

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011)

Oppskrift for et sunnere kosthold





DEPARTEMENTENE

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011)

Oppskrift for et sunnere kosthold

Forord

Regjeringen vedtok i desember 2005 å utarbeide en tverr-departemental handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Handlingsplanen *Oppskrift for et sunnere kosthold* er en plan for årene 2007–2011. Handlingsplanen skal være et verktøy for beslutningstakere, profesjonsutøvere, fagpersoner og andre i offentlig, privat og frivillig sektor som spiller en rolle i forhold til befolkningens kosthold.

Samfunnet har et ansvar for å tilrettelegge for gode kostvaner. For å få til dette er det nødvendig at flere sektorer samarbeider, og i alt 12 departementer har derfor samarbeidet om å utvikle denne handlingsplanen.

Planen inneholder konkrete tiltak som vil bidra til å fremme helse og forebygge sykdom gjennom å endre kostvanene i tråd med gjeldende anbefalinger. Det er et mål at gjennomføring av tiltakene i planen skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. I tiltakene er det blant annet lagt vekt på å bidra til å gjøre det enklere å velge sunt, tilrettelegge for gode måltider i barnehager, skoler og blant eldre, og styrke kunnskapen om mat, kosthold og ernæring.

Handlingsplanen er en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*, og av Soria Moria-erklæringen som signaliserer en sterkere satsing på sykdomsforebyggende arbeid, fysisk aktivitet og kosthold. Til grunn for arbeidet med handlingsplanen ligger også Verdens helseorganisasjons globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse fra 2004. Planen må også ses i sammenheng med Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet, vedtatt juli 2006, og Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009 *Sammen for fysisk aktivitet*.

Samspillet mellom offentlig, privat og frivillig sektor danner grunnlag for gode tiltak. I arbeidet med planen har det vært vist stor interesse og gitt nyttige innspill fra fagmiljøer, aktører innen matvarebransjen og andre private aktører, frivillige organisasjoner og fagorganisasjoner, høyskoler og fylker. Dialogen som er etablert med ulike aktører i forbindelse med utarbeidelse av planen skal videreføres, og gode forslag, eksempler og erfaringer som er kommet inn tas vare på i det videre arbeidet.



Arbeids- og inkluderingsminister



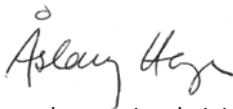
Barne- og likestillingsminister



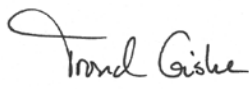
Finansminister



Helse- og omsorgsminister



Kommunal- og regionalminister



Kultur- og kirkeminister



Kunnskapsminister



Landbruks- og matminister



Miljøvernminister



Nærings- og handelsminister
fungerende Fiskeri- og kystminister



Utenriksminister

.....

Forord	4
--------------	---

DEL I: Innledning.....	7
-------------------------------	----------

DEL II: Mål og strategier.....	13
---------------------------------------	-----------

Mål.....	13
----------	----

Målgrupper.....	16
-----------------	----

Strategier og virkemidler.....	17
--------------------------------	----

DEL III: Innsatsområder og tiltak	19
--	-----------

1. Kommunikasjon om mat og kosthold.....	21
--	----

2. Sunn mat i et mangfoldig marked.....	25
---	----

3. God ernæring fra starten av.....	35
-------------------------------------	----

4. Sunne måltider i barnehage og skole.....	43
---	----

5. Mat og helse i arbeidslivet.....	55
-------------------------------------	----

6. Ernæring i helse- og sosialtjenesten.....	63
--	----

7. Fokus på kosthold i lokalt folkehelsearbeid.....	77
---	----

8. Kompetanse om kosthold	87
---------------------------------	----

9. Forskning, overvåking og dokumentasjon.....	95
--	----

10. Ernæring i internasjonalt perspektiv.....	101
---	-----

DEL IV: Oppfølging med økonomiske og administrative konsekvenser	104
---	------------

DEL V: Faktagrunnlag	105
-----------------------------------	------------

Liste over tiltak	116
-------------------------	-----

Liste over relevante lover og forskrifter.....	120
--	-----

Liste over bakgrunnsdokumenter	121
--------------------------------------	-----



DEL I: INNLEDNING

Mat og matkultur setter viktige rammer om dagliglivet, og det å spise handler for de fleste om mer enn å dekke behovet for energi og næringsstoffer. Hver dag tar vi mange valg knyttet til mat, drikke og måltider, og valgene som tas påvirkes av forhold hos den enkelte så vel som av fysiske, økonomiske og sosiale forhold i samfunnet. Mat er en viktig kulturbærer i alle samfunn, og det vi spiser kan påvirkes av religion og ideologisk overbevisning. Mat og drikke er også viktig ved markering av sosiale begivenheter og spiller ulike roller i hverdag og til fest.

Vårt forhold til mat er ikke statisk, men endres med samfunnsutviklingen. Globalisering, internasjonal handel og teknologisk utvikling har ført til økt mangfold på det norske matvaremarkedet. Endringer i familiestruktur og arbeidsliv påvirker måltidsmønsteret, og en viktig endring er at stadig flere måltider inntas utenfor hjemmet. I vår del av verden får de fleste nok mat, utfordringen er heller å oppnå et kosthold som gir grunnlag for normal vekst og utvikling og sikrer god helse.

Kostholdet påvirker helsen vår gjennom hele livet. Ernæring og kosthold er av avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsårene. I tillegg påvirker kostholdet allerede fra tidlig i livet helsen som voksen og risikoen for å utvikle kroniske sykdommer. Helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeid må ha en helhetlig tilnærming til menneskets livsløp og forskjellige behov i ulike faser av livet. Det er særlig viktig å legge til rette for at barn og ungdom kan ha et variert og sunt kosthold, fordi de kostvanene man har som barn og ungdom legger grunnlaget for kostvanene senere i livet.

► FAKTA: Ernæring – en del av den generelle folkehelsepolitikken

Norge fikk sin første offisielle ernæringspolitikk med St.meld. nr. 32 (1975–76) *Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk*. I St.meld. nr. 37 (1992–93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* ble ernæringspolitikken inkludert som en del av den generelle folkehelsepolitikken, og dette ble videreført i St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*, som gir dagens politiske retningslinjer for det nasjonale folkehelsearbeidet. De generelle hovedmålene i ernæringspolitikken er å redusere kostholdsrelaterte helseskader i befolkningen, sikre at mat og drikke er helsemessig trygg, og bidra til at kostholdet tilfredsstiller forbrukernes krav samt at maten er produsert på en bærekraftig og miljøvennlig måte. Mange forbrukere er, i tillegg til å kunne velge sunt, opptatt av andre forhold ved maten, som for eksempel at maten er kortreist eller at den er økologisk produsert. Regjeringen har et mål om å øke produksjon og forbruk av økologisk mat, og i denne sammenheng vil det bli utarbeidet en egen handlingsplan.

► FAKTA: Forslag til strategiplan fra Nasjonalt råd for ernæring

I juni 2005 overleverte Nasjonalt råd for ernæring sitt forslag til strategiplan for ernæringsområdet til Helse- og omsorgsdepartementet. Planen inneholder konkrete forslag til tiltak og mer overordnede strategier, og det legges vekt på iverksetting av strukturelle tiltak. Planen har vært et viktig grunnlagsdokument i arbeidet med utviklingen av handlingsplanen.

FAKTA: Definisjoner

Ernæring – er sammenhengen mellom mat, næringsstoffer og helse og omfatter behovet for energi og hvordan næringsstoffene fordøyes og omsettes i kroppen.

Kosthold – er det totale inntaket av mat og drikke over tid, og inkluderer næringsstoffinntak og måltidsrytme.

Klinisk ernæring – er fagområdet som dekker kunnskap om kostholdsrelaterte sykdommer, kostrådgivning og ernæringsbehandling ved sykdom.

Samfunnsernæring – er fagområdet som dekker kunnskap om samfunnsfaktorer som påvirker kostholdet og ernærings situasjonen i befolkningen.

Helse – omfatter fysisk, psykisk og sosial helse og inkluderer livskvalitet og overskudd så vel som fravær av sykdom og plager.

Folkehelsearbeid – arbeidet som gjøres for å styrke de faktorene som fremmer god helse, og svekke de faktorene som bidrar til sykdom, også omtalt som helsefremmende og forebyggende arbeid.

Ernæringsarbeid – er arbeidet relatert til ernæring og kosthold som har til hensikt å fremme helse og forebygge og behandle sykdom.

FAKTA: Et sunt kosthold

Et sunt kosthold oppfyller helsemyndighetenes anbefalinger for ernæring, samtidig som det er variert, smakfullt og i tråd med den enkeltes kulturelle verdier. Det er summen av hva som spises og drikkes, hvor mye og hvor ofte, som er avgjørende i det lange løp. Regelmessige måltider er en vesentlig del av det å ha et sunt kosthold.

FAKTA: Nytt felles europeisk charter for å bekjempe overvekt

Ved konferansen for Europas helseministere, arrangert av WHO Europa i Istanbul 15.-17. november 2006, var Norge blant landene som undertegnet et nytt charter for å bekjempe den raske økningen i overvekt. Det var rettet særlig oppmerksomhet mot den uheldige utviklingen i overvekt blant barn. Charteret skal bidra til at myndighetene i de europeiske landene setter overvektsepidemien høyere på dagsorden og arbeider for å iverksette effektive tiltak både i forhold til kosthold og til fysisk aktivitet.

Forekomsten av folkesykdommer som type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftformer og osteoporose henger nøye sammen med kostholdet i befolkningen. Forekomsten av overvekt og fedme øker som en følge av lav fysisk aktivitet og ugunstig kosthold. Fedme øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, type 2-diabetes, muskel- og leddplager. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. I tillegg til de nevnte folkesykdommene har ernæring sammenheng med og betydning for en rekke andre helseplager.

Det er klare sosiale forskjeller i forekomst av overvekt, fedme og de andre folkesykdommene. Forskjeller i levevaner er dokumentert å bidra til ulikhetene i sykdom og plager, og disse forskjellene følger tydelige sosiale mønstre. Generelt er det slik at grupper med høyere sosioøkonomisk status har et helsemessig gunstigere kosthold enn de med lavere sosioøkonomisk status. For eksempel har grupper med lang utdanning et høyere inntak av frukt og grønnsaker enn de med kort utdanning. Det er også vist at barn av foreldre med lang utdanning spiser sunnere og har mer regelmessige måltider enn barn av foreldre med kort utdanning.

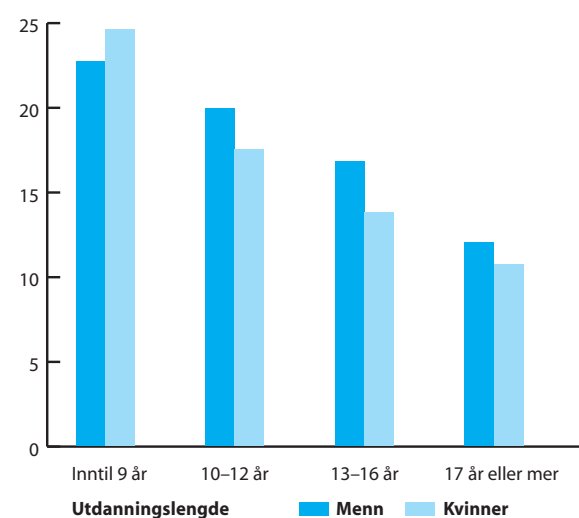


Fig. 1: Andel med fedme avhengig av lengde på utdanning (%)

Figuren viser at andel med fedme ($KMI \geq 30$) minker med økende lengde på utdanning blant både menn og kvinner.

Kilde: Helseundersøkelser i fem fylker blant 40–45-åringer 2000–2003, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Innvandrere fra ikke-vestlige land utgjør en stigende andel av befolkningen. Flere ernæringsrelaterte problemer forekommer hyppigere blant visse grupper av innvandrere.

Å bli rammet av kroniske sykdommer innebærer ofte store belastninger både for den enkelte og de pårørende. Mat og kosthold er en naturlig del av behandlingen ved sykdommer som blant annet diabetes, allergi og fedme, samt i pleie og omsorg av eldre og syke. Mange eldre mister matlysten, og noen eldre spiser så lite at de blir underernærte og mer skrøpelige av den grunn. Tilpasset ernæringsbehandling kan forebygge ytterligere helseproblemer.

Kroniske sykdommer har også betydelige konsekvenser for samfunnet ellers, blant annet gjennom tapt arbeidskraft, høye sosiale kostnader og utgifter til behandling og rehabilitering. Samfunnet vil med andre ord på mange måter nyte godt av å forbygge mer av de kostholdsrelaterte kroniske sykdommene, og potensialet er stort ettersom vi vet at kostholdet lar seg påvirke og endre gjennom målrettede tiltak.

FAKTA: Vurdering av samfunnsøkonomiske kostnader

Å beregne størrelsen på de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til kroniske sykdommer er ikke enkelt. Til tross for dette er det gjort forsøk på å beregne både realøkonomiske kostnader og velferds-kostnader blant annet knyttet til overvekt og fedme. *Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet* viser til svenske studier hvor det er anslått at kostnader relatert til overvekt og fedme utgjør mellom 0,5 og 1 prosent av BNP i de nordiske landene. For Norge ville det anslagsvis utgjøre 6–7 mrd. kroner per år eller om lag 1600 kroner per innbygger per år.

Forandringer i kostholdet og forbruket av mat på befolkningsnivå skjer som regel sakte, men over tid skjer det betydelig endringer. Det har skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste 30 år. De viktigste positive endringene er reduksjon i kostens innhold av fett, mettet fett og transfett, og en økning i forbruket av grønnsaker og frukt. Dette har bidratt til den markante nedgangen i dødelighet av hjerte- og karsykdom siden 1970-tallet.

Tabell 1: Kostens innhold av fett, sukker, kostfiber og salt i forhold til anbefalt nivå

	Inntak 1977–79	Inntak 2002–04	Anbefalt nivå
Fett (energiprosent)	40	34	Ca. 30
Mettet fett (energiprosent)	17	14	Begrense til 10
Transfett (energiprosent)	4	< 1	< 1
Sukker (energiprosent)	14	14	Begrense til 10
Kostfiber (g/d)	17	17	Ca. 30
Salt (g/d)		Ca. 10	Begrense til 5

Kilde: Forbruksundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå og Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet, Sosial- og helsedirektoratet.

FAKTA: Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet

På bakgrunn av den samlede dokumentasjonen om sammenhengen mellom kosthold og helse, utarbeider norske helsemyndigheter anbefalinger for ernæringsmessig sammensetning av kostholdet, både med hensyn til energi, energigivende næringsstoffer, vitaminer og mineraler. Anbefalingene gis til menn og kvinner i ulike aldersgrupper og til enkelte særskilte grupper.

Gjeldende anbefalinger for ernæringsmessig sammensetning av kostholdet, *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*, kom i 2005 og er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet. Anbefalingene er laget på grunnlag av Nordic Nutrition Recommendations 2004 utarbeidet av en nordisk ekspertgruppe, og er i all hovedsak i tråd med de publiserte anbefalinger fra USA og WHO. Det er utarbeidet egne anbefalinger for spedbarns ernæring. Anbefalingene gir grunnlag for å kunne planlegge og tilrettelegge for kosthold som sikrer fysiologiske behov for vekst og funksjon, som gir forutsetninger for en generelt god helse og som minsker risikoen for sykdommer som har sammenheng med kostholdet.

I Norge har befolkningen generelt rikelig tilgang på mat og i utgangspunktet gode muligheter for å kunne ha et sunt og variert kosthold. Det er likevel fremdeles mye som gjenstår før kostholdet i alle deler av befolkningen møter anbefalingene for ernæring. Kostholdet til både

unge og voksne inneholder fortsatt for mye fett, særlig mettet fett, og for mye salt og sukker. Mange barn og unge har et meget høyt inntak av sukker. Inntaket av kostfiber er lavere enn anbefalt hos de fleste, og enkelte grupper får for lite vitamin D, jern og B-vitaminet folat i forhold til anbefalingene.

Sett i forhold til dagens helseproblemer, er det spesielt viktig å følge utviklingen i kostens fettinnhold, både med hensyn til totalt fettinnhold og fettype. Melk, meieriprodukter, kjøtt og kjøttvarer bidrar med en rekke viktige næringsstoffer, men de er også de største kildene til mettet fett i kostholdet. Med en dreining i forbruket av kjøtt- og meieriprodukter til magrere varianter, vil både totalt fettinntak og andel mettet fett gå ned. En økning i forbruket av fisk og sjømat ville påvirke kostens fettinnhold i gunstig retning. Fiskefett har en gunstig fettsyresammensetning og har et mye lavere innhold av mettet fett og et mye høyere innhold av flerumettet fett enn fett fra melk og kjøtt. Ettersom forbruket av kjøtt i befolkningen øker raskt og er omtrent dobbelt så høyt som forbruket av fisk, kan de fleste med fordel bytte ut en del kjøtt med fisk både til middag og som pålegg. Bruken av spise fett har også stor innflytelse på kostens fettinnhold og fettsammensetning. Myk margarin, flytende margarin og matoljer har et høyt innhold av umettet fett.

