

BACHELOROPPGAVE

KOMMUNALE TILTAK
I HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE
PSYKISK HELSEARBEID

av

101696 & 101728
29. april 2016

VF201 - Bacheloroppgave

Bachelor i Friskliv og lokalt folkehelsearbeid

12 429 ord

April, 2016

Institutt for helsefag - Høgskolen Kristiania

“Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved institutt for helsefag - Høgskolen Kristiania. Høgskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

"Stability", said the Controller,
"Stability. No civilization without
social stability. No social stability without
individual stability."
His voice was a trumpet.
Listening they felt larger,
warmer.

Utdrag hentet fra: A Brave New World (1932)
av Aldous Huxley (1894-1963).

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1.0 Innledning	2
1.1 Problemstilling	3
1.1.1 Begrepsavklaring.....	3
1.2 Disposisjon	4
1.3 Bakgrunn	5
1.3.1 Psykisk helse	5
1.3.1.1 Hva skaper god psykisk helse?.....	5
1.4 Arenaer for forebyggende psykisk helsearbeid	8
1.5 Konsekvenser av psykiske lidelser	9
1.6 Kommunens ansvarsområder	11
1.6.1 Helse og omsorgstjenesteloven	11
1.6.2 Folkehelseloven	11
1.6.2.1 Folkehelsearbeidets grunnprinsipper.....	11
1.6.3 Plan- og bygningsloven	12
1.6.4 Prosesskrav for folkehelsearbeidet.....	13
2.0 METODE	14
2.1 Oppgavens metode	14
2.2 Etikk	14
2.3 Fremgangsmåte	15
2.3.1 Søkeprosessen	15
2.3.1.1 Kriterier.....	16
2.3.2 Litteraturutvalget.....	16
2.3.3 Analyse og kildevurdering.....	17
2.3.3.1 Tiltakenes kunnskapsstyrke	17
3.0 Resultater	19
3.1 Nærmiljø og bolig: Universell utforming av nærmiljøet	20
3.2 Familie: Hjelper'n	22
3.3 Skole: Antimobbeprogrammet Olweus	25
3.4 Arbeid: Aktiv på dagtid	28
3.5 Kultur og fritid: Utlånsentral	31
3.6 Helse- og omsorgstjenester	33
3.6.1 Etablering av frisklivssentraler	33
3.6.2 Kurs i depresjonsmestring.....	36
3.6.3 Sosial nettverksstimulering.....	38
4.0 Redegjørelse av generelle utfordringer	40
4.1 Utfordringer ved oppgavens resultater.....	40
4.2 Evaluerings- og forskningsbasert folkehelsearbeid	41
4.3 Kommunale ulikheter	42
5.0 Konklusjon	44
Litteraturliste	45

Sammendrag

Forfattere

Studentnummer: 101696 & 101728

Bachelor i Friskliv og lokalt folkehelsearbeid, 2013-2016

Institutt for helsefag, Høyskolen Kristiania

Tittel

Kommunale tiltak i helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid.

Bakgrunn

Mange kommuner i Norge oppgir at psykisk helse er et folkehelseproblem for befolkningen, men det er få tiltak iverksatt. Menneskers psykiske helsetilstand er en kombinasjon av samspillet mellom flere faktorer i samfunnet. På bakgrunn av dette, skal denne oppgaven redegjøre for tiltak innen flere samfunnssektorer som kan fremme innbyggernes psykiske helse og forebygge psykiske lidelser.

Problemstilling

Hvilke tiltak kan iverksettes kommunalt for å fremme innbyggernes psykiske helse og forebygge psykiske lidelser?

Metode

For å svare på problemstillingen var litteraturstudie det mest nærliggende studiedesignet. Oppgaven er basert på allerede eksisterende forskning, artikler og rapporter. Resultatene gir grunnlag for diskusjon, redegjørelse og en konklusjon rundt problemstillingen.

Resultater, diskusjon og redegjørelse

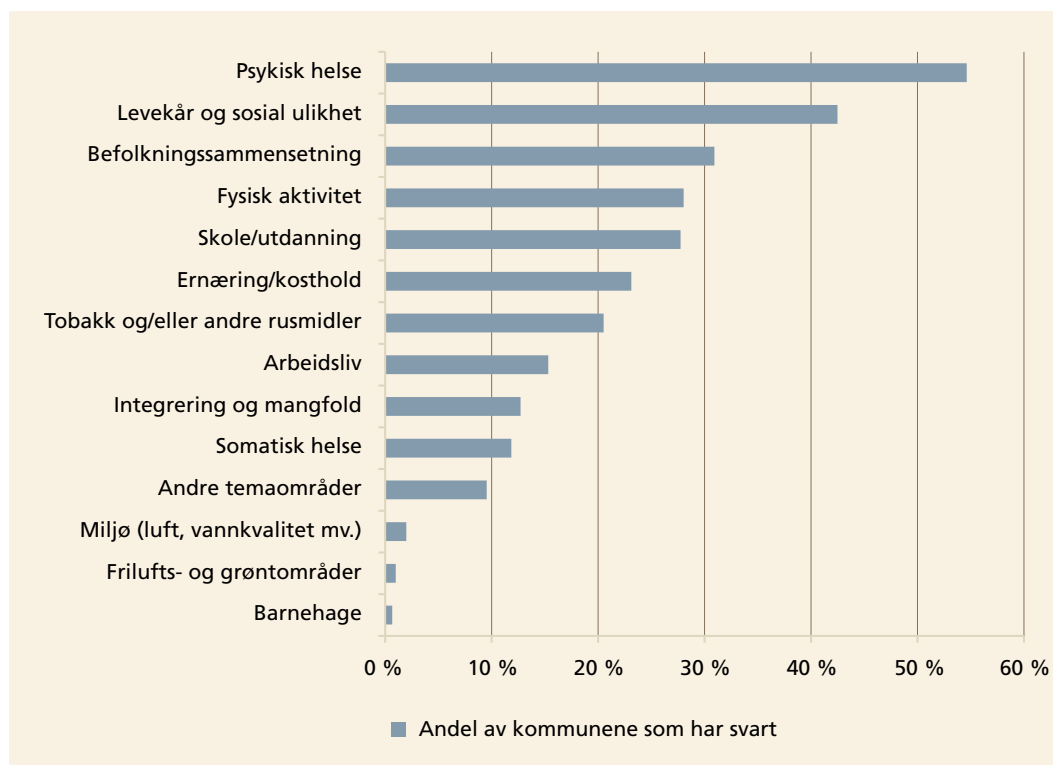
Resultatene er 8 utvalgte tiltak fordelt i samfunnssektorene: nærmiljø og bolig, familie, skole, arbeid, kultur og fritid og helse- omsorgs og sosialtjenester. Det er utfordrende å sammenligne eller fastslå hvilke tiltak som vil gi størst effekt. Tiltakene er ulike i form av kunnskapsbasert evidens og hvor mange som blir berørt av iverksettelse. Mangelen på kunnskapsbasert folkehelsearbeid skaper utfordringer for både oppgaven og ved kommunalt arbeid. Kommuner har forskjellige områder hvor utfordringene er størst. Dette vil variere på bakgrunn av eksempelvis ressurser, kompetanse, størrelse og geografi.

Konklusjon

Alle de omtalte tiltakene kan etter vår vurdering fungere som helsefremmende og forebyggende for psykiske plager og lidelser. Det er opp til hver enkelt kommune å kartlegge hvilke samfunnssektorer som trenger tiltak, for å best tilpasse befolknings behov.

1.0 Innledning

Psykisk helse og livsstilssykdommer er blant de viktigste årsakene til tapte leveår. I 2014 var forventet levealder i Norge 83,6 år for kvinner og 79,7 år for menn (1). I internasjonale sammenligninger rangeres Norge høyt når det kommer til trivsel og velferd, men de sosiale forskjellene i helse er betydelige. I Helsedirektoratets rapport, *Status og råd for videreutviklingen av folkehelsearbeidet i Norge*, fremkommer det at psykiske plager og lidelser er blant Norges aller største folkehelseutfordringer. Regjeringen sier i Folkehelsemeldingen, *Mestring og muligheter* fra 2015, at det er et klart behov for å rette søkelyset mot forebygging av psykiske lidelser (2).



Figur 1. Rangering i prosent av hvilke områder kommunene betrakter som deres største folkehelseutfordring (3).

Riksrevisjonens rapport, basert på undersøkelser av offentlig folkehelsearbeid, viser at det ikke er samsvar mellom utfordringer og iverksatte tiltak for psykisk helsearbeid i kommunene (3). Hele 54% av kommunene anser psykisk helse som en av de største folkehelseutfordringene, mens det er bare 32% som har svart at dette er blant områdene kommunen har iverksatt flest tiltak. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og det er viktig å ta hensyn til at tiltak kategorisert under fysisk aktivitet vil ha stor innvirkning på psykisk helse.

Hovedfunnene i Riksrevisjonens undersøkelse er at de fleste kommunene ikke har etablert et systematisk folkehelsearbeid, at arbeidet ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert og at folkehelsearbeidet ikke er godt nok forankret i sektorer utenfor helse. Psykisk helse er et resultat av samspillet mellom komponenter i samfunn, miljø og arv (4). Det er nødvendig at kommunene utarbeider et systematisk oversikts- og planarbeid for å kartlegge og iverksette tiltak som best vil forebygge psykiske lidelser i deres lokalmiljø.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av Riksrevisjonens funn av manglende tiltak iverksatt for forebyggende psykisk helsearbeid er oppgavens problemstilling:

Hvilke tiltak kan iverksettes kommunalt for å fremme innbyggernes psykiske helse og forebygge psykiske lidelser?

Med denne oppgaven er målet å fremheve flere ulike tiltak som kan implementeres av kommuner, med hensyn til de ulike kommunale utfordringene.

1.1.1 Begrepsavklaring

Følgende begreper er relevante for videre lesning:

Psykisk helse er en tilstand av velvære der personen 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 (5).

Psykiske plager er tilstander som oppleves belastende, men ikke like langvarige eller alvorlige at de karakteriseres som diagnoser (6). I oppgaven omtales psykiske plager også som psykisk uhelse.

Psykiske lidelser registreres av klinisk helsepersonell ved å avgjøre om de ulike diagnosekriteriene er oppfylt (6). Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (7).

Helsefremmende arbeid er prosessen som gjør enkeltindividet og fellesskapet i stand til økt kontroll over de forholdene som virker inn på helsen, og gjennom dette bedrer sin egen helse (1).

Forebyggende psykisk helsearbeid er arbeid som tar sikte på å redusere forekomst, utbredelse, tilbakefall, symptomlengde og/eller risiko for psykiske lidelser (5). Den reduserende virkningen av sykdommen i den berørte personens familie og nærmiljø er også en del av det forebyggende psykiske helsearbeidet.

Tiltak er planlagt aktivitet som iverksettes for å oppnå en bestemt virkning (8).

I denne oppgaven brukes begrepet *unge eldre* om personer mellom 62-66 år, som er ved slutten av sitt yrkesaktive liv. *Eldre*, som et generelt begrep, for alle mellom 60-74 år. Og *gamle* som er 75 år og eldre.

1.2 Disposisjon

Oppgavens innledning gir en kort bakgrunn og teoridel som leder til problemstillingen. Videre i kapittel 1 følger begrepsavklaringer og en mer utdypende bakgrunn- og teoridel som utgjør grunnlaget for valg av tiltak. Metodedelen beskriver den planmessige fremgangsmåten for utarbeidelsen av denne litteraturstudien.

Kapittel 3 presenterer resultatene i litteraturstudien. Resultatene er 8 tiltak som fordeles i kategorier. Under hvert enkelt tiltak presenteres kunnskapsgrunnlaget, tiltakets gjennomføring med eksempler, og en diskusjonsdel som analyserer og kritisk vurderer tiltakets effekt.

Kapittel 4 redegjør for litteraturstudiens metodiske utfordringer, og hvordan implementering og andre utfordringer kan utarte seg i de forskjellige kommunene. Avsluttende konkluderer og oppsummeres litteraturstudiens funn og anbefalinger.

1.3 Bakgrunn

1.3.1 Psykisk helse

Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, atferd, følelser, væremåte og omgang med andre (6). Psykiske plager og lidelser omfatter alt fra fobier til lettere angst- og depresjonslidelser til svært alvorlige tilstander som schizofreni. I Norge er de vanligste lidelsene angst, depresjon og rusavhengighet. Flest kvinner rammes av angst- og depresjonslidelser, mens rusrelaterte lidelser er høyest blant menn. I løpet av livet vil 30-50% ha minst én diagnostiserbar psykisk lidelse, og i løpet av 1 år har 10-30% én psykisk lidelse. I ytterste konsekvens vil cirka 1 230 747 voksne nordmenn oppfylle diagnosekriteriene til en psykisk lidelse i løpet av 2016 (9). Det er like mange mennesker som det sammenlagt er bosatt i Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal og halve Sogn og Fjordane.

Folkehelseinstituttet oppgir at 37% av alle norske barn har hatt en diagnostiserbar psykisk lidelse innen de fyller 16 år (10). Det er mellom 15 og 20% av alle norske barn som lider av psykiske vansker. Oppvekstvilkårene i de første leveårene legger grunnlaget for menneskers generelle sårbarhet eller motstandsdyktighet overfor belastninger som vil oppstå senere i livet (11).

Eldre utgjør en økende andel av den norske befolkningen. I takt med høy alder og økt sjanse for å rammes av sykdom og funksjonstap følger også i økende grad psykiske lidelser.

Det kan skilles mellom tre ulike aldringsprosesser (12):

Den biologiske aldringsprosessen er prosessen som gradvis reduserer organreservene i kroppen. Den fører ikke direkte til sykdom, men til økt sårbarhet for påkjenninger.

Den mentale aldringsprosessen fører blant annet til glemsomhet og at man blir langsommere. Et svært vanlig trekk ved dette er svekket selvbilde, noe som også øker sårbarheten.

Den sosiale aldringsprosessen forekommer rundt pensjonsalder og kjennetegnes ved at kontaktnettet reduseres. Dette fører i alvorlige tilfeller til isolasjon og ensomhet og øker personens sårbarhet betraktelig.

Psykiske lidelser kan i likhet med kroppslige sykdommer være mindre alvorlige, moderate og svært alvorlige. De psykiske lidelsene og plagene kalles ofte usynlige plager, fordi det ikke nødvendigvis gir utslag i kroppslige eller synlige symptomer. Men personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer enn resten av befolkningen.

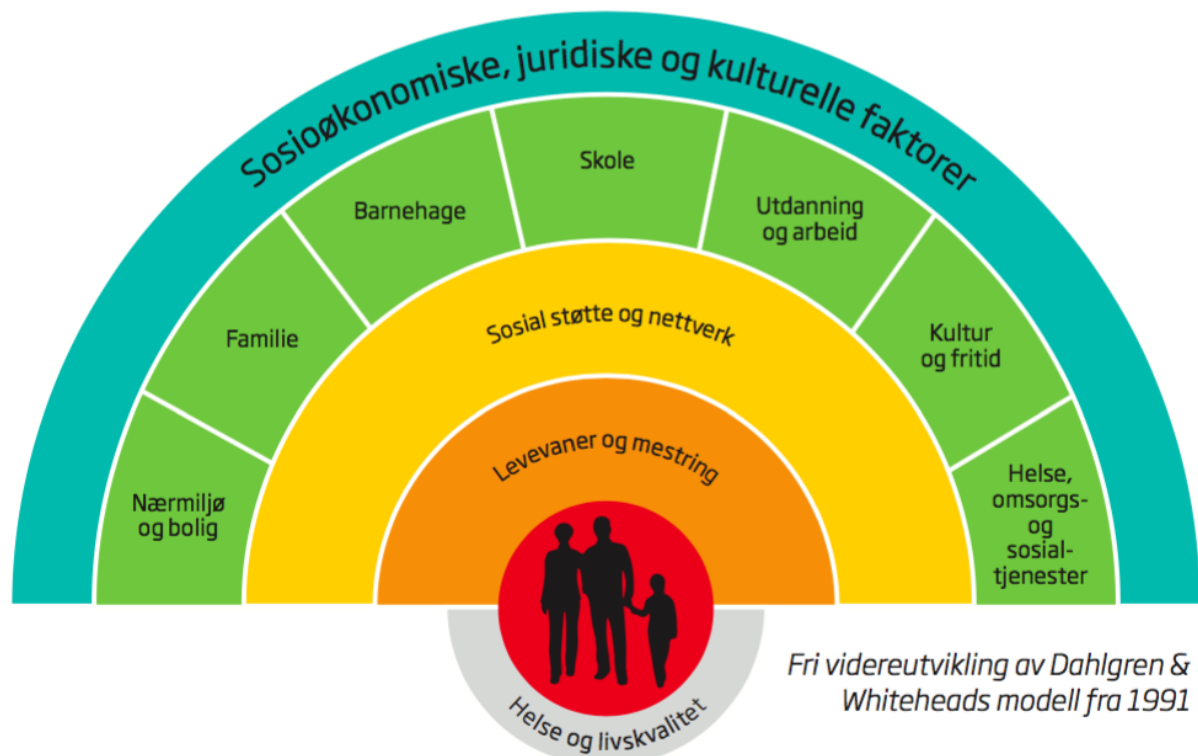
1.3.1.1 Hva skaper god psykisk helse?

