

# Sluttrapport. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011).

## Anbefalinger for videre arbeid.

Sendt til Helse og omsorgsdepartementet 15.januar 2013.

## Innhold

### Innledning

#### **1. Tverrsektorielt ernæringsansvar**

- 1.1 Ulike aktørers ansvar og muligheter
- 1.2 Systemer og verktøy i arbeidet
- 1.3 Hensiktsmessig bruk av ressurser i ernæringsarbeidet

#### **2. Kunnskapsbasert ernæringsarbeid**

- 2.1 Sikring av faglig grunnlag for ernæringsarbeidet
- 2.2 «Følge-med-ansvar»
- 2.3 Kompetanse og kompetanseheving
- 2.4 Erfaringsbank

#### **3. Pris og andre strukturelle virkemidler**

- 3.1 Flere sunne produkter (i ulike markeder)
- 3.2 Utvalgte virkemidler
- 3.3 Sunnere mattilbud på ulike arenaer

#### **4. Kommunikasjonsplattform**

- 4.1 Løpende og periodiske kommunikasjonstiltak
- 4.2 Tiltak overfor utvalgte målgrupper

### Avslutning

# Innledning

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) – Oppskrift for et sunnere kosthold, presenterte gjennom 73 tiltak innen 10 innsatsområder Regjeringens samlede politikk for å fremme helse og forebygge sykdom gjennom et sunnere kosthold. Tolv departementer stod bak planen hvis hovedmål var å bedre kostholdet i hele befolkningen i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger for ernæring og bidra til å redusere sosiale forskjeller i kosthold.

Helsedirektoratets sluttrapport<sup>1</sup> og rapporten “Evaluation of the Norwegian Nutrition Policy with focus on the Action Plan on Nutrition, 2007-2011 (WHO 2012) påpeker at Handlingsplanen ble ansett som et viktig verktøy for å fremme ernæring sentralt, regionalt og lokalt og ga drahjelp i implementering og utvikling av ernæringsarbeidet. Tverrsektorielt samarbeid er hensiktsmessig når det fungerer, og utfordrende dersom tiltaks mål og ansvar ikke er tydelig definert. I planperioden økte inntaket av frukt og grønnsaker og matoljer og sukker inntaket gikk ned. Det er fortsatt sosiale ulikheter i kosthold og de langsiktige kostholdsmålene er ikke nådd. De største utfordringene fremover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove korn produkter og fisk samt å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker.

Ernæring og kosthold har stor betydning både for forebyggende og helsefremmende arbeid og i behandling og omsorg. Det har avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsårene og påvirker risikoen for å utvikle kroniske sykdommer som voksen. De nasjonale kostrådene skal bidra til å forebygge kroniske ikke-smittsomme sykdommer som diabetes type 2, kreft og hjerte- og karsykdommer samt overvekt og fedme. En stor andel av befolkningen følger ikke kostrådene, og i Norge som ellers i Europa, er kosthold og helse ulikt fordelt mellom sosiale grupper.

Samfunnet som helhet har et ansvar for å legge forholdene til rette for sunne helsevalg i alle deler av befolkningen, noe som er tydeliggjort i Folkehelseloven som kom i handlingsplanperioden. Det offentlige har også ansvar for å sikre et helhetlig ernæringsarbeid, god koordinering av innsatsen og bidra til en klar arbeids- og ansvarsfordeling. Arbeid overfor ulike grupper i befolkningen og løpende oppgaver innen overvåking, dokumentasjon, utredning, iverksetting og kommunikasjon må videreutvikles.

Fremover er det også viktig å videreføre og styrke kompetansehevingstiltak både innenfor helse- og omsorgstjenesten, i frisklivsarbeidet og overfor andre nøkkelgrupper som barnehagelærere, ansatte i skoleverket, i serveringssteder og på andre arenaer.

Dette dokumentet beskriver noen utvalgte satsingsområder innen ernæringsarbeidet fremover. Forslagene baserer seg på ovennevnte utfordringer og rapporter, Nasjonal helse- og omsorgsplan med tilhørende nye lover, andre styrende dokumenter og ernæringsfaglige anbefalinger og retningslinjer. Ernæringsarbeidet fremover må også sees i sammenheng med WHO's Plan for forebygging av ikke-smittsomme sykdommer<sup>2</sup>, og den nasjonale oppfølgingen av denne.

---

<sup>1</sup> Sluttrapport. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011. IS-0368.

<sup>2</sup> WHO, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2010.

# 1 Tverrsektorielt ernæringsansvar

Som for resten av folkehelsearbeidet, ligger mange av rammene for ernæringsarbeidet og faktorer som påvirker det, i andre samfunnssektorer enn helse. Tverrsektorielt (sam)arbeid er derfor nødvendig. Folkehelseloven pålegger fylkeskommunale og kommunale myndigheter å ha oversikt over folke helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Nasjonale myndigheter har en rolle med å bistå i dette arbeidet. Loven stiller også klare krav til kommuner og fylkeskommuner om at de skal drive et systematisk og kunnskapsbasert arbeid på folkehelsefeltet.