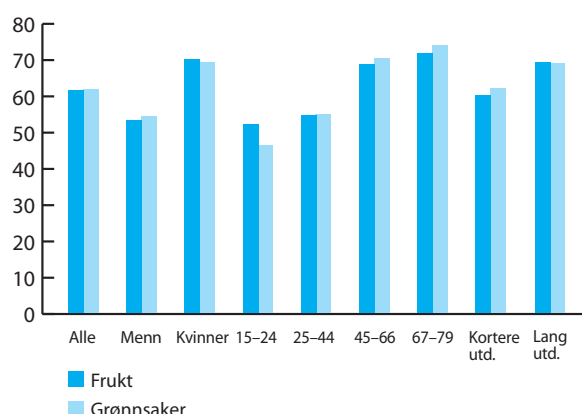


Fig. 2: Andel som spiser frukt og grønnsaker daglig (%)

Det er et mål å øke inntaket av frukt og grønnsaker. Daglig inntak av frukt og grønnsaker er vanligere blant kvinner enn blant menn, og er vanligere med økende alder og med lang utdanning (definert som 3 år eller mer på høyskole/universitet). Kilde: Levekårsundersøkelsen 2005, Statistisk sentralbyrå.

Høyt sukkerinntak er først og fremst en utfordring blant barn, ungdom og unge voksne. Blant de fleste barn og unge er sukkerinntaket betydelig høyere enn anbefalt, og mesteparten av sukkeret kommer fra brus, saft og godteri. Dette er matvarer som ikke bør ha for stor plass i et variert og sunt kosthold.

Det gjennomsnittlige saltinntaket er anslått til ca. 10 g per dag, men det er stor variasjon fra person til person. Helsemyndighetene anbefaler en halvering av saltinntaket. Ettersom omtrent tre firedeler av saltet anslås å komme fra bearbeidede matvarer, har industriens tilsetning av salt i produkter og hvordan de merker saltinnhold, betydelig innflytelse på befolkningens saltinntak.

Det er gode vitenskapelige holdepunkter for at inntak av frukt og grønnsaker er gunstig for helsen og kan redusere risikoen for kreft, hjerte- og karsykdommer, overvekt og type 2-diabetes. Frukt og grønnsaker inneholder mye kostfiber, vitaminer og antioksidanter, som sammen gir en positiv helseeffekt. Dagens anbefalinger fra helsemyndighetene er et inntak av 3 porsjoner grønnsaker og poteter og 2 porsjoner frukt og bær daglig. For voksne tilsvarer dette et totalt daglig inntak på omkring 750 g. Inn-taket av frukt, og særlig grønnsaker, er lavere enn anbefalt i store deler av befolkningen. Forbruket kunne med fordel omtrent doubles.

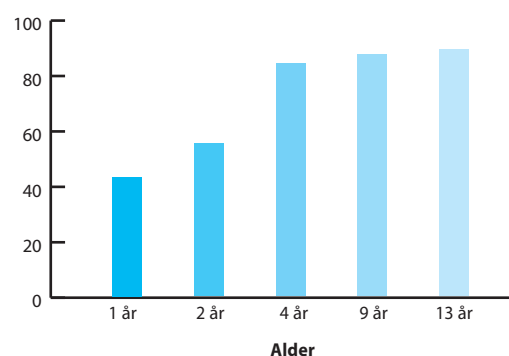


Fig. 3: Andel barn som får mer enn 10 % av energien fra tilsatt sukker (%)

En stor andel barn får mer tilsatt sukker enn anbefalt mengde, og andelen øker med alder. Tilsatt sukker i kosten bør ikke utgjøre mer enn 10 % av totalt energiinntak. Kilde: Sped- og småbarnskost 1999 og Ungkost 2000, Sosial- og helsedirektoratet.



Inntak av grovt brød og grove kornprodukter kan minke risikoen for hjertesykdom og diabetes, og kan bidra til å opprettholde vektbalansen. Grove kornprodukter, som grovt brød, sammalt mel og havregryn, har et betydelig høyere innhold av kostfiber og nødvendige næringsstoffer enn raffinerte kornprodukter, som hvitt brød og siktet mel. Det totale kornforbruket har økt i senere år, men andelen sammalt mel har for-andret seg lite. Sammalte mel utgjør nå 17 prosent av den totale omsetningen av matmel, og denne andelen bør øke betydelig i framtiden.

Fisk er en viktig kilde for livsnødvendige næringsstoffer som protein, vitamin B12, selen og jod. Fet fisk har en gunstig fettsyresammensetning. Fet fisk og tran er de viktigste kildene for de lange flerumettede n-3-fettsyrer (EPA og DHA) og vitamin D. Det er god dokumentasjon for at konsum av fisk, og spesielt fet fisk, er gunstig i forhold til hjerte- og karsykdommer. Forskning skaffer

oss stadig ny kunnskap om de helsemessig gunstige effektene av å spise fisk og annen sjømat og om de forskjellige fettsyrenes biologiske effekter. Videre kan konsum av fet fisk ha gunstige effekter på fosterets utvikling, blant annet for vekst og nevrologisk utvikling.

Forbruket av fisk og sjømat har økt noe de siste ti årene, men det er fortsatt mye lavere enn det var tidligere. Omregnet til hel urensset fisk (rund vekt) var forbruket i 1995 og 2005 ca. 28 kg og 34 kg per person og år. Barn, ungdommer og unge voksne spiser vesentlig mindre fisk enn voksne. Kostholdsundersøkelser viser at en stor andel av 4-, 9- og 13-åringer aldri eller sjelden spiser fisk eller annen sjømat. Unge kvinner er de blant de voksne som har det laveste inntaket både av fisk totalt og av fet fisk og fiskepålegg. Ut fra et helsemessig synspunkt er det gunstig om forbruket av fisk, både mager og fet fisk, øker i befolkningen.



FAKTA: Forankring av handlingsplanen

Retten til mat

Norge tiltrådte allerede i 1972 den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, der artikkel 11 slår fast retten til fullgod mat for alle. Denne konvensjonen, som Norge er folkerettslig forpliktet av, er gjort til del av norsk rett ved lov av 21. mai 1999 nr. 30 (Menneskerettighetsloven). Retten til mat innebærer ikke bare retten til nok og trygg mat, men også retten til et ernæringsmessig fullgodt kosthold, som grunnlag for et aktivt liv med god helse. Myndighetene er derfor forpliktet til å legge til rette for at alle grupper i befolkningen har mulighet til å ha et fullgodt kosthold.

Relevante handlingsplaner, meldinger og strategier, eksempelvis:

- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009. Sammen for fysisk aktivitet
- St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer
- St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring
- Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006–2007) – Statsbudsjettet 2007
- Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009
- Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010
- Nasjonal strategi for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer (under utarbeiding)

Nasjonalt og internasjonalt lov- og regelverk

Den nasjonale lovgivningen på mat- og helseområdet utgjør det grunnleggende normative rammeverket for norsk mat- og ernæringspolitikk. For det helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeidet, er imidlertid lov- og regelverk på andre samfunnsområder av vel så stor betydning. Harmonisering av regelverk på tvers av landegrenser står høyt på agendaen innen EU, og handlingsplanens tiltak på matområdet kan derfor ikke stride mot norske EØS-forpliktelser.

Politisk forankring og plassering

Handlingsplanen har forankring i flere dokumenter på nasjonalt og internasjonalt nivå, der de viktigste er:

- St.prp. nr. 1 (2006–2007) Statsbudsjettet 2007, inklusiv Nasjonal helseplan 2007–2010
- Soria Moria-erklæringen – politisk plattform til Regjeringen Stoltenberg II. 2005–2009
- WHO's Globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse, vedtatt i Verdens helseforsamling i mai 2004
- WHO's Globale strategi for sped- og småbarnsernæring, vedtatt i Verdens helseforsamling i mai 2002
- Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet, vedtatt i nordisk ministermøte i juli 2006
- Stortingsmelding om sosial ulikhet i helse, legges fram våren 2007

DEL II:

MÅL OG STRATEGIER

Mål

Visjon – Bedre helse i befolkningen gjennom et sunt kosthold**Hovedmål for Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007–2011:**

1. Endre kostholdet i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger
2. Redusere sosiale forskjeller i kosthold

I tillegg til hovedmålene er det definert generelle mål for utviklingen i kostholdet, kvantitative mål for kostholdet og delmål for aktivitetene innen de ulike innsatsområdene.

Generelle mål for utviklingen i kostholdet

Kostens innhold av næringsstoffer bør på lang sikt forandres slik at de blir i tråd med anbefalingene for ernæring, jf. tabell 1, side 9.

De generelle målene for utvikling i befolkningens kosthold er:

- at spedbarna ammes i tråd med anbefalingene
- økt forbruk av grønnsaker og poteter, frukt og bær
- økt forbruk av grove korn- og brødvarer
- økt forbruk av fisk og sjømat
- redusert forbruk av fete meieri- og kjøttprodukter
- redusert forbruk av spise fett, og vridning i forbruket til myk margarin og matolje
- redusert forbruk av salt
- redusert forbruk av sukker
- redusert forbruk av sukkerholdig brus og andre søte drikker, søtsaker, snacks og fete potetprodukter

Det er videre et generelt mål å fremme gode måltidsvaner og vann som tørstedrikk.

Kvantitative mål for endringer i kostholdet

De kvantitative målene representerer konkrete målsettinger for endringer i kostholdet i løpet av handlingsplanperioden. De er valgt ut i fra hva som er særskilte utfordringer i kostholdet, hva som finnes av tilgjengelige og oppdaterte data og mulighetene for tilgang til tilsvarende data ved planperiodens slutt. Det er satt som generelt mål å oppnå 20 prosent endring i indikatorene, jf. tabell 2, side 14. Dette er ambisiøse mål, men det er likevel realistisk å anslå at disse målene kan oppnås som en effekt av tiltakene i handlingsplanen og det løpende ernæringsarbeidet i Norge. De kvantitative målene for amming er basert på forslag til handlingsplan for sped- og småbarnsernæring, se side 36.

Oppfyllelsen av de kvantitative målene for forbedring av kostholdet må ses i sammenheng med hovedmålet om å utjevne sosiale forskjeller i kostholdet. De kvantitative målene skal nås uten at de sosiale forskjellene i kosthold øker. Dette betyr at forbedringene skal være størst i de gruppene hvor utfordringene er størst.

Det er ikke definert egne mål for eldres kosthold. I handlingsplanperioden skal mattilbud, kosthold og ernæringsstatus til brukere av pleie- og omsorgstjenesten kartlegges. Resultatene vil kunne danne grunnlag for framtidige målsettinger for eldres kosthold.

Delmål

Under hvert innsatsområde er det definert delmål. Disse relaterer seg i større grad til de konkrete aktivitetene i hvert innsatsområde, og beskriver endringer som er nødvendige for å nå de generelle og kvantitative målene for kostholdet.

Tabell 2. Kvantitative mål for perioden 2007–2011**MÅL FOR AMMING AV SPEDBARN:**

Andel spedbarn som fullammes ved 4 måneders alder skal øke **fra 44 % til 70 %**

Andel spedbarn som fullammes ved 6 måneders alder skal øke **fra 7 % til 20 %**

Andel spedbarn som ammes ved 12 måneders alder skal øke **fra 36 % til 50 %**

20 % ENDRING I FØLGENDE MÅL FOR KOSTHOLDET I BEFOLKNINGEN:

Øke andelen som spiser **grønnsaker** daglig

Øke andelen som spiser **frukt** daglig

Øke andelen som spiser **fisk til middag** minst en gang i uken

Øke andelen som spiser **fiskepålegg** minst to ganger i uken

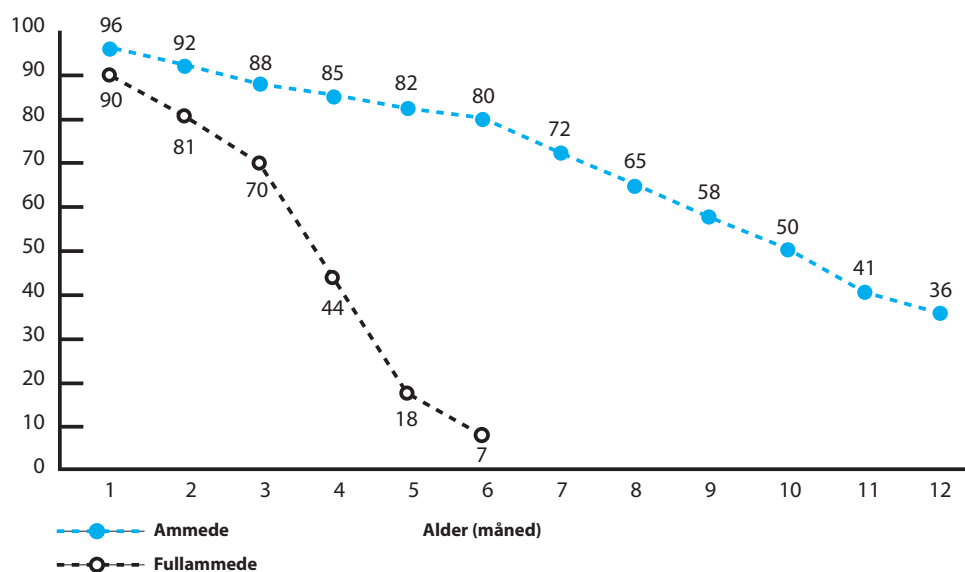
Øke andelen ungdom som spiser **frokost** daglig

Minske andelen barn og ungdom som spiser **søtsaker** daglig

Minske andelen som drikker **brus og saft** daglig

Minske andelen som får **mer enn 10 % av energiinntaket fra sukker**

Minske andelen som får **mer enn 10 % av energiinntaket fra mettet fett**

**Fig. 4: Andel barn som blir fullammet og ammet første leveår (%)**

Kostholdsundersøkelser viser positive ammetall, men også utfordringer i forhold til å nå anbefalingen om fullamming (kun morsmelk) i seks måneder og fortsatt amming til barna er minst ett år.

Kilde: Spedkost 1998/1999, Sosial- og helsedirektoratet.

► **FAKTA: Datakilder for kunnskap om kostholdet som grunnlag for kvantitative mål**

Data for sped- og småbarns kosthold er fra de nasjonale kostholdsundersøkelsene *Spedkost* og *Småbarnskost* 1998/1999. Undersøkelsene gjennomføres på nytt i 2006/2007, og målene vil kunne bli justert i forhold til funn fra disse.

Data for barn og ungdom er hentet fra den nasjonale kostholdsundersøkelsen *Ungkost* 2000 gjennomført blant 4-, 9- og 13-åringer. Ungkost er den nyeste landsdekkende kostholdsundersøkelsen blant barn og ungdom som er så detaljert at man kan beregne inntaket av næringsstoffer. Det forventes at undersøkelsen blir gjennomført på nytt i løpet av handlingsplanperioden. *Helsevaner blant skoleelever*, en WHO-undersøkelse som gjennomføres i flere land, er gjennomført i Norge hvert fjerde år siden 1985. Undersøkelsen gjøres blant et landsrepresentativt utvalg av elever i 6., 8. og 10. klasse. Den gjør det mulig å følge utviklingen i et utvalg helsevaner over tid, samt å sammenligne norske elever med elever i andre europeiske land.

Statistisk sentralbyrås *Levekårsundersøkelse* fra 2005 gir opplysninger om brukshyppigheten av noen matvaregrupper i et landsrepresentativt utvalg av voksne i Norge. Opplysninger om hvor ofte man spiser fisk til middag og som pålegg, fås fra landsdekkende undersøkelser i de nordiske og baltiske land (*Norbagreen* 2002). Den siste nasjonale kostholdsundersøkelsen blant voksne, *Norkost*, ble gjennomført i 1997, og vil bli gjennomført på nytt i handlingsplanperioden. I tillegg får vi kunnskap om kostholdet gjennom matforsyningsstatistikk, forbruksundersøkelser i privathusholdninger og matvare databasen. I vurderingen av effekten av ernæringsarbeidet vil de valgte datakildene kunne bli supplert med tall fra andre relevante undersøkelser. Se også innsatsområde 9.



Et av de generelle målene for kostholdet er redusert forbruk av salt.



Målgrupper

For å oppnå målsettingene er det viktig å målrette tiltakene i forhold til spesifikke målgrupper. Hensikten med denne handlingsplanen er å bedre kostholdet i hele befolkningen, men barn, ungdom og eldre er målgrupper det skal fokuseres særskilt på. Videre skal tiltakene bidra til å redusere sosiale forskjeller i kosthold.

I planlegging og utvikling av tiltak må det særlig tas hensyn til de gruppene i befolkningen som fordelingsmessig har det minst gunstige kostholdet, det vil si der utfordringene er størst. Antagelig vil også forebyggingspotensialet være størst blant disse gruppene.

Å legge til rette for et sunt og variert kosthold og fysisk aktivitet for barn og ungdom er viktig med tanke på å forebygge sykdom i befolkningen i framtiden. Barn og ungdom er i en fase av livet hvor grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og holdninger legges, og potensialet for å fremme god helse og forebygge framtidig sykdom er stort. All erfaring viser at det er vanskelig å endre allerede innarbeidede vaner. Det er derfor av stor betydning å legge til rette for at barn og ungdom etablerer gode helsevaner, som de kan videreføre i voksen alder.

Også i eldre år er maten viktig. Mat og måltider bidrar til trivsel i hverdagen, og er viktig for at helsen skal være best mulig. Eldre trenger særskilt oppmerksomhet fordi de av ulike årsaker er i faresonen for å utvikle underernæring. Med økende alder går behovet for energi ned på grunn av lavere forbrenning og mindre fysisk aktivitet. Mange mister matlysten med alderen eller reduserer matinntaket av andre årsaker. Når energiinntaket synker, øker kravet til et godt sammensatt kosthold for å dekke behovet for næringsstoffer. Fysisk aktivitet, god tann-

helse og næringsrike og fristende måltider i hyggelige omgivelser er derfor av stor betydning for god appetitt og tilstrekkelig næringsinntak hos eldre. Dette fordrer ekstra innsats overfor hjemmeboende eldre så vel som eldre i institusjon.