God psykisk helse defineres av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som (5):

«En tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for andre og for samfunnet.»

Psykisk helse er avgjørende for menneskers livskvalitet, forhold og produktivitet. Definisjonen handler om langt mer enn bare fravær av sykdom. God helse skapes der mennesket er. Innsats for å forebygge psykiske lidelser i befolkningen er en viktig del av det lokale folkehelseperspektivet (1).

For å iverksette nødvendige tiltak bør kommunene ha kunnskap om faktorer som fører til utviklingen av psykiske lidelser. Et eksempel på mangfoldet av påvirkningsområder er illustrert i Dahlgren og Whiteheads modell (13).



Figur 2. Videreutvikling av Dahlgrens og Whiteheads helsedeterminant-modell fra 1991 (13).

Regnbue-figuren viser hvordan menneskets helsetilstand er en kombinasjon av samspillet mellom ulike faktorer i samfunnet (13). I sentrum står individet som defineres av alder, kjønn, biologi og arvelige faktorer. Neste nivå er livsstilsfaktorer slik som kosthold, fysisk aktivitetsnivå, legemiddelbruk og tobakkvaner. Dette nivået er også knyttet til individets personlighet og selvtillit. Tredje nivå er individets sosiale støtte og nettverk. Fjerde nivå er knyttet til individets levekår. Dette omhandler individets tilgang til, og bruken av samfunnsressurser som blant annet skolegang, arbeid, nærmiljø og bolig og helsetjenester. Siste nivå er de samfunnsmessige forholdene slik som sosioøkonomiske-, kulturelle- og juridiske forhold. De ulike nivåene er interagerende med hverandre og kan virke både positivt og negativt inn på individets helse.

Helsedeterminanter er et uttrykk for faktorer som øker (risiko-faktorer) eller reduserer (beskyttende faktorer) forekomsten av psykiske lidelser (14). Individuelle helsedeterminanter er de personlige egenskapene, slik som intelligens, fysisk helse, funksjonshemming, arv, alder og kjønn. Miljømessige helsedeterminanter er hovedsakelig knyttet opp mot individets sosioøkonomiske status, familie, nettverk og levevilkår. Sosioøkonomisk status måles ved inntekt, utdanning og yrkesstatus alene eller i kombinasjon.

Alle har både beskyttende faktorer og risikofaktorer i livet, men det er gjerne samspillet mellom disse som utgjør vår psykiske helse (14). *Resiliens* er et begrep som kan oversettes til psykologisk motstandskraft. Det å være resiliert, eller å ha høy motstandskraft, vil si at man er robust og kan håndtere hverdagens utfordringer. Belastende hendelser kan utløse eller vedlikeholde psykiske lidelser. Graden av individets sosiale støtte og hvorvidt individet får

profesjonell hjelp er følgelig også av betydning. Professor i samfunnsmedisin, John Gunnar Mæland, oppgir i boken *Forebyggende helsearbeid* tre forebyggende strategier for å best utruste lokalsamfunnets motstandsdyktighet (11):

1. Skape trygge oppvekstvilkår for barna.
2. Skape grunnlag for at innbyggerne skal få en utviklende og meningsfull tilværelse.
3. Skape omgivelser som er støttende og stimulerende.

Tabell 1. Eksempler på risiko og beskyttende faktorer i samfunnet som påvirker befolkningens psykiske helse (5).

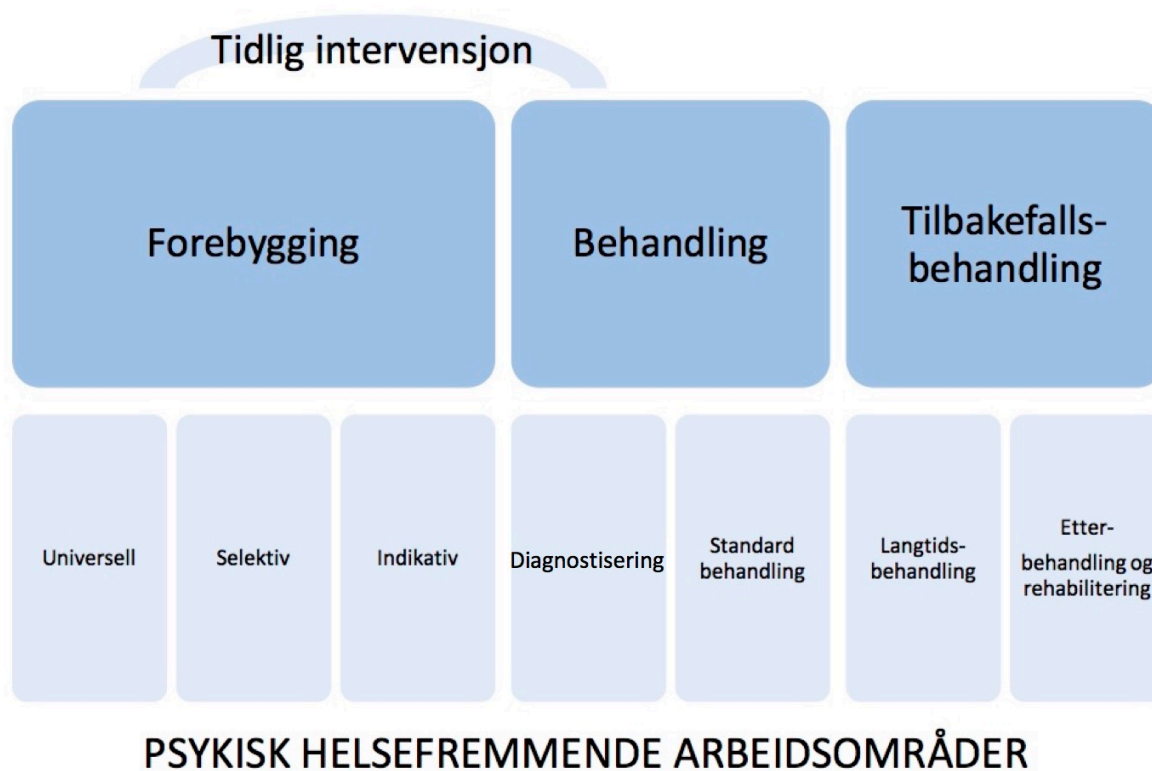
Samfunnsfaktorer	
Risikofaktorer	Beskyttende faktorer
Fattigdom	Arbeidsmuligheter
Krig	Sosial støtte og fellesskap
Mangel på utdanningsinstitusjoner, transportmuligheter og boliger	Utdanningsmuligheter, kollektivtransportmuligheter og boliger
Et miljø med mobbing og utestengelse	Inkluderende skole-, arbeids- og lokalmiljø
Diskriminering og rasisme	Godt system for integrering

Høy motstandsdyktighet er en beskyttende helsedeterminant som bygger på individets holdning til livet, og sies å være tett knyttet opp mot helseatferd (14). Helseatferd betegnes oftest som de etablerte vaner og handlinger som har størst betydning for utvikling av sykdom. Kostholds-, fysisk aktivitet- og tobakkvaner er eksempler på livsstilsfaktorer som blir styrt eller påvirket av vår helseatferd. God helseatferd kan forebygge sykdom, mens dårlig helseatferd kan øke risikoen.

1.4 Arenaer for forebyggende psykisk helsearbeid

Forebyggende virksomhet skal føre til tiltak som endrer forhold som kan bli problemskapende. Forebyggende tiltak vil ha ulike effekter ut i fra hvilke samfunnsgrupper som skal påvirkes.

Innen forebyggende psykisk helsearbeid vil tiltak på ulike samfunnsområder utenfor helsesektoren være av betydning (1). For barn er det nødvendig med et stabilt og omsorgsfullt oppvekstmiljø, det gjelder både i familien, barnehagen, skolen, nærmiljøet og i fritidsaktiviteter. Voksne mennesker har også behov for stabilitet og støtte, derfor er tiltak innenfor utdanning, bomiljø, arbeid og livsstil relevante områder. For alle bosatt i en kommune vil samferdsel og infrastruktur ha mye å si for hvordan man ferdes mellom alle daglige gjøremål. Dette vil ha mye å si for å øke tilgjengeligheten og inkluderingen av alle mennesker i samfunnet, uavhengig av funksjonsevne.



Figur 3. Figur inspirert av Mrazek og Haggertys spektermodell for helsefremmende arbeidsområder fra 1994 (5).

Universell forebygging er tiltak og strategier rettet mot folk flest eller mot hele befolkningsgrupper (8).

Selektiv forebygging er strategier og tiltak rettet mot grupper med kjent eller forhøyet risiko for å utvikle sykdom (15).

Indikativ forebygging er strategier og tiltak som rettes mot enkeltpersoner med risikofaktorer eller observerte/oplevde problemer (16).

Diagnostisering er identifikasjon og klassifisering av en sykdom eller tilstand (17). I oppgaven regnes ikke tiltak mot fullt utviklede sykdommer, men inkluderer tiltak rettet mot mennesker med psykiske plager og lettere psykiske lidelser.

Figur 3 er inspirert av Mrazek og Haggertys spektermodell fra 1994 av arbeidsområder for psykiske problemer og lidelser (5). Med tidlig intervensjon menes tiltak iverksatt som forebyggende på selektivt og indikativt nivå, og tiltak under tidlig diagnostisering. Forebygging defineres som tiltak og strategier før diagnostiserbar sykdom eller klinisk symptomnivå har oppstått. Denne oppgaven utelukker tiltak iverksatt for standard behandling og tilbakefallsbehandling, da disse tiltakene ikke kategoriseres som forebyggende.

1.5 Konsekvenser av psykiske lidelser

Psykiske lidelser utgjør konsekvenser for både individ og samfunn. Depresjon er en av de mest utbredte psykiske lidelsene og ifølge reseptregisteret brukte 316 929 nordmenn antidepressiva i 2014 (18). Kriteriene for diagnostisering av depresjon er: Nedstemthet, redusert energi og aktivitetsnivå, redusert evne til å glede seg, redusert interesse, nedsatt konsentrasjon, tretthet selv ved mindre anstrengelser, forstyrret søvn, redusert appetitt, svekket selvfølelse og forestillinger om skyld og verdiløshet (19). Ved lettere depressiv episode må to til tre kriterier oppfylles. Ved moderat depressiv episode trengs fire eller flere, og ved alvorlig depressiv episode vil nesten alle kriteriene være oppfylt, i tillegg til selvmordstanker og/eller selvskading. Dette utgjør følgelig en stor belastning for individet, men også for samfunnet da depresjon er utbredt i befolkningen.

Sykdomsgruppen som forårsaker flest tapte arbeidsår er psykiske lidelser (20). Selv om de tre største dødsårsakene i Norge er hjerte- og karsykdommer, kreft og lungesykdommer utgjør psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer et langt større økonomisk samfunnstap. Grunnen til det er at disse sykdommene rammer den arbeidsføre befolkningen og er sykdommer som kan vedvare over lang tid.

I 2014 var 14,9% av alle sykemeldinger innvilget på grunn av psykiske plager eller lidelser (21). Lettere angst- og depresjonslidelser utgjør mesteparten av sykefraværstilfellene. Tabell 2 viser at det er særlig diagnoser innenfor psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser og sykdommer i muskel-skjelettsystemet som er begrunnelsen for uførepensjon. Uføretrygd av psykiske lidelser innvilges i gjennomsnitt 9 år tidligere enn ved muskel- og skjelettlidelser. Disse sykdommene utgjorde i overkant av 60% av alle uførutbetalinger i 2000, 2005 og 2010. De høye utgiftene og utbredelsen viser at det er stort behov for effektive tiltak for å redusere forekomsten av psykiske lidelser.

Tabell 2: Fordeling av uførhet etter diagnose for årene 2000, 2005 og 2010. Andeler i prosent (21).

Hovedkapittel ICD-10	2000	2005	2010
Infeksjons- og parasittsykdommer	1.1%	0.9%	0.7%
Svulster	2.2%	2.4%	2.5%
Sykdommer i blod og bloddannende organer	0.2%	0.2%	0.2%
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	1,7%	1,7%	1,7%
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	30.3%	30.6%	31.5%
Sykdommer i nervesystemet	6.4%	6.9%	7.3%
Sykdommer i øyet og øret	1.3%	1.5%	1.5%
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	8.2%	7.7%	6.7%
Sykdommer i åndedrettssystemet	2.8%	2.7%	2.4%
Sykdommer i fordøyelsessystemet	1.1%	1.1%	1.1%
Sykdommer i hud og underhud	1.5%	1.6%	1.5%
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	31.3%	31.5%	29.7%
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	0.3%	0.3%	0.3%
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	2.2%	2.0%	2.0%
Symptomer, tegn	1.2%	1.1%	1.1%
Skader, forgiftninger og vold	5.4%	5.1%	4.9%
Alle andre diagnoser	0.8%	0.7%	4.1%
Diagnose mangler foreløpig	2.1%	2.0%	4.1%
I ALT	100%	100%	100%

1.6 Kommunens ansvarsområder

De 428 kommunene i Norge har en sentral posisjon i samfunnet. Med lovpålagte ansvarsoppgaver yter kommunene tjenester innen oppvekst og opplæring, helse og omsorg og andre viktige tjenester befolkningen har behov for gjennom livsløpet (22). Kommunene kan påta seg oppgaver og iverksette tiltak etter lokale initiativer. I Norge er det bred enighet om at kommunenes selvstyre desentraliserer makt, gir demokratisk deltakelse og effektiviserer forvaltningen. Flere lover, statlige føringer og retningslinjer legges til grunn for lokalt folkehelsearbeid. Videre omtales lovene som etter vår oppfatning er de mest sentrale i folkehelsearbeidet rettet mot forebygging av psykiske lidelser.

1.6.1 Helse og omsorgstjenesteloven

Kommunen har ansvar for at alle personer som oppholder seg i kommunen har tilgang til de nødvendige helse- og omsorgstjenestene (23). Alle pasient- og brukergrupper skal ivaretas av kommunens tjenester. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestene til enhver tid er i samsvar med loven. Enhver kommune skal tilby helsetjeneste i skole og ved helsestasjon, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, utredning, diagnostisering og behandling, fastlegeordning, heldøgns medisinsk akuttberedskap, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon og avlastningstiltak.

Helse og omsorgstjenesteloven gjelder for alle helse- og omsorgstjenestene som tilbys i kommunen, samt private aktører med kommunale avtaler. Loven har som formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Den skal fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Loven skal sikre for at den enkelte får mulighet til å bo og leve selvstendig, samt ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre.

1.6.2 Folkehelseloven

Folkehelseloven har som formål å bidra til en utvikling i samfunnet som skal fremme folkehelsen (7). Loven er et rettslig virkemiddel som bygger på å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne de økende tendensene til sosiale helseforskjeller i samfunnet. Befolkningens helse er en av samfunnets viktigste ressurser, derfor er det et samfunnsansvar å tilrettelegge for god helse. Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter, samt privat og offentlig eiendom gjennom bestemmelsene om miljørettet helsevern.

1.6.2.1 Folkehelsearbeidets grunnprinsipper

I stortingsproposisjonen for Folkehelseloven legges det frem fem grunnleggende prinsipper folkehelsearbeidet skal bygge på (24).

1. Utjevning av sosiale helseforskjeller

I den norske befolkningen er det betydelige sosiale forskjeller i helse og levevaner (24). Ved å studere ulike grupper i samfunnet vil man finne systematiske forskjeller som speiles i helsen. Sosiale ulikheter leses gjerne ut fra en gruppe individer med samme eller lignende sosioøkonomiske status. Sosioøkonomisk status er et samlebegrep for utdanning, inntekt og yrker. Levealderen øker med utdanningslengde med opptil 6 år for menn og 5 år for kvinner. I gruppen med lav utdanning rapporteres det hyppigere om psykiske plager enn blant de med høyere utdanning. Dette gjelder for både barn, voksne og eldre. Å arbeide med å redusere

sosiale helseforskjeller er et nødvendig mål i folkehelsearbeidet. Når forskjellene i helse kommer av ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det samfunnets ansvar å legge til rette for en mer rettferdig fordeling.