Folkehelseloven legger til rette for et langsiktig folkehelsearbeid og gir blant annet føringer om arbeidsform for kommunene, som kalles "det systematiske folkehelsearbeidet". I dette ligger at kommunen skal identifisere sine folkehelseutfordringer (§ 5); la oversikten over disse inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi i henhold til Plan- og bygningsloven; og at kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet i sitt arbeid med kommuneplaner (§ 6). For å møte kommunens folkehelseutfordringer, skal kommunen iverksette nødvendige tiltak (§ 4) og fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt (§ 7). Kommunen har et spesielt ansvar for å iverksette tiltak på områder der kommunen har de største folkehelseutfordringene og der kommunen har de beste forutsetninger for forbedring.

En viktig erfaring fra handlingsplanperioden (WHO-evalueringen) er at det fortsatt er behov for bedre forankring av ernæringsarbeid og ernæringspolitiske hensyn i alle sektorer som har et medansvar for ernæring og folkehelse for øvrig. For å sikre iverksetting av effektive virkemidler og langsiktighet i arbeidet bør ernæringshensyn integreres i alle styrende dokumenter, planer og budsjetter sentralt, regionalt og kommunalt, jfr «Helse/ernæring i alt du gjør. Det må jobbes enda mer målrettet for at andre sektorer integrerer ernæringshensyn som en naturlig del av løpende arbeid og i utviklings- og planarbeid. For eksempel er det innen helse-, oppvekst- og utdanningssektoren (ramme- og læreplaner) opplagte felles mål om å fremme barn og unges helse og læring, og i landbruks-/mat- og fiskeripolitikken er folkehelse et uttrykt hensyn.

## 1.1 Ulike aktørers ansvar og muligheter

Som nevnt innledningsvis, trengs bedre forankring av ernæringshensyn og -arbeid hos den enkelte aktør/etat, og sikring av at helsemyndighetenes anbefalinger og kostråd blir førende for ernæringsarbeidet. Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven beskriver ansvaret for folkehelsearbeidet, og det er behov for en ytterligere bevisstgjøring om ansvar for ernæringsarbeid hos ulike aktører på sentralt, regionalt og lokalt nivå innen forvaltningen – og i regi av privat og frivillig sektor.

### **Plassering av folkehelseansvar ihht lovverk**

Kommunen: (se over) kommunen som sådan har ansvaret, og skal derfor bruke alle sine sektorer i folkehelsearbeidet for å fremme folkehelsen. Loven legger opp til et langsiktig og systematisk arbeid basert på oversikt over utfordringer og ressurser, samfunnsplanlegging og plikt til å iverksette nødvendige tiltak. Vurdering av resultater og erfaringer skal ligge til grunn for en ny 4-årig plansyklus.

Fylkeskommunen (FK): ansvaret er knyttet til rollen som regional utviklingsaktør og med ansvar for fylkesplanlegging. Dette gjelder i første rekke det brede folkehelsearbeidet som krever tverrsektoriell og nivåovergripende innsats, og der det er rom for regionalpolitisk skjønn og behov for regionale og lokale tilpasninger. FK skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler den er tillagt av betydning for folkehelsen, inkludert videregående opplæring, kultur og samferdsel. FK skal også understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, bl.a. i oversiktsarbeidet. Også FK's folkehelsearbeid skal preges av systematikk og langsiktighet.

Hesledirektoratet, § 24 i Folkehelseoven : Hdir er fagorgan på folkehelse- og helsetjenesteområdet i tillegg til å være regelverksforvalter og iverksetter av vedtatt politikk på området. Hdir skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen, følge med på utviklingen i folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenesten og være en pådriver for kunnskaps basert folkehelsearbeid. Dette innebærer bla å gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen. Basert på sammenstilt kunnskap, skal direktoratet opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.

Frivillig sektor: Folkehelseoven omtaler frivillige organisasjoner som lokale drivkrefter og peker på at det er et stort potensiale for samarbeid mellom det offentlig og frivillige. På ernæringsfeltet er det lang tradisjon for slikt samarbeid, også understøttet av partnerskapsarbeid i fylker og kommuner. Det er viktig å videreutvikle samarbeidet om kommunikasjon og andre tiltak der hver aktør har sin definerte rolle, basert på myndighetenes ernæringsfaglige råd (ref pkt 4.1).

Privat sektor : Næringslivet er en viktig påvirkningsfaktor for helsen og menneskers liv, og trenger en sunn og arbeidsfør befolkning. Det er i næringslivets interesse at samfunnet som helhet bidrar til å fremme folkehelse, og de har også en egeninteresse i å bidra til dette ved å vise samfunnsansvar. Kunder stiller stadig større krav om etikk og samfunnsansvar til sine leverandører og forbrukere vil kjøpe varer og tjenester som oppfattes som trygge og sikre. Frivillige organisasjoner og media spiller en viktig rolle som pådrivere. Det er viktig å videreutvikle dialogen med private aktører på ernæringsfeltet mht mat, tjenester og kommunikasjon og sikre at myndighetenes ernæringsråd legges til grunn.