Det er store grupper i befolkningen som har, eller har høy risiko for å utvikle, sykdommer hvor kostholdet er av stor betydning, som hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme og type 2-diabetes. Ved noen sykdommer, eksempelvis matvareallergi, er riktig tilpasset kosthold helt avgjørende i behandlingen. For mange andre pasientgrupper spiller ernæring en sentral rolle for å unngå underernæring og for å gi et godt behandlingsgrunnlag. Disse gruppene må sikres forsvarlig kostrådgivning og kostbehandling.

En stor andel av den norske befolkningen har tilhørighet i to kulturer. For ikke-vestlige innvandrere har det vist seg at det å etablere seg i et nytt land med annen kultur og et fremmed språk, kan føre med seg uheldige endringer i kostholdet og lavere fysisk aktivitet. Enkelte innvandrergupper har gått bort fra et variert og høyt inntak av helsemessig gunstige matvarer som grønnsaker, frukt, linser og bønner, til fordel for matvarer med mye fett og sukker. Dette gjenspeiler seg i hyppigere forekomst av enkelte ernæringsrelaterte problemer, eksempelvis overvekt og type 2-diabetes, hos disse innvandrergruppene sammenlignet med andre grupper av innvandrere og etnisk norske grupper. Det er med andre ord viktig å ta hensyn til vårt flerkulturelle samfunn i utvikling og gjennomføring av befolkningsrettede så vel som individrettede ernæringstiltak. Dette er nødvendig for at tiltakene skal ha gjennomslag og effekt i grupper som forholder seg til en ikke-vestlig kultur i tillegg til den norske.

Strategier og virkemidler

► FAKTA: Definisjoner

Virkemiddel – type tiltak, skilles gjerne mellom pedagogiske, normative, økonomiske og fysiske virkemidler

Strategi – framgangsmåte eller prosess som settes i gang for å nå konkrete mål, kan innebære bruk av flere ulike virkemidler

For å lykkes med ernæringsarbeidet er det nødvendig å ta i bruk flere typer strategier og virkemidler samtidig. Befolkningsrettede tiltak har som regel større betydning for folkehelsen sammenlignet med individrettede tiltak, men begge typer forebyggende tiltak er nødvendig for å fremme god helse i befolkningen. Befolkningsrettede tiltak må fokusere på bakenforliggende og strukturelle årsaker til atferden, og primært ha som mål å påvirke faktorer i det sosiale og fysiske miljøet. Behovet for å ta i bruk strukturelle virkemidler er særlig viktig når det gjelder å redusere den skjeve fordelingen av sykdom og uhelse som eksisterer mellom ulike sosioøkonomiske grupper i befolkningen. Dette fordrer økt oppmerksomhet på hva som vil være effektive tiltak i de deler av befolkningen hvor utfordringene og forebyggingspotensialet er størst. I ernæringsarbeidet er det viktig å få til samarbeid og samhandling på tvers av fag og sektorer både lokalt, regionalt og sentralt.

Strategiene i handlingsplanen tar utgangspunkt i og bygger videre på de sentrale strategiene for folkehelsepolitikken som ble trukket opp i folkehelsemeldingen, St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge.

Det er nødvendig å ta i bruk flere typer strategier og virkemidler samtidig. Behovet for strukturelle virkemidler er særlig viktig når det gjelder å redusere den skjeve fordelingen av sykdom og uhelse som eksisterer mellom ulike sosioøkonomiske grupper.

I denne handlingsplanen legges det vekt på følgende fem strategier:

1. Bedre tilgjengelighet av sunne matvarer
2. Kunnskap hos forbrukerne
3. Kompetanse hos nøkkelgrupper
4. Lokal forankring av ernæringsarbeid
5. Styrket ernæringsarbeid i helsetjenesten

1. Bedre tilgjengelighet av sunne matvarer

Samfunnsbaserte tiltak som gjør det enklere for alle å velge sunt, vil i mange tilfeller være de mest effektive for å bedre folkehelsen. For at de sunne valg skal bli de enkle valg når det gjelder kosthold, er tilgjengelighet til og pris på mat og drikke av stor betydning. Videre er regulering av markedsføring, merking av matvarer, regelverk på matområdet og produktutvikling eksempler på strukturelle tiltak som vil gi befolkningen bedre tilgjengelighet til sunne matvarer. Samarbeid med matvarebransjen er derfor viktig.

2. Kunnskap hos forbrukerne

Det er en sentral oppgave for myndighetene å nå ut til hele befolkningen med tydelig, lettfattelig og enhetlig informasjon om kosthold og ernæring. Utadrettet informasjons- og kommunikasjonsarbeid skal bidra til å øke kunnskapen i befolkningen om mat, kosthold og helse. Dette skal bidra til å gjøre det enklere for forbrukerne å foreta informerte valg med hensyn til kosthold. For å nå ut til de som ikke aktivt oppsøker informasjon om kosthold og helse, er det nødvendig å se på nye metoder og kanaler innen kommunikasjon. Kunnskap og holdninger er imidlertid ikke tilstrekkelig for å endre atferd. Informasjonsarbeid og opplysningsvirksomhet vil ha større effekt på befolkningsnivå, dersom dette arbeidet ses i sammenheng med og støtter opp om strukturelle tiltak.

3. Kompetanse hos nøkkelgrupper

Det må arbeides for et solid og relevant kunnskapsnivå om ernæring, kosthold og mat hos beslutningstakere og hos yrkesgrupper som direkte eller indirekte bidrar i ernæringsarbeidet, og slik har innvirkning på befolkningens kosthold. For å framskaffe ny viten om mat og måltider, ernæring og helse, bør det stimuleres til forskning. Kunnskap om helseatferd og endring av denne er nødvendig for å kunne drive godt og effektivt helsefremmende ernæringsarbeid i praksis.



4. Lokal forankring av ernæringsarbeid

Forankring av ernæringsarbeidet politisk, administrativt og i plandokumenter i kommuner og fylker er nødvendig for gjennomføring av mange tiltak, og gode allianser er viktig i helsefremmende og forebyggende arbeid. Partnerskap for folkehelse har de siste årene vokst fram som en av de viktigste strategiene i folkehelsearbeidet. Bak partnerskapstanken ligger erkjennelsen av at det er nødvendig med kontinuerlig, forpliktende og systematisk tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid for å oppnå god folkehelse. Dette krever bred involvering av offentlig, frivillig og privat virksomhet sentralt, regionalt og lokalt.

5. Styrket ernæringsarbeid i helsetjenesten

Det er generelt behov for å styrke den forebyggende innsatsen i helsetjenesten. Helsetjenesten er en viktig pådriver og samarbeidspartner i det forebyggende arbeidet. Sekundærforebygging og behandling foregår både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Ernæring er nødvendig del av forebygging, behandling og rehabilitering av sykdom, som grunnlag og støtte til annen medisinsk behandling og for at pasienten ikke skal bli under- eller feilernært. For å kunne gi et tilfredsstillende tilbud er det behov for gode strukturer, systemer og verktøy og forankring av disse, i tillegg til å sikre kompetanse om ernæring blant helsepersonell.

DEL III:

INNSATSOMRÅDER OG TILTAK

I denne delen finner du en innledning til hvert innsatsområde, delmål for hvert innsatsområde og alle tiltak i nummerert rekkefølge, med en kort beskrivelse av hvert tiltak.

Se også side 116 for en oversikt over alle tiltak i handlingsplanen.

Kostholdsutfordringene i befolkningen varierer med kjønn, alder, sosial tilhørighet og etnisk bakgrunn. Det er en særlig utfordring å nå ut til de gruppene som ikke allerede har gode kunnskaper om kosthold og ernæring, og til de som ikke aktivt søker informasjon om disse temaene. Informasjon og kommunikasjon må tilpasses ulike målgrupper.

01



KOMMUNIKASJON OM MAT OG KOSTHOLD

Informasjons- og kommunikasjonsarbeid skal bidra til å øke kunnskapen i befolkningen om mat, kosthold og helse og hvordan spise sunt. For å ha effekt, må budskapene tilpasses ulike målgrupper med hensyn til bruk av virkemidler og kanaler. Myndighetene har et ansvar for å gi kunnskapsbasert og lett tilgjengelig informasjon.

Befolkningen skal ha god tilgang til:

- råd for kostholdet og tips til hvordan spise sunt og variert
- praktiske råd for matlaging og generell matvarekunnskap
- informasjon om sammenhengen mellom mat og helse
- forbrukerinformasjon, slik som næringsdeklarasjon og merking

Informasjonsstrømmen om mat og kosthold er stor, og det er mange aktører på området. Det er jevnlig oppslag om mat og helse i både dagspresse og ukepresse, det gjennomføres kampanjer, og i markedsføring av matvarer benyttes også informasjon om ernæring og kosthold. Frivillige organisasjoner, opplysningskontorene i landbruket og Eksportutvalget for fisk er aktive med informasjon, undervisningsopplegg og kurs om mat- og kostholdsrelaterte temaer, og mange er opptatt av samarbeid med skoler og barnehager. Aktiviteter som involverer målgruppen, og særlig barn og unge, kan gi nyttige erfaringer som kan settes om i praksis og påvirke egen atferd.

Mye informasjon er i utgangspunktet positivt, men når ulike avsendere har budskap som strider mot hverandre, kan dette bidra til forvirring og usikkerhet. Det kan være mye å hente ved bedret samarbeid mellom myndigheter, frivillige organisasjoner og matvarebransjen om informasjonstiltak. Dette vil kunne bidra til at informasjonen som blir gitt av ulike aktører er i tråd med offisielle anbefalinger for ernæring og råd for kostholdet.

Kvinner har generelt bedre kunnskap om kosthold enn menn, og de øvre aldersgruppene er de som spiser sunnest og i størst grad oppgir å kjenne til de generelle kostholdene. Kostholdsutfordringene i befolkningen varierer også med sosial tilhørighet og etnisk bakgrunn. Informasjon og kommunikasjon fra det offentlige bør i større grad tilpasses ulike målgrupper, slik som kjønn, alder, minoritetsspråklige og ulike sosiale grupper. Det er en særlig utfordring å nå ut til de gruppene som ikke allerede har gode kunnskaper om kosthold og ernæring, og til de som ikke aktivt søker informasjon om disse temaene.

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- styrke kunnskaper og ferdigheter knyttet til mat, kosthold og tilberedning av sunn mat i alle befolkningsgrupper
- stimulere til matglede og motivere til endring av kostholdet i helsemessig gunstig retning
- tilpasse offentlig informasjon og kommunikasjon til minoritetsspråklige og utsatte grupper

TILTAK ►►

1.1 Utvikle og gjennomføre helhetlig plan for informasjons- og kommunikasjonsarbeidet på ernæringsområdet

For å kunne gjøre sunne og informerte valg av matvarer i dagliglivet, er kunnskap om mat og kosthold viktig. Forbrukere trenger derfor god tilgang til relevant og pålitelig informasjon. Myndighetene har en sentral oppgave i å sørge for god informasjon på matområdet, som forbrukerne kan ha tillit til og som vil gjøre det enklere for folk å gjøre helsemessig gode valg. Det er behov for å utvikle en helhetlig kommunikasjons-

plan for informasjons- og opplysningsvirksomhet fra det offentlige på området mat, kosthold og ernæring. Planen bør bygge på prinsippene i ernæringspolitikken og gjeldende anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet, og den bør omhandle samarbeid mellom offentlige, frivillige og private aktører. Opplysningskontorene i landbruket og Eksportutvalget for fisk er i denne forbindelse aktuelle aktører.

Planen skal beskrive virkemidler, metoder og kanaler for å nå ulike målgrupper, både befolkningsgrupper og nøkkelgrupper, og særlig de gruppene i befolkningen som ikke aktivt søker informasjon om kosthold. Kommunikasjon av de offisielle kostrådene skal ses i sammenheng med informasjon og råd om fysisk aktivitet, samt tilpasses med henblikk på vektreduksjon og vektkontroll. Planen skal legge føringer for prioriteringer i utvikling av nytt materiell, revidering av eksisterende materiell, og den skal ta stilling til behov for tilpasning av informasjon til minoritetsspråklige og utsatte grupper. Prinsippene for offentlig kommunikasjon legges til grunn.

Kommunikasjonsplanen skal ferdigstilles første halvår i 2007, og skal iverksettes i handlingsplanperioden i tråd med prioriteringer i oppfølgingen av handlingsplanen. Plan og kostnadsoverslag for gjennomføring skal inngå.

Ansvar: HOD/LMD/FKD/BLD/KD

► **FAKTA: Opplysningskontorene**

Opplysningskontorene i landbruket består av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker, Opplysningskontoret for egg og hvitt kjøtt, Opplysningskontoret for kjøtt og Opplysningskontoret for meieriprodukter. Brødfakta Din Baker fungerer som et informasjonskontor for brødvare. Det skal opprettes et eget Opplysningskontor for korn- og brødvare i 2007. Disse har en fellesoppgave i å drive informasjonsvirksomhet og formidling om mat for å stimulere til økt forbruk av sine respektive matvaregrupper. Opplysningskontorene finansieres av næringen, men driver merkevareneøytral (generisk) markedsføring, og fokuserer på bl.a. matglede, mattradisjoner og ernæring. Eksportutvalget for fisk er opplysningskontoret for fisk og sjømat. Det finansieres av fiskerinæringen og markedsfører fisk og sjømat i både inn- og utland.

1.2 Konkretisere de offisielle kostholdsrådene

De offisielle kostholdsrådene bygger på oppdatert kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse og kostholdet i befolkningen. For at den enkelte skal endre kosthold, er det viktig å ha god tilgang til entydige og praktiske kostholdsråd. Det er en sentral myndighetsoppgave å gjøre kunnskap tilgjengelig for hele befolkningen, uavhengig av kjønn, etnisitet, inntekt eller utdanning. Befolkningen skal kunne ha tillit til at kostholdsrådene fra det offentlige gjenspeiler den viten som til enhver tid er tilgjengelig på området. Offisielle kostholdsråd vil også danne grunnlag for informasjon som gis av nøkkelpersoner i helsetjenesten og i utdanningssektoren. Kostholdsrådene skal konkretiseres og kvantifiseres på matvarenivå.

Ansvar: HOD

1.3 Gjennomføre kampanje for å fremme forbruket av fisk og annen sjømat

Det skal gjennomføres en kampanje for å fremme forbruket av fisk og annen sjømat. Kampanjen skal gjennomføres i et samarbeid mellom myndigheter og fiskeribransjen. Barn og unge vil være en viktig målgruppe.

Ansvar: FKD/HOD

1.4 Utgi en grunnleggende kokebok til hverdagsbruk i befolkningen

Det er stor etterspørsel etter enkle, sunne matoppskrifter til hverdagsbruk i befolkningen. Det skal utarbeides en kokebok til bruk i ungdomsskolen (jf. tiltak 7.1). Denne boken skal også være tilgjengelig for alle interesserte i bokhandel og for eksempel i dagligvarebutikker. I tillegg skal kokeboken tilbys kommunene til selvkost. Mulige bruksområder i kommunene vil være for beboere i institusjoner og hjemmeboende kronisk syke og funksjonshemmede, samt i asylmottak og i norsk- og samfunnsopplæring for innvandrere.

Boken skal stimulere til matglede, og inspirere folk til å lage god mat som er i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger for et sunt kosthold. Oppskriftene er eksempler på hvordan kostholdsrådene kan omsettes til konkrete måltider.

Ansvar: HOD

1.5 Videreutvikle Matportalen med hensyn til ernæring og kosthold

Matportalen www.matportalen.no presenterer forbrukerrettet informasjon fra offentlige myndigheter og forskningsmiljøer. Hovedfokus for portalen er sunn og trygg mat. Matportalen er et samarbeid mellom Mattilsynet, Sosial- og helsedirektoratet, Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Bioforsk, Statens strålevern og Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning (NIFES). Informasjon til forbrukere om mat og kosthold skal styrkes gjennom fortsatt satsing på Matportalen. For å styrke folks kunnskap om matvarer og hvordan sette sammen et sunt kosthold, er den nasjonale matvaredatabasen nylig gjort tilgjengelig på portalen. Det planlegges også å utvikle en nettbasert løsning av et enkelt kostberegningsprogram.

Ansvar: HOD/LMD/FKD

1.6 Utdeling av Ernæringsprisen

Ernæringsprisen er et stipend til en person/institusjon eller et miljø som har gjort en spesiell innsats innen ernæring. Nasjonalt råd for ernæring står bak prisen som ble delt ut første gang i 1984. Arbeid som kan belønnes med ernæringsprisen kan ha vært innen praktisk folkehelsearbeid, politisk arbeid, forskning eller opplysning og formidling. En slik pris er med på å skape oppmerksomhet rundt tiltak og aktiviteter som fremmer god ernæring og god helse, og tradisjonen vil derfor videreføres.

Ansvar: HOD

1.7 Etablere et dialogforum på nasjonalt nivå mellom myndigheter, frivillige organisasjoner og relevante private aktører

Myndighetene vil invitere til dialogforum på nasjonalt nivå med frivillige organisasjoner og aktuelle private aktører som bl.a. driver med kostveiledning. Det er viktig for ernæringsarbeidet at det gis mulighet for gjensidig informasjonsutveksling, faglig diskusjon, felles forståelse av utfordringer og virksomme tiltak, samt samordning av tiltak og ulike tilskuddsordninger. Det er også aktuelt at dette forumet drøfter hvordan kostholdstiltak og tiltak som fremmer fysisk aktivitet og røykfrihet kan ses i sammenheng.

