikke å få hjelp fra skolen når de blir krenket.<sup>77</sup> Krenkelser og nederlag formidles også via mobiltelefoni og sosiale medier. Å bli utsatt for digital mobbing og trakassering utgjør en risiko for langvarig skade.<sup>78</sup>

Også voksne opplever krenkelser, mobbing og trakassering. I en landsrepresentativ undersøkelse fra 2005 om mobbing i arbeidslivet, fant man at forekomsten av mobbing kan ligge opp mot ni prosent. Mobbing forekommer i alle bransjer og yrkesgrupper.<sup>79</sup> Mobbing ser ut til å være forårsaket av et generelt dårlig psykososialt arbeidsmiljø preget av mistrivsel, stress og uklare arbeidsforhold som så utløser aggresjon og konflikter, noe som igjen kan utvikle seg til mobbing. Særlig viktige i denne forbindelse er spørsmål knyttet til mangelfull eller destruktiv ledelse, opplevelse av rollekonflikt og opplevelse av lav egenkontroll.<sup>80</sup>

Det er avdekket langvarige, negative konsekvenser av mobbing – slik som angst, depresjon, atferdsvansker og posttraumatisk stresslidelse. Både mobbere og de som blir mobbet, rapporterer om en større forekomst av helseplager, problematferd og lav livskvalitet enn de som ikke er involvert i mobbing.<sup>81</sup> Forskning blant både barn og voksne indikerer at helseplagene til personer som har vært utsatt for

<sup>73</sup> Olweus, D. O. & Roland, E. (1983). Mobbing. Bakgrunn og tiltak. Oslo: Kirke- og undervisningsdepartementet.

<sup>74</sup> Carvalhosa, S. F. (2008). Prevention of bullying in schools: An ecological model. Universitetet i Bergen.

<sup>75</sup> 21 prosent av elevene sier at de opplever én eller flere krenkelser to til tre ganger i måneden eller mer.

<sup>76</sup> Øia, T. (2011) Ungdomsskoleelever. Motivasjon, mestring og resultater. Rapport 9/11. NOVA.

<sup>77</sup> Wendelborg, C. (2012): Mobbing, diskriminering og uro i klasserommet. Analyse av Elevundersøkelsen 2012. Rapport 2012. Mangfold og inkludering. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

<sup>78</sup> Staksrud, E (2013) Digital mobbing. Kommuneforlaget.

<sup>79</sup> Einarsen, S., Tangedal, M., Skogstad, A., Matthiesen, S. B., Aasland, M. S., Nielsen, M. B., et al. (2007). *Et brutalt arbeidsmiljø? En undersøkelse om mobbing, konflikter og destruktiv ledelse i norsk arbeidsliv*, Universitetet i Bergen.

<sup>80</sup> Einarsen et al (2008) Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 3.

<sup>81</sup> Carvalhosa, S. F. (2008). Prevention of bullying in schools: An ecological model. Bergen: Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen.

langvarig mobbing, i stor grad samsvarer med symptomer på posttraumatisk stresslidelse.<sup>82</sup> Mobbing kan innebære en så alvorlig traumatisering at det er en betydelig risikofaktor for alvorlige psykiske lidelser.<sup>83</sup>

#### 4.3.3 Å være utenfor arbeidslivet<sup>84</sup>

Det å være i arbeid bidrar på flere ulike måter til psykisk helse og trivsel. Å være i arbeid bidrar til økonomisk trygghet og mulighet til å utfolde seg gjennom kjøp av varer, tjenester, fritidsaktiviteter og bolig. Arbeidet er også en viktig sosial arena som kan gi opplevelser av selvrealisering og mening.

Å delta i arbeidslivet er en kilde til anerkjennelse, fellesskap og identitet. Den sosiale verdsettingen i samfunnet er tett knyttet til rollen som yrkesutøver; hva du gjør, sier noe om hvem du er. Flere faktorer taler for at yrkesrollen har blitt den viktigste selvdefinerende rollen i samfunnet. Med bakgrunn i det vi vet om de positive helseeffektene av å være i jobb, er det viktig å arbeide for økt inkludering og mindre ekskludering, slik at flest mulig får ta del i arbeidslivet.

Det å stå utenfor arbeidslivet kan være forbundet med dårlig økonomi og sosial ekskludering. Psykisk helse og trivsel kan påvirkes av å være uten arbeid, uansett hva som er årsak til at man står utenfor arbeidslivet. Der somatisk sykdom kan være hovedårsak til utstøting fra arbeidsmarkedet, vil gjerne konsekvenser i form av tapt nettverk / sosial isolasjon, dårligere og mindre forutsigbar økonomi, tap av anseelse, og bekymringer for fremtiden gi opphav til psykiske helseplager. Mange av dem som står utenfor arbeidslivet har et sterkt ønske om å være i jobb.

I Norge har «arbeidslinja» stått sterkt i mange år, med sitt fokus på arbeid og aktivitet. Arbeid er bærebjelken for velferden, både i samfunnet og for individet. Det er en uttrykt bekymring for andelen som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet både i politikken og i samfunnsdebatten for øvrig. I følge beregninger gjelder dette nærmere 700 000 personer i yrkesaktiv alder. Fafo påpeker viktigheten av å ha en riktig forståelse av den faktiske utviklingen i hvem som er utenfor og innenfor arbeidsmarkedet, og hva det er som gjør at den enkelte og grupper av personer beveger seg mellom arbeidslivet, husholdningen og offentlige stønadsordninger. De er kritiske til at det er skapt det de kaller «en virkelighetsoppfatning om en stor og økende gruppe i arbeidsdyktig alder som permanent står utenfor arbeidsmarkedet og som kan utgjøre en sårt trengt arbeidskraftreserve i årene som kommer». Fafo mener antallet som står utenfor arbeid ikke har vært i særlig vekst på 2000-tallet, at gruppen er heterogen og arbeidsmarkedspotensialet dermed varierende, og at en stor gruppe personer faktisk kommer tilbake til arbeid.

Norge har det høyeste sykefraværet blant medlemslandene i OECD, og tallet på hvor mange i befolkningen som får andre eller langvarige stønader som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd er også høyest i Norge. Det er imidlertid viktig å være klar over at Norge i forhold til gjennomsnittet i OECD har høy sysselsetting i alle aldersgrupper og blant begge kjønn. Denne høye sysselsettingen kan bidra til å heve sykefraværet i Norge sammenliknet med andre land, ved at grupper med svakere bånd til arbeidslivet – som eldre og mennesker med helseutfordringer, i større grad er i arbeid.

<sup>82</sup> Posttraumatisk stresslidelse, slik kriteriene er beskrevet i APAs DSM-IV-kriterier.

<sup>83</sup> Einarsen et al (2008) Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 3.

<sup>84</sup> Kilder til hele avsnittet om arbeid: «Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse», Torkil Berge og Erik Falkum 2013, «Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge», Helsedirektoratet 2014, Rapport 2011:1 Bedre føre var, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Arbeid, helse og sosial ulikhet, Helsedirektoratet 2010, Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt, HiOA 2014, Innmeldt, utmeldt eller påmeldt? Et annet bilde av utenforskap i Norge, Fafo-rapport 2011:13, Folkehelse rapporten 2014, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Arbeid har stor betydning for levekår og livskvalitet. Med bedre helse kan mange stå lengre i arbeidslivet. Samtidig er arbeidslivet i omstilling og det stilles økende krav til kompetanse. En seniorpolitikk i arbeidslivet bør legge vekt på kompetanseutvikling gjennom hele arbeidslivet og livsløpsbasert inkludering i arbeidsfellesskapet.<sup>85</sup>

Fra et folkehelseperspektiv blir det viktig å fortsatt arbeide for at flest mulig inkluderes i arbeidslivet på en god måte. Samtidig bør levekårene og mestringsbetingelsene til de som står utenfor arbeidslivet vies økt oppmerksomhet. En bør være oppmerksom på om det sterke fokuset på arbeidsdeltagelse kan føre til en psykisk tilleggsbelastning i form av stigmatisering og skam hos dem som av ulike grunner ikke har mulighet til å arbeide. En av anbefalingene i en ny kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse er å sørge for at de som står utenfor arbeidslivet sikres tilstrekkelig økonomiske standarder, samt sosiale arenaer og meningsfull aktivitet for å motvirke sosial isolasjon og fallende selvfølelse og mestring.

Vi har i dette avsnittet ønsket å løfte frem utenforskap som et fenomen som ikke bare handler om enkeltgrupper, men som berører mange. Gjennom eksemplene om arbeid og mobbing har vi forsøkt å belyse noen av de psykologiske fenomenene og mekanismene knyttet til det å være utenfor eller innenfor.

## 4.4 Definisjoner av helse, hvilken betydning får de?

---

I kapittel 1 refererte vi til følgende WHO-definisjoner:

*Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser.*

*Psykisk helse er en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stress-situasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.*

Dette er definisjoner som er godt innarbeidet i faglitteraturen. Det er grunn til å tro at de også preger generelle oppfatninger om hva god helse og psykisk helse innebærer. Definisjonene har også vært gjenstand for kritikk. I det følgende vil vi kort diskutere det vi som faggruppe ser som potensielt problematiske sider ved definisjonene.

### 4.4.1 Problematisering av WHO's definisjoner

WHO's helsedefinisjon representerte et viktig perspektivskifte da den kom i 1948, da den definerte helse som noe mer enn fravær av sykdom. Definisjonen har likevel vært kontinuerlig kritisert nesten siden den kom.<sup>86</sup> Formuleringen av helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» forutsetter at man må være helt frisk og fullstendig fri for plager for å kunne sies å ha god helse. Dette vil man kunne si er en utopisk tilstand, og mange har tatt til orde for at man kan ha god helse og livskvalitet selv om man har symptomer eller lever med sykdom.

Verdens helseorganisasjon slår fast at helse har tre dimensjoner: en fysisk, en mental og en sosial. Samtidig har en fjerde dimensjon vært foreslått, som også inkluderer en eksistensiell meningsdimensjon – slik det er uttrykt her: «However, it seems that there was a general feeling from the very beginning that a

---

<sup>85</sup> Flere år - flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, Departementene 2016.

<sup>86</sup> <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>, <http://jech.bmj.com/content/63/6/419.full>

fourth dimension was missing from this definition".<sup>87</sup> Denne fjerde dimensjonen har vært knyttet til det spirituelle eller eksistensielle - opplevelsen av sammenheng og mening i livet.<sup>88</sup> Ut fra et slikt perspektiv kan altså helse deles inn i fire dimensjoner: fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell (ibid). I en eksistensiell sammenheng fylles helsebegrepet ofte med elementer som går utover velvære, funksjon og biomedisinsk status. I følge Mæland (2009, s.85) finner vi mange ulike, men likevel beslektede forslag til hva helse også må innbefatte: kontakt med sitt indre jeg, kontakt med Gud, tro, opplevelse av at livet har mening, evne til å tåle smerte og motgang, opplevelse av å ha integritet og verdighet. Noen har derfor ment at vårt rådende helsebegrep, bestående av de fysiske, psykiske og sosiale dimensjonene, er et materielt begrep som må suppleres med en åndelig eller eksistensiell dimensjon (Philipson 1990; ibid).<sup>89</sup>

Det er tidligere blitt fremmet forslag om å inkludere spiritual well-being i WHO's helsedefinisjon, men forslaget ble avvist.<sup>90 91</sup> Temaet ble først reist og diskutert på det trettisjette World Health Assembly i 1983. Siden den gang har temaet blitt tatt opp igjen ved jevne mellomrom: «This question of «psychological insecurity» that plagues modern man has been the subject of considerable concern and discussion in WHO fora» (se fotnote 83, s. 10). Det er en pågående diskusjon hvorvidt man bør kalle det en spirituell/ åndelig eller eksistensiell dimensjon: During the intervening years of great medical- and scientific technical improvements in the field, the existential/spiritual perspective had been put aside and now once again this dimension has come into focus (Vader, 2006; Rutz, 2006).

Når det gjelder WHO's definisjon av psykisk helse, er den blitt kritisert for formuleringen «tilstand av velvære» ved at den ikke inkluderer tilstedeværelse av naturlige reaksjoner som ubehag, smerte og sorg. Her kan det innvendes at den offisielle norske oversettelsen av well-being til 'velvære' bidrar til en slik (mis)forståelse av definisjonen, og at det engelske well-being har bredere konnotasjoner, f.eks. at well-being innebærer balanse mellom positive og negative følelser. De neste leddene av definisjon legger vekt på håndtering av stress og det å fungere godt. WHO's definisjon kan altså forstås bredt, men spørsmålet er om den oppfattes slik. Det er også fare for at den kan være med på å snevre inn rammene for hva som anses som naturlige deler av livet.