## **1.2 Systemer og verktøy i arbeidet**

Det er viktig å etablere og kvalitetssikre funksjonelle rutiner og systemer for erfaringsutveksling knyttet til modeller og tiltak innen ernæringsarbeid mellom ulike nivå (lokalt/regionalt/sentralt) og aktører (offentlig/privat/frivillig). Slik kan effektive tiltak og verdifulle erfaringer innen feltet spres og gjøres tilgjengelig for andre. WHO-evalueringen påpeker at det er et potensiale for bedre informasjonsutveksling og formidling mellom ulike nasjonale og regionale/lokale aktører. I tillegg til tilgang på ernæringskompetanse og faglig rådgivning samt verktøy og materiell, er det behov for ressurser til å videreutvikle og kvalitetssikre ernæringsarbeidet og implementere ernæringsfaglige retningslinjer, anbefalinger, veiledere mv. Det må være et mål at alle aktører i folkehelsearbeidet forankrer ernæringshensyn i egne styringsdokumenter og rammebetingelser for virksomheten og har tilgang på relevante indikatorer for gjennomføring og vurdering av ernæringsarbeidet.

Veileder i lokalt ernæringsarbeid. Det er viktig å samle og kvalitetssikre erfaringer gjort i modell- og utviklingsarbeid og ved gjennomføring av ulike ernæringsstiltak lokalt, regionalt og sentralt. Gjennom

ny folkehelselov har staten fått et utvidet ansvar for å understøtte det lokale ernæringsarbeidet. Utarbeidelse av en veileder i lokalt ernæringsarbeid kan bidra til å spre kunnskapsbaserte metoder og relevante erfaringer gjort både av offentlige, private og frivillige aktører.

Helsekonsekvensutredninger (HKU): er dokumentert å være et effektivt virkemiddel for å få andre sektorer til å ta mer helsefremmende avgjørelser i politikktutforming, og også bidra til samarbeid mellom ulike sektorer og øke bevisstheten om sammenhengen til helse. HKU på ernæringsfeltet må prioriteres fremover og ernæring inkluderes som hensyn i konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven.

### **1.3 Hensiktsmessig bruk av ressurser i ernæringsarbeidet**

For mest mulig effektiv og formålstjenlig bruk av de samlede ressursene i ernæringsarbeidet er det viktig at arbeidet er kvalitetssikret og basert på myndighetenes ernæringsfaglige anbefalinger, enten det gjelder kompetanseheving, kommunikasjonsarbeid eller andre tiltak.

Det må være et krav at offentlige tildelte midler som benyttes i et forbruker- og folkehelseperspektiv bygger på og ivaretar myndighetenes ernæringsfaglige anbefalinger (når det er relevant). Dette kan for eksempel gjelde ulike tilskudds- og stimuleringsordninger, overføringer mv. under ulike departementers ansvarsområder. Det bør foretas en samlet vurdering/utredning om dette.

## 2 Kunnskapsbasert ernæringsarbeid

Godt, kvalitetssikret og tydelig ansvarsforankret ernæringsarbeid, både helsefremmende, forebyggende og i behandling, er avhengig av tilstrekkelig kompetanse og verktøy. For å videreutvikle og kvalitetssikre et kunnskapsbasert folkehelse- og ernæringsarbeid, er det viktig å styrke dokumentasjon, utredning, forskning og overvåking, støttet av kommunikasjonstiltak.

### 2.1 Sikring av faglig grunnlag for ernæringsarbeidet

Å være en troverdig faglig autoritet i ernærings spørsmål og å kunne iverksette relevante og effektive tiltak krever kontinuerlig oppdatering av kunnskapen innen et sterkt voksende forskningsfelt. Å løpende vurdere behov både for faglige utredninger, retningslinjer og anbefalinger og evt juridisk forankring samt å hente inn relevante kost-nytte vurderinger og helsekonsekvensutredninger er sentralt i arbeidet. Helsedirektoratet og andre myndigheter trenger assistanse fra ekspertmiljøer som Nasjonalt råd for ernæring og forsknings- og kompetansemiljøer i nordiske og internasjonale nettverk til dette. Ernæringsrådet må derfor revitaliseres med klart ansvar og faglig uavhengig mandat. I tillegg er det viktig å fortsatt prioritere deltakelse og samarbeid i nordiske og internasjonale fora (eks Nordisk Ministerråd med undergrupper, EU- og WHO-samarbeid).

Det trengs ytterligere forskning på områder hvor vi ikke vet nok om sammenhengen mellom kosthold/ernæring og helse, og ifht effekt av tiltak for å bedre kostholdet til ulike grupper i befolkningen, tiltak som kan bremse uheldig vektøkning i befolkningen og effektiv behandling av overvekt og fedme. Myndighetene bør stimulere forskningsmiljøer til å arbeide med ernærings- og folkehelse relevante problemstillinger via nasjonale, nordiske og europeiske forskningsprogrammer.