Både frivillige organisasjoner, opplysningskontorene i landbruket og Eksportutvalget for fisk er aktive med informasjon, kurs, kostveiledning og undervisningstilbud i tilknytning til kosthold og helse. Mange er opptatt av samarbeid med skoler og barnehager.

I regionalt og lokalt folkehelsearbeid er det behov for å avklare sider ved samarbeid med private aktører med tanke på kommersielle interesser, reklame osv. Et mulig tema å ta opp i dialogforumet kan derfor være å utarbeide retningslinjer for samarbeid/avtaler med private aktører. Se også innsatsområde 7.

Ansvar: HOD/LMD/FKD/BLD/KD

FAKTA: Kostforum

Kostforum er et samarbeidsorgan for fem sentrale organisasjoner med interesse for kosthold og helse: Norges Diabetesforbund, Norges Astma og Allergiforbund, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Kreftforeningen. Organisasjonene har lokallag, utgir materiell, arrangerer kurs og temamøter og finansierer forskning.

For at den enkelte skal endre kosthold, er det viktig å ha god tilgang til entydige og praktiske kostholdsråd.

Det finnes et stort og variert tilbud av spiseklare produkter og måltider som kan inntas i og utenfor hjemmet. Dette markedet øker sterkt, og slik mat betyr en god del for kostholdet til stadig flere. Vi bruker stadig mer penger på mat og måltider utenfor hjemmet. Det har blitt enklere å velge sunne måltider, men det er fortsatt et stort forbedringspotensial.

02



SUNN MAT I ET MANGFOLDIG MARKED

Matvareforbruket endres med utviklingen i matvaremarkedet, men også med samfunnsutviklingen på andre områder, slik som globalisering av handelen med mat, teknologisk utvikling og økt reisevirksomhet. Det etniske mangfoldet i dagens samfunn har påvirket mattilbudet dramatisk, spesielt innen serveringsbransjen. Økt handel med mat gir oss tilgang til stadig nye eksotiske varer innen blant annet frukt og grønnsaker. Forbrukere er opptatt av pris, tilgjengelighet og kvalitet, og påvirkes av reklame og markedsføring.

En generell tendens i privat matvareforbruk de siste tiårene, er økt forbruk av industriframstilt og bearbejdede matvarer og økende etterspørsel etter ferdige måltider og retter. Disse endringene illustrerer hvordan befolkningens kosthold og matvareforbruk i stor grad henger sammen med matvareindustriens og matvarebransjens utvikling av nye produkter og den ernæringsmessige kvaliteten av disse.

Trenden i store deler av den vestlige verden er at forbrukerne blir mer helsebevisste og velger sunnere matvarer. Etterspørselen etter helsemessig gunstige matvarer og økologisk mat øker. Dette er en utfordring for matvareindustrien. Det er også økende interesse for å ta vare på og bruke tradisjonelle matvarer og matretter. Mattilbudet må dekke behovet for mat- og drikkevarer både til hverdag og fest, og også være tilpasset dagens familiestrukturer.

Primærnæring, matvareindustri og handelsnæring har en viktig oppgave med å utvikle matvarer med god ernæringsmessig profil tilpasset ulike bruksområder, arenaer og målgrupper. Bulkvarene, eller de produktene vi spiser mest av, som for eksempel korn- og brødvarer, meieriprodukter og kjøttprodukter, har stor betydning

for næringsinnholdet i kosten. Det er derfor viktig at disse har en god ernæringsmessig profil. Industrien i Norge har de siste årene gjort mye positivt for å utvikle og markedsføre ernæringsmessig gode produkter, bl.a. flere grove brødtyper, ulike melketyper og et variert tilbud av produkter fra hvitt kjøtt. Andre eksempler er endret fettsyresammensetning i margarinene og fjerning av transfett fra matvarer. Slik produktutvikling er særlig viktig for å redusere kostholdsrelaterte helseforskjeller i befolkningen. Det er også ønskelig å få flere valgmuligheter for dem som trenger spesielle produkter, bl.a. for personer med matvareallergi.

Det finnes et stort og variert tilbud av spiseklare produkter og måltider som kan inntas i og utenfor hjemmet. Dette markedet øker sterkt, og slik mat betyr en god del for kostholdet til stadig flere. Nordmenn bruker stadig mer penger på mat og måltider utenfor hjemmet. I de senere årene har det mange steder blitt enklere å velge sunne måltider, men det er fortsatt et stort forbedringspotensial både i kiosk-, bensinstasjons- og servicemarkedet og øvrige serveringssteder.

I tillegg til den private forbruker, etterspør alders- og sykehjem og andre storhusholdninger, hjemmebaserte tjenester, barnehager og skoler produkter som er utviklet spesielt for sine formål med hensyn til både matvarer, sammensatte måltider og passende størrelse på porsjoner.

Prisen på mat- og drikkevarer påvirker forbruksmønsteret vårt, og har således også betydning for kostholdets sammensetning. Hvor stor betydning prisen har, er avhengig av matvaretype og varierer hos ulike grupper av befolkningen. For å redusere forskjeller i kosthold som bidrar til sosial ulikhet i helse, er det nødvendig å vurdere bruk av pris- og økonomiske virkemidler i forhold til matvareprisene.

Med et økende omfang av ulike matvarer, både i form av nye produkter og innen de tradisjonelle matvaregruppene, øker også kravene til kunnskap i befolkningen. Dette er noe av grunnen til at det er stor interesse for merking av matvarer. Deler av dagligvarebransjen i Norge har innført det svenske nøkkelhullsmerket på produkter som etter visse kriterier (fett, salt, sukker, fiber) er ernæringsmessig gode valg innen en produktkategori. I Danmark, Finland og andre europeiske land finnes andre sunnhetsmerkeordninger.

► FAKTA: Økt omsetning av fastfood

Totalmarkedet for fastfood i kiosk-, bensinstasjons- og servicehandel (KBS-markedet) tok seg kraftig opp i 2005 og er et marked i stor vekst. Ifølge Markeds Faktas KBS-rapport 2001-2005, satte nordmenn i 2005 til livs 9 000 tonn pølser, pizza og hamburgere, innkjøpt i KBS-markedet. Totalt ble det solgt nærmere 15 000 tonn fastfood i dette markedet i 2005, en økning på 11 prosent fra året før. Fastfood er i Markeds Faktas rapport definert som pølser, hamburgere, pizza, lettstekte bagetter, pommefrites, pølse-/hamburgerbrød og diverse tilbehør. Samlet volumvekst for kategorien var 1 490 tonn. Pommefrites hadde en volumvekst på 19 prosent. Pølser og hamburgere utgjør 82 prosent av fastfood i KBS-markedet, en økning på 11 prosent fra 2004. En av de store frukt- og grønnsaksleverandørene i Norge økte sitt salg av frukt til KBS med 50 % (regnet i volum) fra 2004 til 2005, så det skjer også ernæringsmessig sett positive endringer i dette stadig voksende hurtigmatmarkedet, noe som det er viktig å understøtte og forsterke.

Kilde: www.handelsbladetfkn.no, www.frukt.no

► FAKTA: Næringsmiddelindustriens arena for mat og helse

Næringsmiddelindustrien etablerte i 2004 et nettverk for mat og helse med støtte fra Innovasjon Norge. Hovedmålet for nettverket har vært å drøfte tiltak for å tilby sunnere produkter/produktutvikling. Kunnskap og kompetanse har vært viktige tema i nettverket. Frivillige organisasjoner, forbrukerrådet og myndigheter har også blitt invitert til møter i nettverket. Forskning og evaluering av tiltak som kan gjøre sunne valg lettere, og som kan påvirke produktutvikling i en sunnere retning, er nødvendig. Dette beskrives nærmere under innsatsområde 9. Det er også aktuelt å styrke kompetansen om mat, ernæring og helse hos produsenter, serveringsbransjen og dagligvarehandelen.

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- gjøre det enklere for forbrukerne å velge matvarer med god ernæringsmessig sammensetning for å sette sammen et helsemessig godt kosthold
- bedre utvalget og eksponeringen av matvarer med god ernæringsmessig sammensetning
- redusere eksponeringen av matvarer som bidrar til et kosthold som ikke er helsevennlig, spesielt blant barn og unge

TILTAK ►►

2.1 Stimulere til produktutvikling av sunne matvarer og måltider

Mye kan fortsatt gjøres innen produktutvikling for å få fram flere nye og å videreutvikle eksisterende produkter med en bedre ernæringsmessig sammensetning, i ulike porsjonsstørrelser, tilpasset forskjellige behov. *Verdiskapningsprogrammet for matproduksjon* under Innovasjon Norge skal bidra til næringsutvikling bl.a. ved stimulering av nye og ettertraktede næringsmidler. I en tid hvor mat og helse er sterkt i fokus, og der folk ser ut til å ha høyere betalingsvillighet for såkalte sunnere produkter, vil også ernæringsaspekter ved støtte til næringsutvikling tas med i betraktning.

Det er behov for stimulering til produktutvikling i tråd med de ernæringsmessige anbefalingene. Dette kan for eksempel gjøres ved sikring av ressurser til opprettholdelse, eventuelt utvidelse, av det eksisterende nettverket av næringsmiddelbedrifter, *Arena for mat og helse*. Det vil være viktig at også små og mellomstore bedrifter kan ta del i den kompetanseflyt som er i et slikt nettverk. Erfaringer fra tidligere viser at nettverksmodellen både bidrar til effektiv produktutvikling for produsenter, og gir forbrukere mulighet for større mangfold.

Det marine verdiskapingsprogrammet, som forvaltes av Innovasjon Norge, finansierer nettverk av marine bedrifter som vil styrke sine muligheter til å utløse høyere verdier i forskjellige markeder, inklusiv det norske markedet. Bedrifter som sikter mot markeder med særlig fokus



på kosthold og ernæring, som har konkurransedyktige prosjekter, kan således få støtte til bedriftsnettverk, kompetanseheving og eventuelt også avledete innovasjons tiltak. Det vises også til Matprogrammet under Norges Forskningsråd under innsatsområde 9.

Ansvar: LMD/FKD

2.2 Etablere en dialogarena for samarbeid mellom matvarebransjen, myndigheter, forskere og forbrukere

Næringsmiddelindustri, dagligvarehandel, kiosker, bensinstasjons- og servicemarkedet og serveringsnæringen spiller en sentral rolle når det gjelder befolkningens kosthold og matvalg. Det er viktig med en møteplass/arena hvor myndigheter, matvarebransjen, forskere og forbrukere kan møtes for å drøfte samfunnsaktuelle problemstillinger knyttet til mat, ernæring og helse. Hovedhensikten med dialogarenaen vil være å få til en felles plattform og forståelse for arbeidet for et sunnere kosthold i befolkningen. En slik arena kan også resultere i forpliktende samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter. Myndighetene ønsker også å bruke en slik møteplass til å formidle informasjon om de til enhver tid gjeldende anbefalingene for ernæring, og til å belyse ny forskning. Det skal årlig arrangeres et seminar med matvarebransjen og forbrukerorganisasjoner om utviklings trekk, formidling av ny kunnskap og gjensidig orientering. I tillegg skal det holdes jevnlige kontaktmøter om spesielle saker eller temaer.

Ansvar: HOD/LMD/FKD/BLD

2.3 Fremme økt forbruk av frukt og grønnsaker gjennom å stimulere til økt tilgang på råvarer av god kvalitet

Forbrukerpolitiske hensyn er aktuelle langs hele verdi- og produksjonskjeden for den landbaserte matvareproduksjonen. I handlingsplanperioden skal det være en gjennomgang av virkemiddelbruken i produksjonskjeden, for å vurdere hvordan denne støtter opp om forbrukerpolitiske, matpolitiske, og ernæringspolitiske mål. Nordisk Ministerråds prosjekt *Ny nordisk mat* vil være aktuelt å se i sammenheng med dette tiltaket.

Ansvar: LMD

2.4 Styrket samhandling mellom myndigheter, fiskerinæring og omsetningsleddet for å øke tilgjengeligheten av fisk og sjømat av god kvalitet

Forbruk av fisk og sjømat er særlig avhengig av pris, tilgjengelighet og kvalitet. Myndigheter, fiskerinæring og omsetningsledd skal i samarbeid vurdere tiltak som kan bidra til å øke befolkningens tilgjengelighet til fisk og sjømat av god kvalitet.

Ansvar: FKD

2.5 Kartlegge og følge opp tilbudet av ferdigmat og måltider fra serveringssteder og servicemarkedet

Serveringssteder og servicemarkedet, som kiosker og bensinstasjoner, er viktige aktører i matvaremarkedet. Stadig flere spiser måltider utenfor hjemmet, og for mange kan dette utgjøre en vesentlig del av kostholdet. Bensinstasjoner, kafeer og andre utsalgssteder for mat og drikke fungerer også som samlingssteder, spesielt for ungdom. Tilbudet av mat og drikke på disse utsalgsstedene har derfor stor betydning for mange. Det er behov for å kartlegge tilbudet og kundegruppene på utsalgsstedene som tilbyr hurtigmat, som grunnlag for vurdering av tiltak. I planperioden vil det også bli gjennomført flere aktiviteter under overskriften matglede, smak og matkultur, som vil være aktuelle i forbindelse med oppfølging av dette tiltaket. Tiltaket må også ses i sammenheng med tiltak 2.2.

Ansvarlige: HOD/LMD

Matglede og matkvalitet er viktig for at forbrukerne skal bli bevisst på sammenhengen mellom mat og helse.



FAKTA: Ganefart

Landbruks- og matdepartementet tok i 2006 initiativet til en konkurranse for å identifisere de beste spisestedene langs veien, Ganefart 2006. Det var ønskelig å finne fram til steder som serverte mat basert på lokale ressurser, ut fra regional/ lokal mattradisjon og der gjestfrihet, estetikk og hygiene ble ivarettatt. Positiv fokus på mat, matproduksjon, matglede og matkvalitet er viktig for at forbruker skal bli bevisste spisende mennesker som ser at mat og helse henger nøye sammen. Sunn mat er god mat!

2.6 Omlegging av avgiften på alkoholfrie drikkevarer

Prisvirkemidler kan påvirke befolkningens kosthold, ved å gjøre usunne produkter relativt sett dyrere og eventuelt sunne matvarer billigere. Særlig avgifter på usunne produkter kan være ett av flere virkemidler for å bedre kostholdet i befolkningen. Virkningen vil imidlertid være avhengig av i hvilken grad avgiftene påvirker prisen, og i hvilken grad forbrukerne er sensitive overfor pris i sine valg. Videre vil både helseeffekten og provenyeffekten av avgifter på helseskadelige produkter kunne svekkes dersom prisøkningen fører til at forbrukerne går over til å kjøpe de avgiftsbelagte varene i utlandet. I St.prp. nr. 1 (2006-2007) Skatte-, avgifts- og tollvedtak er avgiften endret slik at drikkevarer tilsatt

både sukker og søtstoff avgiftslegges, se omtale i avsnitt 3.17. Drikkevarer kun med naturlig sukker til stede skal ikke avgiftslegges. Endringen medfører bl.a. at vann kun tilsatt kullsyre og eventuelle smaksstoffer fritas fra avgift. Vitenskapskomiteen for mattrygghet er i ferd med å utrede helsemessige konsekvenser ved bruk av søtstoffer i stedet for sukker i leskedrikker og saft. Utredningen kan gi grunnlag for å vurdere avgiftsgrunnlaget for avgiften på alkoholfrie drikkevarer på nytt. Ved bestemmelse av avgiftens størrelse bør ernæringsmessige hensyn ivaretas.

Ansvar: FIN/HOD

2.7 Utrede muligheter for bruk av økonomiske virkemidler for å fremme et sunt kosthold

Helse- og omsorgsdepartementet vil ta initiativ til gjennomgang og drøfting av ulike former for økonomiske virkemidler. Dette kan være å se på avgiftsgrunnlaget for avgiften på sjokolade og sukkervarer, ulike støtteordninger og bruk av andre økonomiske virkemidler.

Ansvar: HOD/FIN



► **FAKTA: Prisforskjeller på sunne og usunne matvarer**

Flere medieoppslag viser til eksempler på sammenligning av pris på "lette" og vanlige matvarer i samme produktkategori. Lettvariantene var mellom 30 og 50 prosent dyrere. Dette gjør at terskelen for å velge de sunne produktene kan være høy, spesielt for de som har dårlig råd. Det er grunn til å se nærmere på om dette er en systematisk forskjell som kan gi utslag på kostholdet over tid. Det er også et egnet tema i en dialogarena med bransjen (se 2.2).

2.8 Arbeide for bedre merking av matvarer, herunder bedre næringsdeklarasjon

Norske myndigheter vil arbeide for obligatorisk/lovpålagt næringsdeklarasjon på matvarer i innspill til EU. Merking av tilsatt mengde sukker er også foreslått som del av den obligatoriske merkingen. Innspill om bedre merking av næringsinnhold, samt merking av mengde tilsatt sukker, vil også følges opp i annen internasjonal sammenheng, slik som i Codex Alimentarius Commission. Revisjon av EUs merkedirektiv vil kreve påfølgende gjennomføring i Norge. Oppfølging i form av praktisk og lettfattelig forbrukerinformasjon, samt informasjon til matvareindustrien og bransjen ellers, vil være nødvendig (jf. innsatsområde 1). Utfordringene knyttet til merking i forbindelse med matvareallergi og matvareoverfølsomhet, må følges opp.