2. Helse i alt vi gjør

Folkets helse er samfunnets viktigste ressurs (24). Menneskers liv og helse blir ikke formet innenfor helsesektoren, men av en kombinasjon av individets og samfunnets egenskaper. Derfor er det nødvendig at helse blir ivaretatt når strategier og tiltak utvikles i alle sektorer. Hvis skolesektoren utarbeider tiltak for å redusere frafall vil dette ha positive konsekvenser for folkehelsen. Dersom det blir tilrettelagt for gode gang- og sykkelveier vil dette kunne bidra til økt fysisk aktivitet og dermed bedret helse og trivsel.

3. Bærekraftig utvikling

Helse er en grunnlovsfestet rettighet gjennom bestemmelsen om bærekraftig utvikling § 110 b. *”Enhver har Ret til et Milieu som sikrer Sundhed”* (25). En bærekraftig utvikling skal tilrettelegge for en utvikling av samfunnet som sikrer grunnleggende behov (24). God helse er en faktor for velvære og livskvalitet for individet. Folkehelsearbeidet er viktig for å sikre at befolkningen i arbeidsfør alder er produktive og friske, og at eldre kan klare seg selv lengst mulig. Bærekraftig utvikling kan defineres som *”en utvikling som imøtekommer dagens behov, uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov.”*

4. Føre-var-prinsippet

Det er vanskelig å kunne si med vitenskapelig sikkerhet at forebyggende folkehelse tiltak vil kunne gi målbar effekt (24). Føre-var-prinsippet angir hvordan samfunnet skal håndtere den vitenskapelige usikkerheten og oppfordrer til å iverksette tiltak før sykdom og skade oppstår, fremfor å etterbehandle.

5. Medvirkning

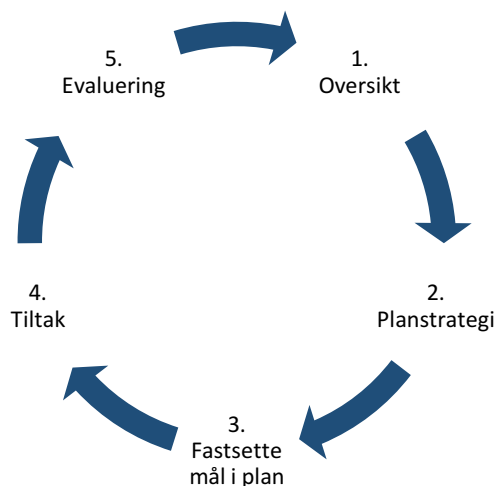
Ved å skape en større arena for befolkningens medvirkning, vil dette kunne føre til at tjenester og tilbud blir mer treffsikre (24). Medvirkning kan skape tilhørighet, autonomi, motivere og virke helsefremmende.

1.6.3 Plan- og bygningsloven

Plan- og bygningsloven skal fremme bærekraftig utvikling til det beste for individet, samfunnet og fremtidige generasjoner (26). Plan- og bygningsloven er et av kommunenes viktigste verktøy for en helhetlig samfunnsplanlegging og er sentral i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven er tett knyttet sammen og danner et viktig grunnlag for den kommunale planleggingen.

1.6.4 Prosesskrav for folkehelsearbeidet

Kommunene skal gjennom angitte prosesskrav oppgitt i Folkehelseloven skape en helhetlig utvikling av lokalsamfunnet (27). Prosesskravene bidrar til å sikre at folkehelsearbeidet er systematisk og kunnskapsbasert på tvers av sektorene som påvirker befolkningens helse. Figur 5 viser hvordan det systematiske folkehelsearbeidet må være i kontinuerlig behandling for å dekke de aktuelle lokale utfordringene (28).



1. Oversikt

Kommunene skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og de faktorer som kan påvirke denne. Oversiktsarbeidet skal baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kunnskap om utviklingstrekk og faktorer i miljø og lokalsamfunn. Slike opplysninger kommer blant annet fra kommunenes og fylkeskommunenes folkehelseprofiler.

Figur 4. Prosesskrav for folkehelsearbeidet (28).

2. Planstrategi

Kommunene skal gjennom arbeid med planlegging sette mål for en helsevennlig samfunnsutvikling på bakgrunn av kommunens folkehelsestilstand. Dersom kommunen i sitt oversiktsarbeid fant psykisk helse som en utfordring vil det være nødvendig å prioritere dette i planarbeidet.

3. Fastsette mål i plan

Kommunene skal i sitt kommuneplanarbeid fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsepolitikken. Befolkningens psykiske helse påvirkes som nevnt av en rekke faktorer utenfor helsetjenesten. For å kunne avgrense klare mål for helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, skal kommunen jobbe tverrsektorielt.

4. Tiltak

Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan være tiltak knyttet til for eksempel oppvekst, levekår, bolig, utdanning, arbeid, inntekt, fysiske og sosiale miljøer, ernæring, fysisk aktivitet, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og rusmiddelbruk.

5. Evaluering

Evaluering i denne sammenhengen handler om å vurdere hvordan iverksettingen av tiltak i kommunen har gjort noe med de tidligere identifiserte folkehelseutfordringene.

2.0 METODE

Metode er et redskap som brukes til å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (29). Metodevalget blir tatt på grunnlag av oppgavens formål, etiske forsvarlighet, den praktiske gjennomførbarheten og problemstillingens formulering. Kvantitativ metode befatter seg deskriptivt og skal være basert på målbare data i tallform som analyseres ved statistiske metoder. Kvalitativ metode skal fange opp meninger, opplevelser og analysere teorier om forståelse og menneskelig erfaring.

2.1 Oppgavens metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie som baseres på skriftlige kilder fra utvalgte hold. En litteraturstudie er en kvalitativ metode som danner en overordnet oversikt over allerede eksisterende publisert kunnskap (29). Gjennom å innhente forskningsartikler og relevant faglitteratur skal vi sammenfatte dette til å besvare problemstillingen.

Hvilke tiltak kan iverksettes kommunalt for å fremme innbyggernes psykiske helse og forebygge psykiske lidelser?

Begrenset tid, økonomi og arbeidsressurser ville gjort det umulig å gjennomføre og evaluere en kommunal psykisk helsefremmende intervensjon i bacheloroppgaven. Oppgaven skal fremheve tiltak som allerede er gjennomført, og derfor blir litteraturstudie et naturlig valg. Fordelen med å skrive en litteraturstudie basert på allerede eksisterende forskning, er at det gir tilgang til store mengder med data som ved analytisk utvelgelse kan svare på problemstillingen. Det gir oppgaven en god teoretisk grunnmur og muligheten til å samordne kunnskap fra flere felt, noe som er helt nødvendig i vår oppgave.

2.2 Etikk

Studiene, artiklene og rapportene denne oppgaven baseres på, skal hovedsakelig være publisert i anerkjente tidsskrifter eller hos nasjonale institutter, direktorater og/eller tjenester. Eksempler på dette er: Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Helsebiblioteket og Statistisk Sentralbyrå (SSB). Publikasjonene har allerede gjennomgått flere etiske vurderinger, og deres fremgangsmåte for dokumentasjon skal være tilgjengelig i deres metodedel.

Tolkningen av resultatene skal være korrekte gjengivelser av litteraturen som er brukt. Enkelte av artiklene er engelskspråklige. For å unngå språklige misoppfatninger har vi brukt god tid på å formulere korrekte oversettelser. Det har vært enkelte språklige utfordringer i oppgaven, da engelske begreper knyttet til psykisk helse ikke har direkte oversatte begreper på norsk. Slike termer blir utdypet videre i oppgaven.

Det vil ikke bli utført intervensjoner i forbindelse med denne litteraturstudien, og gir derfor ingen etiske dilemmaer for gjennomføring.

2.3 Fremgangsmåte

Vi ønsket å fordype oss i kommunalt folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid på kommunalt nivå er et svært bredt tema, og vi ble nødt til å fokusere på et temaområde. Etter å ha lest Riksrevisjonens rapport om offentlig folkehelsearbeid etter innføring av Folkehelseloven ble det mest relevant å skrive om psykisk helse (3). Rapporten oppgir at det er en skjevhet i fordelingen av iverksatte tiltak, ut fra behovet oppgitt. I oppgaven fokuseres det på tiltak som kan iverksettes i flere samfunnsområder enn kun i helsetjenesten.

2.3.1 Søkeprosessen

Oppgavens problemstilling er valgt med visshet om at det ikke er mange sterke evidensbaserte studier gjort innen flere av temaene. Derfor ble det benyttet et stort utvalg av databaser: PubMed, SweMed, Helsebiblioteket, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Google Scholar. Oppgaven tar for seg norske og engelskspråklige artikler og rapporter.

De grunnleggende søkeordene som ble brukt:

- Norske:
 - Forebyggende / helsefremmende + tiltak / intervensjoner
 - Psykisk helse / psykiske plager / psykiske lidelser
- Engelske:
 - Preventive / health promotion + interventions / measures / initiatives
 - Mental health / Mental illness / Mental disorders / Mental distress

I tillegg var det behov for mer avgrensede søkeord innen temaområdene valgt ut:

- Norske:
 - Barn / ungdom / livsstil / arbeid / sosiale ulikheter / bomiljø / nærmiljø / lokalmiljø / eldre / pensjonister
- Engelske:
 - Children / Adolescents / Work / Work Health / Social Inequalities / Elderly / Community / Living environment / Seniors

2.3.1.1 Kriterier

For å avgrense hvilke tiltak som var relevante for problemstillingen var det nødvendig å sette opp visse inklusjons- og eksklusjonskriterier. Å sette kriterier bidrar til å avgrense søket slik at man enklere kan finne valide studier som svarer på problemstillingen.

Tabell 3. Oppgavens inkluderings- og eksklusjonskriterier.

Tema	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Område	Tiltak og intervensjoner gjort i land som kan sammenlignes med Norge: Sverige, Danmark, Tyskland, England, Nederland, Canada, Island, USA.	Tiltak og intervensjoner gjort i ikke-vestlige land eller u-land som ikke kan sammenlignes med Norge politisk eller økonomisk.
Effekt	Tiltak som er evaluert og har funnet positiv effekt på deltakernes psykiske helse.	Tiltak med svak eller ingen effekt på deltakernes psykiske helse.
Instanser	Tiltak og intervensjoner gjort i primærhelsetjenesten og/eller utenfor helsetjenesten.	Tiltak og intervensjoner gjort i spesialisthelsetjenesten.
Behandlingsområde	Tiltak og intervensjoner som er forebyggende og/eller i svært tidlig behandlingsfase. Tiltak og intervensjoner som treffer flere personer på en gang.	Behandlende, tilbakefallsforebyggende og/eller rehabiliterende tiltak og intervensjoner. Tiltak og intervensjoner som gjelder enkeltindividsbehandling.
Annet	Tiltak og intervensjoner som er gjennomført i flere kommuner eller lokalmiljø.	

2.3.2 Litteraturutvalget

Problemstillingen etterspør ikke hvilke tiltak som er mest effektive, men hvilke tiltak som kan implementeres for å fremme befolkningens psykiske helse og forebygge psykiske lidelser. I Norge er det stor variasjon i kommunenes størrelse, økonomi, behov og oppbygning. Derfor så vi oss nødt til å selektivt velge ut ulike tiltak som ikke er sammenlignbare, men som faller innenfor ulike kategorier. Ved å fokusere på ett område ville ikke dette kunne svart på problemstillingen, da noen kommuner ikke nødvendigvis hadde hatt utbytte av å iverksette tiltak på dette området.

De ulike tiltakene plasseres Dahlgren og Whiteheads helsedeterminant-modell (13). Den fjerde delen av modellen er individets levekår og tar for seg de områdene hvor kommunale

tiltak har størst innvirkningskraft. Denne delen er oppdelt i 7 kategorier: nærmiljø og bolig, familie, barnehage, skole, utdanning og arbeid, kultur og fritid og helse, omsorgs- og sosialtjenester.

Helse og omsorgstjenesteloven pålegger hver enkelt kommune å tilby en rekke helsetjenester. Disse helsetjenestene og tiltakene er ikke inkludert i denne oppgaven, fordi tiltakene omtalt skal være frivillige for kommunene å tilby. Barnehagetjenester er strengt regulert, derfor er ikke disse inkludert tiltak under denne kategorien. Under *utdanning og arbeid* har vi valgt å fokusere på tiltak rettet mot arbeid, fordi høyere utdanning ikke faller under kommunalt ansvar.

Ikke alle tiltakene viser til sterke evalueringer eller effektstudier. Men tiltakene kan skape eller fungere som beskyttelsesfaktorer for ulike grupper i kommunene. Etter å ha lest om flere tiltak innen alle kategoriene endte vi opp med 8 tiltak som selektivt er plukket ut for å besvare vår problemstilling. Alle tiltakene tilfredsstillt våre kriterier for kunnskapsstyrke, som blir forklart i siste del av metodekapittelet.

2.3.3 Analyse og kildevurdering

Litteraturens faglige troverdighet spiller en sentral rolle i besvarelsen og drøftingen av oppgavens problemstilling (29). Som ventet var det svært få relevante publikasjoner innen evaluerte, evidensbaserte folkehelseiltak. Dette gjorde det nødvendig å benytte flere kilder enn kun forskningsartikler. Derfor er det også benyttet kilder fra studiets pensumlitteratur og relevante rapporter.

Ved å benytte disse kildene vil det si at deler av litteraturen er hentet fra sekundærkilder. Sekundærkilder er kilder som refererer til andres arbeid. Dersom forfatteren av sekundærlitteraturen tolker primærkilden på en annen måte, kan dette bli en feilkilde (29). For å unngå bruk av feilkilder har vi sjekket primærkildene det er henvisning til, for å vurdere om vi er enige i sekundærkildens konklusjon. Nettsider slik som kommunetorget.no og forebygging.no er også brukt for å gi grundigere begrepsavklaringer. For å gi en bedre forståelse av at tiltakene som omtales kan utarbeides på ulike måter er det også henvisning til eksempler fra kommuners hjemmesider, rapporter og avisartikler.

2.3.3.1 Tiltakenes kunnskapsstyrke

Under hvert tiltak i oppgaven rangeres kunnskapsstyrken og avklarer tiltakets forebyggingsområde i en tabell. Forebyggingsområdene defineres ut fra Mrazek og Haggertys spektermodell for helsefremmende arbeidsområder omtalt i kapittel 1.4. Områdene inkludert i oppgaven er de som faller under forebyggings- og tidlig behandlingsområdene: universell, selektiv, indikativ og tidlig behandlende. Dette gjør at tiltakene blir organisert og leservennlige.

Vi har valgt å benytte en egen rangering er fordi det finnes få standarder for å konkludere med sterk evidens innen folkehelseforskning (4). Svært få forebyggende tiltak og studier tilfredsstillt kravene som stilles til dokumentert effekt gjennom standarder produsert av forskningsorganisasjoner slik som *Cochrane Collaboration*. Cochrane Collaboration er en ikke-kommersiell organisasjon som systematiserer forskningsresultater fra ulike områder innen helseforskning (30). Cochrane Collaboration oppgir at de mener det er nesten umulig å kunne stille samme krav til folkehelseiltak som ved forskning av medikamenter. *Society for*

Prevention Research er en bred tverrfaglig organisasjon som skal fremme vitenskapelig forskning på etiologien og forebyggingen av sosial, fysisk og mental helse (31). De tar hensyn til de akademiske utfordringene som oppstår i folkehelseforskningen når det kommer til å konkludere med dokumentert effekt. De opererer med de tre standardene: *virkningsfulle, effektive og tiltak som egnes for videre spredning*. Vår kunnskapsrangering er inspirert av deres standarder.

Kunnskapsstyrken er rangert fra 1-3, hvorav 3 er sterkest. Denne rangeringen er konstruert internt av oss og oppgir kun vår egendefinerte rangering for tiltakene inkludert i oppgaven. Å rangere kunnskapsstyrken har vært en metode for å ha en intern kvalitetssikring av de utvalgte tiltakene. Det er inkludert i oppgavetekstens resultater for å kunne ha større rom for utdyping av selve tiltaket, fremfor å legge hovedfokuset på kildene i seg selv.

Kunnskapsstyrken rangeres følgende:

1. Tiltak har ikke sterkt kunnskapsgrunnlag, men kan vise til minst én praktisk evaluering og er iverksatt i mer enn en/et kommune/lokalsamfunn.
2. Tiltak har noe sterkere kunnskapsgrunnlag, kan vise til minst en praktisk- og forskningsbasert evaluering og er iverksatt i mer enn to kommuner eller lokalsamfunn.
3. Tiltak har sterkt kunnskapsgrunnlag, kan vise til flere praktiske- og forskningsbaserte evalueringer, er iverksatt i mer enn fire kommuner eller lokalsamfunn og er anbefalt av fag- og myndighetsorganer.

3.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres litteraturstudiens resultater. Tabellen under viser kategoriene hentet fra Dahlgren og Whiteheads modell og tiltakene som presenteres i oppgaven (13). Hver kategori inneholder ett tiltak, bortsett fra helse- og sosialtjenester som inkluderer tre.

Tabell 4: Oversikt over oppgavens resultater og deres kilder..

Kategori	Tiltak	Kilder
Nærmiljø og bolig	Universell utforming av nærmiljøet	<ul style="list-style-type: none">• Rapport fra Miljøverndepartementet (32).
Familie	Hjelper'n	<ul style="list-style-type: none">• Rapport og brukerundersøkelse fra Ski kommune (33).
Skole	Olweus anti-mobbeprogram	<ul style="list-style-type: none">• Meta-analyse (34).• Rapport og brukerundersøkelse (35).
Arbeid	Aktiv på dagtid	<ul style="list-style-type: none">• Rapport og brukerundersøkelse fra NOVA (36).
Kultur og fritid	Utlånsentraler	<ul style="list-style-type: none">• Kommnehelseprofilene 2016 (37).• Eksempler fra kommunale og private aktører (38,39).
Helse, omsorgs- og sosialtjenester	Frisklivssentraler	<ul style="list-style-type: none">• Rapport fra SSB (40).• Tverrsnittsundersøkelse (41).
	Kurs i depresjonsmestring	<ul style="list-style-type: none">• RCT-studie (42).
	Sosial nettverksstimulering	<ul style="list-style-type: none">• Systematic review (43).

Meta-analyse – Sammenstiller eller sammenligner resultater fra tidligere empiriske undersøkelser innen et tema (44).

Randomisert kontrollstudie (RCT) – Eksperimentelt studiedesign med intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Utvalget i gruppene skal være tilfeldig fordelt og de to gruppene skal være sammenlignbare (45).

Tverrsnittsundersøkelse – Studiedesign som samler informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon på et gitt tidspunkt. Brukes for å beskrive forekomst (46).

Systematic review – En litteraturstudie som skal gi en oversikt over all litteratur av forskning av høy kvalitet som er relevant for problemstillingen (47).

3.1 Nærmiljø og bolig: Universell utforming av nærmiljøet

Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	1
Forebyggingsnivå	Universelt

Kunnskapsgrunnlag

Det er ikke gjennomført studier som måler psykisk helseeffekt av universell utforming (UU) av nærmiljøet. UU er blitt et offentlig satsingsområde og er nedfelt i blant annet Plan- og bygningsloven, Lov om offentlige anskaffelser, og i Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (26,48,49). Etter vår oppfatning vil tiltaket kunne ha forebyggende effekt mot psykiske lidelser, da boforhold og inkludering er viktige helsedeterminanter. I følge FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, som ble fastsatt i 2013, defineres universell utforming slik (50):

”Med universell utforming menes utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming.”

UU er en nasjonal strategi som skal ta høyde for mangfoldet av menneskene som til enhver tid lever i et lokalsamfunn (2). Å tilrettelegge samfunnet etter universell utforming skal forhindre diskriminering og se hele mennesket i et livsløpsperspektiv.

Tiltaket er inkludert i oppgaven fordi et trygt nærmiljø og tilgang til boliger er en viktig beskyttelsesfaktor mot psykiske lidelser. Mennesker med nedsatt funksjonsevne er i større grad ekskludert fra lokalsamfunnet og til og med i egen bolig enn den øvrige befolkningen (2). Ved kommunal tilretteleggelse av nærmiljøet vil flere få tilgang til kommunens tilbud.

Tiltaket

Kommunene i Sogn og Fjordane har satt i gang flere tiltak for å gjøre lokalsamfunnet trygt å ferdes i for blant annet rullatorbrukere (32). Årdal kommune har senket fortauskanter for å forebygge fall, satt opp flere rekkverk og merket veier og stier godt med skilt og lys. Det er ikke bare helsefremmende for både deres somatiske og psykiske helse, men også svært inkluderende da tiltaket er iverksatt med stor brukermedvirkning av de eldre i samfunnet. De eldre har deltatt på møter og spørreundersøkelser, for at prosjektlederne skulle tilrettelegge for det lokalsamfunnet de ønsker å benytte seg av. Deltakelse kan skape langt større tilhørighet til nærmiljøet.

Kartverket har utarbeidet en veileder for å kartlegge tilgjengelighet og universell utforming av rekreasjonsområder (51). Rekreasjonsområder er friluftsområder, parker og nærturområder, badeplasser og lignende. Dersom rekreasjonsområder er tilgjengelige for alle uavhengig av fysisk form, vil nærmiljøet være inkluderende og helsefremmende. Veilederen oppgir at kommuner gjerne har mange og store områder som klassifiseres som friluftsområder. Derfor anbefaler de å prioritere kartlegging av stedene som blir mye brukt. Sentrumsnære plasser som har god adkomstmulighet, områder som er spesielt viktige for kommunen og friluftsportaler der det er mulighet for mange ulike typer av friluftsliv på ett

område. Kartleggingen trenger ikke nødvendigvis være svært omfattende, men kan være informativt for kommunene før eventuell restaurering av områder.

Hvorfor iverksette?

Å ikke tilrettelegge for mennesker med funksjonsnedsettelse i lokalsamfunnet er et brudd på menneskerettighetene i følge diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (49). Å sørge for god by- og stedsutvikling er viktig for alle i lokalmiljøet, og kanskje spesielt for de eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne. Stedsutvikling kan fungere som en form for nettverksstimulering dersom boliger sentraliseres og tilrettelegges for et sosialt samlingspunkt. Dersom fortauene aldri er strødd på vinterstid eller det er dårlig belysning på veiene, er det mindre sannsynlig at lokalbefolkningen vil benytte seg av kommunens tilbud.

Eldre som fortsatt bor i egen bolig har lavere risiko og forekomst av psykiske plager og lidelser enn de som bor på institusjoner (4). Mange eldre ønsker å bo hjemme lengst mulig, selv når de har behov for helse og omsorgstjenester. Derfor vil det være nødvendig å tilrettelegge for universelt utformede boliger sentralt i kommunen. Selv om mange bor i hus, er mange eldre i en sterk kjøpegruppe som gjerne kjøper sentrale leiligheter (2). Derfor vil det være nødvendig for kommunen å ivareta de eldre sin helse på best mulig måte ved å tilrettelegge for gode boliger, god infrastruktur og arenaer for kultur og sosiale møteplasser.

Universell utforming av nærmiljøet vil nok i begrenset grad bli forsket på eller dokumenteres som en viktig faktor for befolkningens psykiske helse. Men i kommuner med mange eldre vil det være spesielt viktig å kartlegge lokalmiljøets tilgjengelighet og undersøke behovet for endring. Lokalsamfunnets tilgjengelighet kan overføres til Fredrick Herzenbergs teori om hygienefaktorer (14). UU kan karakteriseres som en hygienefaktor fordi det kan skape mistrivsel dersom det ikke er tilstede, men skaper ikke nødvendigvis trivsel når det er. En rullatorbruker vil for eksempel oppleve mistrivsel dersom det er vanskelig å komme inn på biblioteket, men ikke nødvendigvis føle stor trivsel dersom det ikke er et problem. Tilgjengeligheten er i mange tilfeller en selvfølge for oss. Som nevnt tidligere kan eldre oppleve økt grad av sårbarhet når fysiske og kognitive evner svekkes. For å forebygge både mental og fysisk helse er det derfor et godt tiltak å jobbe for et lokalmiljø hvor tilgjengelighet er en selvfølge for alle.

Det har seg selvsagt ikke slik at alle eldre har en utpreget funksjonshemming. Men forekomsten av sykdom øker med alderen (12). Med alderen følger ofte svekket syn, hørsel og i Norge har høy forekomst av osteoporose. Universell utforming er derfor viktig for å forebygge skader og ulykker.

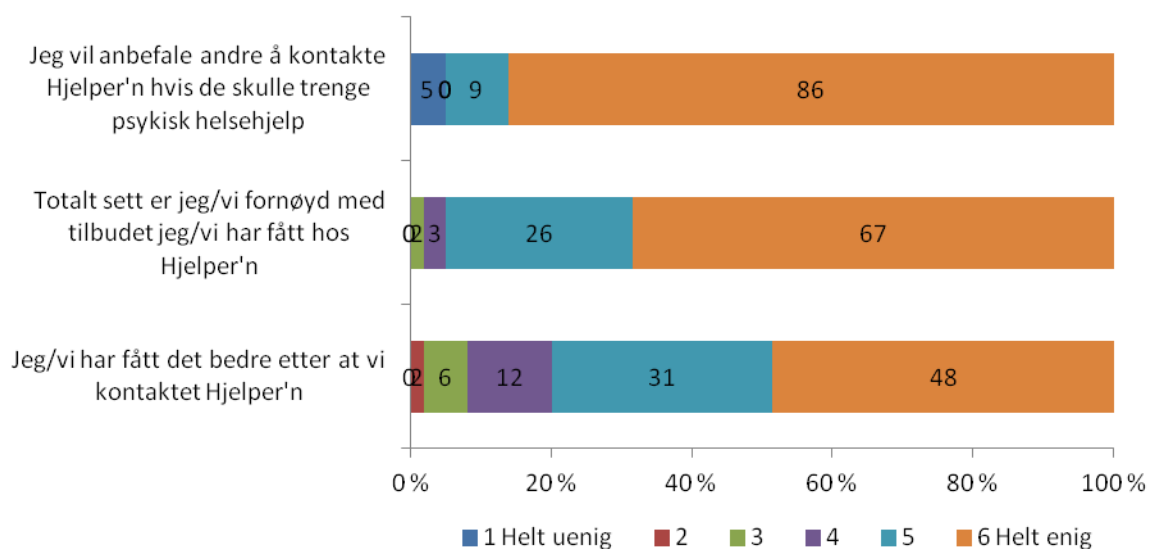
3.2 Familie: Hjelper'n

Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	1
Forebyggingsnivå	Selektivt / Indikativt / Behandlende

Kunnskapsgrunnlag

Ski kommune publiserte i 2012 en rapport om deres lavterskeltilbud, *Hjelper'n*, for barn, ungdom og familier (33). I forkant av rapporten gjennomførte de en brukerundersøkelse for å finne ut om klientene opplevde tilbudet som et lavterskeltilbud, og om de opplevde at de fikk det bedre etter samtalen. Alle klienter med mer enn to konsultasjoner i 2011 fikk tilbud om å fylle ut spørreskjemaet nest siste eller siste time. De fikk sammenlagt 88 svar. Undersøkelsen hadde ikke objektive effektmål, men fungerte som en retrospektiv tilfredsundersøkelse.

Enighet i utsagn, fornøydhhet



Figur 5. Fornøydhhet blant deltakere i brukerundersøkelsen hos *Hjelper'n* (33).

I brukerundersøkelsen oppga 93% at de var fornøyde med tilbudet, og 92% oppga at de hadde fått det bedre etter at de kontaktet *Hjelper'n*. Psykologen som har skrevet rapporten legger vekt på at hun ønsker å bruke undersøkelsen til å utvikle en større undersøkelse som tar for seg objektive effektmål.

Tiltaket *Hjelper'n* er iverksatt i Ski, Bærum og Bergen. Lignende tiltak er iverksatt i andre mindre kommuner. Tiltaket er inkludert i oppgaven fordi det finnes få lavterskeltilbud i kommunen med så kort ventetid som *Hjelper'n*.

Tiltaket

Hjelper'n er et lavterskeltiltak iverksatt i Bergen, Bærum og Ski av kommunenes psykologtjeneste (33). Deres mål er å bidra til å fremme god psykisk helse hos barn og ungdom gjennom å identifisere og redusere faktorer som kan utløse, opprettholde og forsterke barns vansker. De holder til på kommunenes helsestasjon og det er kommunepsykologene som tilbyr tjenesten. Tjenesten er tilgjengelig via telefon, epost, nettsiden eller ved personlig oppmøte.

Hjelper'n i Ski består av 3,75 årsverk og bistår 220 familier i året. Av alle sakene hos Hjelper'n er 77% avsluttet uten videre henvisning. I tillegg til veiledning holder de ansatte kurs og foredrag. For at tiltaket skal nå ut til befolkningen er det nødvendig med samarbeid fra andre aktører. I Ski har de ansatte jevnlig møter med kommunens administrasjon og sender dokumentasjon og rapporter til kommunens ledelse.

I Bergen og i Ski arbeider Hjelper'n i et fast prosjekt med politiets forebyggende enhet. Dersom ungdom over 15 år blir tatt for bruk eller besittelse av narkotika kan de inngå en urinprøvekontrakt. Dette går ut på at ungdommene må gi rene prøver og følge et samtaleopplegg hos Hjelper'n ukentlig i et halvt år. Dersom ungdommene ikke følger kontrakten, får de påtale. Dette tiltaket ser ut til å fungere forebyggende for videre bruk av narkotika, og hjelper ungdom få hjelp tilpasset deres behov.

I Ski har tilbudets lokalisering på helsestasjonen gjort at et tett samarbeid med helsesøster har vært naturlig. Hjelper'n har også deltatt på møter med rektorene på skolene og styreledermøter i barnehager for å informere om virksomheten og sørge for et godt samarbeid. Andre relevante samarbeidstjenester er familievernkontoret, barneverntjenesten, Distriktpsikiatrisk senter (DPS), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og NAV. Tverrfaglige samarbeid er nødvendige for å etablere Hjelper'n som et tilbud og kunne hjelpe flest mulig.

Hvorfor iverksette?

Et lavterskeltilbud er en tjeneste som tilbyr direkte hjelp uten henvisning, ventetid eller lang saksbehandlingstid (33). Lavterskeltilbud skal fremstå som et synlig og tillitsvekkende sted for innbyggere å benytte. Hjelper'n skal bistå barn i risiko for skjevutvikling, og dette er et viktig forebyggende tiltak mot videre utvikling av psykiske lidelser.

Vår vurdering er at det som gjør Hjelper'n til et godt tiltak er at det ikke skal være ventelister. Rask psykisk helsehjelp hos Hjelper'n vil kunne føre til å lette trykk hos andre psykiske helsetjener i kommunen. Hjelp skal mottas innen to uker siden første kontakt. I rapporten fra Ski oppgir helsepersonell at god førstegangskartlegging og at henvendelsene drøftes og fordeles på temamøter en gang i uken, gjør at ventelistene uteblir. Under første møte med klienter kartlegger de hvilke utfordringer barnet eller familien står overfor, om det er forhold i hjemmet eller miljøet som forklarer vanskene, lengde på vansker, og om barnet eller familien har erfaring fra hjelpeapparatet. Familien kan få hjelp over telefon, eller bli innkalt til møte for igangsetting av tiltak. Dersom det meldes om svært alvorlige situasjoner blir den som henvender seg henvist videre til fastlege. Hjelper'n kan også vurdere om hjelp fra andre aktører kan være aktuelt, slik som familievernkontoret, PPT eller kommunal psykisk helsetjeneste for voksne.

Det at Hjelper'n i Ski bistår 220 familier i året sier noe om hvor effektivt et lavterskeltilbud kan være. Selv om det ikke er utarbeidet større undersøkelser som kartlegger langtidseffekten av tiltaket, er det nærliggende å anta at mange av disse familiene har fått nødvendig hjelp. At 92% som oppga bedring etter hjelp fra Hjelper'n styrker også denne antakelsen. Brukerundersøkelsen er ikke sterk metodisk, og det kan være at enkelte av de som svarte følte seg bedre den dagen undersøkelsen ble utfylt, men ikke i ettertid. Undersøkelsen hadde en svarprosent på 75, det kan derfor være at de andre opplevde hjelpen de fikk helt annerledes.

Selv om tiltaket er iverksatt i tre kommuner er det kun evaluert i Ski. Denne oppgaven baserer seg på denne evalueringsrapporten og kan derfor ikke oppgi at de andre kommunene tilbyr eksakt samme tjeneste eller har samme utfordringer.

For at flere kommuner skal iverksette tiltak slik som Hjelper'n er det behov for ansatte med relevant kompetanse. I 2009 startet Helsedirektoratet en tilskuddsordning hvor kommunene kunne få tilskudd for å ansette kommunepsykologer som skulle fokusere på forebyggende behandling (52). Kommunepsykologer trenger ikke forholde seg til den regelstyrte virksomheten psykologene i eksempelvis PPT må. Dermed er ansettelse av kommunepsykologer en god mulighet for å iverksette tiltak i flere områder i kommunen. Kommunepsykologer kan også være sterke bidragsytere i prosessarbeidet ved kartleggingen og utarbeidelsen av tiltak.

Hjelper'n vil kunne være nyttig, spesielt i mellomstore kommuner som har mulighet til å ansette kommunepsykologer og eventuelt psykiatrisk sykepleiere, barnevernspedagoger eller vernepleiere for å bygge opp den nødvendige kompetansen. Som så mange andre tiltak, er det tilgang på økonomi og kompetanse som gjør gjennomføringen komplisert. Kommuner som kartlegger at de har lange ventelister til barn og familier hos BUP, PPT og lignende tjenester kan være de kandidatene som bør vurdere å iverksette lignende tiltak.

3.3 Skole: Antimobbeprogrammet Olweus

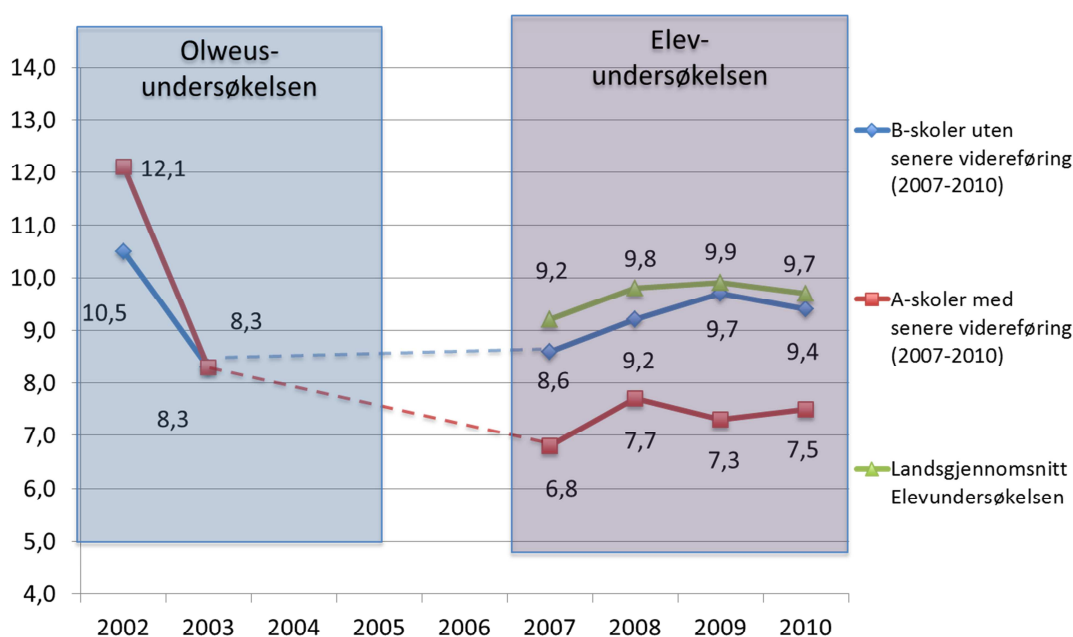
Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	3
Forebyggingsnivå	Selektivt

Kunnskapsgrunnlag

Olweusprogrammet er et av de største antimobbetiltakene i Norge (53). Det er gjennomført syv effektstudier i Norge, hvor alle studiene viser klar nedgang i andelen barn som blir mobbet og andelen barn som mobber etter at tiltaket er iverksatt.

I en meta-analyse som inkluderer 44 studier med 24 evaluerte mobbe-programmer fra hele verden blir Olweusprogrammet, og programmer som ligner, trukket frem som det mest effektive (34). I evalueringene gjort av programmet spriker reduksjonen av mobbing mellom 30 og 60%. Enkelte studier har vist at effekten fremdeles vedvarer etter 20 måneder.

En rapport om langtidseffektene av Olweusprogrammet mot mobbing ble publisert i 2015 (35). Den sammenligner langtidsutviklingen av mobbetendensen for to hovedgrupper av skoler, som i figur 6 kalles A- og B-skoler. A-skoler er skolene som innførte Olweusprogrammet i perioden 2001-2005 og som på eget initiativ gjennomførte undersøkelser i oppfølgingsperioden 2007-2010. B-skoler innførte programmet en gang i samme periode som A-skolene, men ingen av dem gjennomførte oppfølgingsundersøkelser under oppfølgingsperioden. Figur 6 viser en grønn linje som står for landsgjennomsnittet av mobbing kartlagt av elevundersøkelsen, fra denne er Olweus-skolenes svar fjernet. Oddsen for å bli mobbet for elever i barneskoler som ikke er Olweus-skoler er dermed nesten 40% høyere enn for elever som går på en A-skole med senere videreføring av Olweusprogrammet.



Figur 6: Langtidsutviklingen for skoler som begynte med Olweusprogrammet i 2001-2004 sett i relasjon til landsgjennomsnittet fra elevundersøkelsen (35).

Tiltaket

Olweus-programmet rettes mot alle elever i grunnskolen (53). Målet for programmet er å forme et miljø som reduserer belønning av mobbeatferd. Dette gjøres gjennom å skape et trygt skolemiljø, vennerelasjoner og fremme de voksne som autoritære og gode rollemodeller. Programmet skal fremme personalets kompetanse om mobbing slik at de lettere kan gripe inn og forbedre inspeksjonssystemet i friminutter. Etter programmets innføringsperiode på 18 måneder er det utviklet et kvalitetssikringssystem som gjør det enklere for skolene å fortsette arbeidet.

Metodene for programmet fordeles på tre nivåer i løpet av de første 18 månedene:

Skolenivå

- Her brukes spørreskjema for å kartlegge elevenes forhold til mobbing. På denne måten er det enklere å få en oversikt over hvordan elevene oppfatter skolemiljøet, og evaluere om tiltaket har hatt effekt i etterkant.
- Det opprettes en samordningskomité som har ansvar for gjennomføringen av programmet. Komiteen kan bestå av ansatte fra ledelsen, lærere, helsesøster, foreldrerådets arbeidsutvalg-representanter (FAU), elevrådet og skolefritidsordningen.
- Alle ansatte skal delta på pedagogiske samtalegrupper hver 14 dag. Her utføres planleggingen og evalueringen av tiltaket.

Klassenivå

- Det blir dannet klasseregler mot mobbing hvor alle elevene får mulighet til å være med på formuleringen.
- Det blir avholdt regelmessige klassemøter for både elever og med foreldre.

Elevnivå

- De som utøver mobbing vil måtte være med på samtaler med personalet med og uten foreldre til innblandede elever.
- Etter møter med både mobbeoffer og mobbere blir det utformet individuell tiltaksplan for videre oppfølging.

Hvorfor iverksette?

Det rapporteres at 63 000 barn og unge opplever å bli mobbet til enhver tid i Norge (54). Rundt 80 000 av grunnskoleelever er involvert i mobbing enten som mobbeoffer eller mobber. Mobbing er ikke bare en konflikt mellom flere parter, men defineres som en form for overgrep. Det skilles mellom tre former for mobbing: direkte mobbing som skjer under mellom-menneskelig kontakt slik som vold, direkte mobbing i form av eksempelvis ryktespredning og sosial utestengelse og digital mobbing som skjer via sosiale medier.

Depressivitet, angst, lav selvtillit, ensomhet, selvmordstanker og psykosomatiske plager slik som hodepine, magesmerter og søvnvansker er blant de psykiske helseproblemene mobbing kan medføre (54). De psykiske problemene som oppstår av systematisk og langvarig mobbing, varer ofte livet ut, og vil kunne føre til store vansker for å fungere godt i arbeidslivet. Det er ikke bare et problem for ofrene, men det er en tendens at mobbere har økt risiko for senere antisosial- eller kriminell utvikling. Forebyggende tiltak rettet mot reduisering av mobbing vil kunne bidra til positive effekter for mobbeofre og mobbere.

Resultatene fra evalueringsstudiene av Olweusprogrammet, gir et godt grunnlag for å anta at skoler som implementerer programmet og arbeider med senere videreføring skaper et miljø med langt mindre mobbing. Det er kritikkverdig at ingen av studiene er publisert i sin helhet som vitenskapelige artikler i fagfelleurderte journaler. Studiene er publisert i bøker og som oppsummeringsartikler i internasjonale journaler. Det kan tenkes at det fokuseres mest på de

positive funnene, fremfor mer konkrete beskrivelser av den statistiske analysen. Sammenligningen gjort med elevundersøkelsen trenger ikke være valid, da det kan være stilt ulike spørsmål om mobbing. Dette blir ikke oppgitt i rapporten.

Et problem med antimobbeprogrammer er at det hvert år kommer nye kull på skolen som ikke har vært delaktige i implementeringen. Dersom tiltaket ikke opprettholdes, eller har skapt en varig endring i skolens kultur og miljø, vil det ikke gi varig endring for alle på skolen. Derfor er det svært viktig at tiltak som blir iverksatt er under kontinuerlig arbeid.

Skolen er en arena med stor relevans for det forebyggende helsearbeidet (11). Som utdanningsinstitusjon har skolen ansvar for å gi elevene kunnskap og ferdigheter om helserelevante forhold. Skolen er en arena hvor tiltak når alle barna i samfunnet, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn. I barne- og ungdomsskoletiden blir store deler av den viktigste helserelaterte atferden etablert. Skolen er barnas "arbeidsplass" der de tilbringer store deler av sin hverdag. Hvordan barna har det på skolen vil kunne ha mye å si for deres psykiske helse i voksen alder. Derfor vurderer vi skolen som det viktigste stedet for å fremme god psykisk helse.

Digital mobbing har blitt en spesielt stor utfordring i senere tid, da denne typen mobbing kan skje anonymt og hovedsakelig utenfor skoletiden (55). Olweus-programmet ble for første gang utprøvd på 80-tallet og har igjennom 90-tallet og frem til 2010 gitt gode resultater. Men siden mobbetrenden kan se ut til å ha endret seg fra klasserommet til sosiale medier, kan det være at nyere studier ikke vil fange opp dette. Dersom programmet skal være gyldig i fremtiden vil det være nødvendig å oppdatere programmet slik at det er tilpasset dagens og fremtidens barn.

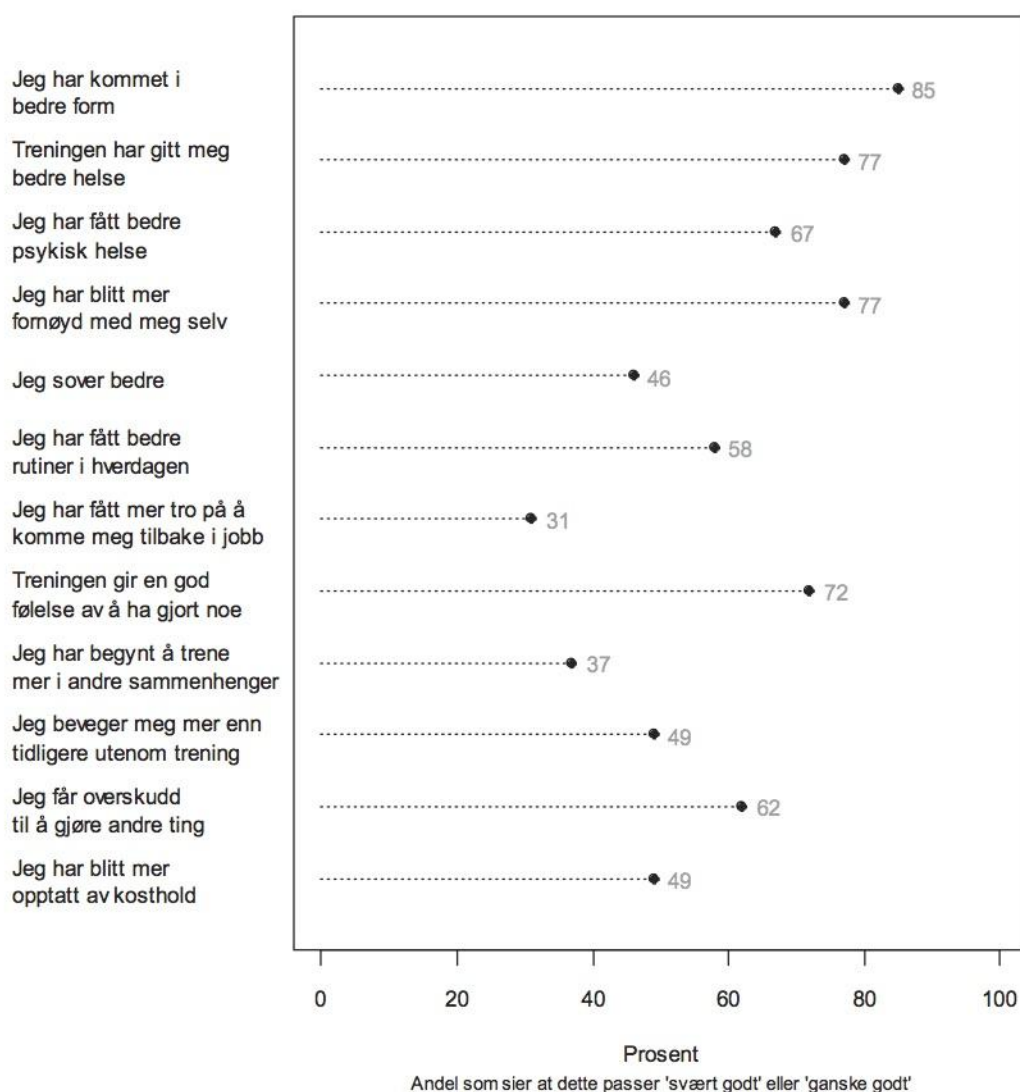
Det viktigste før skolene implementerer slike tiltak, er selvsagt å kartlegge hvordan miljøet på skolen er. Selv om mobbing ikke trenger å være et utpekt problem, vil det alltid være viktig å arbeide kontinuerlig for å opprettholde og forbedre skolemiljøet. Engasjerte og motiverte ansatte på skolen er viktig for å kunne innføre slike programmer. Hvis implementering av nye tiltak fører til langt mer arbeid for de ansatte vil ikke arbeidsmiljøet bli bedre, for verken elever eller ansatte. Dersom skolene gir et trygt oppvekstmiljø for barna, kan dette bidra til at de er langt bedre rustet mot psykiske lidelser i voksen alder.

3.4 Arbeid: Aktiv på dagtid

Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	2
Forebyggingsnivå	Selektivt

Kunnskapsgrunnlag

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) undersøkte i 2011 deltakeres erfaringer fra Aktiv på dagtid (ApD) i Oslo (56). Undersøkelsen målte ikke direkte følger av treningen, men hvordan deltakerne selv vurderte tiltakets betydning for dem. To tredjedeler svarte i undersøkelsen at de har psykiske plager og flere oppgaver at de har redusert sitt medikamentbruk av antidepressiva etter treningsoppstart. 67% oppgir at deltakelsen i ApD har betydd at de har forbedret sin psykiske helse.



Figur 7. Svarene gitt på spørsmålet "Hva har deltakelse i Aktiv på Dagtid betydd for deg?" oppgitt i prosent (56).

Rapporten trekker frem spesielt fire forhold som gjør tilbudet vellykket.

1. Høy kvalitet - I Oslo er alle instruktører nødt til å ha minimum bachelorgrad innen idrett og helse. Tilbudene i ApD varierer fra mer sosiale aktiviteter, slik som bowling, til hardere fysiske økter som klatring, styrke- og kondisjonstrening i sal.
2. Rimelig å delta - Det koster 500 kr per kalenderår å delta på ApD.
3. At det ikke er en del av hjelpeapparatet - Selv om frisklivssentraler, NAV og andre offentlige instanser kan henvisne deltakere blir ApD drevet utenom. Deltakelse er frivillig, og blir derfor ansett mer som en lystbetont aktivitet fremfor nødvendig behandling.
4. At det er et lavterskeltilbud med varierende aktiviteter som gjør tilbudet attraktivt for alle uansett fysisk form.

Tiltaket

Aktiv på dagtid er et lavterskel treningstilbud flere kommuner tilbyr mennesker i aldersgruppen 18 til 67 år, og som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet (36). ApD har som mål å bidra til at mennesker som står utenfor arbeidslivet skal ha muligheten til å delta i et trenings- eller idrettsmiljø, med fokus på økt aktivitetsnivå og mestringfølelse.

De fleste kommuner som har startet opp tilbudet, har inngått et samarbeid med Norges Idrettsforbund og andre lokale idrettskretser. Akershus-, Østfold-, Aust-Agder-, Møre og Romsdal-, Tromsø- og Oslo Idrettskrets tilbyr ApD per april 2016. Flere inngår også samarbeid med lokale frisklivssentraler og treningssentre, for å ha tiltak til lokaler for gruppetrening. Tiltaket er utbredt, men det er stor variasjon i tilbudene gitt i hver enkelt kommune.

Hvorfor iverksette?

Fast arbeid gir sikker økonomi, struktur og en følelse av mestring. Fra siste kvartal i 2014 var 14,9% legemeldt sykefravær, grunnet psykiske plager eller lidelser (57). Å være i arbeid er sosialt og gir mening. Regjeringen lanserte i 2013, *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse*, som skal styrke innsatsen i arbeidet for mennesker med psykiske utfordringer i arbeid (58). Oppfølgingsplanens mål er å gi et sterkere og mer koordinert tjenestetilbud, slik at arbeidet både skal forebygge sykefravær og motvirke utstøting av personer med psykiske helseproblemer.

Det er per dags dato ingen evalueringer som sier noe om hvordan Aktiv på dagtid kan ha hjulpet personer tilbake eller ut i arbeidslivet. Men som rapporten fra NOVA konkluderer med, er det gode muligheter for at ApD er et viktig tiltak for å unngå sosial isolasjon og inaktivitet når man står uten arbeid. Siden deltakerne som svarte på undersøkelsen ble spurt under treningsperioden, har de ikke fått kartlagt personer som er tilbake i arbeidslivet. Alle svarene i undersøkelsen baseres på deltakernes subjektive opplevelse av tiltaket i Oslo, og kan derfor ikke sies å være representativt for alle deltakerne i Norge.

Det å være utenfor arbeidslivet innebærer at en mister arenaer for kontakt med andre mennesker. Det er enighet i medisinske miljøer at fysisk aktivitet kan være forebyggende og behandlende for lettere psykiske lidelser. Virkningsmekanismene av fysisk aktivitet, spesielt i grupper, kommer av et komplekst samspill mellom mestring, sosialt og kroppslige faktorer.

I Oslo er det mulig å delta på flere ulike aktiviteter (59). Mindre kommuner vil kunne ha problemer med å finne lokaler, arrangører og aktivitetsvariasjon. For at kommunene skal kunne gjennomføre og utvide et tiltak slik som ApD vil det være nødvendig å kartlegge hvilke muligheter og ressurser kommunen har og vil bruke. Samarbeid med private aktører og andre kommuner vil være en god idé for mindre kommuner. Eksempelvis er samarbeidet mellom Aktiv på dagtid Oslo og Actic Treningssenter arrangert slik at for hvert tiende treningsabonnement ApD tegner hos dem, får de en satt sum. I tillegg er treningstiden for ApD begrenset slik at deltakerne ikke kan benytte seg av treningssenteret utenom disse tidene.

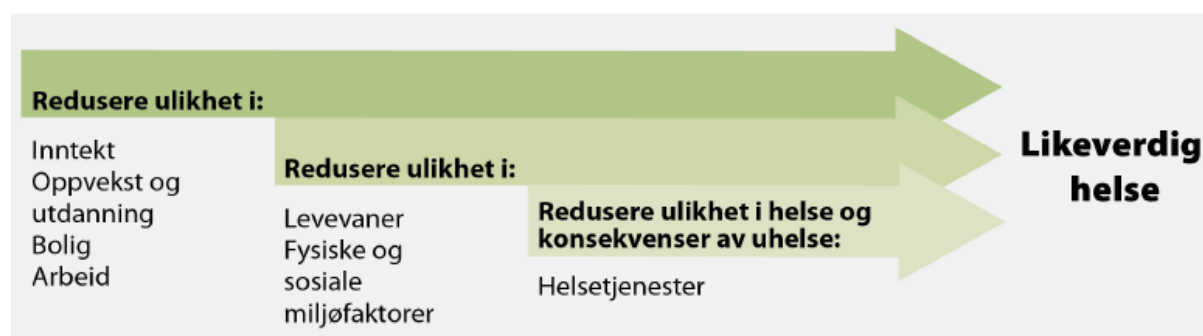
ApD er etter vår mening et godt tilbud, som kan gi personer som har havnet utenfor arbeidslivet en mulighet til å opprettholde rutiner, inngå bekjenskaper og dermed fremme, ivareta eller forbedre sin psykiske helse.

3.5 Kultur og fritid: Utlånsentral

Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	1
Forebyggingsnivå	Selektiv

Kunnskapsgrunnlag

Kommunehelseprofilene for 2016 har utjevning av sosiale ulikheter som hovedtema. Sosiale ulikheter er de systematiske helseforskjellene i ulike samfunnsgrupper (37). Å redusere sosiale helseforskjeller er et av de viktigste prinsippene som Folkehelseloven bygger på. I kommunehelseprofilene for 2016 trekker de frem utlånsentraler som et tiltak som kan bidra til å styrke barn og foreldres psykiske helse. Grunnen til dette er at mange barn og unge blir ekskludert fra å drive med sport og fritidsaktiviteter fordi utstyr er dyrt, og fordi yngre barn vokser fort ut av utstyret.



Figur 8. Innsatsområder for å redusere sosial ulikhet i helse (37).

Figur 8 viser de ulike innsatsområdene for å redusere sosiale helseforskjeller oppgitt i kommunehelseprofilene (37). Utlånsentraler vil falle under reduksjon av ulikhet i levevaner, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Det finnes 419 frivillighetssentraler i Norge, men ingen oversikt over hvor mange av disse som tilbyr utlån av utstyr. Flere av utlånsentralene er organisert gjennom andre frivillige organisasjoner, slik som Kirkens Bymisjon og idrettslag. Vi har ikke klart å oppdrive et tallfestet datamateriale som sier hvor mange utlånsentraler det finnes i Norge, eller hvor mange som er brukere. BUA er en nasjonal forening som startet opp i 2014 (60). De har som mål å bidra til økt inkludering og deltakelse i helsefremmende aktiviteter for barn og unge, uavhengig av sosioøkonomisk status. De gjør dette ved å synliggjøre allerede eksisterende utlånsordninger. De har siden oppstart utarbeidet verktøymetoder som skal være et hjelpemiddel for de kommunene som ønsker å starte eller forbedre sin utlånsordning. I mars 2016 hadde de 18 medlemmer spredt over hele landet.

Fordi det blir startet opp mange utlånsentraler viser dette til et behov i befolkningen. Selv om det mangler effektstudier av hvordan dette påvirker befolkningens psykiske helse, er tiltaket utbredt og anbefalt av Folkehelseinstituttet som er et statlig forvaltningsorgan.

Tiltaket

I flere kommuner er det opprettet utlånsentraler som samler utstyr av alle slag, og som kan leies ut til organisasjoner, skoler og familier (38). I Trondheim kommune finnes fire ulike utlånsentraler av tur- og sportsutstyr. To av disse utlånsentralene er fotball-lag, ett er gjennom en kommunal opplevelsesstasjon, og det siste er gjennom frivillighetssentralen. Flere kommuner og bydeler har åpnet utlånsentraler i frivillighetssentralene hvor utlån er gratis. Andre lag og organisasjoner tar en liten sum ved utlån.

Skattekammeret er Kirkens Bymisjons utlånsentral (39). De tilbyr utlånsentraler i Oslo, Halden og Haugesund. Her kan barn under 18 år kan låne sportsutstyr gratis, mens personer over 18 år kan leie utstyret for en rimelig pris.

Det trenger ikke utgjøre store kostnader for sentralene, lagene eller organisasjonene å skaffe utstyr. En idé kan være å informere kommunen om oppstart og be personer donere utstyr de har til overs og aldri bruker. Et samarbeid med lokale utsalgssteder kan også sørge for å skaffe utstyr til en rimeligere penge, eller sørge for billigere reparasjon av utstyr. Hver enkelt kommune må avgjøre hvor mye ressurser som skal bevilges til prosjektet. Åpningstider vil variere, og det vil kanskje være behov for mer bemanning i forkant av ferieperioder. Å bruke BUA som et nettverk for å utvikle, forenkle og forbedre tjenesten vil kunne være svært nyttig for alle kommunene.

Hvorfor iverksette?

Friluftsutstyr, sykkel, ski og fotballsko, er utstyr som ikke alle familier kan prioritere å bruke ressurser på. I forbindelse med skoleaktiviteter, organisert idrett eller andre sosiale sammenkomster, kan det stilles krav til utstyr. Disse kravene kan føre til at barn og unge faller utenfor i flere aktiviteter som jevnaldrende i deres lokalmiljø deltar på.

Å oppleve støtte og mestring vil kunne bidra som en forebyggende faktor for psykisk helse (4). Det å ha bedre tilgang til ulike typer utstyr vil også kunne føre til økt aktivitet når tilgjengeligheten til utstyr øker. Dersom utlånsordningen inkluderer utlån til voksne kan dette også være en ressurs for hele familien, og ikke kun barna. Det gir mulighet for å prøve noe nytt, øke aktivitetsnivået og fungere som et inkluderende tiltak. Biblioteker er til for å spre kunnskap til folket gjennom muligheten for å låne bøker, derfor er utlån av utstyr etter vår mening en god vei å gå for å forebygge psykiske problemer ved å tilby muligheter og mestring.

3.6 Helse- og omsorgstjenester

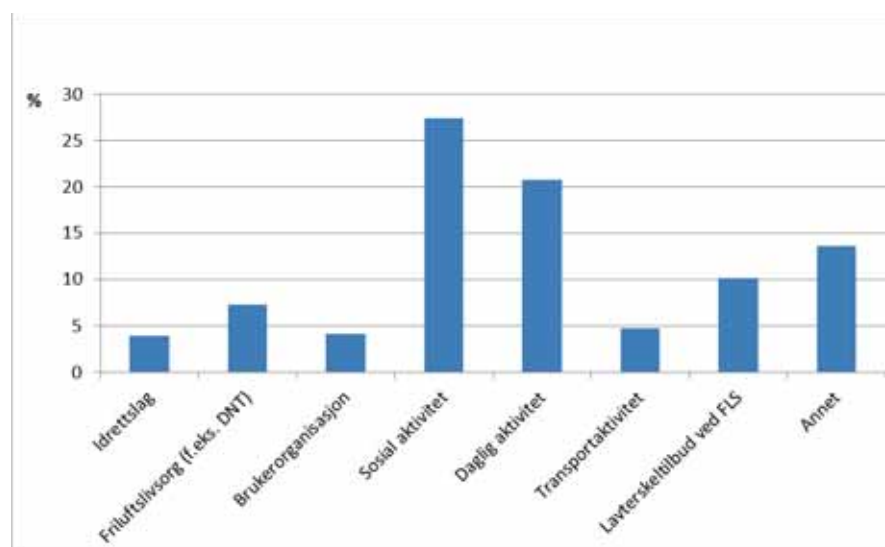
Under helse- og omsorgstjenester omtales 3 ulike tiltak.

3.6.1 Etablering av frisklivssentraler

Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	3
Forebyggingsnivå	Selektivt / Indikativ / Behandlende <i>Vil variere ved tilbud.</i>

Kunnskapsgrunnlag

En tverrsnittsundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune kartla endringer i aktivitetsnivå etter deltakelse på frisklivsresept (41). 169 deltok i undersøkelsen som ble gjennomført i 2012. Blant disse var muskel- og skjelettplager, overvekt, fysisk inaktivitet og psykiske plager de hyppigste årsakene til henvisning.



Figur 9. Arenaer hvor deltakerne hadde økt aktivitet etter frisklivsresepten oppgitt i prosent (41).

Av de deltakerne som svarte at de hadde økt sitt aktivitetsnivå etter utløp av frisklivsresepten, svare 55% at denne økningen vedvarte i to til fire år. Sosiale aktiviteter var det flest rapporterte som en aktivitet de opprettholdt. Hyppigst rapporterte motiv for dette, var å være i aktivitet med andre.

I 2014 hadde 215 kommuner og bydeler etablert lokale frisklivssentraler (40). I følge en kartlegging av frisklivssentraler i Norge gjort av SSB, er det gjennomsnittlig i underkant av ett årsverk per kommune som jobber i sentralen. Av årsverkene er det fysioterapeuter som utgjør den største yrkesgruppa. Det at så mange kommuner har etablert sentraler, viser at det er et klart behov for tilbudet. Etablering av frisklivssentraler er inkludert i oppgaven, fordi å forebygge livsstilssykdommer er en beskyttelsesfaktor for psykisk plager.

Tiltaket

Frisklivssentraler er en kommunal helsetjeneste med fokus på helsefremming og forebygging (61). Sentralene omtales av Helsedirektoratet som et effektivt virkemiddel for kommunene i folkehelsearbeidet. For hver person som ikke røyker, unngår overvekt og er i regelmessig fysisk aktivitet, er det anslått at velferdsgevinsten vil være mellom 7,5 til 12,5 millioner kroner (61). For å bli deltaker/bruker av frisklivssentralen, kan man få henvisning fra lege, helsesøster, NAV, eller selv ta direkte kontakt med frisklivssentralen.

Frisklivssentralene skal tilby et tidsavgrenset strukturert veilednings- og oppfølgingstilbud (40). Alle sentralene skal minimum ha tilbud om hjelp til snus- og røykeslutt, økt fysisk aktivitet og kostholdsveiledning. Flere tilbyr også hjelp til mestring av depresjon og belastninger, søvnvansker og risikofylt alkoholforbruk. Tilbudene er strukturert slik at det er både gruppe- og individbasert, over en periode på 12 uker.

Den individbaserte delen starter og slutter med en helsesamtale som bygger på motiverende intervjuteknikk. I første samtale kartlegges nåværende situasjon, behov, motivasjon og mål. Motiverende intervju er en samtalemetode som skal styrke den enkeltes motivasjon og mestringstro. Fremfor å gi deltakerne råd om anbefalt atferd, styrer helsearbeideren samtalen med åpne spørsmål, slik at deltakeren selv finner argumenter for egen livsstilsendring. Det er vanlig å ha en midtveissamtale etter 6 uker for å evaluere fremgangen. Dette kan baseres noe på skjønn, dersom det er klart at deltaker trenger hyppigere møter. Etter 12 uker avsluttes eller forlenges tilbudet, alt avhenger av deltakerens behov og frisklivssentralens kapasitet.

Den gruppebaserte delen går på kurs og temabaserte samlinger om for eksempel kosthold, røykeslutt eller mestring. For å delta på kurs er det ikke nødvendig med den individbaserte delen dersom det ikke er ønskelig. De fleste frisklivssentralene tilbyr ulike former for gruppetrening én eller flere ganger i uken, dette varierer mellom sentralene. Selv om frisklivssentraler skal tilby hjelp til voksne i arbeidsfør alder, har flere etablert egne frisklivstilbud rettet mot barn, ungdom og eldre.

Hvorfor iverksette?

Ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2 og KOLS er svært utbredt i befolkningen (1). Risikofaktorer i livsstilen slik som høyt tobakk- og alkoholbruk, usunt kosthold og inaktivitet øker risikoen for disse sykdommene betraktelig. Å etablere en frisklivssentral i kommunen, kan være et godt tiltak for å forebygge både somatiske- og psykiske lidelser. Deltakelse kan fremme deltakernes psykiske helse ved økt velvære, positiv atferd, mestring og evne til å håndtere belastninger. Gruppebasert arbeid kan bidra til sosial støtte, noe som er en svært viktig beskyttelsesfaktor mot utviklingen av psykiske plager.

I tverrsnittstudien fra Modum kommune, var psykiske plager en av de hyppigste årsakene til henvisning. Den sosiale aktiviteten var det som ble sterkest opprettholdt etter frisklivsperioden var over. Dette gir en indikasjon på at frisklivssentraler er nødvendige og virkningsfulle for forebygging av psykiske plager. Det er viktig å ta hensyn til at studien hadde lav svarprosent, noe som kan gi et skjevt utvalg. Deltakere kan ha overdrevet eller underdrevet da undersøkelsen var retrospektiv, ettersom det var mellom to og fire år siden de hadde frisklivsresept. Undersøkelsen ville trolig gitt bedre forklaring på årsak-virkning dersom det hadde blitt gjennomført en spørreundersøkelse før, underveis og etter frisklivsresepten.

Selv om seks av ti kommuner, i følge SSB, rapporterte at de hadde etablert frisklivssentraler i 2014, er det stor variasjon mellom ansatte i sentralene. Fysioterapeuter utgjorde den største arbeidsgruppa i frisklivssentralene og sykepleiere utgjorde den nest største. Enkelte plasser er ernæringsfysiologer, ergoterapeuter og andre yrkesgrupper ansatt i sentralene. Ansatte i frisklivssentralene skal veilede personer med et komplekst sykdomsbilde. Derfor mener vi det er nødvendig at sentralene ansetter personer med utdanning utover fysioterapi for å kunne fokusere på et bredere spekter. I Nordstrand frisklivssentral er det ansatt en fysioterapeut og en psykolog (62). Ansettelsen av psykolog ble gjort etter å ha kartlagt at det var et utbredt behov for forebyggende psykisk helsetjenester i bydelen.

For å etablere frisklivssentral må det baseres på en kommunal utredning og saksbehandling, og forankres i kommunale budsjetter (61). Kommunene må beslutte å etablere sentraler på bakgrunn av oversikten de har over helsetilstanden i kommunen. Kjernetilbudene innen fysisk aktivitet, kostholdsending og snus- og røykeslutt skal være tilgjengelige ved sentralene. De kan utarbeides i samarbeid med andre kommuner eller aktører. Tilbud utover dette vurderes ut fra lokale ressurser og behov.

3.6.2 Kurs i depresjonsmestring

Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	3
Forebyggingsnivå	Selektivt / Indikativ / Behandlende

Kunnskapsgrunnlag

Kurs i mestring av depresjon (KiD) er et forskningsbasert, forebyggende og behandlende tiltak (63). Kurset er et av de mest evaluerte forebyggende tiltakene i mange land, og viser god effekt, spesielt på mennesker med mild til moderat depresjon. I 2013 oppga 24% av de etablerte frisklivssentralene at de hadde KiD som tilbud (40). Tiltaket er omtalt i denne oppgaven som et eget tilbud, fordi det ikke nødvendigvis må være et tilbud igjennom frisklivssentralene.

En norsk randomisert kontrollert studie viste en signifikant bedring sammenlignet med kontrollgruppen seks måneder etter KiD (42). Effektmålet er endring i gjennomsnittsskåringen på *Beck Depression Inventory*, som er et skjema som estimerer deltakernes depressive dybde (64). Den første vurderingen ble gjort rett før kursstart, den andre vurderingen ble gjennomført etter to måneder, og den siste vurderingen ble gjennomført etter seks måneder. Studien viser at det ble en forbedring i begge gruppene, men totalt er det en 35% reduksjon av Beck Depression Inventory i intervensjonsgruppen, mot en 19% reduksjon i kontrollgruppen. Kursets effekt synes å være størst ved moderate depresjoner, noe som er viktig å ta hensyn til ved henvisning til kurs.

Tiltaket

Kurset er for mennesker over 18 år som i perioder er nedstemt eller deprimerte slik at det går utover deres funksjonsevne (63). Tidsrammen er over 8 uker, hvor det er ukentlige 2,5 timers samlinger. Det gis også oppfølgingsmøter etter to og fire måneder.

I løpet av kurset lærer hver deltaker om teknikker for å kognitivt mestre og snu negative tanker. Deltakerne trenes i øvelser for å se sammenhenger mellom følelser, tanker og handlinger. Enkle hjemmeoppgaver blir gitt på slutten av hver kursdag, og blir diskutert i plenum på starten av neste samling. På den måten får deltakerne aktivt prøvd ut teknikkene hjemme, og får en innsikt i hvordan andre opplever de samme utfordringene.

Hvorfor iverksette?

Å ha forebyggende behandlingstilbud i grupper er tids- og kostnadseffektivt for kommunehelsen. KiD-kurs trenger ikke nødvendigvis være bundet til kommunens frisklivssentral, men et tilbud hos for eksempel NAV eller ved helsestasjon. For å holde et KiD-kurs må kursleder være utdannet gjennom fagakademiet (63). Denne utdannelsen går over en uke med samlingsbasert undervisning og oppfølging av veileder under utførelsen av kurs. Som med alle andre selektive tiltak, er det nødvendig å jobbe tverrfaglig for å informere om kurstilbud. Dette bør være i sterkt samarbeid med fastlegekontorer, helsestasjon, NAV og andre helsetjenester i lokalmiljøet.

Rekruttering til kurs som dette kan være komplisert spesielt i små kommuner. I Friskliv Follo samarbeider alle de syv kommunene om å arrangere KiD (65). De rullerer på kurslokaler, slik at tilbudet når ut til alle i distriktet.

KiD ser ut til å ha best effekt på mild til moderat form for depresjon (42). Dermed kan man si at kurset forebygger mot videre utvikling av alvorlige depressive episoder. Fordelene med at dette kurset er gruppebasert, er at gruppedynamikken kan skape en tilhørighet og en motiverende dynamikk. Det er også fordelaktig fordi det fungerer forebyggende og behandlende for mer enn én person om gangen. Den randomiserte kontrollerte studien er den eneste studien gjennomført i Norge. Selv om studien konkluderer med en signifikant effekt hos deltakerne, er det ikke nødvendigvis overførbart til resten av befolkningen. Studien inkluderer kun deltakere fra Oslo, det er en høyere andel kvinner og mange av dem har høy utdanning. Deltakerne ble rekruttert gjennom annonse i Aftenposten. Studien kan konkludere med at kurset hadde en effekt på en gruppe personer som har vært deprimerte i lang tid, og som har hatt begrenset nytte av tidligere behandling.

Gruppedynamikk, motivasjon og hvordan kurslederen klarer å formidle ønsket informasjon er viktige faktorer for at kurset skal være effektivt. Derfor er det vanskelig å si at et slikt kurs alltid vil fungere, men det ser ut til at de grunnleggende prinsippene i den kognitive læringsteknikken vil kunne gi effekt.

3.6.3 Sosial nettverksstimulering

Vurdering av tiltak	
Kunnskapsnivå	2
Forebyggingsnivå	Selektivt

Kunnskapsgrunnlag

Det er få studier som kartlegger de eldre sin psykiske helse, men forekomsten av angst- og depresjonslidelser er jevnt fordelt gjennom voksenlivet. Tap av fysisk helse og funksjonsevne, er ved siden av tap av en nær pårørende, den viktigste utløsende faktoren til depresjon i alderdom (66). Depresjon er en av de vanligste emosjonelle plagene hos eldre. Studier viser at depresjon er noe hyppigere hos kvinner enn hos menn, mens hos de eldste er forekomsten tilnærmet lik hos begge kjønn.

I en systematisk review publisert i *Ageing and Society* i 2015, har de sammenlignet 30 tiltak. Studien konkluderte med 5 RCT-studier og 1 non-RCT-studie som ga effektive resultater (43). I studiene ble det brukt spørreskjemaene: *UCLA loneliness scale*, *Inventory of daily widowed life-scale*, *Bradburn Affect Balance scale* og *Zarit Burden Interview* til å måle effekt. Disse skjemaene, er i følge artikkelen, sammenlignbare og regnet som valide måleinstrumenter.

Felles for de effektive intervensjonene var at de inneholdt undervisning og sosiale aktiviteter i grupper. Dette var også tiltakene hvor deltakerne fikk være med på å forme intervensjonen. På denne måten kan deltakere knytte sterkere tilhørighet til intervensjonen. Tiltakene som fokuserte på hjemmebesøk hadde ikke effekt, da de som besøkte ikke nødvendigvis var i samme aldergruppe, eller delte samme interesser og sosiale bakgrunn.

Tiltaket

Intervensjoner i grupper for eldre kan gjennomføres på dagsenter for eldre eller ved frivillighetssentralen. Et eksempel på satsing på de eldre sin psykiske helse kan sees i Askøy kommune (67). Her har de siden 2010 hatt stillingen *eldrepsykolog* i kommunen. Eldrepsykologen i kommunen har i tillegg til enkeltkonsultasjoner opprettet støtte- og mestringsgrupper for å forebygge ensomhet.

Det er viktig å ta hensyn til at ikke alle eldre i kommunen har mulighet til å selvstendig komme seg ut av bolig, så henting og hjemkjøring vil kunne være nødvendig. Informasjonen om gruppene bør kunne formidles via hjemmetjenesten, på dagsenteret, fastlege og informasjonsbrosjyre sendt i post. Eldresentre og dagsenter er gode bidragsyttere i lokalsamfunnet for de eldre. Flere eldresentre tilbyr mat og ulike aktiviteter slik som sang, dans og trim. Dette er svært gode tilbud, men treffer gjerne kun de eldre som allerede er delaktige i det sosiale. Oppstart av samtalegrupper, med enkel undervisning i mestring av dagligdagse gjøremål og følelser, kan føre til bedre inkludering av de svakere eldre og gamle i kommunen. Gjennomføringen av gruppesamtalene trenger ikke å være ledet av høyt utdannet personell, men kan være basert på frivillig arbeid eller allerede ansatte på eldresenteret. Ved undervisningssamlinger kan temaene variere mellom for eksempel mestring av tap og depresjonstendenser, og enklere temaer som kosthold eller lett

bevegelighet. Ved slike undervisningsdeler vil det være nødvendig å ta kontakt med kommunens psykolog eller helsepersonell, ved for eksempel helsehus eller frisklivssentraler. Det viktigste er å fokusere på at gruppen føler en sosial tilhørighet.

Hvorfor iverksette?

Aktiviteter med hensikt å redusere sosial isolasjon og ensomhet, har lenge vært en viktig del for å støtte utvikling, forbedring og vedlikeholde sosiale kontakter og den mentale helsen (4). Eldre lever med langt flere somatiske lidelser enn befolkningen forøvrig, og det er derfor samfunnsøkonomisk at befolkningen beholder god helse så lenge som mulig. Tap av ektefelle er en stor belastning for enkeltindividet, da hverdagen blir drastisk endret. I tillegg kan tap av det sosiale nettverket, på grunn av død eller på grunn av reduserte muligheter ved nedsatt mobilitet, føre til ensomhet og isolasjon.

Resultatene fra kunnskapsoversikten baseres på deltakernes subjektive opplevelse av endringen de har vært igjennom. Siden det baseres på flere studier som sammenlignes mener vi det er grunnlag for å anta at dette er valide og representative funn. Langtidseffekten etter flere år er derimot usikker. Dersom det sosiale nettverket opprettholdes også etter undervisningssamlingene, er det større sannsynlighet for at den gode effekten opprettholdes.

De aller fleste kommuner i Norge har etablert tilbud for eldre, men det er fremdeles nødvendig å kartlegge hvem som benytter seg av, eller ikke får muligheten til å benytte seg av tilbudene. Dersom kommunen har mange gamle som ikke bor sentralt, kan det være grunn til å anta at disse vil få økt livskvalitet ved sosial stimulering.

Å opprette en hel stilling slik som Askøy kommune har gjort, vil ikke være noe alle kommuner kan prioritere. Det kan allikevel være en idé verdt å vurdere i kommuner med alderstung befolkning. Alle kommuner bør kunne avsette ressurser til å inkludere de eldre sin psykiske helse i større del av sitt arbeid.

4.0 Redegjørelse av generelle utfordringer

Dette kapitlet redegjør for utfordringene ved å vurdere og rangere effekten av tiltakene omtalt i oppgaven. Videre redegjøres det for utfordringene ved folkehelsearbeidets evaluerings- og forskningsbaserte evidens. Til slutt i kapitlet synliggjøres de kommunale variasjonene, som medfører ulike prioriteringer ved implementering av tiltak.

4.1 Utfordringer ved oppgavens resultater

Hvordan mennesker subjektivt oppfatter god og dårlig helse, varierer mellom enkeltindividene. Ved innsamling og rapportering av psykisk helse, brukes ofte selvopplevd helse og livskvalitet hos deltakere. Spørreskjemaene som blir utfylt, kan gi en sterk indikasjon for hvordan tilstanden oppleves der og da, men angir ikke nødvendigvis varige endringer i den psykiske helsen (68). Selvrapportert helse, er ikke like treffsikkert, slik som målbare data av for eksempel vekt og høyde.

KiD-studien og de fleste studiene, inkludert i kunnskapssamlingen av sosial nettverksstimulering, benyttet ferdig utviklede spørreskjemaer, som har dokumentert kvalitet (42,43). Med sikkerhet kan disse tiltakene kategoriseres som de sterkeste, evidensbaserte tiltakene omtalt i oppgaven, selv om det etter vår formening ikke er de tiltakene som vil utgjøre størst og langvarig effekt i kommunene. Forebyggingsparadokset er et begrep som forklarer vår antagelse (8). Selektive og indikative tiltak, er kun effektive for de personene tiltaket når. Men ofte er det de som trenger det mest, som ikke oppsøker hjelp, og dermed ikke får nytte av tiltaket. Universelle tiltak, slik som universell utforming av nærmiljøet, kan sammenlagt innebære en langt større effekt enn gjennomsnittseffekten av selektive, indikative eller behandlende tiltak.

I denne oppgaven er tiltakene *universell utforming av nærmiljøet*, og etablering av *utlånssentraler* omtalt, selv om de ikke har effektstudier (32,38). Det er liten sannsynlighet for at disse tiltakene i fremtiden vil bli forsket på som forebyggende tiltak av psykiske lidelser. Disse tiltakene er inkludert, fordi det er en etablert enighet om at bomiljø, tilhørighet og inkludering fremmer psykisk helse. Fremfor å fokusere på dette som en svakhet i oppgaven, er de inkludert for å styrke vår vurdering av mangelen på kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Tiltakene i oppgaven kan forstås og rangeres etter styrke på to ulike måter.

1. Etter hvor mange som vil få utbytte av tiltaket i form av tiltakets helsefremmende område.
2. Tiltakets kunnskapsbaserte evidens.

Tabellen under viser de to ulike metodene og rangerer tiltakene fra høyt til lavt. Forkortelsene i parentes etter tiltakene under helsefremmende område står for:

U = Universelle tiltak

S = Selektive tiltak

I = Indikative tiltak

B = Behandlende tiltak

Tabell 5: Metoder for å rangere effekten av tiltakene. Rangeres fra høyt til lavt.

Helsefremmende område <i>Rangert etter hvor mange som blir berørt ved iverksettelse</i>	Kunnskapsbasert evidens <i>Rangert fra sterkeste til svakeste kunnskapsbaserte evidens</i>
1. Universell utbygging av nærmiljøet (U)	1. Kurs i depresjonsmestring
2. Olweus anti-mobbeprogram (S)	2. Sosial nettverksstimulering
3. Utlånsentraler (S)	3. Olweus anti-mobbeprogram
4. Sosial nettverksstimulering (S)	4. Etablering av frisklivssentraler
5. Aktiv på dagtid (S)	5. Aktiv på dagtid
6. Frisklivssentraler (S/I/B)	6. Hjelper'n
7. Kurs i depresjonsmestring (S/I/B)	7. Universell utforming av nærmiljøet
8. Hjelper'n (S/I/B)	8. Utlånsentraler

Før tiltak skal iverksettes for en større del av befolkningen, må teorien og kunnskapen bygge på et solid vitenskapelig grunnlag (4). Dette har gjort oppgaven spesielt utfordrende, da det er lite solid vitenskapelig forskning innen folkehelse og psykisk helse. Ved at tiltakene havner på ulike rangeringer i disse kategoriene, viser det et behov for å etablere bedre retningslinjer innen folkehelse relatert og forebyggende forskning.

Det at resultatene i denne litteraturstudien er selektivt valgt ut, og kvalitetssikret gjennom egenproduserte kriterier, kan betraktes som en svakhet ved studien. Resultatene er ikke sammenlignbare, og langt i fra sterkt evidensbasert. Likevel er arbeidet planlagt, dokumentert og drøftet, og etter vår formening gir oppgavens resultater svar på problemstillingen.

4.2 Evaluerings- og forskningsbasert folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid foregår i mange ulike fagdisipliner (11). Medisinsk forskning rettes mot enkeltindividet, og må gjennomføres under strenge randomiserte kontrollerte studier. Forskning i folkehelsearbeidet, tar for seg større deler av en befolkning, og vil derfor ikke kunne kontrollere gruppene, eller konkludere med sterk validitet. Begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid* er nødt til å bygge på viten fra flere fagdisipliner, fordi folkehelsefeltet har langt flere dimensjoner og særtrekk enn hva medisinsk forskning har. I denne oppgaven er det brukt RCT-studier i to kategorier: Kurs i depresjonsmestring og sosial nettverksstimulering. Begge disse tiltakene er langt mer behandlende for enkeltindividet enn de andre tiltakene, og er derfor enklere å gjennomføre under strenge forhold.