### 2.2 «Følge-med-ansvar»

For å ivareta «følge-med-ansvaret mht ernæring, trenger kommunene informasjon om ernæring som en påvirkningsfaktor for helse i egen kommune. Det trengs derfor ernærings spesifikke indikatorer til bruk i folkehelseprofilene fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI) for å støtte kommunene i oversiktsarbeidet og også indikatorer regionalt og nasjonalt. Veileder i lokalt ernæringsarbeid skal utvikles og kan være et bidrag til kommunenes innarbeiding av ernæringshensyn i kommunalt planarbeid for å sikre bedre tilgjengelighet av og informasjon om sunn mat og drikke og begrense tilgang til det usunne.

Oppdatert kunnskap om matvarenes sammensetning og utviklingen i kostholdet til befolkningen i sin helhet og i utsatte grupper er grunnleggende for målretting, evaluering og fornyelse av helsefremmende arbeid. Kunnskapen er helt nødvendig for å forebygge ernæringsrelaterte helseproblemer og for å forhindre helseskadelige inntak av nærings-, fremmed- og giftstoffer som ledd i helserisikovurdering. Det trengs også bedre kobling mellom helse- og kostholdsdata og mer nedbrytning av data etter alder, kjønn, utdanning mv. Dette er spesielt viktig i forhold til målet om å utjevne sosiale

helseforskjeller i kostholdet (WHO-evalueringen).

Helsedirektoratet og Mattilsynet har siden 1992 samarbeidet om et felles system for overvåking av mat- og kosthold med hovedelementene: Matvaredatabase, programvare for kostberegninger og landsdekkende kostholdsundersøkelser. Mattilsynet, Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet har flere ganger poengtert nytten av slik overvåking og nødvendigheten av å sikre mer langsiktig utvikling og permanent finansiering av systemet.

En stor svakhet ved dagens helseovervåking (ref WHO) er at vi mangler nasjonale helseundersøkelser hvor man måler helseforhold og i tillegg også høyde og vekt, risikofaktorer som blodtrykk, blod-lipider, utskillelse av helserelevante stoffer i urin som natrium (salt), kalium og jod og helserelevante levevaner som kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og rusmidler. Å etablere slike faste undersøkelser vil være en viktig del av nasjonalt arbeid knyttet til forebygging av ikke-smittsomme sykdommer og informasjon om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå (jfr Folkehelseloven og oppfølging av nasjonalt NCD-arbeid). Også Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-11) understreker behovet: « I planperioden skal det legges opp til et kontinuerlig system for overvåking av mat og kosthold for fremtiden. Mulighetene for å samordne nasjonale kostholdsundersøkelser med eventuelle framtidige helseundersøkelser skal vurderes.»

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) og Helsedirektoratet har tidligere utredet mulighetene for at man i Norge får nasjonale norske helseundersøkelser som inkluderer undersøkelse av levevaner, lignende de man i lang tid har hatt i Finland (Finrisk) og USA, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). FHI foreslo i 2005 at man i Norge så snart som mulig starter med kontinuerlige helseundersøkelser hvor innsamling av helsedata (basismodul) kan kombineres med tilleggsmoduler som for eksempel kosthold og fysisk aktivitet. Helsedirektoratet er positive til et slikt opplegg, men slike undersøkelser er foreløpig ikke kommet i gang. Minst ti europeiske land har besluttet å delta i en felles koordinert helseundersøkelse (<http://www.ehes.info/>), men FHI har ikke besluttet evt deltakelse.

Helsedirektoratet har siden 2004 bidratt til utforming og finansiering av andre sentrale undersøkelser som Levekårsundersøkelsen til SSB i 2005, 2008 og 2012 og Helsevaneundersøkelsene blant skoleelever (HEVAS) i 2005 og 2009. Det er gjennomført intervju-undersøkelser knyttet til konkrete prosjekt de siste fem årene. Man har også deltatt i nordisk og europeisk samarbeid for å styrke overvåkingen av kosthold og helse. Slikt nasjonalt og internasjonalt samarbeid om innhenting av data har vært nyttig og bør videreføres. I samarbeid med det internasjonale Global Burden of Disease prosjektet startet FHI et arbeid i 2012 med et flerårig nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt. Dette prosjektet har som mål å gi oversikt over helsetilstanden i Norge, inkludert risikofaktorenes utvikling og relative betydning (for eksempel tobakk, høyt blodtrykk, overvekt-fedme og kolesterol).

## **2.3 Kompetanse og kompetanseheving**

### 2.3.1 Kvalitetssikret ernæringskompetanse for aktører som arbeider med opplæring, mat og helse

Det bør arbeides for å sikre tilstrekkelig og kvalitetssikret ernæringsopplæring i alle relevante grunn-, videre- og etterutdanninger for de som trenger det. Det er viktig å stimulere relevante aktører til å gjennomføre slik opplæring. Behovet for kompetanseheving innen ernæring er fremhevet flere steder i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-11), bla ifht Mat- og helsefaget.

Meld.St.13 (2011-12) Utdanning for velferd, har bl.a. fokus på kompetanseheving i ernæring og utdanningstilbud på området: «...Kosthold og ernæring er et fagområde der det også finnes en rekke korte utdanninger og kurs utenfor det formelle utdanningssystemet, og der rådene som gis, ikke nødvendigvis er i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger og faglige retningslinjer. Det er stort behov for å kvalitetssikre rådgivningen på området, og gode utdanninger vil bidra til dette.» Denne problemstillingen krever økt fokus i tiden fremover og samhandling med ansvarlige.

For å øke barn og unges kunnskap om kosthold, ernæring og helse, er det særlig viktig å styrke teoretisk og praktisk opplæring om mat og ernæring i utdanningen av lærere i barnehager og i grunnskolen (Mat og helse-faget). Ansatte i barnehage og skole, i ulike serveringssteder, i fritidsklubber, i idrettsmiljøer og treningssentre samt beslutningstakere i offentlig og privat sektor trenger også økt ernæringskunnskap gjennom tilpassede videre- og etterutdanningstilbud.

Det må også utvikles og tilbys mer relevant styringsverktøy til dette arbeidet, som oppdaterte fag- og læreplaner, anbefalinger/retningslinjer og pedagogiske hjelpemidler som lærebøker/-midler, e-læringskurs, presentasjoner, internett- og facebooksider. For eksempel må kostberegningsverktøyet Mat på data som benyttes av studenter, ulike faggrupper, media og privatpersoner oppdateres. Verktøy for å forstå ingredienslister og næringsdeklarasjoner vil sammen med økt kunnskap kunne forenkle forbrukernes valg om hva de skal spise (WHO-evalueringen).

### 2.3.2 Styrket og kvalitetssikret ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratets faglige nasjonale retningslinjer for å forebygge overvekt (voksne og barn), diabetes, hjerte-kar sykdommer og KOLS, retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten samt retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, ulike kreftformer og nevrologiske sykdommer gir sentrale føringer for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten framover. I følge Retningslinjer for å forebygge underernæring skal ernæringsstatus alltid dokumenteres. Retningslinjene inneholder kriterier for bruk av underernæringsdiagnoser og forslag til kvalitetsindikatorer på ernæringsområdet (St.meld 10 – God kvalitet – trygge tjenester, 2012-13). Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid utgitt i 2012, og er et praktisk verktøy for ledere, kjøkken- og helsepersonell for å implementere relevante retningslinjer.

En forutsetning for å videreutvikle ernæringsarbeidet innen tjenestene og lykkes med implementering av de ulike retningslinjene, er å kvalitetssikre arbeidet bla gjennom å sørge for tilstrekkelig kunnskap om ernæring blant helse- og omsorgspersonell og styrke og kvalitetssikre kosthold og ernæring i all grunn-, videre- og etterutdanning for personell i helse- og omsorgstjenesten. Kosthåndboken fremhever behovet for spesialkompetanse ved ernæringsbehandling av pasienter med mer avanserte eller sammensatte medisinske tilstander. Andre oppfølgingstiltak er å tilby relevant verktøy og hjelpemateriell, spre gode eksempler og modeller for ernæringsarbeidet i tjenestene og sikre tilstrekkelige ressurser som opprettelse av kommunale/ interkommunale stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i det klinisk ernæringsfaglige tilbudet i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

*I St.meld 13 (2010-11) heter det: «....Regjeringen vil: Styrke og kvalitetssikre rådgivningen på ernæringsområdet gjennom gode utdanninger. Vurdere tiltak for å sikre tilstrekkelig tilgang på kliniske ernæringsfysiologer over hele landet. Styrke kunnskapen om ernæring innenfor alle de helse- og sosialfaglige utdanningene» (s 87)*



*«Spesialisthelsetjenesten skal bidra med faglig veiledning om forebyggende og helse fremmende arbeid, for eksempel er det behov for bedre kompetanse i ernæring i kommunene» (s. 48).*

<sup>3</sup> Frisklivstilbudet med BRA MAT-konsept bør bli landsdekkende (evt interkommunale løsninger) og ernæringskompetansen hos ansatte i frisklivssentralene kvalitetssikres ved å ha/tilknytte personer med minimum bachelor i ernæring. Ved behov må brukere kunne henvises videre og individuell kostholdsveiledning knyttet til diagnose bør gis av en klinisk ernæringsfysiolog.

Modellprosjekter i Oslo og Nordland har vist at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har styrket sin kvalitet og kapasitet i ernæringsarbeidet ved å ha en klinisk ernæringsfaglig person i råd- og veiledningstjeneste. Prosjektene avdekket også et løpende behov for fagmøter, materiell og verktøy om kosthold til bruk i undervisning og bistand i individuelle samtaler ved spesielle behov (overvekt/fedme, spiseforstyrrelser, matallergi- og intoleranse).

Helsetilsynet oppsummerer i 2010 sitt landsomfattende tilsyn med eldre og ernæring<sup>4</sup>: «Det er en reell fare for at eldre med ernæringsproblemer ikke blir fanget opp av kommunens tjenesteapparat, og dermed heller ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt grunnleggende behov. Selv om brukere med ernæringsproblemer fanges opp, kan mangelfull kompetanse og dokumentasjon medføre utilstrekkelig hjelp som ikke avhjelper ernæringsproblemer som kan forverres med påfølgende dårligere helse-situasjonen. Hovedinntrykket fra dette tilsynet er at mange kommuner har mye å ta tak i og jobbe med fremover for å sikre at behovet for riktig ernæring blir ivarettatt for eldre tjenestemottakere».