Ansvar: HOD

2.9 Ta sikte på å innføre symbolmerking for lettere å sette sammen et sunt kosthold

Det pågår et nordisk arbeid for å se på mulighetene for å ha felles nordiske kriterier for såkalt ernæringsmerking eller symbolmerking. På europeisk nivå arbeides det med bruk av ulike symboler i tilknytning til arbeidet med revisjon av EUs merkedirektiv. Forholdet til næringsdeklarasjon må også avklares. Norske myndigheter vil på bakgrunn av det nordiske arbeidet, arbeidet i EU og i nær dialog med næringsmiddelindustri, dagligvarebransje og forbrukerorganisasjoner ta sikte på å innføre en frivillig, offentlig ordning for ernæringsmerking/symbolmerking i Norge.

Ansvar: HOD/BLD/LMD/FKD

2.10 Følge opp og videreutvikle regelverk for bruk av ernærings- og helsepåstander, beriking av næringsmidler og kosttilskudd

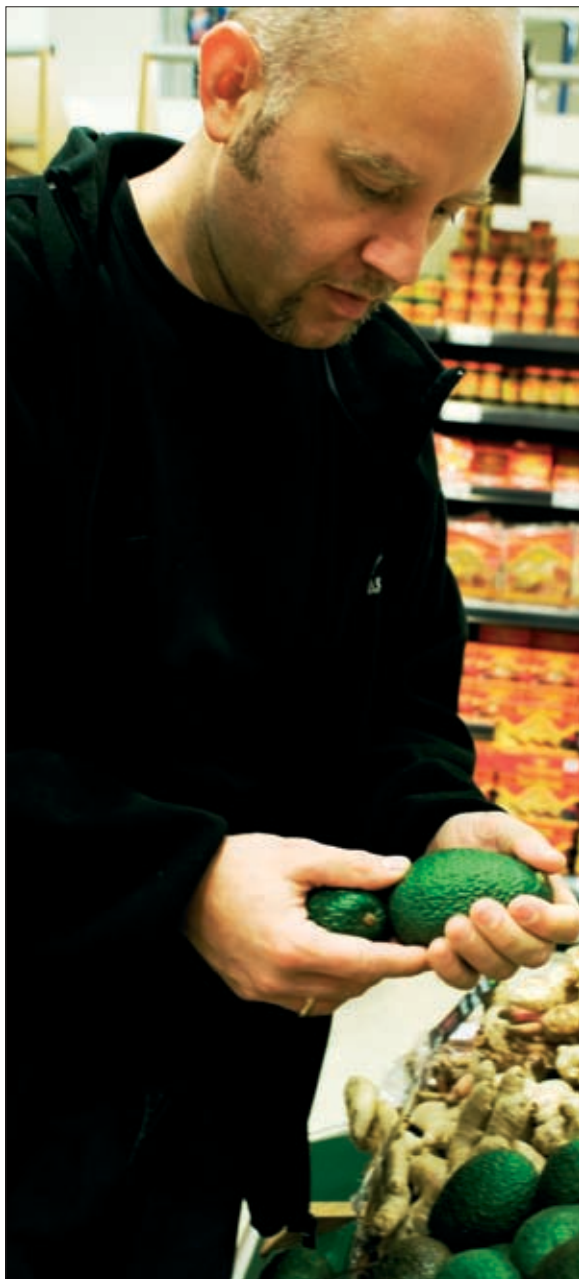
Det foreligger nye forordninger i EU vedrørende beriking av matvarer og bruk av ernærings- og helsepåstander. Disse må Norge ta stilling til og eventuelt gjennomføre så raskt som mulig i henhold til rutinene i EØS-avtalen. Noen av problemstillingene rundt forordningene gjelder matvarenes ernæringsprofil, dvs. hvilke matvarer som det skal kunne brukes påstander på. Dette vil igjen ha betydning for hvilke matvarer som vil berikes. Hva slags ernærings- og helsepåstander som skal kunne brukes, er også en pågående diskusjon. Norske fagmyndigheter må være aktivt med i den videre utviklingen av disse forordningene i EU, parallelt med eventuell gjennomføring i norsk rett. I 2004 ble det gjennomført en ny forskrift for kosttilskudd, også basert på nytt EU-direktiv. Dette direktivet og forskriften skal videreutvikles med hensyn til maksimumsgrenser i løpet av handlingplanperioden. Maksimumsgrenser må også diskuteres med hensyn til beriking. Ny praksis for beriking av matvarer samt endringer i befolkningens inntak av kosttilskudd vil kunne føre til høyere inntak av næringsstoffer i befolkningen eller grupper av befolkningen, noe som i enkelte tilfeller kan være uheldig. Myndighetene skal følge utviklingen av næringsstoffinntak i befolkningen for eventuelt å kunne iverksette kompenserende tiltak ved behov.

Ansvar: HOD

2.11 Vurdere innføring av restriksjoner på markedsføring av usunn mat rettet mot barn og unge

Barn og unge får i seg for mye sukker og fett, og mye av dette kommer fra godteri, brus, saft og snacks. Dette er matvarer som bidrar med lite næring men mye energi, og som ikke kan ha for stor plass i et variert og sunt kosthold. Disse produktene kan fortrenge annen og mer næringsrik mat, og de bidrar til økt overvekt blant barn og unge.

Deler av matvareindustrien bruker betydelige summer på å markedsføre disse varene, også mot barn og ungdom. Markedsføring av denne typen matvarer utgjør en anelig del av fjernsynsreklamen som blir sendt i tilknytning til TV-programmer for barn og ungdom. Det er god dokumentasjon på at markedsføring virker. Barn som utsettes for reklame og salgsfremmende tiltak for disse produk-



Plasseringen av varer i dagligvarebutikker og andre utsalgssteder påvirker forbrukernes valg i kjøps-situasjoner.

tene har et høyere inntak enn andre barn, og det gjen-speiles i kostholdets innhold av sukker og fett. Markedsføringen av sukker-, salt- og fettholdige matvarer bruker ofte virkemidler som kan bidra til et stort kjøpepress.

Spørsmålet om lovregulering kan være egnet for å begrense markedsføring av usunne produkter av mat og drikke overfor barn og unge skal utredes. I en utredning av et forbud mot eller innstramning vedrørende markedsføring av usunn mat overfor barn og unge, bør det tas stilling til om det er behov for en lovendring, hvilken lov en eventuell regulering bør hjemles i, hvordan bestemmelsen kan utformes, samt hvem som skal ha ansvar for håndheving og tilsyn. Tiltaket må vurderes opp mot resultater av selvregulering, jf. Forbrukerrådets initiativ om å utvikle retningslinjer. Norske myndigheter vil også delta aktivt i diskusjonen om disse spørsmålene både gjennom det nordiske samarbeidet, og internasjonalt, i EU og WHO (se også innsatsområde 10).

Ansvar: BLD/HOD

► **FAKTA: Om markedsføring av mat- og drikkevarer rettet mot barn**

Sveriges Konsumentråd har foretatt en kartlegging av reklame for usunn mat mot barn og unge, i henholdsvis blader/direktetereklame, på internett og på TV. Hensikten var å kartlegge hvor stor del av reklamen rettet mot barn som er for usunn mat. Halvparten av all reklame på barnenett-sider var reklame for usunne matvarer. Disse bar ofte preg av underholdning (spill, seriefigurer, konkurranser og klubber). 26 % av reklame i barneblader og direktetereklame var for usunn mat, 20 % av matreklame på TV er for usunn mat (chips, brus, godteri, kaker eller is).

Forbrukerrådet har tatt initiativ til et samarbeid med matvarebransjen for å utvikle retningslinjer med hensyn til markedsføring av mat- og drikkevarer rettet mot barn. Retningslinjene skal fungere som frivillig restriksjon for bransjen for å begrense markedsføring som bidrar til usunne kostvaner blant barn og ungdom, og er forventet å være ferdigstilt i første halvdel av 2007.



2.12 Foreta en kunnskapsoppsummering om produktplassering og valg av matvarer på ulike typer utsalgssteder

Plasseringen av varer i dagligvarebutikker og andre utsalgssteder påvirker forbrukernes valg i kjøpssituasjoner. Produktplassering kan derfor sies å være en del av markedsføringen. Det bør foretas en kunnskapsoppsummering om hvordan vareplasseringen påvirker kundenes valg, og hva valgene betyr for sammensetningen av forbrukernes kosthold. På grunnlag av denne kunnskapsoppsummeringen bør eventuelle tiltak vurderes i dialog med bransjen (jf. tiltak 2.2).

Ansvar: HOD/BLD

FAKTA: Produktplassering som fremmer sunne valg

Matvarekjeden ICA Supermarked vil teste ut responsen på sukkerfrie soner i kasseområdet der kunder står i kø for å betale. Dette er et område som tradisjonelt har bugnet av godteri og søtsaker. En av kjedens nyåpnede butikker i Oslo sentrum skal teste ut konseptet. Hyllene i området ved kassene skal forsøksvis erstattes med spiseklare gulrøtter, bananer, druer, nøtter, tørket frukt og flaskevann. Dette forsøket er et viktig skritt i positiv retning for å gjøre det enklere for forbrukerne å velge de helsemessig beste produktene. Det legges opp til å evaluere konseptet i begynnelsen av 2007.

Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos barnet og kan også ha gunstig effekt på helsen senere i livet. Det er derfor viktig å opprettholde og styrke den positive ammekulturen i Norge. Selv om Norge er et av de ledende land i Europa når det gjelder amming, er det likevel langt igjen før anbefalingene er oppnådd.

03



GOD ERNÆRING FRA STARTEN AV

I arbeidet for å fremme et sunt kosthold i befolkningen er det viktig å satse på god ernæring fra starten av, allerede fra fosterlivet og videre i sped- og småbarnsperioden. Et godt kosthold er av grunnleggende betydning for barnets vekst og helsetilstand. I tillegg kan kosthold og matvaner i denne perioden ha betydning for helsen senere i livet.

Kostholdet under graviditet er spesielt viktig fordi det har stor betydning for mors helse og for barnets helse og utvikling. Behovet for energi og næringsstoffer øker under graviditeten. Samtidig er det ikke ønskelig at den gravide har et for høyt energiinntak, noe som blant annet kan føre til for stor vektøkning. Både for lav og for høy vektøkning er forbundet med økt risiko for komplikasjoner for mor og barn. Gjennomsnittsvekten til norske kvinner øker, og denne vektøkningen sammenfaller med økning i andel barn med høy fødselsvekt. Overvekt hos gravide kan føre til svangerskapskomplikasjoner som diabetes, høyt blodtrykk og vanskelige fødsler. Barn med høy fødselsvekt har økt risiko for senere overvekt og diabetes.

Kvinner som planlegger graviditet eller som er gravide er ofte motivert til å gjøre gunstige endringer i sitt kosthold, og det er derfor svært viktig at kvinner får god veiledning om kosthold i denne perioden. Generelt har kostholdet blant norske kvinner i fertil alder de samme svakhetene som i befolkningen for øvrig, høyt inntak av fett og sukker og lavt inntak av frukt, grønnsaker, grove korn- og brødvarer og fisk, særlig fet fisk. Inntaket av vitaminer og mineraler er stort sett tilfredsstillende, men på noen områder er det rom for forbedring. Dette gjelder blant annet for inntaket av B-vitaminet folat, som er lavere enn anbefalt, og det samme gjelder for inntaket av vitamin D og jern hos enkelte grupper. Siden 1998 har helsemyndighetene anbefalt tilskudd av folat i forbindelse med graviditet. Det

er imidlertid få kvinner som følger denne anbefalingen, og det er en utfordring å få flere til å gjøre dette.

Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos barnet og kan også ha gunstig effekt på helsen senere i livet. Det er derfor viktig å opprettholde og styrke den positive ammekulturen i Norge. Selv om Norge er et av de ledende land i Europa når det gjelder amming, er det likevel langt igjen før anbefalingene er oppnådd. Samfunnets og helsetjenestens oppgave er å gjøre det enklest mulig for kvinner å amme, slik at en større andel spedbarn fullammes (får kun morsmelk) i de første seks levemånedene, og slik at en større andel spedbarn får morsmelk til de er minst ett år. Det er et mål at mødre skal ha tilgang på kunnskapsbasert rådgivning, slik at de kan amme med minst mulig problemer og ikke slutter å amme på grunn av manglende hjelp og støtte. Det kan likevel være grunner til at kvinner ikke ammer eller slutter tidlig å amme. Dersom barnet ikke ammes, skal foreldrene få god veiledning i bruk av morsmelkerstatning.

En rekke ledd i helsetjenesten har som oppgave å ivareta sped- og småbarnsernæring og amming: svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelinger, helsestasjoner, fastleger, neonatalavdelinger og barneavdelinger. Helsestasjonen har en særlig viktig rolle på grunn av den tette og tidlige kontakt med familien, spesielt i barnets første leveår, og har dermed stor betydning i arbeidet for å fremme amming og etablere gode kostvaner tidlig.

Verdens helseorganisasjon anbefaler at hvert land oppretter et nasjonalt ressurscenter for amming. I Norge er det opprettet et Nasjonalt kompetansesenter for amming, som er organisert under Rikshospitalet. Mens Nasjonalt kompetansesenter for amming arbeider i forhold til

helsetjenesten, er mødre den viktigste målgruppen til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen, www.ammehjelpen.no. Organisasjonen er en bærebjelke i arbeidet for å sikre grunnleggende kunnskaper i befolkningen om amming. Ved spørsmål eller problemer med ammingen, kan en frivillig ammehjelper tilknyttet organisasjonen gi råd og veiledning.

Spedbarn har et relativt stort behov for vitaminer og mineraler i forhold til energibehovet. Det er derfor viktig at tilleggskosten er næringsrik, variert og godt sammensatt. Jern og vitamin D er næringsstoffer det særlig kan bli for lite av i spedbarnsalderen. I Norge anbefales at spedbarn fra 4 ukers alder får daglig vitamin D-tilskudd i form av tran. Tran bidrar dessuten med marine n-3-fettsyrer, som bl.a. er viktig for vekst og for nevrologisk og mental utvikling.

Generelt vil et høyt inntak av sukkerholdige matvarer kunne føre til lav tilførsel av vitaminer og mineraler, ved at andre matvarer fortrenses fra kostholdet. Det er vist helsemessige svakheter ved kostholdet til småbarn i Norge, særlig inneholder kosten for mye fett og tilsatt sukker. Det bør derfor arbeides for å redusere sukker- og fettinntaket i denne aldersgruppen samt å øke inntaket av frukt, grønnsaker og fisk. Søte drikker utgjør i dag den største kilden til sukker i sped- og småbarnskosten, og inntaket av søte drikker bør derfor reduseres.

De største innvandrergruppene fra ikke-vestlige land kommer bl.a. fra Pakistan, Sri Lanka, Iran, Vietnam og Tyrkia. Resultater fra helseundersøkelser i Oslo viser at kvinner fra disse områdene har en overhyppighet av lav vitamin D-status. Det er også vist overhyppighet av overvekt, fedme og type 2-diabetes hos kvinner fra enkelte ikke-vestlige innvandrergupper. Videre er det en høyere forekomst av type 2-diabetes blant gravide med ikke-vestlig bakgrunn.

Omlag 7 % av barn i Norge har to foreldre med ikke-vestlig bakgrunn. De fleste ernæringsmessige utfordringene er like for alle barn, uansett opprinnelsesland. Det kan imidlertid være behov for tilpassede tiltak ved en annerledes matkultur og ved de endringer som kan finne sted i forbindelse med migrasjon. Det er begrenset kunnskap om amming, kostvaner, ernæringsstatus og vekst hos innvandrerbarn. Enkelte undersøkelser har vist

at jernmangelanemi er noe mer utbredt blant enkelte grupper av innvandrerbarn enn hos etnisk norske barn. Det er også rapportert dårlig vitamin D-status og tilfeller av rakitt.

► **FAKTA: Nasjonalt kompetansesenter for amming**

Kompetansesenteret har følgende funksjoner:

- Sikre nasjonal kompetanseoppbygging, nettverksbygging og spredning av kompetanse.
 - Etablere nødvendige faglige standarder og formidle disse.
 - Bidra til forsknings- og utviklingsarbeid innen fagfeltet.
 - Gi råd og faglig støtte til helsetjenesten.
 - Være rådgivende instans for landets myndigheter og andre.
 - Styrke samfunnsmessige forhold som muliggjør optimal amming.
 - Styrke internasjonalt samarbeid for å fremme amming.
- www.rikshospitalet.no

► **FAKTA: Forslag til handlingsplan for sped- og småbarnsamming**

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 ferdigstilte i februar 2005 et forslag til Handlingsplan for sped- og småbarnsernæring. Dette forslaget har ikke blitt ferdigstilt som en egen handlingsplan, siden man har sett det formålstjenlig å inkludere de aktuelle tiltakene i denne planen. Forslaget har vært et viktig bakgrunnsdokument for tiltakene under dette innsatsområdet og også i forhold til tiltak rettet mot barnehager.

Spedbarn har et relativt stort behov for vitaminer og mineraler i forhold til energibehovet. Det er derfor viktig at tilleggskosten er næringsrik, variert og godt sammensatt.



DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- styrke kostholdsveiledningen til kvinner i fertil alder og gravide
- legge til rette slik at en større andel spedbarn kan fullammes i de første seks levemånedene og få morsmelk til de er minst ett år
- legge til rette for et godt kosthold for sped- og småbarn
- styrke veiledningen om amming, kosthold, mat og måltider til sped- og småbarnsforeldre
- bidra til at markedsføring av morsmelkerstatning kun skjer i tråd med internasjonale anbefalinger
- vektlegge innsats overfor kvinner og barn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn

For tiltak innen barnehage og helsetjenesten, se innsatsområde 4 og 6. Angående nye retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, se tiltak 6.3.2.

TILTAK ►►

3.1 Tilby oppdatert informasjonsmateriell om amming, sped- og småbarnsernæring

Informasjonsmateriell om amming og sped- og småbarnsernæring er svært etterspurt av foreldre og helsetjeneste, og dette er viktige verktøy og hjelpemidler for å oppnå sunne kostvaner blant sped- og småbarn. I dag tilbys heftene *Hvordan du ammer ditt barn* og *Mat for spedbarn* gratis via svangerskapsomsorgen, på føde- og barselavdelinger og på helsestasjonene. Dette er et etablert tilbud, og utgivelse av heftene skal videreføres. Det tas også sikte på å utvikle tilsvarende materiell om kosthold i småbarnsperioden til bruk for foreldre, helsetjeneste og barnehager. I den anledning er det behov for å sammenfatte og utforme konkrete kostråd for aldersgruppen 1-6 år. Det bør utvikles kortfattet og lett tilgjengelig informasjon om kosthold blant sped- og småbarn rettet mot ulike grupper. Det bør også utvikles materiell tilpasset ulike innvandrergupper og på morsmålet til de største ikke-vestlige innvandrerguppene. Generelt bør det arbeides for at informasjon som deles ut til foreldre på barselavdelinger og helsestasjoner er faktabasert og ikke inneholder reklame.

Ansvarlig: HOD

3.2 Videreføre og videreutvikle satsing på Mor-barn-vennlig initiativ

WHO/UNICEF lanserte i 1991 *The Baby-Friendly Hospital-initiative* for å hjelpe mødre verden over til en god start på ammingen. I Norge ble dette fulgt opp med prosjektet Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI) rettet mot landets føde- og barselavdelinger. Nærmere 90 % av alle norske barn blir nå født på et Mor-barn-vennlig sykehus. Fra flere land, inkludert Norge, er det rapportert at initiativet har bidratt til økt ammeforekomst. Den andre fasen av Mor-barn-vennlig initiativ startet i 2004 (MBVI-II) og skal kvalitetssikre at sykehus som ble evaluert på 90-tallet opprettholder denne høye faglige standarden. Det pågår nå arbeid for en videreføring av Mor-barn-vennlig initiativ til også å gjelde neonatalavdelinger og helsestasjoner:

- MBVI i neonatalavdelinger: 10–12 % av norske barn overføres til en neonatalavdeling. Premature og syke nyfødte barn har særlig nytte av morsmelkernæring. Det er imidlertid ofte ekstra krevende å etablere amming for denne gruppen barn fordi mange blant annet er sugesvake. Ved Nasjonalt kompetansesenter for amming er det utarbeidet et opplegg for å inkludere landets neonatalavdelinger i MBVI. Dette er et pionerarbeid som det er stor interesse for internasjonalt. Samtlige av landets 21 neonatalavdelinger deltar i arbeidet for å nå en Mor-barn-vennlig standard på sin ammeveiledning, og høsten 2006 hadde 10 oppnådd godkjenning.

- MBVI i helsestasjoner: De fleste ammeproblemer oppstår de første 4 ukene etter fødselen. Tidlig og kvalifisert kontakt med helsestasjonen kan bidra til å redusere andelen med kort ammeperiode. Dette vil samtidig være en strategi for å utjevne sosial ulikhet i amming. Initiativet Ammekyndig helsestasjon er et samarbeid mellom Nasjonalt kompetansesenter for amming og Landsgruppe for helsesøstre. Det er utarbeidet faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjonen som vil danne den faglige basisen. Det er i alt ca. 1200 helsestasjoner, og det arbeides med å finne en modell for evaluering. Deltakelsen vil være basert på frivillighet. En forutsetning for at initiativet skal lykkes er at helsestasjonene får tilbud om opplæring i form av fylkesvise kurs.

Utfyllende informasjon om faglige krav til Mor-barn-vennlig initiativ og WHO/UNICEFs 10 trinn for vellykket amming finnes på www.rikshospitalet.no.

Ansvarlig: HOD



3.3 Legge til rette for å innarbeide hele WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatninger i norsk lovgivning, samt påse at koden følges

WHO vedtok i 1981 den internasjonale koden for markedsføring av morsmelkerstatning (the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes), som en internasjonal anbefaling for å beskytte amming og sped- og småbarns helse. I Norge er koden nå delvis ivarettatt av en norsk frivillig avtale mellom helsemyndigheter og barnematindustrien (1983) og delvis gjennom forskrift for morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger (2001). Den frivillige avtalen og forskriften for morsmelkerstatninger ivaretar ikke alle forhold ved den internasjonale koden, og avtalen fungerer ikke fullt ut etter intensjonen. Nye produkter og barnematprodusenter har kommet til i løpet av disse årene, i tillegg til at relevante resolusjoner vedtatt av WHO ikke er inkludert. Det skal nedsettes en arbeidsgruppe som kartlegger hvordan koden og relevante resolusjoner best kan gjennomføres i Norge, eventuelt innlemmes i norsk lovverk, og hvordan koden kan overvåkes.

Ansvarlig: HOD

3.4 Opprettholde etablerte fødselspermisjonsordninger for kvinner og utrede muligheten for betalt ammefri slik at alle kvinner som ønsker det kan amme i samsvar med helsemyndighetenes anbefalinger

Helsemyndighetene anbefaler at spedbarna fullammes i de første seks levemånedene, og at ammingen opprettholdes gjennom hele det første leveåret. Så mange som 80 % av mødrene ammer ved seks måneders alder, mens kun 36 % ammer i hele første leveår. Når det gjelder fullamming, er det 70 % som fullammer de første tre levemånedene, mens kun 7 % fullammer de første seks månedene. Det er en stor utfordring å øke varigheten av fullamming og amming. Slik fødselspermisjonsordningen er i dag, er det godt tilrettelagt for at de kvinner som ønsker det kan amme etter helsemyndighetenes anbefalinger. Retten til fødselspermisjon er lovfestet, og den samlede stønadsperioden for mor er 51 uker med redusert dagsats (80 %) eller 41 uker med full dagsats, hvorav de seks første ukene er lovfestet for mor. Seks uker av fødselspermisjonen er forbeholdt far. Mesteparten av dagens fødselspermisjon kan dermed fordeles mellom foreldrene slik de selv ønsker det, og forholdene er lagt til rette slik at kvinner som ønsker å fullamme i seks måneder og fortsette amming ut første leveår har mulighet til det.



Ammende kvinner som går ut i arbeid før barnet er ett år, har behov for ammeferie. Retten til ammeferie er lovfestet, men godtgjørelse for denne tiden er ikke regulert i loven. Dette er derimot regulert i tariffavtaler og i individuelle arbeidsavtaler, blant annet i hovedavtalene for stats- og kommuneansatte. Konsekvensene av å innføre en generell regel om lønn under ammeferie er nå under utredning.

Ansvarlig: AID

3.5 Revidere og utvikle nasjonale anbefalinger for sped- og småbarnsernæring og for ernæring til premature barn

Nasjonale anbefalinger for spedbarnsernæring er et viktig grunnlag for helsetjenestens veiledning og rådgivning om amming og kosthold til spedbarn. Anbefalingene revideres med noen års mellomrom og skal være i samsvar med de generelle anbefalingene for ernæring. De gjeldende anbefalinger for spedbarnsernæring kom i 2001, og reviderte anbefalinger bør foreligge i 2009. Det bør vurderes om det er behov for å utvikle egne nasjonale anbefalinger for småbarnsernæring. Videre bør det utvikles nasjonale anbefalinger for ernæring til premature og syke nyfødte barn. Arbeidet bør inkludere en vurdering av behov for å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for ernæring av premature barn med fødselsvekt under 1500 g. Anbefalinger for ernæring til premature må ses i sammenheng med de nye faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn, som utarbeides av Sosial- og helsedirektoratet.

Ansvarlig: HOD

3.6 Styrke veiledningen om ernæring til gravide gjennom implementering av faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen og utgivelse av informasjonsmateriell

Det er viktig at gravide får tilstrekkelig informasjon om hva som er et gunstig kosthold. Dette innebærer at helsepersonell som møter gravide i sin praksis må ha kompetanse på dette feltet. Samtidig er det behov for informasjonsmateriell som kan deles ut til gravide kvinner, blant annet brosjyren *Ernæring i svangerskapet*. I 2005 utga Sosial- og helsedirektoratet nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen som blant annet omfatter råd om levevaner under graviditet, inkludert kosthold. For å gjøre disse retningslinjene kjent og brukt blant helsepersonell gjennomføres det konferanser i samarbeid med landets fylkesmenn og høgskoler i alle landets fylker. Diabetes er en vanlig svangerskapskomplikasjon hos kvinner fra det indiske subkontinent og Nord-Afrika. Det er viktig å nå fram med informasjon til kvinner med svangerskapsdiabetes for å forebygge utvikling av diabetes og senkomplikasjoner som hjerte-, kar- og nyresykdommer (jf. Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010).

Ansvarlig: HOD

3.7 Videreføre tiltakene knyttet til innføring av EUs barnematdirektiver i Norge

EUs barnematdirektiver ble innført i norsk lovverk i 2002 under forutsetning av at det ble igangsatt intensivt overvåking og kontroll med barnemat og informasjon om spedbarnsernæring, såkalte kompenserende tiltak.

Bakgrunnen var at direktivene åpner for tilsetning av en rekke næringsstoffer i barnematproduktene, og at dette kunne føre til helsemessig uheldige konsekvenser for norske sped- og småbarn. Hovedansvaret for oppfølgingen er lagt til Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet. Det kommer stadig nye barnematprodukter på markedet, og produktenes sammensetning forandres. Arbeidet som utføres på området i dag må derfor videreføres og prioriteres. Et nødvendig grunnlag er oppdatert informasjon om barnematproduktene på det norske markedet og om sped- og småbarns kosthold her i landet. Oppfølging av meldepikten for produktene, matvaredatabasen og av analyse- og merkeprosjektene må videreføres. Gjennomføring av landsomfattende kostholdsundersøkelser blant sped- og småbarn med 5-8 års mellomrom må også videreføres. I tillegg til overvåking og kontroll av barnematmarkedet legges det vekt på god informasjonsflyt til helsepersonell, industri/importører og forbruker. Mattilsynet og Sosial- og helsedirektoratet har arrangert fylkesvise kurs, utgir nyhetsbrev til helsepersonell og bruker nettsidene for å informere om sped- og småbarnsernæring.

Ansvar: HOD/LMD

3.8 Arbeide for å etablere et opplegg for nasjonal amnestatistikk

Det er behov for å utvikle og etablere et opplegg for en nasjonal amnestatistikk. Dette må inngå som en del av arbeidet med overvåking av kostholdet i Norge. Per i dag måles ammeforekomst i de landsomfattende kostholdsundersøkelsene som gjennomføres med ca. åtte års mellomrom. Ammeforekomsten kan imidlertid endres raskt, og det er derfor behov for å registrere amming oftere enn det gjøres i dag, minimum hvert annet år. Registreringen kan skje på flere måter. En metode vil være en utvalgsundersøkelse hvor et spørreskjema går direkte til mor. En annen mulighet kan være å gjøre som i Sverige, der hver helsestasjon rapporterer inn sine årlige statistikker, som så samles i en nasjonal database for amnestatistikk. Den siste metoden vil gi lokalt eierskap og dermed også et bedre utgangspunkt for arbeidet med amming på lokalt nivå og ved den enkelte helsestasjon. Data om amming egner seg også godt som indikator i kommunehelseprofiler (jf. tiltak 7.4).

Ansvarlig: HOD

3.9 Vurdere å innføre et landsdekkende tilbud om gratis vitamin D-tilskudd til spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn

Det er påvist en svært høy forekomst av dårlig vitamin D-status hos kvinner i fertil alder fra bl.a. Pakistan, og i Norge finnes ernæringsbetinget rakitt nesten utelukkende hos barn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. I faser av livet hvor man vokser mye, som i spedbarns-alder, er det særlig viktig å sikre god vitamin D-status. I Norge anbefales tran til spedbarn fra 4 ukers alder for et daglig tilskudd av vitamin D og marine fettsyrer. Barn som ikke får tran, bør gis vitamin D-dråper. Vitamin D-tilskudd anbefales fordi det ellers kan være vanskelig å oppnå anbefalt daglig inntak av dette vitaminet. Det er ikke tradisjon for ikke-vestlige innvandrere å bruke tran, og det er usikkert i hvilken grad rådet om tran blir fulgt av denne gruppen. På bakgrunn av foreløpige resultater fra et prøveprosjekt i Oslo blant ikke-vestlige innvandrere vil det bli vurdert å innføre et opplegg på landsbasis med tilbud om gratis vitamin D-tilskudd de første seks levementene til alle spedbarn med ikke-vestlig bakgrunn i Norge. I opplegget må også tilrettelagt informasjonsmaterieell inngå. Organisering av tilbudet er under utredning.

Ansvarlig: HOD

FAKTA: Prøveprosjekt om bruk og effekt av vitamin D-dråper

Det har vært gjennomført et prøveprosjekt i Oslo blant de største gruppene av ikke-vestlige innvandrere. Det ble delt ut gratis vitamin D-dråper ved 6-ukers- og 3-månederskontrollen på helsestasjonen, samt informasjonsmaterieell på ulike språk om betydningen av vitamin D-tilskudd til spedbarn. Det ble tatt prøver av barna for å måle vitamin D-innholdet i blodet. Det viste seg at spedbarna som ble fulgt opp med gratis tilskudd av vitamin D og tilpasset informasjon til mødrene fikk en langt større økning i vitamin D-nivået i blodet enn gruppen som fikk ordinær oppfølging. Undersøkelsen bekreftet at vitamin D-tilskudd er spesielt viktig i de første seks levementene hvor fullamning anbefales.

Måltider i barnehage, skole og SFO har en betydelig miljøskapende verdi. I tillegg til å skulle dekke rent fysiologiske behov for energi og næring, er de viktige elementer i det fysiske og psykososiale miljøet. Måltidene i barnehage og skole har betydning for barn og unges helse, trivsel og læring, sosiale kompetanse og kulturelle samhandling.

04

SUNNE MÅLTIDER I
BARNEHAGE OG SKOLE

Grunnlaget for barn og ungdoms kosthold legges hjemme, men barnehager og skoler spiller også en viktig rolle når det gjelder denne gruppens kostvaner. Mange barn spiser flere av dagens måltider mens de er i barnehagen eller på skolen, og måltidene her utgjør en betraktelig del av det totale kostholdet. I barnehagen og på skolen skal barn og unge lære å ta gode og bevisste valg med hensyn til eget liv og egen helse. Å legge til rette for gode måltider og et sunt mat- og drikketilbud i barnehage og skole er derfor viktig. Det vil bidra til at barn og unge på en naturlig måte og i fellesskap med andre får gode muligheter til å etablere et helsefremmende og godt kosthold som de tar med seg videre i livet. Et likeverdig og sunt mattilbud i barnehage og skole er særlig viktig for de som kommer fra hjem hvor bevisstheten rundt kosthold og levevaner er lav. Tiltak på disse arenaene vil ha utjevnerende effekt på sosiale ulikheter i helse. Tiltak knyttet til utdanning og kompetanse om mat, kosthold og helse omhandles i innsatsområde 8.

Måltider i barnehage, skole og SFO har en betydelig miljøskapende verdi. I tillegg til å skulle dekke rent fysiologiske behov for energi og næring, er de viktige elementer i det fysiske og psykososiale miljøet. Måltidene i barnehage og skole har betydning for barn og unges helse, trivsel og læring, sosiale kompetanse og kulturelle samhandling.

Mat og måltider har en sentral plass i barnehagenes praktiske og pedagogiske hverdag. I henhold til *Barnehageloven* skal barnehager legge opp virksomheten slik at den fremmer barnas helse, og *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver* legger vekt på god organisering av dagen slik at både ro, fysisk aktivitet og måltider ivaretas. Barnehagen skal bidra til at barna tilegner seg gode vaner, holdninger og kunnskaper når det gjelder kosthold.

Måltidene er en viktig læringsarena for utvikling av sosial kompetanse og kulturforståelse, men også egnet for å lære å like mange forskjellige matvarer og hva som er et sunt og variert kosthold.

Utfordringene ved måltidene i barnehagene er hovedsakelig knyttet til det som tilbys av mat og drikke. Måltidene skal sikre nødvendig mat og drikke til dagens aktiviteter, men i et videre perspektiv skal de også legge grunnlaget for gode kostvaner.

De aller fleste barnehager har et tilbud av mat og drikke. I dag er det opp til barnehageeier og den enkelte barnehage å avgjøre hva som skal inngå av mat og drikke i barnehagetilbudet og om det skal tas ekstra kostpenger. I et helseperspektiv er det av stor betydning at midlene som er satt av til mat disponeres slik at barna får et helsefremmende og ernæringsmessig godt tilbud. Varierte og sunne måltider i barnehager er viktig for å bedre den ernæringsmessige sammensetningen av kostholdet blant barn i førskolepliktig alder. Her er det et stort forbedringspotensial. Tilbudet av frukt og grønnsaker bør økes, og det lave tilbudet av grønnsaker er en særlig utfordring. Det brukes i alt for liten grad grove brød- og kornvarer, og barnehager som tilbyr helmelk bør i stedet bruke magre melketyper. Innslaget av fisk kan med fordel bli høyere, siden forbruket av fisk blant barn er lavt. Bursdager og høytider blir ofte markert med kaker og annen søt og fet mat. Oppmerksomheten rundt denne maten kan lett bli stor, og det er uheldig hvis kaker og annen sukkerrik mat forekommer for ofte og erstatter hverdagsmaten.

► FAKTA: Mat i barnehagen

Det daglige tilbudet av mat og drikke i landets barnehager er på flere områder innenfor myndighetenes anbefalinger. Likevel er det noen klare ernæringsmessige svakheter, og hovedutfordringer ved mat- og drikketilbudet i barnehagene er:

- Lav andel som bruker grove brød- og kornvarer
- Lav andel som tilbyr grønnsaker
- Høy andel som tilbyr helmelk
- Lite variasjon i pålegg og tilbud av varmmat, bl.a. når det gjelder bruk av fisk

– Mye fet og sukkerrik mat ved feiringer og markeringer
Kilde: Mat og måltider i barnehagen – en spørreundersøkelse blant styrere og pedagogiske ledere. Sosial- og helsedirektoratet 2005.

Helsemyndighetene utgir retningslinjer for hva som innebærer et sunt mat- og drikketilbud i barnehagen, og disse er forankret i *Forskrift for miljørettet helsevern i barnehager og skoler*. Disse retningslinjene må gjøres kjent for barnehageeiere, ansatte og foresatte, og det må utvikles pedagogiske verktøy og informasjonsmateriell til bruk i barnehagen. Mat og måltider bør inngå i barnehagens års- og virksomhetsplaner. Det er også viktig å sørge for at barnehagepersonell har god kompetanse om mat og måltider, og at det legges til rette for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid lokalt (se innsatsområdene 7 og 8).

St.meld. nr. 30 (2003–2004) *Kultur for læring* peker på mat og drikke som forutsetninger for god læring og viktig for å skape et godt læringsmiljø i skolen. Elevene har gjennom Opplæringslovens kapittel 9a Elevenes skolemiljø, rett til et fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring, noe som er skoleeiers ansvar å følge opp. Læringsplakaten er en liste over elleve punkter som skoler og lærebedrifter skal følge for å sikre at Opplæringsloven følges og at elever og læringer får det tilbudet de har krav på. Læringsplakaten har status som forskrift til Opplæringsloven og danner grunnlag for tilsyn.

Sosial- og helsedirektoratet utgir retningslinjer for skolemåltidet i grunnskole og videregående skole. Retningslinjene angir anbefalinger for organisatoriske forhold rundt måltidet og for tilgang til mat og drikke, som skal fremme helse, trivsel og læring. *Forskrift for miljørettet helsevern*

i barnehager og skoler viser til retningslinjene i §11 om måltider. Utdanningsdirektoratet bruker Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet og retningslinjer for skolemåltidet i sitt arbeid med å bidra til at elevenes rett til et miljø som fremmer helse og trivsel oppfylles.

Når det gjelder måltider i grunnskolen og videregående opplæring, har utviklingen siden begynnelsen av 1990-tallet på mange måter gått i positiv retning, men det er fortsatt mange utfordringer ved skolematvanene til barn og unge. Dette henger sammen med rammene for skolemåltidet og tilbudet av mat og drikke. Det er fremdeles skoler som ikke klarer å organisere skoledagen slik at elevene får god tid til å spise. Barn trenger å ha trivelige omgivelser og noen faste rammer rundt måltidet for å få i seg det de trenger av mat og drikke, men også for å lære å ta seg tid til å spise og for å erfare gleden ved å spise sammen med andre. Etablering av abonnementsordning for frukt og grønnsaker har vært viktig for å øke forbruket av frukt og grønnsaker blant skolebarn, men mye tyder på at de som trenger det mest faller utenfor. Tilgang til billig og sunn mat på skolen, enten i form av kantine eller matbod, er viktig for at elever på ungdomsskole og i videregående opplæring skal spise ernæringsmessig gode måltider i løpet av skoledagen, da denne gruppen sjeldnere enn de yngre elevene har med matpakke hjemmefra. Erfaringer viser at satsing på gode måltider i skolen har positiv effekt på elevenes konsentrasjon og læringsutbytte.

Tilgang til billig og sunn mat på skolen, enten i form av kantine eller matbod, er viktig for at elever på ungdomsskole og i videregående opplæring skal spise ernæringsmessig gode måltider i løpet av skoledagen.



For de yngste elevene inkluderer ofte skolehverdagen også skolefritidsordning (SFO). Selv om medbrakt mat er den vanligste måltidsordningen, har om lag 40 % av skolene brødmåltid og om lag en fjerdedel av skolene tilbud om varm mat i regi av SFO.

Ungdom og voksne som har fullført grunnskolen har rett til videregående opplæring som leder fram til studie- eller yrkeskompetanse. I 2000 hadde 90 % av de videregående skolene kantine, hvorav vel halvparten av kantinene ble drevet av skolen eller elevene selv, mens private var ansvarlige for driften av 38 % av kantinene. Kartlegginger viser at det er et klart forbedringspotensial når det gjelder mat- og drikketilbudet i videregående skoler.

Skoleeiere må være oppmerksomme på utfordringene og den rollen skolen spiller når det gjelder barn og ungdoms kosthold. Det er behov for å styrke informasjonen til skoler, elever og foresatte på dette området, og det må utvikles nødvendige pedagogiske verktøy, blant annet for å gjøre det lettere for skolene å legge til rette for gode måltider og et sunt mat- og drikketilbud.

► **FAKTA: Strategi for læringsmiljø i grunnopplæringen 2005–2008**

For å hjelpe den enkelte skole til å skape et godt læringsmiljø, har Utdanningsdirektoratet utarbeidet strategien *Læringsmiljø i skole og lærebedrift*. Alle barn og unge tilbringer en stor del av sin oppvekst på skolen. Da har de også krav på et godt miljø, både fysisk og psykososialt. Arbeidet med læringsmiljøet er en vedvarende innsats som ikke tar slutt. Det er ingen enkle veier til et godt læringsmiljø. Strategi for læringsmiljøet bygger på generell del av Læreplanen og Læringsplakaten.

► **FAKTA: Rådgivningstjenesten for skoleanlegg**

Rådgivningstjenesten for skoleanlegg er primært rettet mot beslutningstakere i kommunene. Hensikten er å øke kommunenes bestillerkompetanse i forbindelse med vedlikehold, rehabilitering og ombygging av skoler. Tjenesten

gir informasjon og faglig råd om skoleanleggets utforming, planlegging, bygging, drift og bruk, samt skoleeksempler. Råd om tilrettelegging for praktisk opplæring i Mat og helse og tilrettelegging for måltider gis også. Rådgivningstjenesten har utviklet et nettbasert verktøy til bruk for rektor, FAU og elevråd for vurdering og drøfting av hvordan §9a og §11 ivaretas på skolen, der spørsmål om måltider inngår. Hensikten er å skape dialog og forståelse, og sette i gang forbedringsprosesser på den enkelte skole. www.skoleanlegg.utdanningsdirektoratet.no

► **FAKTA: Utredning av modeller for skolemåltid – Skolemåltidsrapporten**

16. juni 2005 fattet Stortinget vedtak om å be Regjeringen utrede og kostnadsberegne ulike modeller for skolemåltid. Kunnskapsdepartementet nedsatte høsten 2005 en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen overleverte i juni 2006 sin rapport med anbefalinger om en trinnvis styrking av skolemåltidet basert på vurderinger knyttet til helse, læring og økonomi.

Tabell 3: Utvikling i spisetid i grunnskolen (%)

Grunnskoler med spisetid > 20 minutter

	1991	1997	2000	2006
1.–4. årstrinn	25	37	51	63
5.–7. årstrinn	25	32	38	45
8.–10. årstrin	43	53	61	68

Kilde: Skolemåltidsrapporten 2006

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- bidra til at barnehager, skoler og SFO legger til rette for
- sunne og gode kostvaner hos barn og ungdom gjennom måltider i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger
- bidra til at barn og unge får gode holdninger til sunne kostvaner



TILTAK ►►

4.1 Revidere retningslinjer for mat i barnehagen

Retningslinjer for mat i barnehagen kom første gang i 1995 og ble utgitt av Statens ernæringsråd. I §11 Måltid i Forskrift for miljørettet helsevern i barnehager og skoler, heter det at helsemyndighetenes retningslinjer for matserving og måltider i skole og barnehage bør legges til grunn slik at den ernæringsmessige verdi av måltidet sikres. Kartlegging viser at andelen styrere og pedagogisk ledere som kjenner til retningslinjene er lav. Derimot etterlyser de ansatte i barnehagen offisielle retningslinjer når det gjelder mat og måltider i barnehagen. Sosial- og helsedirektoratet har i samråd med Kunnskapsdepartementet igangsatt et arbeid med å revidere retningslinjene fra 1995. Høsten 2006 ble det nedsatt en arbeidsgruppe og en referansegruppe, og arbeidet med revideringen forventes ferdig medio 2007.

Ansvar: HOD/KD

4.2 Utarbeide og tilby pedagogiske verktøy og informasjonsmateriell knyttet til de reviderte retningslinjene for mat og måltider i barnehagen

Barnehagen skal i henhold til Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver legge til rette for et sunt kosthold for barna i barnehagen. Ansatte i barnehager etterlyser verktøy og pedagogisk materiell for lettere å kunne jobbe systematisk med mat og måltider i barnehagen, og for å kommunisere ernæring og kosthold med barn og foreldre. Det skal utarbeides pedagogiske verktøy og informasjonsmateriell til de ulike målgruppene i tilknytning til gjennomføring av de reviderte retningslinjene for mat i barnehagen (kommuner/barnehageeiere, ansatte, foresatte). Blant annet skal barnehagene få veiledning i hvordan mat og kosthold kan integreres i barnehagens virksomhetsplaner og årsplaner. Dette for å bidra til helhetlig

og god forståelse for behovet for sunne måltider i barnehage hos alle involverte parter. Materiell tilpasset andre lokale aktører som tannhelsetjeneste og helsestasjoner, er også viktig i denne sammenheng. Materiellet skal knyttes til Kunnskapsdepartementets temaserie som utarbeides i forbindelse med revidert rammeplan.

Ansvar: HOD/KD

► **FAKTA: Finansiering og kvalitet på mattilbudet i barnehager**

Mat og måltider har en sentral plass i barnehagenes hverdag, men det er meget ulik praksis på området når det gjelder finansiering, organisering, kvalitet og innhold. I Sosial- og helsedirektoratets kartlegging fra 2005 oppga 41 % av styrerne at økonomi er av stor betydning for mat- og drikketilbudet i barnehagen. Tid og bemanningssituasjon ble også oppgitt å være sentrale faktorer (hhv 46% og 52%). I dag er det opp til den enkelte barnehage å avgjøre hva som skal inngå av mat og drikke i barnehagetilbudet og om det skal tas ekstra kostpenger. Forskrift om foreldrebetaling i barnehager sier at betaling for kost kan komme i tillegg til foreldrebetalingen. Eventuelle kostpenger skal i så fall dekke barnehagens faktiske utgifter til måltidene (selvkost). Der som barnehagen har ansatt en kjøkkenassistent, kan utgiftene til lønn til denne assistenten tas med i beregningen av barnehagens faktiske utgifter til måltidene. Undersøkelser gjennomført av Statistisk sentralbyrå tyder på at innkreving av kostpenger blir mer vanlig, og at kostpengene som foreldre må betale i tillegg til barnehageavgiften (maksprisen) i gjennomsnitt har økt. Utviklingen i bruk av kostpenger skal følges med jevnlig undersøkelser. Det er også viktig å få mer kunnskap om hva som er suksessfaktorene for et ernæringsmessig bra mattilbud i barnehager.

Mat og måltider har en sentral plass i barnehagens praktiske og pedagogiske hverdag.

4.3 Innføre en ordning med frukt og grønnsaker til alle elever i grunnskolen

Det ligger en stor helsegevinst i å tilby frukt og grønnsaker til alle elever i grunnskolen både gjennom flere leveår og bedre livskvalitet. Dette kan bidra til å etablere et høyt inntak av frukt og grønnsaker allerede i barndommen. Studier viser at et økt inntak av frukt og grønnsaker i løpet av skoledagen har positive virkninger for inntaket av frukt og grønnsaker senere på dagen. Et økt inntak av frukt og grønnsaker kan også bidra til redusert inntak av søtsaker og brus. Regjeringen vil derfor at det skal skapes gode rammer omkring måltider, og at det skal innføres ordninger for frukt og grønt for alle elever i grunnskolen.

Den landsomfattende abonnementsordningen Skolefrukt er et ledd i myndighetenes arbeid for å øke forbruket av frukt og grønnsaker blant skoleelever i grunnskolen. Per 1.12.2006 var drøyt 1500 skoler (~45 % av skolene i Norge) og 80 000 elever (~13 % av elevene i Norge) med i abonnementsordningen. Abonnementet er foreldrebetalt og koster 2,50 kroner per dag. I tillegg subsidierer myndighetene ordningen med 1 krone per dag per elev. Skolefrukt bidrar til å oppfylle deler av Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for måltider i grunnskolen og videregående opplæring.

I arbeidet for å utjevne sosiale ulikheter i helse er det en viktig oppgave å etablere et tilbud om frukt og grønnsaker som kan nå alle elever.

I dette arbeidet vil det være viktig å bygge på erfaringer fra eksisterende skolefruktordning og lokale ordninger som blant annet er framkommet gjennom prosjektet *Fysisk aktivitet og måltider i skolen*.

Tiltaket må ses i sammenheng med oppfølgingen av St.meld. nr. 16 (2006–2007)...og ingen stod igjen. Tidlig innsats for livslang læring, og den kommende stortingsmeldingen om sosial ulikhet i helse.

Ansvar: KD/HOD



I arbeidet for å utjevne sosiale ulikheter i helse er det en viktig oppgave å etablere et tilbud om frukt og grønnsaker som kan nå alle elever.

4.4 Fremme økt deltakelse i skolemalkordningen i grunnskolen

I et skolemåltid basert på brødmalt, slik som i Norge, har melk en ernæringsmessig viktig betydning. Tilføring av tilstrekkelig med kalsium i barne- og ungdomsårene, mens skjelettet enda er i vekst, er nødvendig for å oppnå så tett beinmasse som mulig. Lav beinmasse henger sammen med risiko for osteoporose. Tilbud om mager melk til skolemåltidet bidrar derfor til å forebygge kostholdsrelaterte sykdommer. Retningslinjer for måltider i grunnskole og videregående opplæring anbefaler at elevene tilbys mager melk daglig. Dette anbefales også som en viktig del av et skolemåltid i rapporten fra arbeidsgruppen som utredet ulike skolemåltidsordninger. Melk er i dag tilgjengelig på skolene gjennom TINEs skolemalkordning, som er en subsidiert abonnementsordning betalt av foreldre. Ordningen subsidieres med midler fra omsetningsavgiften. Deltakelsen i skolemalkordningen er synkende. Det er derfor viktig å arbeide for økt deltakelse i ordningen gjennom informasjonstiltak. Myndighetene og bransjen vil i samarbeid sette fokus på dette i videre arbeid med skolemåltidet. Tiltaket vil også inkludere vurderinger av behovet for å videreutvikle skolemalkordningen.

Ansvarlig: HOD/LMD/KD

FAKTA: Skolemalkordningen

Skolemalk er en landsomfattende abonnementsordning på melk drevet av TINE. De aller fleste skolene deltar i ordningen, og ca. 60 % av elevene i Norge abonnerer på skolemalk. Tilbudet omfatter skummet melk, lettmelk, ekstra lettmelk, smaksatt melk og helmalk. I 2006 var prisen for ¼ liter 1,86 kroner uavhengig av variant. Skolemalken er subsidiert med ca. 2 kroner per liter avhengig av melketype. Skolemalkordningen bidrar til å oppfylle deler av Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for skolemåltidet.

www.melk.no

4.5 Spre erfaringer fra modeller utviklet i prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen og samle og spre kunnskap om skolefrokost i ungdomsskole og videregående opplæring

Fysisk aktivitet og måltider i skolen er et samarbeidsprosjekt mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektansvaret er lagt til Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet.



Prosjektet har pågått i perioden 2004–2007. Videregående skole har vært inkludert siden 2005. Hensikten har vært å utvikle ulike modeller for tilrettelegging for daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i skolen i tråd med retningslinjer for skolemåltidet, med tanke på videre spredning til landets skoler. Om lag 500 grunnskoler og 18 videregående skoler har deltatt. Prosjektet evalueres av HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen.

Prosjektet har også gjort noen erfaringer knyttet til frokosttilbud på ungdomsskole og i videregående opplæring. Tatt i betraktning den negative utviklingen i frokostvaner blant elever i denne aldersgruppen, er det viktig å arbeide videre for å samle kunnskap om gode frokostmodeller og spre denne kunnskapen videre til andre skoler.

Fylkesmannen med sine avdelinger for helse og utdanning har spilt en sentral rolle for erfaringsutveksling underveis i prosjektet og skal fortsatt stå sentralt i arbeidet med å spre gode modeller basert på sluttevalueringen. Arbeidet med videre spredning og gjennomføring av modeller skal forankres i partnerskap for folkehelse lokalt og regionalt. Prosjektet videreføres i videregående skoler 2007/2008.

Ansvar: KD/HOD

► **FAKTA: Foreløpige resultater fra evaluering av Fysisk aktivitet og måltider i skolen**

Foreløpige resultater basert på undersøkelsen våren 2006 viser at de fleste skoler har forankret satsingen i skolens planer, og at organisatoriske løsninger i stor grad benyttes for å tilrettelegge tid til prosjektet. Flere skoler har fokus på fysisk aktivitet enn på måltider. Viktige barrierer for å nå målene med hensyn til fysisk aktivitet og måltider, er henholdsvis tid og økonomi. Skolenes tilbakemeldinger er at elevene er mer konsentrerte (50 % rapporterer at det gjelder i svært stor eller stor grad), miljøet på skolen er bedre (52 % rapporterer at det gjelder i svært stor eller stor grad) og prosjektet har ikke gått utover undervisningen (89 % rapporterer at det gjelder i svært stor eller stor grad). HEMIL-senteret gjør siste undersøkelse våren 2007.

4.6 Videreføre arbeidet med å informere om helsemyndighetenes Retningslinjer for måltider i grunnskole og videregående opplæring

Arbeidet med å spre og gjøre retningslinjene for måltider i skolen kjent skal videreføres overfor grunnskolen inkludert skolefritidsordningen og videregående opplæring. Det er viktig å stimulere til at måltidene i skolen blir forankret i skolens egne planer. Det skal vurderes å revidere retningslinjene med tanke på tilbud av varm mat, for at skoler som ønsker å ha et tilbud om varm mat også har anbefalinger å forholde seg til.

Ansvar: HOD/KD



4.7 Oppfordre skoleeiere til å hindre tilgang til brus og fremme god tilgang til kaldt drikkevann på skoler

I følge Retningslinjer for måltider i grunnskole og videregående opplæring bør tilgang til brus hindres og tilgang til kaldt drikkevann sikres. Tilgang til brus er ikke et stort problem i barne- og ungdomsskolen, men kan være en utfordring i videregående opplæring. God tilgang til rent, godt og kaldt drikkevann på skolen er viktig for at barn og unge skal bruke vann som tørstedrikk og for å redusere forbruket av sukkerholdige drikker. Mange skoleeiere har gjort tiltak for å sikre elevene god tilgang til godt drikkevann, og ulike løsninger er tatt i bruk. Alle skoleeiere skal gjennom brev oppfordres til å legge til rette for god tilgang til kaldt drikkevann, og til å vurdere fjerning av brusautomater og annet salg av brus på skolen. Innholdet i brevet skal koordineres med oppfordringer til skoleeier på andre områder, jf. tiltak 4.8, 8.3 og 8.4.

Ansvar: KD/HOD/KRD

4.8 Oppfordre skoleeiere til å styrke mat- og måltids-tilbudet i skolefritidsordningen

Skolefritidsordningen er lovfestet i Opplæringslovens § 13–7, og pålegger kommunene å ha et tilbud om skolefritidsordning før og etter skoletid for 1.–4. årstrinn og for barn med særskilte behov på 1.–7. årstrinn. Opplæringslovens kapittel 9a Elevenes skolemiljø og Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for skolemåltidet gjelder også for skolefritidsordningen. Det er viktig å sørge for gode rammer for måltidene også i skolefritidsordningen. Skoleeier skal oppfordres til å sørge for at det legges til rette for et mat- og måltidsstilbud i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger i kommunens skolefritidsordning.

Ansvar: KD/HOD/KRD

4.9 Styrke og samordne tilsyn med mat og måltider i barnehage, skole og skolefritidsordning

Det er flere instanser som har tilsynsoppgaver knyttet til mat og måltider i barnehage og skole. Kommunene fører tilsyn med Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler og Mattilsynet har oppgaver knyttet til tilsyn og rådgivning på mat- og helseområdet i henhold til Matlovens aktuelle forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet vil i handlingsplanperioden oppfordre til at det føres tilsyn med mat og måltider i barnehage, skole og



skolefritidsordning i henhold til bestemmelsene over. Det skal oppfordres til samordnet tilsyn der det anses hensiktsmessig.

I Ot.prp. nr. 97 (2005–2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (statlig tilsyn med kommunesektoren), er det foreslått en sektorvis gjennomgang av tilsynshjemlene. Avhengig av resultatene av en slik gjennomgang, må tiltaket eventuelt vurderes på nytt.

Ansvar: HOD/LMD/FKD

► FAKTA: Eksempler på mat- og måltidstiltak i barnehage og skole

Oslo kommunes nettsted om mat i barnehagen

Oslo kommune har en egen nettside om ernæring og mat i barnehagen. Kommunens barnehager informerer om hvordan de på ulike måter arbeider med mat og drikke i barnehagen (idébank), der finnes materiell om temaet og informasjon fra møter som Helse- og velferdsetaten i kommunen har holdt for barnehageansatte.

www.hev.oslo.kommune.no

Storhamar barnehage, Hamar

Storhamar barnehage, som er en kommunal barnehage for barn i alderen 1-6 år, fikk prosjektmidler fra Fylkesmannen for 2005-06 til prosjektet "Storhamar barnehage i blått og gult blir grønnere og friskere". Hensikten var å bidra til sunne livsstilsvalg og bevissthet rundt betydningen av et ernæringsriktig kosthold både hos foreldre, barn og ansatte. Ønsket var å se på mattilbudet i barnehagen og å bidra til sunne og gode kostvaner hos barna. I årsplanen står det "Vi ønsker å gi barna en god opplevelse av å velge sunt". Årsplanen beskriver hvordan barnehagen skal forholde seg til mat og drikke i forbindelse med måltider og feiringer.

Kampen barnehage, Oslo

I barnehagens virksomhetsplan under overskriften Mat i barnehagen står følgende: "Betydningen og vektleggingen av et sunt og næringsriktig kosthold er noe vi ønsker å jobbe aktivt med i barnehagen". Avdelingene er blitt ansvarliggjort ved at virksomhetsplanen må avspeiles i avdelingsplaner og pedagogiske opplegg. Erfaringer viser at virksomhetsplanen avspeiles på ulike måter i de ulike avdelingene, og temaet mat har etter hvert fått en større plass. Her er det mulighet for mye læring hos barna. Når barna er med i matlagingen, kan de delta aktivt og få være med å ta valg. Når barna selv har bestemt hvordan maten skal lages og pyntes, blir de også opptatt av at de skal spise den.

Frokost- og lunsjtilbud til elevene ved Sentrum skole, Vadsø

Helsevaneundersøkelser blant barn og ungdom viser at frokostvanene endrer seg i negativ retning. Dette er uheldig med tanke på både helse og læring. Enkelte skoler har etablert et enkelt frokosttilbud til elevene, og et eksempel er

Sentrum skole i Vadsø. Siden skolestart høsten 2006 har alle elevene ved ungdomstrinnet fått gratis frokost før skoledagen begynner. Lunsj, som også inkluderer salat, må elevene betale for. Det har blitt et populært tiltak blant elevene, og skolens ansatte erfarer god effekt av prosjektet som varte ut 2006. Lærerne rapporterer at miljøet på skolen er blitt bedre, elevene er roligere og mer konsentrerte, samtidig som de mener det er viktig at skolen bidrar til at elevene får sunne kostvaner.

Råde ungdomsskole, Sarpsborg

På Råde ungdomsskole er ledelsen opptatt av at elevene får et ernæringsmessig godt mattilbud. Skolen har lang erfaring med en elevdrevet, voksenstyrt kantinemodell hvor kantinedriften har vært organisert inn i timeplanen. Ved innføring av Kunnskapsløftet har skolen utviklet faget "Kantinedrift som elevbedrift" for utvalgte elever på 8. klassetrinn med egne hovedmål og kompetansemål, blant annet basert på enklere kompetansemål fra matematikk, engelsk og samfunnsfag. Kantinetilbudet er basert på grovt brød, kald mager melk og juice, yoghurt og frukt og grønnsaker. Kantinen drives til selvkost, noe som sikrer et rimelig tilbud. Det er ikke tilgang til brus på skolen, mens kaldt drikkevann er tilgjengelig i vandispenser. Modellen krever 7 lærertimer i uken sammen med arbeidstid i midttime.

Fysisk aktivitet og kosthold forankret i kommunal plan om kvalitet i skolen i Gran kommune

Som en oppfølging av St.meld. nr. 30 (2003–2004) Kultur for læring har Gran kommune utarbeidet en ny revidert plan for videreutvikling av kvalitet i skolene i Gran 2005–2008. Planen er vedtatt av kommunestyret. Fysisk aktivitet og kosthold i skolen er et satsingsområde i planen. Det skal i planperioden blant annet gjennomføres et prosjekt med gratis skolemåltid ved en eller to skoler for å få erfaring med en slik ordning.

Nord-Østerdal videregående skole, Tynset

Skolen tenker helhetlig ernæringsarbeid, og har gjennomført tiltak som forbud mot brus i timene, installert vannkjølere, fjernet brusautomater, innført frukttilbud og tilbud om frokost i kantinen for kr 10,-, samt innført hybelmat som valgfag. Det legges vekt på godt samarbeid mellom lærere, elever og administrasjon. Skolen fikk Ernæringsprisen i 2005 (jf. tiltak 1.6).

Kantiner og mattilbud i regi av arbeidsplassen, og andre serveringssteder som bespiser faste gjester daglig, har et stort ansvar ved å påvirke brukernes kosthold over tid. De kan styre matvalg og gjøre de helsemessig gunstigste måltidsvalgene enklere gjennom aktiv markedsføring av et fristende og sunt tilbud.

05



MAT OG HELSE I ARBEIDSLIVET

Kosthold og andre levevaner har stor betydning for folkehelsen og påvirker følgelig produktiviteten og sykefraværet i arbeidslivet. Derfor bør kosthold være et tema i arbeidslivet. St.meld. nr. 16 (2002–2003) understreker betydningen av å videreutvikle arbeidet med tilrettelegging for gode matvalg på arbeidsplassen, i kantiner og andre storhusholdninger. Nasjonal helseplan understreker at arbeidslivet er en viktig arena i folkehelsepolitikken for å forebygge sykefravær og bedre folkehelsen. Gjennom *Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet* skal de nordiske landene motivere arbeidsplasser til å arbeide for tiltak som fremmer sunne matvaner og fysisk aktivitet blant arbeidstakerne.

Arbeidsplassene i Norge er svært varierte, fra enkeltmannsforetak til store bedrifter. Spesielt for de mobile arbeidsplassene og i mindre foretak vil tilgang til blant annet sunn mat og muligheter for fysisk aktivitet variere. Det var ca. 2,3 mill. sysselsatte i Norge i 2005 i aldersgruppen 16 til 66 år. Det var registrert i alt 460 000 bedrifter der ca. 95 % av bedriftene hadde under 20 ansatte. To tredjedeler av bedriftene var enkeltmannsforetak. De største arbeidsplassene med hensyn til antall ansatte, er i hovedsak innen helse- og sosialsektoren og industrien. Dette er arbeidsplasser med til dels stort arbeidspress og mye skiftarbeid.

Om lag 700 000 personer er til en hver tid i kortere eller lengre perioder utenfor arbeidslivet. Arbeidsledighet og usikker arbeidssituasjon utgjør en helserisiko, og mange vil kunne ha behov for støtte og veiledning for å endre levevaner. Det er en utfordring å etablere målgruppe-rettete tilbud innen ernæring, mat og måltider til denne gruppen.

Det er dokumentert at skiftende arbeidstider og et stressende arbeidsmiljø i noen grad påvirker spisevaner og kroppsvekt. Endring av organisatoriske og arbeidsmiljørelaterte faktorer vil kunne bidra til bedre kostvaner. Parallelt med at det arbeides for å bedre organisatoriske forhold, er det viktig å bidra til bedre mat- og drikketilbud for arbeidstakerne i kantiner, ved møteservering, samt tilby kaldt drikkevann, frukt og grønnsaker etc. Tilpasset informasjon til arbeidstakerne er viktig. På arbeidsplasser med flere arbeidstakere skal en heller ikke se bort fra den positive sosiale og miljømessige effekt det kan ha å legge til rette for et samlet måltid. Dette er bl.a. brukt som fellesskapsdannende trivselsfaktor som ledd i sykefraværarbeid. I en svensk undersøkelse fra 2002 sier halvparten at det å få muligheten til å mosjonere og til å spise sunt på jobb, er helt avgjørende for å ha det bra og trives på arbeidsplassen, og det blir likestilt med muligheten for kompetanseheving. En kartlegging foretatt for samarbeidssatsingen *6 om dagen* i Danmark (2006), viser at 7 av 10 dansker synes at arbeidsgiverne skal fremme sunne kostvaner hos sine medarbeidere. Hele 9 av 10 mener at kantinen på arbeidsplassen bør lage og tilby sunn mat med mye grønnsaker.

Kantiner og mattilbud i regi av arbeidsplassen og andre serveringssteder som bespiser faste gjester daglig, har et stort ansvar ved å påvirke brukernes kosthold over tid. De kan styre matvalg og gjøre de helsemessig gunstigste måltidsvalgene enklere gjennom aktiv markedsføring av et fristende og sunt tilbud. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet normgivende anbefalinger for mat- og drikketilbudet i kantiner og øvrige serveringssteder. Mattilsynet har en rolle i forhold til tilsyn med kantiner og andre serveringssteder i henhold til Matloven.

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- bidra til et sunt mat- og drikketilbud i arbeidslivet
- stimulere til at arbeidstakere motiveres til sunne leve vaner og gode matvalg
- bidra til at arbeidsgivere integrerer kostholdshensyn i personalpolitikken

TILTAK ►►

5.1 Etablere dialog mellom aktører i arbeidslivet og helsemyndighetene for å fremme sunne kostvaner

En del bedriftsledere har sett både helsemessig og personalpolitisk lønnsomhet i å tilby de ansatte gratis frukt og grønnsaker. God tilgang på kaldt drikkevann har også mange arbeidsplasser satset på de senere år. Andre subsidierer mat- og drikketilbudet som ledd i velferdsordninger, og en del inkluderer helsehensyn i prissettingen i kantinen slik at det er forholdsmessig rimeligere å velge sunt. Etter gjeldende regler er det anledning for arbeidsgiver å bidra med kostholdstiltak og helsefremmende mattilbud for sine ansatte gjennom regelverket om skattefritak for rimelige velferdstiltak.

Myndighetene vil ta initiativ til å drøfte aktuelle tiltak med arbeidslivsorganisasjonene. I dialogen mellom partene kan det være aktuelt å drøfte og gjennomføre tiltak som å:

- etablere samarbeidsprosjekter mellom myndigheter, arbeidslivsaktører, serveringsnæringen og andre.
- vurdere hvordan kosthold kan inngå som del av bedriftenes planer og personalpolitikk.
- vurdere mulighetene for å inkludere helsefremmende mat- og drikketilbud som del av avtaleverket mellom partene i arbeidslivet.
- se på mulighetene for å inngå avtaler mellom arbeidslivet og serveringssteder/kjeder for å fremme forbruket av sunn mat og drikke.
- identifisere og bruke ulike kanaler for å nå ut med tilpasset informasjon om sunn mat i arbeidslivet og til de som i lange perioder er utenfor arbeidslivet.
- spre erfaringer fra eksisterende prosjekter i Norge og ellers i Norden.

Ansvar: HOD



En del bedriftsledere har sett både helsemessig og personalpolitisk lønnsomhet i å tilby de ansatte gratis frukt og grønnsaker.

► FAKTA: Fokus på kosthold i arbeidslivet

Kompetanseutviklingsprogram for helsefremmende arbeidsplasser i Buskerud og Oppland

Temaet kosthold/kantine har inngått i Kompetanseutviklingsprogram for helsefremmende arbeidsplasser i regi av fylkesmennene i Buskerud og Oppland. Målsettingen har vært å øke deltakernes kunnskaper i helsefremmende arbeid og metoder slik at de omsettes til tiltak i egen bedrift. Programmet har omfattet 45000 arbeidstakere i 27 ulike virksomheter. Halvparten mener at arbeidsgiver har et medansvar for medarbeidernes kosthold og bør ha en sunn politikk på området. 60–70 % sier at ernæringsfokuset i bedriften har hatt betydning for økt bevissthet om kosthold/ernæring, bedre arbeidsmiljø og økt trivsel. Det er ønskelig å videreutvikle programmet.

Kartlegging av kostholdstiltak på danske arbeidsplasser

Sundhedsstyrelsen i Danmark kartla i 2005 Sundhedsfremmeordninger på snaut 2000 arbeidsplasser med mer enn 10 ansatte. Mat var et av temaene, og om lag 40 % hadde skriftlig formulert sundhetspolitikk, hovedsakelig som del av personalpolitikken. Halvparten hadde mattiltak og 25 % hadde klare retningslinjer for mattilbudet. Halvparten av de som hadde slike tiltak sa at matpolitikken hadde gitt økt trivsel og bedre arbeidsklima og en tredjedel at de ansatte i høy eller noen grad var blitt mer bevisste på ernæringsriktig mat.

Mad på arbejde – dansk modellprosjekt

Det danske modellprosjektet Mad på arbejde i regi av Faglig Fælles Forbund 3F og Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender har høstet verdifulle erfaringer fra ulike tiltak i virksomheter med og uten kantine og utgitt nyttig metodemateriell. