



Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet

Publikasjonens tittel: Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet

Utgitt: 12/2014

Publikasjonssnummer: IS-2263

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling levekår og helse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

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

Illustrasjon: Elisabeth Moseng www.illustratorene.no/moseng

Forord

Arbeidet for bedre psykisk helse er en viktig og likeverdig del av folkehelsearbeidet. Den sosiale ulikheten i psykisk helse gjør oss oppmerksomme på hvilken betydning menneskers livsbetingelser har for helse og trivsel. Risikoen for angstlidelser er seks ganger større for mennesker med grunnskoleutdanning enn for dem med høyskoleutdanning, og familiens økonomi påvirker risiko for atferdsvansker hos barn. Helse skapes altså på en rekke arenaer og livsområder som på ulike måter har betydning for folks helse og levekår. Eksempler er skole, arbeid, bolig og nærmiljø.

Både psykiske lidelser og den positive psykiske helsen, livskvalitet, er viktige utfallsmål i denne sammenheng, og psykososiale perspektiver er sentrale når vi jobber med årsaker, årsaksmekanismer og utfall i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet skal spre kunnskap og erfaringer med særlig vekt på kunnskapsutvikling om forhold som påvirker psykisk helse og livskvalitet i kommuner, i skole og utdanning, arbeidslivet og i frivillig sektor. Direktoratet skal bidra til å belyse forhold som påvirker deltakelse og gjør at noen opplever liten sosial støtte. Direktoratet skal blant annet:

- bygge opp kunnskap og kapasitet i forvaltningen
- 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
- systematisk innhente erfaringer fra internasjonale organisasjoner og andre land

Som grunnlag for regjeringens neste folkehelsepolitiske melding til Stortinget, ble Helsedirektoratet bedt om å utarbeide en rapport om status, råd og anbefalinger i folkehelsearbeidet i Norge. Publikasjonen du nå holder i hånden er et særtrykk av kapitlet om psykisk helse i folkehelsearbeidet i rapporten Samfunnsutvikling for god folkehelse som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2014.

Når vi inkluderer psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, innebærer det blant annet å se hvordan psykologiske, relasjonelle og sosiale faktorer kan hjelpe oss til å forstå sammenhengene mellom betingelser i miljøet og menneskers psykiske helse og livskvalitet.


Bjørn Guldvog
Helsedirektør



Innhold

Innledning	3
Hvorfor psykisk helse i folkehelsearbeidet?	3
Sosial ulikhet i psykisk helse	4
Helsetjenester er viktige, men ikke nok	5
Et miljø- og befolkningsfokus.....	6
Psykisk helse er mer enn fravær av symptomer og plager	8
Stress og mestring - hverdagens utfordringer	10
Ensomhet og mangel på sosial støtte er også folkehelseutfordringer ...	11
Hvordan påvirker miljøfaktorene psykisk helse og trivsel?	12
Stress er en medvirkende årsak til sosial ulikhet i helse.....	13
Hva bidrar til mestring?.....	14
Mestringsbetingelser	15
Familie.....	16
Barnehage.....	17
Skole	17
Arbeidsliv og arbeidsmiljø.....	18
Nærmiljø.....	19
Kultur, fritid og frivillighet.....	20
Helseatferdens betydning for psykisk helse og trivsel	20
Oppsummering	21
Veien videre	22
Kunnskap og forskning	22
Måling.....	23
Hvordan fremme mestring og deltagelse?.....	23
Skape en samfunnsutvikling for psykisk helse og livskvalitet.....	23
Referanser	24

Innledning

Det er en ambisjon i større grad å tydeliggjøre psykisk helseperspektiv, både i det forebyggende arbeidet i helsetjenesten og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Samhandlingsreformen, Folkehelseloven og Folkehelsemeldingen trekker på ulike måter frem behovet for slikt arbeid. Dette er ikke unikt for Norge. WHO-strategier, både for folkehelse og psykisk helse gjenspeiler de samme trendene.

Hvorfor psykisk helse i folkehelsearbeidet?

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 (1).

I et folkehelseperspektiv er ensomhet, stress, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring sentrale utfordringer. Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet er nødvendig for helse og trivsel.

I arbeidet med psykisk helse har det blitt lagt for lite vekt på miljøfaktorer og på de forhold som påvirker psykisk helse og trivsel¹ i hele populasjonen. I folkehelsearbeidet ønsker vi derfor å sette fokus på mestringsbetingelser. Med mestringsbetingelser mener vi forhold i menneskers miljøer og arenaer som fremmer mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier og positive relasjoner.

¹ I denne teksten bruker vi den engelske termen wellbeing. Det er for å vise til den bredden av betydninger som ligger i begrepet. Helsedirektoratet har i noen tid også brukt begrepsparet «psykisk helse og trivsel» som en midlertidig oversettelse. I det videre arbeidet vil det i samråd med ledende fagmiljøer pågå en konsensusprosess omkring hva som er gode oversettelser av wellbeing. Foreløpig brukes både psykisk helse og trivsel og livskvalitet.

I det fremtidige arbeidet med å legge større vekt på psykisk helse og trivsel bør disse perspektivene styrkes i alle ledd, både i somatiske og andre helsetjenester, på primær- og spesialisthelsetjenestenivå, i forebygging i helsetjenesten og i samfunnsutviklingen generelt. Dette kapitlet redegjør først og fremst for hva som er en hensiktsmessig forståelse av psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Sosial ulikhet i psykisk helse

Den sosiale ulikheten i psykisk helse og trivsel peker på hvilken betydning levekårsforhold har. En rekke undersøkelser viser at lav sosioøkonomisk status, målt som kort utdanning eller lav inntekt, har sammenheng med risiko for psykiske plager.

Resultater fra Folkehelseinstituttets tvillingundersøkelse viser at angstlidelser er seks ganger vanligere blant folk med bare grunnskole enn blant de med høyest utdanning (2). I tråd med tidligere undersøkelser viser Levekårsundersøkelsen fra 2008 at husholdningsinntekt er forbundet med samtlige mål på psykisk helse. Personer med høyt utdanningsnivå har færre psykiske plager og rapporterer høyere tilfredshet med livet, bedre mestring, vitalitet og sosial støtte (3).

Den sosiale gradienten er også tydelig i de nasjonale resultatene fra Ungdata (4). Ungdom som oppgir at familien deres har hatt dårlig råd de to siste årene er gjennomgående mindre tilfredse og er sjeldnere fornøyd med venner, foreldre og lokalmiljøet. De 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 at vi som samfunn må ha innsats også ut over helsetjenester.

En WHO-publikasjon om psykisk helse og sosial ulikhet beskriver det slik: «Forekomsten av psykiske plager i samfunnet må forstås mindre som individuell lidelse og mer som et svar på at relativ deprivasjon og sosial urettferdighet undergraver de følelsesmessige, åndelige og intellektuelle ressursene som er avgjørende for psykisk helse og trivsel»^{II} (5).

Helsetjenester er viktige, men ikke nok

«Befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. I det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle som tiltak i helsetjenesten (5).»

I og med at det fortsatt er behov for utvikling av helsetjenestene for mennesker med psykiske plager og lidelser, kan det være utfordrende å sette fokus på psykisk helse i det brede folkehelsearbeidet, det vil si innsatser som ikke primært er rettet mot dem som allerede har det vanskelig. Behandling og forebygging av psykiske lidelser i kommunale helsetjenester er sentralt i strategier for videreutvikling av helse-tjenesten. Skal vi redusere forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen er det imidlertid også behov for å utvikle innsatser som påvirker faktorer tidligere i årsakskjeden. Hvilke faktorer på hvilke arenaer er det som bidrar til større risiko for psykiske plager og lidelser? Og videre; hvilke faktorer bidrar til menneskers trivsel? Vi må samle og formidle kunnskap om miljø- og samfunnsfaktorer som har betydning for psykisk helse og trivsel, og denne kunnskapen må legges til grunn for tiltak og brukes i samfunnsplanleggingen generelt.

Håndtere konsekvenser eller risiko

De fleste vil være enige i at en barneskoleklasse med svekket læringsmiljø, dårlige relasjoner mellom lærere og elever, mobbing og lav sosial støtte utgjør en risiko for barns psykiske helse. De fleste vil antakelig også være enige i at det er nødvendig å iverksette tiltak. Tiltak kan ta mange ulike former.

Ett svar kan være å bygge opp tjenestene for de barna som viser tegn på psykiske plager slik at de kan få rask og god behandling. En slik løsning kan være viktig og riktig, men den begrenser seg til å håndtere konsekvenser av risiko og gjør ikke noe med risikoen i seg selv. En annen løsning kan være informasjon. Gjennom informasjon til barn og voksne og opplæring i ferdigheter til å håndtere negative tilbakemeldinger og stress, kan barna og deres foreldre få økt kompetanse for å takle situasjoner de kommer opp i. Man kan til og med forsøke å identifisere spesielle grupper som er mer sårbare og tilby målrettet informasjon og opplæring til dem. En slik tilnærming sikter på å sette enkeltmennesker i stand til å håndtere risiko, men gjør heller ikke noe med risikoen.

Et tredje svar kan være å redusere risikoen i seg selv. Gjennom systematisk innsats forankret i skolens ledelse kan læringsmiljøet forbedres slik at relasjoner mellom elever og lærere bedres og mobbing reduseres.

I virkelighetens verden vil man ofte velge en kombinasjon av strategier, og fordeler og ulemper ved ulike strategivalg må veies mot ulike samfunnshensyn. Den første strategien kan beskrives som en strategi for å redusere konsekvenser av problemer som allerede har oppstått. Den andre strategien bruker det vi kan kalle pedagogiske virkemidler for å sette folk i stand til å håndtere risikoen. De siste handlingsalternativene i eksempelet er det vi med et felles begrep omtaler som strukturelle eller miljørettede virkemidler, og som tar sikte på å redusere risikoen.

Et miljø- og befolkningsfokus

Psykisk helse har i en årrekke vært forstått som et individ- og helse-tjenesteanliggende. For å integrere psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet er det behov for å tydeliggjøre hva dette betyr i et populasjons- og samfunnsperspektiv.

I dette arbeidet blir det også viktig å skille mellom årsaker til helse eller uhelse hos individet og årsaker til hvorfor lidelse eller helse oppstår eller fordeler seg i populasjoner. Hvis vi utelukkende sammenlikner enkelt-individer i en gitt populasjon, vil vi aldri kunne få øye på de risikofaktorene eller helsefremmende faktorene som påvirker hele populasjonen. Hvis vi for eksempel vil undersøke psykisk helse hos ungdommer ved å undersøke hver enkelt i en skoleklasse, vil vi finne mange individuelle forskjeller som kan forklare ulikheter i den enkeltes trivsel eller mestring. En vil kanskje finne sammenhenger mellom elevenes psykiske helse og deres personlighet eller intelligens. Denne kunnskapen er nyttig, men ufullstendig i vår sammenheng. Dersom vi ikke vurderer forhold i det fysiske og sosiale miljøet alle elevene oppholder seg i, forhold som påvirker hele elevpopulasjonen, vil vi miste av syne de ressurser eller risikofaktorer som påvirker hele gruppen. På samme måte må vi undersøke hvilke forhold som påvirker populasjoners psykiske helse.

Et eksempel som ofte er brukt på dette er om en tenker seg at alle røkte 20 sigaretter om dagen. Forskning som sammenlikner individene i denne populasjonen vil kunne finne ut at lungekreft er en genetisk sykdom.

Røykingen som risikofaktor vil ikke bli oppdaget fordi alle er eksponert. Vi må være oppmerksomme på lignende utfordringer også når det gjelder psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Finnes det for eksempel samfunnsforhold som kan forklare økningen i ungdommers opplevelse av stress og bekymringer?

Psykologien som vitenskap har fremskaffet mye kunnskap om individuelle faktorer som har betydning for psykiske lidelser, psykisk helse og trivsel. I utformingen av selektive tiltak, som for eksempel ulike program for barn og unge i risiko for å utvikle atferdsvansker, har også kunnskap fra psykologien vært sentral. For at psykologisk kunnskap skal bidra konstruktivt inn i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, er det nødvendig å se mennesket i kontekst. Med dette menes en systematisk tilnærming der vi ser på:

- Hvilken betydning har de nærmeste miljøene og arenaene vi er i kontakt med, for eksempel venner, familie, skole, arbeidsplass og nærmiljø?
- Hvordan påvirker kontakten mellom disse nære systemene oss? For eksempel er kontakten mellom foreldre og skole svært viktig for barn.
- Hvilken betydning har rammene for disse systemene/arenaene for mennesker? Det kan dreie seg om kvaliteter i barnehager, skoler og arbeidsliv.
- Hvordan påvirker ideologier og verdier i kulturer systemene og menneskene?

De ulike analysenivåene (6) som er beskrevet ovenfor kan være nyttige når vi skal se på psykisk helse og trivsel i et miljø- og befolkningsperspektiv.

Miljøfaktorerers betydning bør få mer oppmerksomhet i psykologisk forskning

Psykologien har beskjeftiget seg mest med individuelle årsaksforklaringer. Når vi skal bruke kunnskap fra psykologien i folkehelsearbeidet er det viktig å være oppmerksom på dette. Ett eksempel på hvordan et ensidig individfokus kan falle uheldig ut, er tolkningen og omtalen av det berømte marshmallow-eksperimentet som undersøker barns evne til å utsette belønning. Denne evnen har vært målt gjennom 4-5-åringers evne til å vente med å spise et godteri som ligger rett foran øynene på dem. De blir fortalt at de får mer godteri som belønning dersom de klarer å vente. Resultater viser at evnen til å utsette belønning henger sammen med bedre fysisk helse, lavere

grad av fedme, færre seksuelt overførbare sykdommer og sannsynlighet for alkohol- og rusproblemer i voksen alder. Det å klare å vente har i stor grad blitt oppfattet som selvkontroll eller selv-regulering, altså egenskaper ved barnets personlighet.

En nyere studie fant imidlertid at hvorvidt barna klarte å vente eller ikke, var påvirket av tidligere erfaringer. Det vil si at barn som har erfaringer med at det lønner seg å vente, vil vente. Barn som har erfart at løfter ikke blir holdt, vil naturlig nok i større grad velge å spise det godteriet som ligger foran dem. Individuelle trekk har naturligvis mye å si for hvordan mennesker oppfører seg, men dersom vi ikke også vier oppmerksomhet til den betydningen miljøfaktorer har, risikerer vi å utarbeide innsatser på feil grunnlag.

Eksemplet er hentet fra Madsen, O.J. (2014) *Det er innover vi må gå. En kulturpsykologisk studie av selvhjelp*. Oslo: Universitetsforlaget.

Psykisk helse er mer enn fravær av symptomer og plager

Hva menes med psykisk helse i en folkehelsesammenheng? Psykisk helse kan i teorien forstås som et nøytralt begrep, omtrent som helse, der vi kan spesifisere med adjektiver som god eller dårlig.

I dagligtale brukes imidlertid psykisk helse ofte i betydningen psykiske plager og lidelser. For eksempel blir psykisk helse oftere omtalt som en utfordring enn som en ressurs. Denne anvendelsen og forståelsen av begrepet psykisk helse står i kontrast til de offisielle definisjonene, for eksempel WHO's definisjon av psykisk helse.

I folkehelsearbeidet er det behov for å finne et begrepssett som i større grad peker på positive aspekter ved psykisk helse, det vil si mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, samt positive relasjoner. Det er her naturlig å se til internasjonale organer som WHO og OECD som benytter begrepet wellbeing for å beskrive denne tilstanden av positiv fysisk og psykisk helse. Wellbeing kan være vanskelig å oversette eller definere helt

entydig. I den offisielle oversettelsen av WHO-definisjonen er velvære brukt, men trivsel og livskvalitet brukes også om noen av de samme fenomenene^{III}.

Wellbeing-forskningen kan deles inn i to ulike tradisjoner med litt ulike filosofiske røtter, den hedoniske^{IV} og den eudaimoniske^V tradisjonen. Det hedoniske perspektivet ser på wellbeing som positive følelser, nytelse og tilfredshet, mens det eudaimoniske perspektivet betoner tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, samt positive relasjoner. Teorier og forskning knyttet til eudaimonisk wellbeing trekker frem noen viktige aspekter som kan ha betydning for forståelsen av psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Det å oppleve mening og fellesskap, at man mestrer og har kontroll over egen tilværelse, har like stor betydning for helse og trivsel som nytelse og tilfredshet.

Helsedirektoratet har i en overgangsfase valgt å bruke begrepsparet «psykisk helse og trivsel». Det er ingen fullgod oversettelse, men kan dekke meningsinnholdet i wellbeing-begrepet.

Kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen er viktig i folkehelsearbeidet. Samtidig er det behov for å fokusere på andre fenomener enn sykdom og lidelse. Dette er også i tråd med WHO og OECDs strategier. Det er imidlertid ingen eksakt konsensus om hva wellbeing er og hvordan det best måles. Det vi har som endemål preger måten vi tenker på, og vi må kritisk vurdere hva som er ønskelige mål for samfunnsplanleggingen. Der wellbeing inngår som endemål er det ofte tilfredshets-delen av fenomenet som måles. Spørsmålet er om ikke andre fasetter av wellbeingbegrepet er vel så viktige for god helse og gode liv? Helsedirektoratet anbefaler at man i oversiktsarbeidet søker å måle fenomener som mestring, positive relasjoner (sosial støtte), mening, tilhørighet og delte mål og verdier. Miljømessige forhold, f.eks. sosio-økonomisk status, påvirker også mulighetene for selvrealisering, vekst og opplevelse av formål og mening i livet (7).

III Se fotnote I.

IV Gresk opphav: hedone betyr nytelse.

V Gresk opphav: eu kan oversettes med god og daimon er ånd.



Stress og mestring - hverdagens utfordringer

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.

Stress oppstår når vi opplever endringer, krav eller trusler fra omgivelsene. Det fører til fysisk og mental mobilisering som bidrar til at vi yter optimalt. Utfordringer er en del av livet og kan virke stimulerende. Men hvis vi over tid opplever å ikke mestre det som kreves av oss, blir stresset kronisk og kan påvirke helsen på ulike måter:

- Vi påvirkes fysiologisk, for eksempel ved nedsatt immunforsvar, anspenthet og større risiko for muskelsmerter og forstyrret søvn. Det er også dokumentert sammenheng mellom kronisk stress og hjerte- og karlidelser.
- Atferden vår kan forandres: stress kan føre til endring i mestringsstrategier, som for eksempel uhensiktsmessig bruk av alkohol eller andre rusmidler og at en ikke orker å vedlikeholde sunne vaner.
- Vi påvirkes psykologisk: for eksempel kan kronisk stress føre til konsentrasjonsvansker og påvirke evnen til god problemløsning. Det er også en sammenheng mellom kronisk stress og utvikling av psykiske plager og lidelser.

Det er opplevelsen av ikke å mestre som kjennetegner skadelig stress. Kronisk stress påvirker evnen til å fungere i hverdagslivet. Det kan føre til uhensiktsmessige endringer i levevaner og til svekket immunforsvar. Over tid kan dette igjen få alvorlige konsekvenser for helsen.

Evne og mulighet til mestring avhenger av både individuelle og miljømessige faktorer. Individuelle forutsetninger har betydning for hvordan mennesker opplever og håndterer utfordringer i livet. Samtidig vet vi at verken belastninger eller ressurser er likt fordelt i befolkningen. Utdannelse gir kompetanse til å håndtere mange typer vansker, og påvirker også hvilke sosiale nettverk man har tilgang på. Mennesker med lang utdanning rapporterer mer sosial støtte, det vil si flere nære relasjoner, at de har noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp. Denne støtten har en beskyttende effekt med hensyn til å utvikle kroniske stressreaksjoner. Det er fordi den sosiale støtten bidrar til mestring av både livshendelser

og hverdagsliv gjennom følelsesmessig støtte, praktisk og økonomisk hjelp og problemløsning gjennom råd og informasjon.

Privatøkonomi gir også 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. I et samfunn der forventningene til levestandard og ytre tegn på vellykkethet er høye, har privatøkonomien sannsynligvis 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 og bolig, men også om å vise frem at man er fysisk aktiv, at man lever sunt, lager maten fra bunnen av eller er en forelder som tilbyr barna sine sunne fritidsaktiviteter og spennende ferier. 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.

Det å mestre hverdagslivets oppgaver og utfordringer er avgjørende for psykisk helse og trivsel. I et folkehelseperspektiv er det viktig å se hvordan økonomi, utdanning og sosial støtte påvirker mestringsmulighetene og hvordan disse betingelsene kan adresseres gjennom strukturelle tiltak.

Ensomhet og mangel på sosial støtte er også folkehelseutfordringer

Ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker menneskers mestringsressurser og medfører risiko for dårligere helse. Vi kan derfor se på dette som utfordringer som er av spesiell interesse i folkehelsearbeidet.

Resultater fra Levekårsundersøkelsene^{VI} viser oss hva som kjennetegner dem som opplever ensomhet og mangel på sosial støtte: «Personene som opplever at de ikke kan regne med noen, kjennetegnes av at de er enslige uten kjæreste, har lav utdanning (risikoen synker med økende utdanningsnivå) og står utenfor arbeidslivet på grunn av uførepensjon, annen pensjon eller fordi de er hjemmearbeidende. (...) Det ser særlig ut til at uførepensjonistenes relativt dårlige situasjon har sammenheng med deres helsemessige og økonomiske problemer (8).» Ungdata beskriver at

VI Levekårsundersøkelsene undersøker levekårene i befolkningen eller deler av en den (f.eks. innvandrere eller mennesker med funksjonsnedsettelse) innenfor et gitt tidsrom. Fokus er på aspekter rundt økonomi, boforhold, arbeidsliv, helsetilstand, forbruk, sosial kontakt o.s.v.

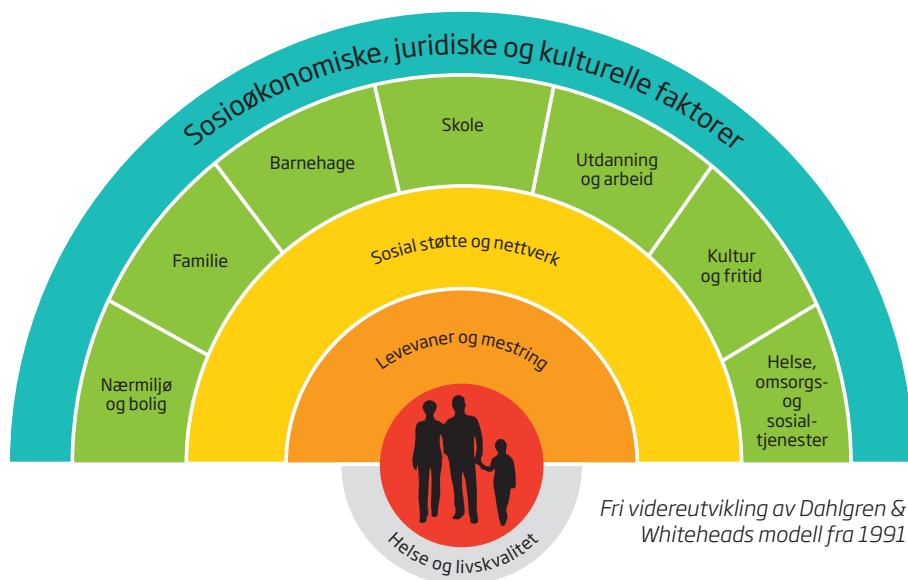
nær en av ti ungdommer i alderen 13-16 år mangler fortrolige venner, eller at de for tiden ikke har noen de kan kalle venner. Ungdommer som vokser opp i familier med dårlig råd, rapporterer i større grad at de mangler venner som de kan stole helt på (4).

Forskningen på ensomhet og sosial støtte har brukt ulike spørsmål og rapporterer litt ulike tall. Et fellestrekk ved resultatene er at de tyder på at deltagelse er en viktig samlende faktor. Det å ikke være i utdanning, arbeid eller annen aktivitet påvirker naturlig nok muligheten for å knytte og opprettholde bånd. Dårlig helse og/eller økonomiske problemer kan også påvirke mulighetene for deltagelse.

Hvordan påvirker miljøfaktorene psykisk helse og trivsel?

Kunnskapen om de eksakte årsakene til psykiske lidelser 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 samspillet mellom individuelle egenskaper og beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i miljøet (1). Når vi skal integrere psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet, betyr det at vi må ha kunnskap om forhold som påvirker psykisk helse og trivsel, og kunnskap om mekanismene som knytter dem sammen. Modellen nedenfor retter oppmerksomheten vår mot ulike nivåer av faktorer som påvirker psykisk helse og trivsel.





Strukturelle forhold ved samfunnet, som sosial trygghet, tilgang på arbeid og utdanning, lovgivning og samtidskulturelle faktorer har betydning for befolkningens psykiske helse og trivsel. Internasjonal forskning rapporterer for eksempel at høyere grad av offentlige utgifter og sosiale rettigheter er assosiert med bedre livskvalitet hos befolkningen (9). Samfunn med høy sosial kapital har høyere trivselsnivåer og mindre helseproblemer, både psykiske og somatiske. Slike samfunn er preget av gjensidig tillit, både innbyggerne imellom og mellom befolkningen og samfunnsinstitusjonene, og av sosial støtte og samhold.

Vi har god dokumentasjon på at samfunnsforholdene påvirker befolkningens psykiske helse og trivsel. Årsakssammenhengene er sammensatte og komplekse. Vi velger her å trekke fram noen som er av spesiell relevans i vår sammenheng.

Stress er en medvirkende årsak til sosial ulikhet i helse

Helsestatistikk viser oss at mennesker med lang utdanning og god økonomi lever lengre og har bedre helse enn mennesker med kortere utdanning og dårlig økonomi. Det er dette vi kaller sosial ulikhet i helse. Det er ikke snakk om forskjeller mellom ytterkanter hvor de opplagt rike har bedre helse enn de opplagt fattige. Sammenhengen mellom sosial posisjon målt ved inntekt, utdanning eller yrkestilknytning er gradvis og

kontinuerlig gjennom hele befolkningen, som et trappetrinnsmønster eller det vi kan kalle en sosial gradient i helse.

Disse forskjellene kan delvis forklares med materielle forhold, for eksempel sosial ulikhet i belastninger i arbeidsmiljøet, og med ulikhet i levevaner. Dersom vi skal inkludere et psykisk helseperspektiv i folkehelsearbeidet er imidlertid de psykososiale forklaringshypotesene av spesiell interesse. Disse hypotesene tar utgangspunkt i at forekomsten av uheldig stress øker med synkende sosioøkonomisk status. Vi så tidligere hvordan kronisk stress på ulike måter påvirker kropp, atferd og psyke.

Årsakssammenhengene forklares gjennom ulike psykososiale mekanismer, dvs. teorier om at forhold knyttet til kort utdannelse eller lav inntekt bidrar til akkumulativt og kronisk stress og på denne måten forklarer noe av den sosiale ulikheten i helseutfall (10). Elstad beskriver dette på følgende måte: «En hovedtilnærming er at forekomsten av stressorer, både akutte (plutselige hendinger) og kroniske (langvarige stressende livssituasjoner), har en sosial gradient som mer eller mindre tilsvarer posisjonen i det sosioøkonomiske hierarkiet. Eksempler på akutte stressorer kan være en plutselig økonomisk belastning en ikke greier å dekke, trafikkulykker, brann i hjemmet, å bli oppsagt fra jobben, samlivsbrudd eller dødsfall blant ens nærmeste. Kroniske stressorer kan bestå av kontinuerlige vansker med å greie økonomiske forpliktelser, langvarige vansker i privatlivet, gnagende boligproblemer over lang tid, stadig frykt for kriminalitet i nabolaget, en konstant redsel for å miste jobben eller opplevelsen av gjentatte nedvurderinger og ydmykelser fra overordnede. Levekårsundersøkelser og livsløpsstudier tyder på at det finnes et slikt sosioøkonomisk mønster. Den sosiale gradienten i stressorer har altså samme mønster som gradienten i helseulikhetene (10).» Det er viktig å legge til at somatiske helseproblemer også kan være en slik kronisk stressor (1).

Hva bidrar til mestring?

I folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 (2012-2013)) ble sosial støtte og deltagelse trukket frem som viktige tema i folkehelsearbeidet. Det foreligger god dokumentasjon på sammenhengen mellom grad av sosial støtte og helseutfall, både fysisk og psykisk. Med sosial støtte menes i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp. Sosial støtte er helsefremmende i seg selv. Samtidig bidrar den sosiale støtten til at det er lettere å mestre

hverdagslivets små og store oppgaver. Sosial støtte fungerer som en buffer mot stress gjennom å bidra til mulighet for drøfting, trøst og praktiske råd, hjelp eller økonomisk støtte.

Sosial støtte og nettverk både påvirker og påvirkes av andre faktorer. Deltagelse på ulike arenaer er ofte en forutsetning for å opprette relasjoner og nettverk, for eksempel deltagelse i lag og foreninger eller i nærmiljøet, i skolegang og utdanning samt arbeidslivstilknytning. Kronisk sykdom, økonomiske problemer eller det å stå utenfor arbeidsmarkedet er sentrale barrierer for utvikling og opprettholdelse av sosiale nettverk. Samtidig vil det å ha et godt nettverk og å oppleve sosial støtte kunne virke fremmende for å få en jobb eller å bli i arbeid. Det er også lettere å skaffe seg ny bolig når man har sosial støtte. Sosial støtte og mestring er altså fenomener som er tett knyttet sammen, og det er nettopp gjennom å bidra til mestring av de utfordringer et helt vanlig hverdagsliv gir, at sosial støtte bidrar til god psykisk helse og trivsel.

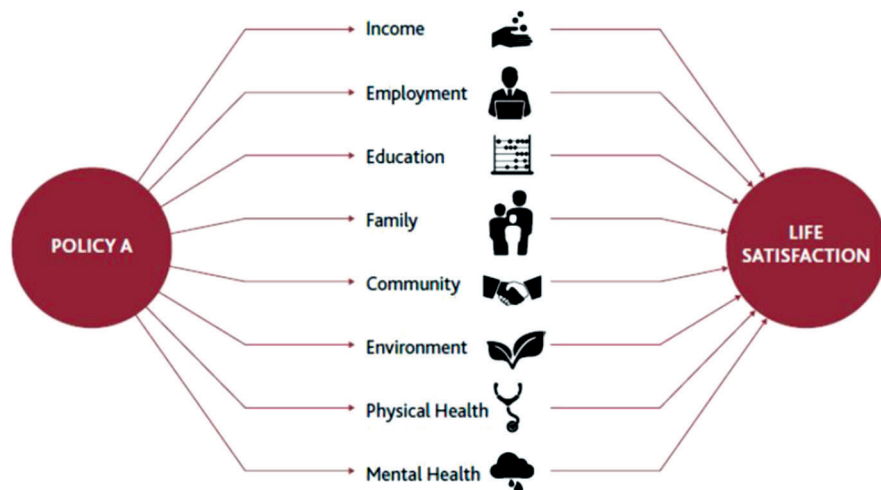
Videre er det selvsagt mange faktorer, både individuelle og miljømessige, som påvirker i hvilken grad individer opplever å mestre. I tråd med tankegangen bak Dahlgren og Whiteheads modell ovenfor, blir vi i folkehelsearbeidet spesielt opptatt av kunnskapen om hvordan faktorer i miljøet påvirker mestringen. Vi kaller dette for mestringsbetingelser. Sosial støtte er en slik mestringsbetingelse, og som nevnt tidligere er økonomi og utdanning også mestringsbetingelser.

Mestringsbetingelser

En måte å inkludere psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet på er å rette fokus mot de betingelsene i samfunnet som påvirker mestring. I sin ytterste konsekvens kan dette dreie seg om de fleste sider ved samfunnet vårt, fra sosial sikkerhet og tilgangen på arbeid og utdanning, til muligheter for ulike typer deltagelse, sosial støtte og nettverk. Andre eksempler er fysisk utforming av nærmiljø, pedagogiske virkemidler i barnehager og skoler samt offentlige tjenesters utforming. Hvis psykisk helse og trivsel skal prioriteres i folkehelsepolitikken, hvilke områder bør det da satses på?

Folkehelsemeldingen la et spesielt fokus på sosial støtte og deltagelse. Dette er et viktig spor som bør videreutvikles. Samtidig må integrering av psykisk helse i folkehelsearbeidet ha et bredere perspektiv og se på flere ulike miljø- og samfunnsfaktorerens betydning. Kunnskap om strukturelle

og samfunnsmessige forhold som har betydning for psykisk helse og trivsel vil kunne peke på hvilke forhold på hvilke arenaer som er relevante og derved legge grunnlaget for innsatser, intervensjoner og generell folkehelsepolitikk.



Vi kan bruke kunnskapen om hva som er viktige påvirkningsfaktorer for psykisk helse og trivsel når vi skal peke på relevante politikkområder. Figuren over er hentet fra den engelske rapporten *Wellbeing and Policy* (11) som ble publisert i 2014. Inntekt, arbeidslivstilknytning, utdanning, familie, nærmiljø og helsetilstand er viktige områder som har stor betydning for livskvalitet, i figuren benevnt som tilfredshet med livet.

Familie

Familien har stor betydning for psykisk helse og trivsel, både for barn og voksne, men hvilke forhold er det som påvirker familien? «Barn har mindre muligheter til å påvirke sine rammebetingelser enn det voksne har. Deres oppvekstmiljø vil være preget av foreldrenes sosioøkonomiske forhold, sosiale og emosjonelle ressurser og levevaner. Mye av virkningen av samfunnsforhold og levekår på barns psykiske helse går via den virkningen de samme faktorene har på foreldrene» (12).

Foreldrenes utdanning og inntekt kan påvirke barn og ungdom direkte, for eksempel gjennom tilgang på materielle ting som bolig av god kvalitet, internetttilgang og egen PC, eller gjennom mulighet for deltagelse i aktiviteter. Samtidig kan kort utdanning og dårlig økonomi gi dårlige mestringsbetingelser for foreldre, hvilket igjen påvirker måten de er

foreldre på. Søvnproblemer og negative oppdragsstrategier ser ut til å være viktige mekanismer for å forstå sammenhengen mellom familiens sosioøkonomisk status og psykisk helse hos barn (13).

Graden av sosial støtte spiller også inn fordi den har betydning for foreldres håndtering av hverdagslige oppgaver og utfordringer. I familier med mange belastninger virker sosial støtte beskyttende, og lite opplevd sosial støtte hos foreldrene er en risikofaktor for barnas psykiske helse (1).

Barnehage

Småbarns psykiske helse formes av den daglige omgang de har med andre mennesker. «Barnehager av høy kvalitet kan ha psykisk helsefremmende effekter for de fleste barn. Alle førskolebarn bør ha tilbud om en lett tilgjengelig, økonomisk overkommelig barnehage av høy kvalitet. Fra et folkehelseperspektiv kjennetegnes barnehager med høy kvalitet av at de har små barnegrupper, tilstrekkelig, godt utdannet og personlig egnet, stabilt voksenpersonell som har lett tilgang til veiledning fra kommunepsykolog eller annet særskilt psykisk helsepersonell» (1).

Barnehager av god kvalitet og tilrettelagt læring kan bidra til å gi barn likere muligheter (14). Barn i kvalitetsbarnehager får mulighet til å utvikle sosial kompetanse og å få venner. Barnehagen kan også være en arena hvor foreldrene får støtte, kunnskap og veiledning og knytter sosiale bånd til andre foreldre. Et godt samarbeid mellom barnehagen og foreldrene kan ha stor betydning for barnet.

Skole

Skolen er en viktig arena i barn og unges oppvekst, og forskning viser at et godt læringsmiljø fremmer helse, trivsel og god sosial utvikling (1;15). Et helsefremmende skolemiljø består av en skole som gir elevene muligheter for å delta aktivt og utfolde seg, anledning til å oppleve mestring og som 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. Barns trivsel i skolen henger sammen med rapportert psykisk helse og trivsel senere i livet.



I skolen er mobbing og manglende mestring blant de mest alvorlige risikofaktorene for dårlig psykisk helse. Studier har dokumentert klare sammenhenger mellom tilfredshet med livet, trivsel på skolen og elevenes prestasjoner (16).

Miljøfaktorer som er sentrale for å styrke barn og unges psykiske helse sammenfaller med grunnleggende forhold som gir godt læringsmiljø. Disse er lærerens evne til å lede klasser og undervisningsforløp, positive relasjoner mellom elev og lærer samt kultur for læring blant elevene. Godt samarbeid mellom skole og hjem og god ledelse, organisasjon og kultur for læring på skolen er også grunnleggende forhold.

Paragraf 9A i Opplæringsloven peker på skolens oppgave i å sikre elevene både helse, trivsel og læring og lovfester elevers rett til et godt psykososialt miljø. Den pålegger skolen å arbeide aktivt og systematisk for å styrke det som fremmer elevers helse og trivsel, og også å hindre at elever opplever krenkelser eller mobbing i skolehverdagen. Betydningen av elevenes egen deltakelse i å skape et godt miljø vektlegges også i lovverket.

Arbeidsliv og arbeidsmiljø

Det å være i arbeid kan på ulike måter påvirke psykisk helse og trivsel positivt. Det bidrar til økonomisk trygghet, bedre boligstandard, sosiale nettverk og økt handlefrihet. Det å være i arbeid kan også ha viktige sosiale og psykologiske funksjoner. Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og bidrar til bedre selvbilde. 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 (1).

Somatisk sykdom kan være hovedårsak til utstøting fra arbeidsmarkedet. Samtidig vil gjerne konsekvenser i form av tapt nettverk og sosial isolasjon, dårligere og mindre forutsigbar økonomi og tap av anseelse og bekymringer for fremtiden, kunne gi opphav til psykiske helseplager (17). En av anbefalingene i en norsk kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse, er å sørge for at de som står utenfor arbeidslivet sikres tilstrekkelig økonomiske standarder, sosiale arenaer og meningsfull aktivitet (14).

Å være i arbeid er imidlertid ikke alltid bare helsebringende. Dersom jobben medfører at en utsettes for ulike former for stress eller psykososiale belastninger, har dette betydning for psykisk helse og trivsel.

Blant annet er det ugunstig når det stilles høye krav samtidig som en har lite kontroll over sin egen arbeidssituasjon. Et opplevd misforhold mellom innsats og belønning, negative hendelser som mobbing på arbeidsplassen og lite sosial støtte synes også å bidra til psykiske helseproblemer (1).

Når stress knyttet til forhold i arbeidslivet skal adresseres, er det viktig med innsatser på flere nivåer. Det er verken etisk eller virksomt å imøtekomme stress i arbeidslivet med individrettede innsatser alene. Det mest virksomme er koordinerte innsatser, det vil si tiltak rettet mot individer og samtidig påvirkning av strukturelle forhold (18). Strukturelle tiltak kan dreie seg om å øke mulighet for kontroll over egne arbeidsoppgaver, og øke de ansattes medvirkning og vurdering av arbeidsbyrde (18). Andre forhold som har betydning er klare forventninger og en opplevelse av at arbeidet verdsettes (11). Fokus på fysiske belastninger og risiko for arbeidsulykker bør også opprettholdes. Det er behov for en egen satsning, som kan supplere de arbeidslivsrettede innsatsene for mennesker med psykiske lidelser.

Hva skal til for å bidra til en god balanse mellom arbeid og fritid?

Livet består av mange oppgaver og forpliktelser, også knyttet til familie og privatliv. I nyere tid har man også begynt å se på de helsemessige konsekvensene av en stadig mer fleksibel arbeidstid, der arbeid og fritid glir over i hverandre. En direkte helsekonsekvens av dette kan være overbelastning, søvnmangel og stress. Nye måter å organisere arbeidet på, for eksempel kontorlandskap, fjernarbeidsplasser, ad-hoc strukturer o.l., vil også kunne ha betydning for arbeidsmiljø og trivsel.

Nærmiljø

Nærmiljøfaktorer påvirker mulighetene for deltakelse, inkludering og trivsel (19). Med nærmiljøfaktorer mener vi blant annet transport og fysisk utforming av miljøet, for eksempel fortau, gang- og sykkelveier, sosiale møteplasser, stier og løyper, grøntarealer og aktivitetsplasser for uorganisert fysisk aktivitet. Tilgjengelighet av tjenester, for eksempel butikker og offentlige kontorer regnes også som nærmiljøfaktorer. Å bo i et belastet område henger sammen med lavere rapportert psykisk helse og trivsel, også for de som har god inntekt. De som liker omgivelsene de bor i rapporterer mer positive følelser og stressreduksjon, mer interesse for samfunnet og det sosiale liv og økt opplevelse av tilhørighet (9).

Det fysiske miljøet påvirker både hvordan og i hvilken grad vi har kontakt med andre mennesker og har på denne måten betydning for psykisk helse og trivsel. Det fysiske miljøet bør legges til rette for valgfri sosial kontakt gjennom naturlige møteplasser som parker og plasser. Der de fysiske omgivelsene presser mennesker til tett kontakt, er dette forbundet med tilbaketrekning. Miljøfaktorer som støy eller forurensning virker negativt, mens grønne faktorer bidrar positivt til psykisk helse og trivsel (11).

Forhold som boligens standard og beliggenhet har betydning for trivsel samt opplevd mulighet til deltakelse og sosialt samvær, for eksempel å invitere venner med hjem. Imidlertid har både statlig boligpolitikk og regional/kommunal planlegging også betydning. Ett eksempel er hvorvidt samme område har boliger for ulike behov sett i et livsløpsperspektiv. Dersom eldre mennesker, som ønsker å flytte fra enebolig til leilighet, tvinges til å flytte vekk fra sine sosiale nettverk, kan dette føre til at de enten mister viktig sosial støtte eller blir boende i en bolig som er uegnet for deres behov. Et annet eksempel er at deltagelse i lokalsamfunnet blant annet påvirkes av pendling og påvirkningen øker med økende tid som brukes.

Kultur, fritid og frivillighet

Deltakelse på ulike arenaer har verdi i seg selv og kan gi opplevelse av å høre til og bidra i samfunnet. Det er viktig å redusere sosiale, økonomiske eller kulturelle barrierer for deltakelse i kultur- og organisasjonsliv. Frivillige aktører er en ressurs for å inkludere ulike grupper i aktiviteter som gir sosial kontakt og nettverk, og kan nå mennesker som det offentlige ofte ikke når.

Helseatferdens betydning for psykisk helse og trivsel

Helseatferd påvirker både fysisk og psykisk helse. 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 (1). Røyking er også assosiert med dårligere psykisk helse og økt risiko for psykiske lidelser (20), og det ser ut til å være en klar sammenheng mellom røyking og symptomer på angst/depresjon både hos dem med og uten forutgående psykisk lidelse. Videre viser studier at symptomene avtar allerede en uke etter røykeslutt (21).

Det kan diskuteres hvorvidt søvn bør omtales som helseatferd, men søvnvaner og søvnkvalitet har svært stor betydning for helse og trivsel (9). Søvnvansker er en av de vanligste og mest oversette helseplagene og de negative konsekvensene er godt dokumentert. Undersøkelser fra en rekke land viser at omkring en tredjedel av befolkningen lider av ukentlige søvnvansker. Søvnvansker henger sammen med lavere rapportert psykisk helse og trivsel, er en risikofaktor for frafall fra arbeidslivet og uføretrygd samt innebærer økt risiko for ulykker og dødelighet. Mennesker med lav inntekt og kort utdanning har høyere forekomst av søvnvansker. Dette gjelder også barn og unge (22).

Årsakssammenhengene er sammensatte. På den ene siden bidrar uhensiktsmessige levevaner til risiko for psykiske plager og lidelser. Samtidig kan en opplevelse av manglende mestring i seg selv bidra til risikoatferd og uheldige levevaner.

Informasjon om hvordan ernæring, fysisk aktivitet, alkohol og tobakksbruk påvirker helsen har vært en sentral del av helsemyndighetenes arbeid for å bedre folkehelsen. Kunnskapen vi har om helseatferdens betydning også for den psykiske helsen gir ekstra kraft til dette feltet. Samtidig vet vi at store grupper i befolkningen ikke klarer å leve opp til anbefalingene. Hvordan skal vi forstå den sosiale ulikheten i helseatferd? Elstad (10) antyder at sosial gruppetilhørighet spiller en stor rolle og at helseatferden har blitt en del av kommunikasjonen om hvilket sosialt lag man tilhører. Det å leve opp til anbefalingene er et mestringsfenomen og en del av det å presentere et vellykket liv. Det kan være en betydelig skam knyttet til å ikke klare å leve opp til en livsstil som en vet er sunn. Dette er forhold en bør være seg bevisst i offentlig debatt og informasjon om gode levevaner.

Oppsummering

Det er stor bekymring knyttet til forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen og konsekvensene av dette. Det er behov for å utvikle psykisk helseperspektivet i folkehelsearbeidet for å redusere de faktorene som øker risiko for psykiske plager og lidelser. Det er like viktig å fremme de faktorene som bidrar til mestring, trivsel og livskvalitet i befolkningen.

Det er hensiktsmessig med en utvidet forståelse av psykisk helse i folkehelsearbeidet. Å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet

innebærer å rette oppmerksomheten mot psykososiale årsaker, mekanismer og utfall. Vi skal følge med på forekomst av psykiske lidelser og plager i befolkningen. Samtidig er menneskers opplevde livskvalitet et like viktig utfallsmål. Livskvalitet handler om positive følelser og tilfredshet med livet, men også mestring, autonomi, tilhørighet, vekst, delte mål og verdier og positive relasjoner. Disse perspektivene ligger også til grunn for WHO's Helse 2020 og OECDs retningslinjer for måling av livskvalitet.

Veien videre

Folkehelseloven definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». Folkehelsearbeid defineres som: «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helse-trusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen». Psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om å bruke kunnskapen om menneskers omgivelser og på hvilken måte de bidrar til eller er til hinder for psykisk helse og trivsel i befolkning eller befolkningsgrupper. En sentral tilnærming er å rette oppmerksomhet mot mestring og deltagelse, og kunnskapen må brukes i samfunnsplanleggingen. Dette er et område med stort potensiale for videreutvikling, både i det nasjonale tverrsektorielle folkehelsearbeidet og i lokalt folkehelsearbeid i henhold til folkehelseloven.

I det videre arbeidet ønsker vi å trekke frem følgende særlige områder:

Kunnskap og forskning

Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet har flere kunnskapsutfordringer. En oppgave er å systematisere relevant kunnskap og sette den inn i en folkehelsesammenheng. Det er også behov for å identifisere kunnskapshull og stimulere til forskning. Helsedirektoratet tar en aktiv rolle i sammenstilling av kunnskap, og det kommer kunnskapsrapporter om wellbeing-begrepet, sosial støtte og andre relevante aktuelle tema. Helsedirektoratet anbefaler økt oppmerksomhet til forskning som omhandler hvordan forhold på livets ulike arenaer påvirker psykisk helse, trivsel og livskvalitet.

Det er behov for kunnskap og evaluering av tiltak på universelt nivå. Samtidig har vi i dag likevel et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å handle på en rekke områder for å styrke befolkningens psykiske helse og trivsel.

Måling

Det vi har kunnskap om, blir gitt oppmerksomhet. Gode data om befolkningens psykiske helse og livskvalitet kan gi oss informasjon som vi legger til grunn i ulike deler av samfunnsplanleggingen. Videreutvikling av statistikk og indikatorer på befolkningens psykiske helse og livskvalitet er avgjørende både for å følge utviklingen, for videre strategiutvikling og for gjennomføring av tiltak.

Hvordan fremme mestring og deltagelse?

En hovedstrategi for å fremme psykisk helse og trivsel er å legge til rette for mestring og deltagelse på livets mange arenaer, enten det dreier seg om skole, arbeidsliv eller nærmiljø. Det å stå utenfor skole, arbeids- og samfunnsliv gir dårlige kår for helse og trivsel. Kunnskap om ulike barrierer for mestring og deltagelse anbefales som et utgangspunkt for tiltak og innsatser som har som mål å understøtte befolkningens psykiske helse og trivsel. Kommunene har ansvar for en rekke virkemidler som fremmer mestring og deltagelse, og bør inngå som en naturlig del av oppfølgingen av folkehelseloven.

Skape en samfunnsutvikling for psykisk helse og trivsel

Fremtidens visjon for psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet kan sette livskvalitet som et mål for samfunnsutvikling. Dette innebærer en dreining fra sykdomsfokus til positive ressurser. Dette står ikke på noen måte i motsetning til betydningen av forebygging og behandling av psykiske lidelser. Men det kan danne et grunnlag for en bred tilnærming til en samfunnsutvikling som anerkjenner sosiale og sosioøkonomiske faktorerets betydning for helse og trivsel i befolkningen, og hvordan mulighetene for helse og trivsel er fordelt.



Referanser

1. Major E, red. Dalgard O, Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aabø L. 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>
2. Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk [nettdokument]. Oslo: fhi.no [oppdatert 11.06.2014; lest 13.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
3. Bang Nes R, Clench-Aas J. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
4. Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012. Oslo: NOVA; 2013. Nova-rapport 10/13. Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/as-set/7229/1/7229_1.pdf
5. Dr. Friedli. L. Mental Health, Resilience and Inequalities. WHO Europe; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
6. Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. Handbook of child psychology. 6 utg. Hoboken, NJ.; John Wiley & Sons, Inc. 1; 2006.
7. Ryff C, Singer B. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. Journal of Happiness Studies 2008;9(1):13-39.
8. Barstad A. Vennskap: Gode venner – sjeldne fugler? Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Samfunnsspeilet 1/2009 - 23.årgang.
9. Stoll L, Michaelson J, Seaford C. Well-being evidence for policy: a review. London: New Economics Foundation; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.neweconomics.org/publications/entry/well-being-evidence-for-policy-a-review>

10. Elstad JI. Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer. Oslo: Helsedirektoratet; 2005. IS-1282. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer/Sider/default.aspx>
11. O'Donnell G, Deaton A, Durand M, Halpern D, Layard R. Wellbeing and policy. London: Legatum Institute; 2014. Report 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.li.com/programmes/the-commission-on-wellbeing-and-policy>
12. Schjelderup Mathiesen E, Knudsen AK. Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010.
13. Bøe T, Sivertsen B, Heiervang E, Goodman R, Lundervold A, Hysing M. Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *J Abnorm Child Psychol* 2013;42(5):705-15.
14. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.
15. Hattie J. Visible learning. A synthesis of over 800 meta-analysis relating to achievement. Abingdon: Routledge; 2009.
16. Samdal O. Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner. Bergen: HEMIL-senteret, Universitet i Bergen; 2009. HEMIL-rapport 4/2009.
17. Helsedirektoratet. Arbeid, helse og sosial ulikhet. Oslo; 2010. IS-1774. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Sider/default.aspx>
18. Barry MM, Canavan R, Clarke A, Dempsey C, O'Sullivan M. Review of Evidence-based Mental Health Promotion and Primary/Secondary Prevention. Report to the Department of Health, London. London: Health Promotion Research Centre, National University of Ireland, Galway; 2009.

19. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen, God helse - felles ansvar. 2013. Meld. St. 34 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>
20. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA 2000;284(20):2606-10.
21. Champion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. Adv Psychiatr Treat 2008;14:208-16.
22. Bøe T, Hysing M, Stormark KM, Lundervold A, Sivertsen B. Sleep problems as a mediator of the association between parental education levels, perceived family economy and poor mental health in children. J Psychosom Res 2012;73(6):430-6.