Over halvparten av alle autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge er sysselsatt i det sentrale østlandsområdet og bare 3 % i kommunehelsetjenesten<sup>13</sup>. I statsbudsjettet for 2011 ble det tildelt midler til fem nye studieplasser ved Universitetet i Bergen og 15 ved Universitetet i Oslo<sup>5</sup>. For å sikre tilgang på kliniske ernæringsfysiologer over hele landet foreslår Helsedirektoratet at det i tillegg utredes å opprette utdanning ved NTNU og i Tromsø.

## 2.4 Erfaringsbank

Det er viktig å samle og kvalitetssikre erfaringer gjort i modell- og utviklingsarbeid og ved gjennomføring av ulike forebyggende, helsefremmende og kliniske ernæringstiltak lokalt, regionalt og sentralt. Opprettelse av en nasjonal erfaringsbank for ernæringsarbeid kan bidra til å spre relevante erfaringer i regi av offentlige, private og frivillige aktører. Erfaringer høstet fra partnerskap for folkehelse, ressursgrupper i ernæring og prosjektet «Ernæring i plan» bør ivaretas. En slik bank bør inneholde eksempler både på systematisk kunnskapsbasert arbeid og på erfaringsbasert arbeid/tiltak og sees i sammenheng med utvikling og implementering av Veileder i lokalt ernærings arbeid (jfr pkt 1.2).

---

<sup>3</sup> <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/horing-av-veileder-for-kommunale-frisklivssentraler.aspx>

<sup>4</sup> Helsetilsynet rapport 5/2011

<sup>5</sup> St. meld 13.Utdanning for velferd.

## 3 Pris og andre strukturelle virkemidler

Fra et folkehelseperspektiv er det «helt sentralt at det er lett tilgang på sunn mat der folk er: i barnehage, skole, på arbeidsplasser og på fritidsarenaen» (Prop. 90 L Lov om folkehelsearbeid s. 129). Fylker og kommuner har en rekke virkemidler for å følge opp dette ved å legge til rette for at innbyggerne kan ta sunne valg. Pris, smak og tilgjengelighet er avgjørende faktorer for folks matinnkjøp og valg av måltider utenfor hjemmet. Primærnæring, matvareindustri og handelsnæring har en viktig oppgave med å utvikle og tilby matvarer med god ernæringsmessig profil tilpasset ulike bruksområder, arenaer og målgrupper (med akseptabel pris for alle forbrukere).

### 3.1 Flere sunne produkter (i ulike markeder)

Det er fortsatt nødvendig å stimulere til utvikling og markedsføring av bedre og sunnere matvarer. Dette gjelder produktutvikling av matvarer med mindre mettet fett, transfett, salt og tilsatt sukker – særlig i forhold til reformulering av matvaregrupper som det omsettes mye av (bulkvarer). Begrensning av befolkningens saltinntak er ifølge WHO blant de mest kostnadseffektive tiltakene i folkehelsearbeidet. En fortsatt reduksjon av saltinnholdet i matvarene blir sentralt i implementering av Nasjonal saltstrategi. Dialogarenaen for samarbeid mellom matvarebransjen, myndigheter, forskere og forbrukere er viktig i denne sammenheng og ønsket videreutviklet (WHO-evalueringen).

Merkeordningen Nøkkelhullet er godt kjent og har fått en viktig posisjon siden den ble innført i 2009 både blant forbrukerne og næringen. Merket brukes uavhengig av sosial tilhørighet, utdanning og bosted. God drahjelp fra matvarebransje og andre aktører i kommunikasjon om Nøkkelhullet har bidratt til stor utbredelse, positiv holdning og høy kjennskap. Det er derfor et godt potensiale for videreutvikling av merkeordning med tanke på strengere kriterier for blant annet salt, nye produkter og bruk i nye markeder. Dette innebærer behov for fortsatt satsing på kommunikasjon til forbruker og videreføring av dialogen med matvarebransjen.

### 3.2 Utvalgte virkemidler

Lovregulering og strukturelle virkemidler er i stor grad og med god effekt benyttet på tobakks- og alkoholfeltet for å fremme befolkningens helse. Det er ønskelig i større grad også å ta i bruk slike strukturelle virkemidler i ernæringsarbeidet fremover. Tilgjengelighet og pris er viktige virkemidler for å utjevne sosiale forskjeller i kosthold.

I Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2010-11) heter det blant annet: *“.. Det er aktuelt å vurdere hvordan sunne matvarer kan gjøres billigere sammenliknet med andre matvarer. Blant annet skal det ses på hvordan man kan utforme en mer treffsikker avgift på sukkerholdige varer. Det vil bli vurdert om gjeldende avgifter kan erstattes av en ny avgift...”*

<sup>6</sup>WHO fremhever avgifter og subsidier som kostnadseffektive tiltak for å fremme sunt kosthold. Det arbeides med et nasjonalt dokument som oppfølging av WHO's mål<sup>7</sup> hvor denne problemstillingen belyses. Også i Prop 1S (2012-13) fra Helse- og omsorgsdepartementet fremheves betydningen av å arbeid videre med økonomiske virkemidler i kostholdsarbeidet fremover.

Regulering av markedsføringen rettet mot barn og unge av usunn mat og drikke er et svært viktig tiltak i arbeidet med å motvirke usunne kostvaner og usunn vektutvikling. I WHO har markedsføring av mat og drikke til barn vært på dagsorden i flere år, og restriksjoner på markedsføring av usunn mat og drikke til barn vurderes som et kostnadseffektivt tiltak for å redusere risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer. Norge har vært pådriver for WHO's anbefalinger for markedsføring av mat og alkoholfrie drikkevarer. Helsedirektoratet har jobbet nasjonalt og internasjonalt med dette temaet i flere år, bl.a. som sekretariat for et europeisk nettverk på dette temaet. Som oppfølging av Nasjonal helse- og omsorgsplan har Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet utredet behov for å innføre lov- og forskriftsregulering av markedsføring rettet mot barn og unge av usunn mat og drikke. Dette har ført til et utkast til forskrift som var på høring i 2012. Arbeidet med å redusere markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn må vektlegges og videreføres både nasjonalt og internasjonalt.

Sentrale virkemidler innen ernæringsarbeidet er forankret i forskrifter til andre sektors lover, som kommunenes plikt ifølge Opplæringsloven til å tilby gratis frukt/grønt til elever på skoler med ungdomstrinn. Videre omhandler Opplæringslovens kapittel 9a elevenes skolemiljø. Gjennom Helse- og omsorgsdepartementets Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager, skoler, mv. blir retningslinjene for mat og måltider i hhv barnehage og skole forankret. Retningslinjene for skolemåltidet i grunnskolen, SFO og videregående skole skal revideres. I tillegg finnes føringer for barnehagesektoren i blant annet Barnehageloven og Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, som vektlegger god organisering av dagen slik at både ro, fysisk aktivitet og måltider ivaretas. Berørte aktører må følge opp regelverket og myndighetene være pådriver for å bruke regelverkets muligheter.

### **3.3 Sunnere mattilbud på ulike arenaer**

Prop. 90 L (folkehelseloven) beskriver at kommunene for eksempel bør ha oppmerksomhet knyttet til omfang og lokalisering av utsalgssteder for hurtigmat så lenge disse virksomhetene i all vesentlighet tilbyr usunn mat. Kommunen kan, som eier av virksomheter og eiendommer, legge til rette for sunne valg i kantiner, på offentlige eiendommer, på fritidstilbud og på egne arbeidsplasser. Samtidig bør de oppfordre både private og frivillige aktører til å gjøre det samme. For eksempel kan det være et mål at befolkningen alltid har tilgang til kaldt drikkevann på offentlige steder, og at sunne alternativer alltid er tilgjengelige på fritidsarenaen. Subsidiering av sunn mat i kantiner er et annet eksempel.

Som skole- og barnehageeier kan kommuner også legge føringer for disse virksomhetenes arbeid med mat og måltider og sørge for kompetanseheving av nøkkelpersonell. Fylkeskommuner kan, med hjemmel i sin eierrådighet, erstatte brusautomater med vanddispensere i videregående skoler. Erfaring fra fylker som har forbudt salg av brus og innført tilbud om kaldt drikkevann på alle videregående skoler bør deles og videreføres til andre fylker (ref pkt 2.4).

<sup>6</sup> WHO, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases Geneva: World Health Organization, 2010.

<sup>7</sup> In prosess: «Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål, 2013.

Det bør gis tilbud om gratis frukt og grønt også i barnehager og i barneskoler. Barn og unge spiser om lag halvparten av anbefalt mengde frukt og grønt. En gratisordning for frukt og grønt til elever har langtidseffekter på deres frukt- og grønnsaksinntak i alle sosiale lag<sup>8</sup>, og tiltaket er kostnadseffektivt<sup>9</sup>.

Retningslinjer for sunne måltider i offentlig regi må videreutvikles slik at kantiner og andre serverings- og utsalgssteder kan gå foran og spre erfaringer og retningslinjer til andre markeder. Konkrete ernæringskrav for mat/måltider må inkluderes i offentlige anbudsrunder. Tiltakene nevnt ovenfor er viktige både for en samfunnsutvikling som fremmer en god start i livet og for gode levekår og et godt arbeidsliv. Tiltakene inngår også i arbeidet for et helsevennlig næringsliv og regional og lokal utvikling. Kostholdstiltak blir sentrale på alle disse arenaene fremover.

---

<sup>8</sup> Bere et al. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2007, 4:5

<sup>9</sup> Helsedirektoratet: Frukt og grønnsaker i skolen, Beregning av samfunnsøkonomisk lønnsomhet. IS-1281

## 4 Kommunikasjonsplattform

I denne sammenheng skilles på ulike former for kommunikasjonstiltak rettet mot den generelle befolkning og utvalgte grupper samt ulike former for kompetansehevingstiltak. Sentrale stikkord er blant annet; riktig kompetanse på riktig sted i forhold til ulike aktører, roller og kapasitet.

Som hjelp og kvalitetssikring i ulike aktørers arbeid for å nå de offisielle anbefalingene for kostholdet bør det opprettes en felles kommunikasjonsplattform med tilgang til faglig oppdatert kunnskap og ulike verktøy i arbeidet. Kommunikasjonsplattformen skal bidra til å sikre helhet og sammenheng i offentlige myndigheters og andre aktørers informasjons- og kommunikasjonsarbeid om kosthold og ernæring. Den skal vise hvilke prinsipper som ligger til grunn for kommunikasjonsarbeidet (helsemyndighetenes offisielle kostråd) og bidra til at samfunnet når sine mål i ernæringsarbeidet.

Det er behov for ytterligere økt innsats for å formidle kostrådene på en enkel og praktisk måte slik at de bidrar til endret adferd og hensynet til matglede og –kultur ivaretas. Kommunikasjonen må være enhetlig, bygge på helsemyndighetenes offisielle kostråd og nå både den generelle befolkningen og grupper som innvandrere og grupper med ulik sosioøkonomisk bakgrunn. Kommunikasjonstiltak om ernæring (og fysisk aktivitet) er ifølge WHO kostnadseffektive og rimelige befolkningsrettede tiltak<sup>10</sup>.

### 4.1 Løpende og periodiske kommunikasjonstiltak

I Nasjonal helse- og omsorgsplan understrekes betydningen av å bruke kommunikasjon i samvirke med andre tiltak; «...Flere tiltak som virker sammen, er nødvendig for å få god effekt. Informasjonskampanjer virker best i kombinasjon med strukturelle tiltak, og nasjonale kampanjer kan kombineres med lokal oppfølging...».

Som støtte for ulike virkemidler i ernæringsarbeidet og som et selvstendig virkemiddel, trengs både en langsiktig satsing med løpende kommunikasjonstiltak og informasjonskampanjer tilpasset ulike målgrupper. Det er behov for å øke kunnskapen i den generelle befolkningen og i undergrupper, om hvordan man enkelt kan sette sammen et sunt kosthold og bruke Nøkkelhullet som ett hjelpemiddel for å oppnå dette. Dette er nødvendig bla for å motvirke forvirring og synliggjøre helsemyndighetenes anbefalinger og budskap. Myndighetene må være raskt på banen når debatter pågår. Samtidig er det viktig å videreutvikle og skape nye allianser til sentrale formidlere og aktører i ernærings- og folkehelsearbeidet på kommunikasjonsfeltet og kvalitetssikre at budskapet er ensartet. Samhandling med blant annet helsetjenesten, barnehager, skoler, frisklivssentraler, frivillige organisasjoner, matvarebransje, og utdanningsinstitusjoner blir sentralt.

«Små grep, stor forskjell» er starten på Helsedirektoratets langsiktige satsing for å inspirere, motivere og veilede folk til å ta små, sunne grep i hverdagen for et sunnere kosthold. Som ledd i tydelig og

<sup>10</sup> WHO, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva:World Health Organization 2010.

målrettet kommunikasjon om ernæring, mat, helse og matglede er det viktig å utvikle relevant verktøy og materiell, videreutvikle elektroniske kommunikasjonsformer (nettsider, sosiale medier mv) og sikre ernæring sin plass i e-helse. Godt implementerte hjelpemidler som Kokebok for alle bør gjøres tilgjengelig for enda flere målgrupper og kan tilrettelegges for nett-versjon. Satsing på nye flater som Facebook krever mye ressurser, men når bredt ut.

## **4.2 Tiltak overfor utvalgte målgrupper**

På ernæringsområdet, som del av det totale folkehelsearbeidet, er det et mål å bidra til inkludering, deltakelse og medvirkning (sosial kapital) for gode liv med god helse. I tillegg til tiltak på arenaer som når de fleste; barnehage, skole, arbeidsliv og i helse- og sosialtjenesten, er det nødvendig å tilpasse tiltak og budskap slik at også resten av befolkningen nås på en egnet måte.

Det kan være aktuelt å utvikle relevante opplærings- og kommunikasjonsverktøy til bruk overfor ulike målgrupper som kvinner som planlegger å bli gravide (folat), barn, etniske minoriteter og grupper som av ulike årsaker faller delvis eller helt utenfor vanlig samfunnsliv. I dette arbeidet er det viktig å tenke nytt, trekke ulike mål- og brukergrupper aktivt med i utformingsarbeidet og videreutvikle samhandling med ulike aktører og videreformidlere som kjenner målgruppene og bruke eksisterende arenaer.

## **Avslutning**

Det bør lages et nytt styringsdokument om kosthold og ernæring med presise mål og overbyggende tiltak i et langsiktig tidsperspektiv. Dokumentet må tydeliggjøre ulike aktørers ansvar i ernæringsarbeidet (ref nye lover) i lys av kostholds- og ernæringsutfordringene. Myndighetenes kostholds- anbefalinger, erfaringene med og evaluering av Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen samt andre førende dokumenter, må ligge til grunn. Det må vurderes om styringsdokumentet skal være en opptrappings- eller handlingsplan eller en annen type styringsdokument.