Slik faggruppen ser det, er det er ukontroversielt å kritisere WHO's definisjoner i og med at det er generell enighet om mange av svakhetene ved dem. Samtidig er definisjonene et uttrykk for sin samtid og det kan være nyttig å se nærmere på hvilke verdier og hvilket menneskesyn helsebegrepene vi bruker, avdekker. Slik som definisjonene framstår, kan de signalisere at helse handler om minst mulig smerte og negative følelser, og i ytterste konsekvens bidra til å sykeliggjøre naturlige reaksjoner og tilstander som tristhet, kjærlighetssorg, livssmerte og følelser som sjalusi, sinne og forakt. Følelser som vi alle er født med og som er en del av livets opp- og nedturer. Mange vil hevde at det å kunne kjenne igjen, kjenne på og tåle disse følelsene tvert i mot er et uttrykk for god psykisk helse, samt at et liv helt uten motgang knapt er noe ideal.

---

<sup>87</sup> Spirituality in the Definition of Health The World Health Organization's Point of View, Dr. M. H. Khayat Deputy Regional Director WHO's Office for the Eastern Mediterranean 1996, s. 1).

<sup>88</sup> Lindstrom B, Eriksson M. The salutogenic perspective and mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, editors. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO; 2005. p. 50-51.

<sup>89</sup> Mæland, J. G. (2009). Hva er helse? Universitetsforlaget.

<sup>90</sup> Mæland, J. G. (2009). Hva er helse? Universitetsforlaget.

<sup>91</sup> These and similar views culminated in May 1983, at the Thirty-sixth World Health Assembly, in discussion of the issue [4]. At that Assembly, the question of the "spiritual dimension" was raised and discussed at some length.

#### Boks 4.4.1 Mestring

Mestringsdimensjonen i helsebegrepet er ivaretatt i WHO's definisjon på psykisk helse, men en kan spørre seg om denne delen av definisjonen preger den måten vi forstår psykisk helse på i dag.

Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015)) har fått tittelen 'Mestring og muligheter'. Mestring er altså et begrep i tiden. Det er mye positivt i å fokusere på det å mestre. Det kan bidra til en bredere forståelse av helse og av hva som er viktig for opplevelse av livskvalitet. Samtidig er det viktig å nyansere mestringsbegrepet. Selv om vi har kunnskap om hvilke betingelser som i stort bidrar til at mennesker mestrer hverdagen, vil det være forskjeller mellom grupper og individer. For noen kan det for eksempel bidra til mestring å være mye på jobben ved sykdom i nær familie, mens andre har behov for samtaler og hvile.

Mestring må heller ikke bli et enda et «krav» som vi skal leve opp til. Det er derfor viktig å avstemme forventningene til den enkelte med oppmerksomhet mot hvilke betingelser for mestring som ligger i omgivelsene. Som vi har vært inne på, er det viktig å unngå at mestringsbudskapet forstås som at «mestrer du ikke, er det din egen feil».

Vi har forsøkt kort å belyse hvordan definisjoner av helse og psykisk helse kan bli problematiske og i ytterste konsekvens bidra til et for smalt syn på hva god helse og psykisk helse er. Dette viser at vi trenger å være bevisste på hvordan vi snakker om helse og psykisk helse, og hvilke verdier vi signaliserer med de definisjonene vi legger til grunn.

#### 4.4.2 Definisjoner av helse bør suppleres med et bredt livskvalitetsbegrep

Selv om WHO-definisjonene er i bruk og problematiseringen av dem fortsatt er relevant, er kritikken etter hvert integrert i ulike satsninger. Ett eksempel er hvordan forståelsen av psykisk helse har blitt bredere gjennom 'the well-being agenda', det vil si økt oppmerksomhet omkring hvordan det å ha det bra og fungere godt er like viktig som fravær av symptomer. Selv om well-being og livskvalitet fortsatt blir forstått på mange ulike måter, er det en gryende internasjonal konsensus rundt mangfoldet og bredden begrepet dekker. Tradisjonelt sett har balanse mellom positive og negative følelser og tilfredshet med livet blitt brukt som mål på eller aspekter ved well-being/livskvalitet, men de siste årene ser vi at mestring, opplevelse av mening, tilhørighet og autonomi blir inkludert som viktige elementer i eller indikatorer på well-being/livskvalitet. Helsedirektoratet har valgt å bruke begrepene 'psykisk helse og trivsel' eller 'livskvalitet' om well-being.<sup>92</sup> Vi har i vårt arbeid lagt an til en bred forståelse,<sup>93</sup> i tråd med f.eks. OECDs arbeid på feltet. Det blir viktig i det videre arbeidet med livskvalitetsperspektivene å signalisere mangfoldet, og å tydelig anerkjenne betydningen av for eksempel negative følelser. Videre blir det viktig å utdype hva som ligger i opplevelse av mening ved å inkludere det eksistensielle perspektivet.

<sup>92</sup> Grunnlagsnotat til HOD om psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet samt kapittel med samme navn i rapporten 'Samfunnsutvikling for god folkehelse' IS-2203.

<sup>93</sup> Carlquist, E. (2015) Well-being på norsk. Helsedirektoratet.

## 4.5 Oppsummering

---

Hvorfor har vi det ikke bedre når vi har det så bra? I dette kapitlet har vi forsøkt å belyse noen problemstillinger som på ulike vis tar for seg dette paradokset.

I den første delen, «Just do it?», så vi på hvorfor det er så vanskelig å ta gode helsevalg og endre levevaner i en mer helsefremmende retning. Samspillet mellom levevaner og psykologiske faktorer ble løftet frem for å vise at levevaner har konsekvenser for den psykiske helsen, og at psykologiske faktorer hos individet har betydning for den enkeltes mulighet til å ta gode helsevalg. Menneskers tidligere erfaringer, tankemønstre, følelser og syn på seg selv har stor betydning. Psykologisk kunnskap blir løftet fram som sentralt når man skal utforme og iverksette tiltak for å fremme gode levevaner på individ-, gruppe- eller befolkningsnivå.

I del to stilte vi spørsmålet «Handler det om hvordan man har det eller hvordan man tar det?» Vi mente at det blir for enkelt å forklare hvorfor en del ungdom føler at alt er et slit eller faller ut av videregående skole kun med deres personlige innstilling, og argumenterte for at man må se utover individet for å forstå dets psykiske helse og trivsel. Ordet «mestringsbetingelser» ble introdusert for å belyse at menneskers evne og muligheter til å mestre hverdagsliv og utfordringer henger sammen faktorer i miljøet rundt dem. Miljøfaktorer kan være strukturelle forhold i form av materielle, sosiale og kulturelle ressurser. Sosioøkonomisk status påvirker enkeltmenneskers muligheter til å håndtere utfordringer. Samspillet mellom individuelle mestringsressurser og miljømessige mestringsbetingelser kan bidra til å forklare at det, også i Norge, eksisterer sosiale forskjeller både i bl.a. helseutfall, opplevelse av mestring og kontroll over livet.