I følge Folkehelseloven skal kommunene evaluere iverksatte folkehelse tiltak og arbeid (7). Det er et viktig skille mellom forskningsbasert evaluering og den praktiske evalueringen av lokale folkehelse tiltak (4). Forskningsbasert evaluering er ressurskrevende, og det er behov

for sterke fagkunnskaper om teori, fremgangsmåte, etikk, datainnsamling, analyse og vitenskapelig rapportering. Sterke studier har en intervensjonsgruppe og en sammenlignbar kontrollgruppe. Folkehelseiltak på universelt og selektivt nivå gjør det komplisert, om ikke umulig, å få kontrollgrupper som er sammenlignbare. Et slikt arbeid vil i liten grad være gjennomførbar i en kommune.

Den praktiske evalueringen av kommunale folkehelseiltak blir gjerne gjennomført av gruppen som har arbeidet med tiltaket (4). Denne formen for evaluering legger vekt på om tiltaket ble gjennomført som planlagt, og hvordan det kan gjennomføres annerledes ved neste gang. Folkehelseiltak i kommunen legger opp til rom for endringer. Under forskningsstudier vil dette svekke forskningens målbarhet og troverdighet. For å produsere mer kunnskap i folkehelsefeltet, er det viktig å prioritere evalueringsarbeidet. Lokal evaluering er nødvendig, og kan føre til langt bedre utvikling av lokalsamfunnet, når det er basert på kunnskap og meninger fra den lokale befolkningen.

Selv om mange studier innen folkehelsearbeid og psykisk helse oppgir helt klare effekter, vil det aldri kunne være like treffsikre studier som det er innen ren medisinsk forskning. Dette kan føre til at kommuner nedprioriterer folkehelseiltak, siden forskningen ikke med sikkerhet kan konkludere med raske, synlige effekter.

4.3 Kommunale ulikheter

Folkehelseloven pålegger kommunene å fremme befolkningens helse og trivsel, mens Plan- og bygningsloven krever at kommunens planer skal være tilrettelagt for god utforming av omgivelsene (7,26). Kommunene i Norge er svært ulike i form av blant annet geografi, infrastruktur, demografi, arbeidskompetanse og økonomi. Som et resultat av dette har kommunene ulike behov og må derfor iverksette ulike tiltak. For eksempel vil kommuner med sterk vekst måtte fokusere på utbygging av infrastruktur og boliger. Rurale kommuner som opplever fraflytning, vil måtte arbeide med å kartlegge hva som mangler i lokalmiljøet for å beholde befolkningen.

Psykiske lidelser har i lang tid vært tabubelagt, og det er ikke før i senere tid det er blitt mer åpenhet rundt temaet. Diskriminerende holdninger rundt psykiske lidelser kan se ut til å henge mer igjen i mindre moderne miljøer (2). Det kan gjøre det spesielt utfordrende å etablere tilbud i disse kommunene. Å holde et kurs i depresjonsmestring, kan være utfordrende å holde på en øy med 200 innbyggere, dersom ingen ønsker å stå frem med sine problemer. Derfor mener vi at et interkommunalt samarbeid, slik som Friskliv Follo har etablert, er en god måte å møte dette problemet på. I større kommuner kan problemet med slike kurs være at det er for mange deltakere, eller at det ikke når ut til mange som trenger det. Dersom kurset blir arrangert i en bydel i Oslo, er det fremdeles svært mange fastleger og andre aktører som må informeres om tilbudet, samt informere dette videre til sine pasienter. Kommuner som skal motta en stor andel flyktningbarn eller har mange familier som stiller lavt på den sosioøkonomiske helsegradienten, vil ha størst helsefremmende utbytte av å etablere en god utlånssentral. Dette kan føre til integrering, både gjennom mestringskompetanse og kultur. Mens andre kommuner som har en høy andel langtidssykemeldte vil kanskje få best utbytte av å etablere en frisklivssentral eller ApD.

En kommune trenger ikke å etablere alle tiltakene for å fremme befolkningens helse eller forebygge psykiske lidelser. Alle de 8 tiltakene vil kun fungere dersom det er behov. Ved å

systematisk, tverrfaglig og jevnlig kartlegge befolkningens behov, vil utvalgte tiltak kunne fremme god psykisk helse og forebygge utviklingen av psykiske plager og lidelser.

5.0 Konklusjon

Alle de 8 tiltakene presentert i denne oppgaven, vil etter vår oppfatning fremme befolkningens psykiske helse, og dermed forebygge psykiske lidelser. Ikke alle tiltakene må iverksettes i en kommune for å fremme befolkningens psykiske helse. For at kommunene skal iverksette tiltak, er de nødt til å kartlegge innbyggernes behov, og prioritere bruk av ressurser deretter.

Oppgavens funn viser at psykiske plager og lidelser kan forebygges, ved å få profesjonell samtalehjelp uten venteliste (Hjelper'n), veiledning ved behov for livsstilsendring (Frisklivssentral), kurs i å mestre tunge perioder (KiD), og ved å få en møteplass for å være sosial (Sosial nettverksstimulering). God psykisk helse fremmes ved at lokalmiljøet er tilgjengelig for alle, uavhengig av funksjonsevne (Universell utforming). God psykisk helse fremmes ved å etablere gode læringsmiljøer der barn trygt kan utfolde seg (Olweus). God psykisk helse fremmes ved at alle har mulighet til å delta i aktivitetsglede, gjennom å tilby nødvendig utstyr (Utlånssentral) eller en gruppe å være med på dagtid (ApD). God psykisk helse produseres der hvor menneskene lever livet, og det er gjerne utenfor helsesektoren.

Litteraturliste

1. Samfunnsutvikling for god folkehelse: Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 jun [sitert 25. februar 2016] s. 144. Report No.: IS-2203. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/311/Samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-IS-2203.pdf>
2. Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter [Internett]. Regjeringen.no. 2015 [sitert 25. februar 2016]. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
3. Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid [Internett]. Oslo: Riksrevisjonen; [sitert 17. mars 2016]. Report No.: Dokument 3:11 (2014-2015). Hentet fra:
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/OffentligFolkehelsearbeid.aspx>
4. Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011 jan s. 90. Report No.: 2011:1.
5. Prevention of Mental Disorders - Effective interventions and policy options [Internett]. Geneva: World Health Organization; 2004 [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra:
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
6. Psykiske plager og lidelser hos voksne: faktaark med helsestatistikk [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2011 [sitert 25. februar 2016]. Hentet fra:
<http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
7. Folkehelseloven. 2012. Lov om folkehelsearbeid m.v. av 2011-06-24 nr 29
8. Universelle tiltak [Internett]. Forebygging. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra:
<http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Universelle-tiltak/>
9. Folkemengde og befolkningsendringar: 1 januar 2016 [Internett]. Statistisk sentralbyrå. [sitert 29. mars 2016]. Hentet fra:
<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar/2016-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=256001>
10. Psykisk helse hos barn og unge: tilrettelegging i kommunen [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2015 [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra:
<http://www.fhi.no/artikler/?id=114369>

11. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
12. Når du blir gammel - og ingen vil ha deg... [Internett]. Oslo: Den Norske Legeforening; 2001 okt [sitert 22. mars 2016]. Hentet fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-ar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-2-kunnskap-om-eldre-og-eldres-sykdommer/>
13. Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 des [sitert 18. april 2016] s. 24. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/891/Psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet-IS-2263.pdf>
14. Espnes GA, Smedslund G. Helsepsykologi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
15. Selektiv forebygging [Internett]. Forebygging. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://forebygging.no/Ordbok/Q-A/Selektiv-forebygging/>
16. Indikativ forebygging [Internett]. Forebygging. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Indikativ-forebygging/>
17. Roald B. Diagnostikk. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://sml.snl.no/diagnostikk>
18. Prevalens: Bruk av antidepressiva [Internett]. Reseptregisteret. [sitert 18. april 2016]. Hentet fra: <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
19. Depresjoner [Internett]. Norsk legemiddelhandbok. [sitert 18. april 2016]. Hentet fra: <http://legemiddelhandboka.no/terapi/8564>
20. Uførepensjonering for psykiske lidelser øker [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2009 [sitert 18. april 2016]. Hentet fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6496:0:25,6348&Content_6496=6178:74212:25,6348:0:6562:66:::0:0
21. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker [Internett]. Helsedirektoratet; 2015 mar [sitert 17. mars 2016]. Report No.: IS-2264. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
22. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Ny kommunelov. Oslo:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2016.
NOU 2016:4

23. Helse- og omsorgstjenesteloven. 2012. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. m.v. av 2011-06-24 nr 30
24. Prop. 90 L (2010-2011): Lov om folkehelsearbeid. [Internett]. Regjeringen; 2011 apr [sitert 25. februar 2016]. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>
25. Grunnloven. 1814. Kongeriket Norges Grunnlov m.v. av. 1814-05-17
26. Plan- og bygningsloven. 2009. Lov om planlegging og byggesaksbehandling m.v. av 2008-06-27 nr 71
27. Sønstebø I. Psykisk helse i alt vi gjør – men hvordan? [Internett]. Oslo: Psykologforeningen; 2015 des [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.psykologforeningen.no/politikk/psykolog-i-kommunen/psykisk-helse-i-alt-vi-gjoer-men-hvordan>
28. Systematisk folkehelsearbeid [Internett]. Helsedirektoratet. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid>
29. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
30. About us [Internett]. Cochrane. [sitert 30. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.cochrane.org/about-us>
31. Society for Prevention Research [Internett]. Prevention Research. [sitert 30. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.preventionresearch.org/advocacy/>
32. Nasjonalt utviklingsprosjekt for universell utforming i fylker og kommuner - Erfaringer og eksempler [Internett]. Miljøverndepartementet; 2013 okt [sitert 22. mars 2016]. Hentet fra: http://uu-k1.no/wp-content/uploads/2013/12/Uu_sluttrapport_2013.pdf
33. Tessand HS. Kommunepsykologi i praksis - Erfaringer fra «Hjelper'n» i Ski Kommune [Internett]. Ski kommune; Hentet fra: https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUK EwjSr97AkdTLAhVCkCwKHTLZAusQFgggtMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.psykologforeningen.no%2Fcontent%2Fdownload%2F33035%2F331687%2Fversion%2F1%2Ffile%2FHjelpern.pdf&usg=AFQjCNGouasTaNhJ_Y8oKMmrnQnJcZbulw

34. Fattington DP, Ttofi MM. School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization: A Systematic Review. *Campbell Syst Rev* [Internett]. 15. desember 2009 [sitert 14. april 2016];(6). Hentet fra: <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/77/>
35. Olweus D, Breivik K, Solberg ME. Langtidseffekter av Olweusprogrammet mot mobbing i norske skoler: en ny storskala studie [Internett]. Bergen: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge; 2015 jun [sitert 18. april 2016]. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/e26f018bd4ff4323ac64a28c07924199/profesordanolweus.pdf>
36. Aktiv på dagtid [Internett]. Idrettsforbundet. 2014 [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <https://www.idrettsforbundet.no/idrettskretser/ostfold-idrettskrets/aktiv-pa-dagtid/>
37. Folkehelseprofil 2016 [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0301&sp=1&PDFaar=2016>
38. Gratis lån av tur- og sportsutstyr [Internett]. Trondheim kommune. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <https://www.trondheim.kommune.no/utstyr/>
39. Nå får barn i Halden og Haugesund låne sportsutstyr gratis [Internett]. Kirkens bymisjon. 2015 [sitert 12. april 2016]. Hentet fra: <http://www.bymisjon.no/Nyheter3/2015/Na-far-barn-i-Halden-og-Haugesund-lane-sportsutstyr-gratis/>
40. Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentraler i kommunane: Kartlegging og analyse av forebyggende og helsefremjende arbeid og tilbud [Internett]. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2016 feb [sitert 17. mars 2016]. Report No.: 2016/07. Hentet fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-i-kommunane>
41. Frisklivsresept: en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune. *Fysioterapeuten*. 17. mars 2014;81(3):7.
42. Dalgard OS. Kurs i mestring av depresjon: en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskr Den Nor Legeforening*. 2. desember 2014;124(23):4.
43. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*. januar 2005;25(1):41–67.
44. Metaanalyse. I: Store norske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 15. april 2016]. Hentet fra: <http://snl.no/metaanalyse>

45. Svartdal F. Randomisert kontrollstudie. I: Store norske leksikon [Internett]. 2013 [sitert 15. april 2016]. Hentet fra: http://snl.no/randomisert_kontrollstudie
46. Tverrsnittundersøkelser. I: Store norske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 15. april 2016]. Hentet fra: <http://snl.no/tverrsnittunders%C3%B8kelser>
47. Systematiske kunnskapsoversikter [Internett]. Kunnskapssenter for utdanning. 2014 [sitert 15. april 2016]. Hentet fra: <http://www.forskningsradet.no/prognett-kunnskapssenter/Kunnskapsoversikter/1247146832369>
48. Anskaffelsesloven. 2001. Lov om offentlige anskaffelser m.v. av 1999-07-16 nr 69
49. Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. 2014. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne m.v. av 2013-06-21 nr 61
50. FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne [Internett]. FN-Sambandet. 2013 [sitert 22. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
51. Kartlegging av tilgjengelighet og universell utforming av friluftsområder [Internett]. Kartverket. 2015 [sitert 31. mars 2016]. Hentet fra: http://www.kartverket.no/globalassets/kart/geodatasamarbeid/universell-utforming/veilederuu_kartleggingavfriluftsomrader_20150817.pdf
52. Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen [Internett]. SINTEF. 2013 [sitert 22. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.sintef.no/prosjekter/evaluering-av-modellutproving-psykologer-i-kommune/>
53. Drugli MB, Eng H. Beskrivelse og vurdering av tiltaket Olweusprogrammet [Internett]. Ungsinn. 2014 [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/olweusprogrammet-mot-mobbing-og-antisosial-atferd/
54. Aarø LE. Fakta om mobbing blant barn og unge [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2015 [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114078>
55. Nettmobbing [Internett]. Medietilsynet. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.medietilsynet.no/barn-og-medier/nettmobbing/>
56. Strandbu Å, Seippel Ø. Aktiv på dagtid i Oslo; En undersøkelse av deltakernes erfaringer [Internett]. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2011 [sitert 17. mars 2016] s. 109. Report No.: NOVA Rapport 13/11. Hentet fra:

<http://www.hioa.no/About-HiOA/Centre-for-Welfare-and-Labour-Research/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2011/Aktiv-paa-dagtid-i-Oslo>

57. 1 av 3 uføre har psykiske lidelser [Internett]. NAV. 2015 [sitert 21. mars 2016]. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Pensjon+-+statistikk/Nyheter/1-av-3-uf%C3%B8re-har-psykiske-lidelser>
58. Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2015) [Internett]. Oslo: Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OpfPlanArbogPsykHelse.pdf>
59. Treningstilbud på dagtid i Oslo [Internett]. Aktiv på dagtid. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://aktivdagenslo.no/>
60. Om BUA [Internett]. BUA. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.bua.io/f/aboutus/>
61. Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering og organisering [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2013 apr [sitert 18. april 2016]. Report No.: IS-1896. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/IS-1896-Frisklivsveileder.pdf>
62. Nordstrand frisklivssentral [Internett]. Oslo kommune. [sitert 12. april 2016]. Hentet fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehjelp/frisklivssentraler/nordstrand-frisklivssentral/>
63. Informasjon om Kurs i mestring av depresjon [Internett]. Fagakademiet. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.fagakademiet.no/Portals/Fagakademiet/I%20Fokus/Filer/2012/Informasjon%20om%20Kurs%20i%20mestring%20av%20depresjon.pdf>
64. Becks depression inventory; Nevrologiske prosedyrer [Internett]. Legehåndboka. [sitert 17. mars 2016]. Hentet fra: <http://nevro.legehandboka.no/skjema/skarings skjema/beck-depression-inventory-bdi-35830.html>
65. Om Friskliv Follo [Internett]. FrisklivFollo. [sitert 12. april 2016]. Hentet fra: <http://www.frisklivfollo.no/om-prosjektet/>
66. Engedal K, Snoek JE. Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer. 1. utg. Akribe; 2008.

67. Ettung G. Tar eldre på alvor [Internett]. Mental Helse. 2015 [sitert 22. mars 2016]. Hentet fra: <http://www.mentalhelse.no/nyheter/tar-eldre-paa-alvor>

68. Dahle KA. Validerte spørreskjema [Internett]. Helsebiblioteket. 2009 [sitert 14. april 2016]. Hentet fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/validerte-sp%C3%B8rreskjema>