I del tre, «Utenfor eller innenfor?» har vi forsøkt å vise hva slags betydning tilhørighet og deltakelse på den ene siden, og utenforskap og ensomhet på den andre siden har for helsen. Det å være forbundet med andre og oppleve å få støtte, kjærlighet og respekt er helt sentralt for psykisk helse og livskvalitet. Motsatt har det å stå utenfor, enten i arbeidslivssammenheng eller andre sosiale felleskap, negative konsekvenser for psykisk helse og trivsel. Utenforskap er et fenomen som ikke bare handler om enkeltgrupper, men noe som berører mange. Gjennom eksemplene om arbeidslivstilhørighet og mobbing har vi forsøkt å belyse noen av de psykologiske fenomenene og mekanismene som er knyttet til det å være utenfor eller innenfor. Fra et folkehelseperspektiv blir det viktig å begrense marginaliseringsprosesser og arbeide for at flest mulig opplever mestring og tilhørighet i barnehage, skole, arbeidsliv og nærmiljø, samtidig som en må gi oppmerksomhet til levekår og livskvalitet for de som er utenfor.

Avslutningsvis har vi diskutert hvilken betydning helsedefinisjonene kan ha, og i den sammenheng har vi pekt på at det er viktig å være bevisst på hvordan vi snakker om helse og psykisk helse samt at et det er viktig å se nærmere på de ulike komponentene i begrepene vi bruker.

Menneskers psykisk helse og trivsel er et resultat av et samspill mellom individ- og miljøfaktorer. Begge tilnærmingene med sine perspektiver er viktige for å forstå årsaker til helse og uhelse, og i arbeidet med forebygging og helsefremming. Vi vil i det avsluttende kapitlet peke på hvordan folkehelsedivisjonen i sitt arbeid i årene fremover kan styrke perspektivene som har blitt løftet frem.

# 5. FOLKEHELSEDIVISJONENS UTVIKLINGSOMRÅDER INNEN PSYKISKE HELSE OG LIVSKVALITET

Utviklingen av Folkehelsedivisjonens arbeid på psykisk helse må bygge på den kunnskapsutviklingen som er gjort de siste årene. Dette omfatter både området psykisk helse og livskvalitet i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og kunnskap om psykologiske faktorerens betydning for menneskers levevaner.

I dette kapitlet vil vi peke på noen områder vi mener er aktuelle å utvikle som en følge av vår analyse i de foregående kapitlene og av den siste tids politiske føringer (Meld. St. 34 Mestring og muligheter og Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet)

Helsedirektoratet har valgt visjonen «God helse – gode liv». Dette er en god visjon, og den kan ses på som en begynnelse på å gå bort fra den medisinske modellen med sin dikotomiske oppdeling i «frisk» og «syk». Vi ønsker å bidra til å oppfylle visjonen med å nyansere og differensiere hva som kan og bør ligge til grunn for god helse.

## 5.1 Politiske føringer

---

### 5.1.1 Folkehelsemeldingen

Stortingsmelding 19 har psykisk helse som ett av tre hovedtemaer. Nedenfor er noen områder som regjeringen vil arbeide med fremover, og som vi ser kan være relevante for andre avdelinger enn de representert i faggruppen i Folkehelsedivisjonen å arbeide med:

- Styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten
- Utarbeide en strategi for en moderne eldrepolitikk som omfatter alle sektorer
- Styrke det sosiale sikkerhetsnett (familiepolitikk, barnehage, skole, arbeidslivstilknytning, boligpolitikk)
- Folkehelseprogram – barn og unges psykiske helse
- Legge fram en ungdomshelsestrategi og seksuell helsestrategi våren 2016
- Legge prinsippene for å fremme helsevennlige valg til grunn for utforming av tiltak både i helsesektoren og i andre sektorer
- Tydeliggjøre det psykososiale perspektivet i nærmiljøutviklingen



### 5.1.2 Primærhelsemeldingen

I Stortingsmelding St.26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet angir regjeringen følgende tiltak som er relevante for ulike avdelinger i folkehelsedivisjonen:

- Bygge ut de forebyggende tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser
- Bidra i den faglige utviklingen av retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- Strategi mot barnefattigdom
- Videreutvikle samarbeidet om utsatte barn og unge mellom 0 og 24
- Styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, inkludert stille krav om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse.
- Bygge ut lavterskeltilbud til personer med lettere og moderate psykiske lidelser, mer vekt på forebygging og tidlig innsats

## 5.2 Utviklingsområder for folkehelsedivisjonen

---

I lys av analysen i de foregående kapitlene i denne strategien samt stortingsmeldingene om folkehelse og primærhelse er det naturlig at folkehelsedivisjonen i årene fremover fortsetter det pågående arbeidet, parallelt med at arbeidet videreutvikles på flere områder.

To hovedmål utpeker seg som naturlig å rette innsatsen innenfor når det gjelder folkehelsedivisjonens arbeid:

1. Styrke fokus på betydningen av psykisk helse og psykologiske faktorer i arbeidet med levevaner. I dette ligger også å fremme kunnskap om sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse, og om hvordan levevaner påvirker psykisk helse og omvendt.
2. Integrere psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet
  - A. Konseptualisering og operasjonalisering av "well-being" i en norsk folkehelsesammenheng
  - B. Fremme kunnskap om og virkemidler for styrking av sosial støtte og deltakelse
  - C. Fremme kunnskap om betydningen av mestring og stress, og virkemidler for økt mestring og reduksjon av stress

Strategiene som vil benyttes for å nå disse målene er:

- Medvirkning. Vi vil la arbeidet preges av aktørene på feltet; relevante målgrupper, ansatte i kommuner og fylkeskommuner.
- Samarbeid med fag- og forskningsmiljøer i Norge og utlandet.
- Tverrsektoriell tilnærming: samarbeid med andre sektorer for å styrke deres pågående arbeid og løfte frem nye perspektiver og områder for dem.
- Samarbeid og koordinering av ulike innsatsområder internt i FL/Helsedirektoratet

### 5.2.1 Styrke fokus på betydningen av psykologiske faktorer i arbeidet med levevaner

Som det ble påpekt i kapittel 4 er det økende kunnskap om hvordan den psykiske helsen påvirker vår fysiske helse og levevaner. Det samme gjelder kunnskap om hvordan psykologiske faktorer i enkeltindividet spiller inn og påvirker den enkeltes endringsmuligheter. Denne kunnskapen har implikasjoner for

brillene vi tar på oss i arbeidet med levevaneendring og for hvilke tiltak og intervensjoner vi velger å satse på i forebyggingsarbeidet. Kunnskapen om psykologiske faktorer må inkluderes i det videre arbeidet internt, samt i opplæringstiltakene av helsepersonell som jobber med endring av levevaner. Det blir viktig videre å styrke tilgangen til tilbud som inkluderer disse perspektivene. Dette gjelder særlig i divisjonens arbeid mot frisklivssentralene.

Arbeidet inkluderer:

- Fortsette arbeidet med å styrke fokus på og fremme eksisterende og ny kunnskap om betydningen av psykologiske faktorer i frisklivsarbeidet og i arbeidet med levevaner i avdelingen/divisjonen.
- Videreutvikle det psykiske helsetilbudet ved de kommunale frisklivssentralene til personer med lettere psykiske lidelser og belastninger, herunder Kurs i mestring av Depresjon (KiD), Kurs i mestring av Belastning (KiB). Dette inkluderer også å arbeide videre for at flere frisklivssentraler får knyttet til seg psykologkompetanse.
- Videreføre arbeidet med å gi ansatte i frisklivssentralene kompetanseheving og opplæring i samtalemotoden Motiverende Intervju, søvnkurs, samt utvikle opplæringskurs om levevaner og følelser.
- Helsefremmende psykisk helsearbeid. Utviklingsarbeid ift mer utvidete forståelser og definisjoner av psykisk helse og livskvalitet, med særlig vekt på meningsdimensjonen. Vurdere kunnskapsbaserte universelle programmer som fremmer psykisk helse
- Integre kunnskap om psykisk helse og psykologiske faktorer i kampanjearbeidet. Forståelse av de psykologiske sidene ved endring, og de underliggende faktorene som påvirker atferden, er viktig kunnskap å ha med i alt kampanjearbeid rettet mot endring av levevaner. Det er viktig at Helsedirektoratets kampanje- og informasjonsarbeid ikke fører til stigmatisering og avmaktfølelse, men er motiverende og gir mestringsfølelse.
- Ta særlig hensyn til sosiale helseforskjeller i forberedelser, utforming, gjennomføring og evaluering av kommunikasjonstiltak. Målet om å redusere sosiale helseforskjeller legger føringer for hvordan vi kommuniserer.

### 5.2.2 Integre psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Arbeidet med kunnskapsutvikling om hvilke faktorer som fremmer god psykisk helse og livskvalitet går over i en ny fase. Formidling av kunnskapen vil også bidra til kompetanseheving og økt samarbeid på tvers av avdelinger og faggrupper internt i Helsedirektoratet. Feltet er stort og det er mange tema som kan utforskes videre. Arbeidet med strategien peker spesielt på følgende områder:

- Hvordan kan vilkårene for deltakelse og medvirkning styrkes?
- Sosial støtte og ensomhet
- Sammenhengene mellom levekår og livskvalitet
- Inkludering – innenfor vs. utenfor: skolen, arbeidsliv, (for å forebygge mobbing, frafall, utstøting fra arbeidslivet)
- Mestringsbetingelser og stress; hva er årsaker til usunt stress og hvordan kan disse adresseres i folkehelsearbeidet?

## **A Konseptualisering og operasjonalisering av "well-being" i en norsk folkehelsesammenheng**

- Implementere Program for folkehelsearbeid i kommunene gjennom å utvikle og forvalte en tilskuddsordning og utvikle kompetansestøttende tiltak til fylkeskommuner og kommuner, i tett samarbeid med KS og FHI.
- Arbeide videre med anbefalingene i «Gode liv i Norge» - Utredning om måling av befolkningens livskvalitet
- Avdelingen vil, i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, bidra til formidling av forsknings- og utviklingsarbeidet i prosjektet Skolen som arena for barn og unges psykiske helse og tematikken psykisk helse på skolearenaen.

## **B Fremme kunnskap om og virkemidler for styrking av sosial støtte og deltakelse**

- Samarbeid med frivillig sektor om ensomhet og deltakelse
- Formidle publikasjoner
- Mål for tilskuddsordningen «Aktivitet seniorer og eldre» er i tråd med Regjeringens satsning mot ensomhet.
- Tilskuddsordningen Fysisk og sosial aktivitet for eldre, blant annet med et samarbeid mellom Den Norske Turistforening og Norges Røde Kors om gå-grupper for ensomme voksne.
- Tilskuddsordningen «Psykisk helse i skolen» gis blant annet til nasjonale aktører som arbeider med å forebygge psykiske plager og fremme god psykisk helse i skolen.
- Samarbeide med Udir om skadevirkninger og tiltak for dem som blir utsatt for mobbing.

## **C Fremme kunnskap om årsaker til stress, og tydeliggjøre hva som er mestringsbetingelser**

- Formidle publikasjon på temaet: HEMIL-senterets oppsummering om stress, mestring og folkehelsearbeid
- Følge opp rapport om 'Unge, stress og press. Samfunnsmessige årsaker'
- Følge opp Ungdomshelsestrategien 2016-2021 og Strategi for seksuell helse 2016-2021.
- Følge opp arbeidet med sosial ulikhet og psykiske vansker (IS-2412).
- Utvikle og formidle kunnskap om sammenhengen mellom seksuell helse og psykisk helse. God seksuell helse kan være en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer psykisk helse, livskvalitet og mestringsferdigheter, samtidig som god psykisk helse fremmer seksuell helse.

## **5.3 Samarbeidsområder med andre divisjoner**

---

### **5.3.1 Lavterskel psykisk helsetilbud**

Regjeringserklæringen og Stortingsmelding 26 (Nærhet og helhet) understreker behovet for å styrke tilgjengeligheten til lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene. Forebyggende psykisk helsearbeid har lenge vært nedprioritert i den kommunale helsetjenesten, og det er særlig et behov for å styrke tilbudet til personer med lettere psykiske plager som angst og depresjon.

Det er flere avdelinger i direktoratet som jobber med å styrke tilgjengeligheten til og utvikle kommunalt behandlingstilbud og mestringstiltak for mennesker med milde og moderate angst- og depresjonsvansker, blant annet i form av Kurs i mestring av depresjon (KiD), Kurs i mestring av belastning (KiB), Rask psykisk helsehjelp og tilskuddsordningen "psykologer i kommunen". Selv om flere mennesker får hjelp, er det fortsatt mangel på tilbud i kommunene. Det er viktig å videreføre arbeidet med å:

- Videreutvikle lokalt psykisk helsetilbud som tilbud med Kurs i mestring av depresjon (KiD) og Kurs i mestring av belastning (KiB) ved de kommunale frisklivssentralene.
- Følge opp forslaget om å lovfeste psykologer i kommunen slik at de jobber mer helsefremmende, forebyggende samt system- og samfunnsrettet.

### 5.3.2 Pakkeforløp psykisk helse og rus

I Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015-2016)) står det blant annet at: (...) *Regjeringen mener at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må integreres bedre i framtidens spesialisthelsetjeneste, slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester i møte-kommes. (...) Forventet levetid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser – ofte i sammenheng med rusavhengighet – er omkring 20 år kortere enn for befolkningen for øvrig. Nesten 60 prosent av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges.*

Gjennom oppdragsbrev for 2016 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å iverksette et utviklingsarbeid om pakkeforløp både på psykisk helse-området og rusområdet. Det er avdeling psykisk helsevern og rus i spesialisthelsesdivisjonen som holder i oppdraget, og det er opprettet flere arbeidsgrupper. Avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten vil blant annet bidra til at perspektivet om tilrettelegging for gode levevaner er gjennomgående i pakkeforløpene:

- Bidra til at helsetjenestene har fokus på gode levevaner og implementerer dette i sitt tjenestetilbud. Tilrettelegging av tilbud som kan bidra til gode levevaner er avgjørende.
- Sørge for at personer med psykiske helseutfordringer får tilbud om støtte og hjelp til å endre livsstil.

### 5.3.3 Forebygging og tidlig intervensjon ved søvnvansker

I Meld. St. 19 Folkehelsemeldingen vektlegges betydningen søvn har for den psykiske (og fysiske) helsen. Søvnvansker er en av de vanligste plagene i befolkningen, og man regner med at rundt en tredjedel av voksne sliter med søvnen ukentlig. Folkehelseinstituttet anbefaler at det satses på forebygging av søvnproblemer i kommunene. Avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten arbeider allerede med flere problemstillinger og tiltak knyttet til søvnvansker. I det videre arbeidet blir følgende viktig:

- Få på plass et tilbud på frisklivssentralene med søvnkurs og enkel søvnveiledning for mennesker som strever med søvnvansker (selektive og indikative tiltak).
- Videreføre informasjonsarbeid mot allmennlegetjenesten for å stimulere til økt bruk av ikke-medikamentelle tiltak for søvnvansker.
- Informasjonsarbeid til befolkningen om gode råd for bedre søvn (universelle tiltak).

Universelle forebyggingstiltak knyttet til søvn og søvnvansker samt ikke-medikamentell behandling av søvnvansker er utviklingsområder som det er naturlig at flere avdelinger/divisjoner samarbeider om i fremtiden.

### 5.3.4 Nærmiljøutvikling

Arbeid med utvikling av positive kvaliteter i nærmiljøet omhandler i stor grad psykososiale faktorer. Det er naturlig at de to avdelingene Levekår og helse og Miljø og helse samarbeider omkring utviklingen av dette fagområdet innenfor rammen av psykisk helse i et folkehelseperspektiv.

## 5.4 Avslutning

---

Psykisk helse har blitt løftet fram i de to siste stortingsmeldingene om folkehelse. Det er et tema som Helsedirektoratet har jobbet med over flere år, men som har blitt ytterligere konkretisert de siste årene i lys av regjeringens politikk. Denne strategien har forsøkt å vise hvordan psykisk helse kan ses og forstås i en folkehelsesammenheng. Siste del av strategien viser mulige retninger og aktuelt utviklingsarbeid i tråd med analysen i kapittel 4. To mål vil prege arbeidet i folkehelsedivisjonen fremover. Det omhandler å styrke fokus på og fremme kunnskap om betydningen av psykologiske faktorer i arbeidet med levevaner og å integrere psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Denne strategien peker på flere samarbeidsflater, innad i divisjonen og med andre avdelinger i andre divisjoner. Det gjelder særlig videreutvikling av lavterskel psykisk helsetilbud, samt økt fokus på somatisk helse og levevaner i psykisk helsevern og forebygging og tidlig intervensjon ved søvnevansker.

Folkehelsedivisjonens ulike avdelinger har ulike virkemidler og ansvarsområder i arbeidet med psykisk helse, men strategiene vi vil benytte er felles: Medvirkning med relevante målgrupper, samarbeid med fag og forskningsmiljøer og en tverrsektoriell tilnærming. Disse er alle vesentlige når en skal utvikle psykisk helse i en folkehelsesammenheng. Vi håper at denne strategien kan bidra til en mer samlet retning for arbeidet med psykisk helse i et folkehelseperspektiv. En måte å sørge for dette på er at arbeidet med psykisk helse i folkehelsedivisjonen har en årlig gjennomgang i divisjonsledermøtet.

## 6. VEDLEGG

### Ansvarsområder og oppgaver i ulike avdelinger i Folkehelsedivisjonen pr 2016

---

#### Avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten

Avdelingen skal bidra til å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet innen helse- og omsorgstjenesten, for befolkningen generelt og for personer med forhøyet risiko. Helsetjenesten har en viktig rolle i folkehelsearbeidet gjennom å fremme psykisk helse og forebygge psykiske plager og lidelser. Arbeidet med psykisk helse i avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten inkluderer både helsefremmende tiltak samt universell, selektiv og indikativ forebygging. Helsefremmende tiltak er knyttet til befolkningen generelt om hva som gir god psykisk helse og livskvalitet. Universelle tiltak er knyttet til forebygging av søvnevansker. Indikativ og selektiv forebygging er rettet mot individer som har risikofaktorer eller som har begynnende plager eller lidelser. Arbeidet er hovedsakelig rettet mot forebygging og tidlig intervensjon ved depresjon, stress/belastninger og søvnevansker. Viktige satsningsområder i dette arbeidet er kompetanseheving av helsepersonell og utbygging av lavterskel psykisk tilbud ved de kommunale frisklivssentralene.

#### *Arbeidsoppgaver fram til 2016*

#### **Forebygging av depresjon og lavterskel psykisk helsetilbud**

Regjeringserklæringen stadfester at psykisk helse lenge er blitt nedprioritert i helsetjenesten og at det er behov for å styrke dette området, både innen forebygging og lavterskeltiltak. Utbygging av lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene nevnes spesielt. Slike lavterskeltilbud og kurs i mestring for personer i risiko er tiltak som det jobbes med i de kommunale frisklivssentralene.

Kurs i mestring av depresjon (KiD) og Kurs i mestring av belastning (KiB) er kunnskapsbaserte forebyggende og behandlende tiltak for mennesker med mild til moderat depresjon samt ulike stress- og belastningsplager. Helsedirektoratet har gitt støtte til kurslederopplæring i KiD og KiB for ansatte i de kommunale frisklivssentralene siden 2011. Opplæring av personell ved frisklivssentralene i KiD og KiB er en del av HelseDirektoratets arbeid med å styrke kompetansen og det psykiske helsetilbudet ved frisklivssentralene. HelseDirektoratet har inntil i dag finansiert kurslederopplæringen gjennom omdisponerte midler.

HelseDirektoratet fortsetter å gi støtte til kompetanseutvikling og opplæringskurs i Kurs i mestring av depresjon (KiD) og Kurs i mestring av belastning (KiB) i 2016. Det er behov for økt bevilgning til kompetanseutvikling og opplæringstiltak av typen KiD og KiB for å styrke forebygging og lavterskeltilbud i kommunene til mennesker med psykiske helseutfordringer og belastninger.

### **Forebygging og tidlig intervensjon ved søvnevansker**

I tråd med Folkehelseinstituttets anbefalinger har avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten tatt initiativ til en satsning på søvn og forebygging av søvnevansker i befolkningen. Arbeidet er særlig rettet mot å øke kompetansen om søvn og søvnevansker hos befolkningen generelt og hos helsepersonell i den kommunale helsetjenesten.

Avdelingen har gjennomført regionale kompetansehevende kurs om søvn for ansatte ved alle landets frisklivssentraler i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno). Det har også blitt utviklet informasjonsmateriell om søvn og søvnevansker rettet mot allmennlegetjenesten og befolkningen. Dette inkluderer en brosjyre og en informasjonsfilm med gode råd for bedre søvn. Det ble laget en ungdomsversjon av informasjonsfilmen med søvnråd i forbindelse med verdens søvndag 13. mars 2015 på bakgrunn av ny forskning som viser sammenheng mellom ungdommers skjermbruk og søvnevansker. Søvnfilmen fikk på kort tid svært god respons i sosiale medier.

Avdelingen har utviklet et søvnkurs til bruk i de kommunale frisklivssentralene som ble prøvd ut gjennom et pilotprosjekt i 2015. Tolv frisklivssentraler deltok i piloten. Høsten 2016 er kursmateriellet ferdigstilt, og første kurslederkurs gjennomført. Det er et mål at alle frisklivssentraler skal få opplæring i å holde søvnkurs og kunne tilby veiledning i bedre søvnvaner.

### **Psykologiske faktorer og endring av levevaner**

Psykisk helse og psykologiske faktorer må få større oppmerksomhet i arbeidet med endring av levevaner siden forståelse av de psykologiske sidene ved endring avgjørende. Avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten har tatt initiativ til et teoretisk utviklingsarbeid om psykologiske faktorer betydning i endring av levevaner. Hensikten er å inkludere denne kunnskapen i frisklivsarbeidet og i det øvrige arbeidet med levevaner i avdelingen/divisjonen. Målet er økt kunnskap og forståelse av hvordan fysisk og psykisk helse virker sammen, og hvilken betydning psykologiske faktorer har for endring av levevaner.

### **Flere ansatte med kompetanse på psykisk helse ved frisklivssentralene**

Det har blitt jobbet med at flere med kompetanse på psykisk helse ansettes på frisklivssentralene, f.eks. psykologer. Dette arbeidet har ført til at frisklivssentraler nå nevnes i budsjett-tekst og i tilskudsordningen Psykologer i kommunen som er forankret i avdeling psykisk helse og rus.

## **Avdeling levekår og helse**

I arbeidet med psykisk helse har Avdeling Levekår og helse som hovedoppgave å integrere psykiske helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, jf. oppdrag i tildelingsbrev i 2012, 2013 og 2014.

Følgende underoppgaver er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i de to siste Folkehelsemeldingene Meld. St 34 God helse – felles ansvar og Meld. St. 19 Mestring og muligheter):

- bygge opp kunnskap og kapasitet omkring psykisk helse og livskvalitet i forvaltningen, kommuner, andre sektorer og frivilligheten
- utvikle en kompetanse som gir grunnlag for å gi råd til sentrale og lokale myndigheter om strategier og tiltak

- virke samlende og koordinerende for norske miljøer som er opptatt av temaet psykisk helse og livskvalitet
- systematisk innhente erfaringer fra internasjonale organisasjoner og andre land
- utvikle en strategi for hvordan en kan få bedre data på livskvalitetsområde med FHI og SSB.

Helsedirektoratet har gitt faglige råd til departementet gjennom deltakelse i arbeidsgruppe knyttet Stortingsmelding 34, gjennom grunnlagsnotat om psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (jf. tildelingsbrev 2012 og 2013), samt deltagelse i arbeidsgruppe knyttet til Stortingsmelding 19. Levekår og helse skrev også et eget kapittel om psykisk helse i folkehelsearbeidet i rapporten Samfunnsutvikling for god folkehelse.

Arbeidet med å utvikle kompetanse, samt virke samlende og koordinerende for norske miljøer som er opptatt av temaet psykisk helse og livskvalitet har vært i jevn utvikling siden 2012 og det er nå etablert formelt og uformelt samarbeid med FHI, SSB og andre relevante fagmiljøer i Norge.

#### *Arbeidsoppgaver fram til 2016*

#### **Kunnskap og kompetanseutvikling omkring psykisk helse i et folkehelseperspektiv**

- Utvikling og forankring av livskvalitets-perspektivet i folkehelsearbeidet og sammenhengen mellom livskvalitet og levekår
- Arbeide videre med temaet sosial støtte og ensomhet, jf. Stortingsmeldinger 34 og 19

#### **Konkretisering og operasjonalisering av tiltak på nasjonalt og lokalt nivå**

- Strategi for utvikling av bedre data på livskvalitetsområdet (Meld. St. 19 Mestring og muligheter).
- Utvikle Program for folkehelsearbeid i kommunene- en satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet.
- Utvikling av indikatorer, for eksempel rapporteringssystemet
- Bygge opp nettverk av kommuner for utvikling av psykisk helse og livskvalitet i lokalt folkehelsearbeid
- Samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet fortsetter omkring temaet arbeid, psykisk helse og trivsel.
- Videre samarbeid med Utdanningsdirektoratet om prosjektet Skolen som arena for barn og unges psykiske helse

#### **Samarbeid og samhandling med forsknings- og fagmiljøer, nasjonalt og internasjonalt**

- Fortsette samarbeidet med FHI og SSB om forskning, befolkningsdata og indikatorer på sosial kontakt og livskvalitet og med RKBV Vest angående sosial ulikhet i barn og unges psykiske helse
- Videreutvikle samarbeidet med Public Health England, vedr. det lokale folkehelsearbeidet

#### **Formidling**

Til relevante samarbeidsaktører og til eget departement (gjennom uttalelser og presentasjoner), samt formidling av rapporter i publikasjonsserien



## Avdeling barne- og ungdomshelse

Avdelingen skal utvikle og styrke folkehelsearbeidet og helsefremmende og forebyggende tjenester rettet mot gravide, barn og unge og følge opp seksuell helsestrategier i et livsløpsperspektiv. Avdelingen skal følge med på og ha oversikt over målgruppenes helse og faktorer som påvirker helse, utvikle kunnskap om årsakssammenhenger og utvikle normerende budskap for faglig forsvarlighet. Videre skal avdelingen fremme trivsel og mestring for målgruppene og sørge for god dialog og medvirkning i alt utviklingsarbeid.

Våre virkemidler er juridiske (folkehelseloven, helsepersonelloven), økonomiske gjennom tilskuddsordninger, pedagogiske gjennom retningslinjer og veiledere og organisatoriske, for eksempel gjennom samarbeid med Utdanningsdirektoratet.

### *Arbeidsoppgaver fram til 2016*

Avdelingens arbeid som er aktuelt i forhold til psykisk helse:

Avdelingen har ansvaret for helsestasjon- og skolehelsetjenesten, som snart er ferdige med nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Det er tildelt midler gjennom tilskuddsordningene Psykisk helse i skolen, Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og Skolehelsetjeneste i videregående skole. Flere tilskuddsmottakere har fokus på utvikling av sosial støtte, gode læringsmiljø og sosial og emosjonell kompetanse, samt økt bemanning og kompetanse i helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Forsknings- og utviklingsprosjektet *Skolen som arene for barn og unges psykiske helse* drives i tett samarbeid med Utdanningsdirektoratet. I 2014 ble prosjektet utvidet til å gjelde videregående skoler med de to fylkene Telemark og Aust-Agder. Det vil i 2016 avholdes mindre fagmøter og en nasjonal konferanse i regi av de to direktoratene.

Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet har gitt oppdrag til Læringsmiljøsenderet og RKBU vest om kunnskapsoversikt knyttet til skadevirkninger og tiltak for dem som blir utsatt for mobbing.

Helsedirektoratet er sentral i det nasjonale samarbeidet omkring Partnerskap mot mobbing, som har fokus på å fremme vennskap, sosial inkludering og gode psykososiale miljøer.

Avdelingen jobber ift seksuell helse. God seksuell helse og gode seksuelle relasjoner fremmer mestring og helseatferd. I 2016 lanseres nye strategier på feltene ungdomshelse, seksuell helse og LHBT (lesbiske, homofile, bifile og transepersoner).

Avdelingen har også ansvaret for oppfølging av Ungdomshelsestrategien.

Avdelingen er involvert i arbeidet med Ungdata. Ungdata gir oversikt over unges levekår, blant annet psykisk helse, og er et viktig grunnlag for utforming av ungdomspolitik i kommunene. Fra 2017 inkluderes seksuell helse i grunnmodulen.

Avdelingen har ansvar for oppfølging av veilederen *Fra bekymring til handling* (2009), og det å tilby kommunene kunnskapsbaserte metoder og verktøy for å øke kompetansen i å oppdage og iverksette tiltak så tidlig som mulig. Det har blitt utviklet flere samhandlings- og opplæringsløp; blant annet *Bedre Tverrfaglig Innsats* og *Tidlig Inn*.

*Bedre Tverrfaglig Innsats* er en struktur for samarbeid som sikrer helhetlig og koordinert innsats overfor barn, ungdom og familier det er knyttet bekymringer til uten at det blir oppfølgingsbrudd. Erfaringer viser at aktørene får bedre og gjensidig forståelse og oversikt over hverandres oppgaver og blir bedre til å koordinere innsats og ansvar slik at oppfølgingen blir mer helhetlig og sammenhengende. Avdelingen har ansvar for oppfølging av tilskuddsordningen knyttet til *Bedre Tverrfaglig Innsats*. Helsedirektoratet og Barne- ungdoms og familiedirektoratet har gått sammen om å utarbeide et helhetlig opplærings- og tidlig intervensjonsverktøy- og metoder som kan bidra til tidlig innsats. Målet med opplæringsprogrammet *Tidlig Inn* er at kommunalt ansatte som i det daglige møter småbarnsforeldre, gravide og deres partnere skal få mot til å spørre om alkohol, psykisk helse og vold. De skal få mot til å handle på grunnlag av svar fra den enkelte og få kunnskap om hva du kan gjøre og hvem du skal henvende deg til.

### Avdeling miljø og helse

Avdeling miljø og helse har ansvar for fagområder som direkte eller indirekte kan ha betydning for befolkningens psykiske helse. Avdelingen skal styrke Helsedirektoratets innsats på områdene miljø og helse, fysisk aktivitet, aktiv aldring og innenfor det tobakksforebyggende arbeidet. Gjennom tverrsektorielt samarbeid skal avdelingen legge til rette for trygge og helsefremmende nærmiljøer, for barn, unge, voksne og eldre. Nedenfor vises det til et par eksempler på oppgaver av relevans for psykiske helse som avdelingen jobber med:

Avdelingen har ansvaret for tilskuddsordningen «Aktivitet seniorer og eldre». Målet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning, og skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Tilskuddsordningens mål er i tråd med regjeringens mobilisering mot ensomhet, og også ønsket om å skape sosiale møtesteder i lokalsamfunn som gjør plass til aktive eldre, samt møteplasser mellom generasjoner. For å formidle erfaringer og kunnskap om gode tiltak, er det avholdt årlige erfaringskonferanser. Avdelingen har også ansvar for forvaltning av et øremerket tilskudd til seniordans og gå-grupper, som skal aktivisere eldre fysisk og sosialt. Videre ligger ansvaret for å følge opp regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn i avdelingen. Disse satsningene inngår også i regjeringens mobilisering mot ensomhet.

Avdelingen har også ansvar for tilskuddsordningen «Nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelsen». Tilskuddsordningen er et treårige utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse, og involverer 42 kommuner i åtte fylker, og gjennomføres i perioden 2015- 2017. Sentralt i prosjektet er utprøving og utvikling av metoder for medvirkning. Det er et mål at kvalitativ lokalkunnskap skal supplere kommunenes folkehelseoversikter som grunnlag i planprosesser og konkrete folkehelseiltak. Kompetansebygging i kommunene og fylkeskommunene skjer i et samarbeid med regionale forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Det er etablert samarbeid med universiteter og høyskoler om evaluering. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Husbanken, Miljødirektoratet og Statens vegvesen er viktige støttespillere i prosjektet.



**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)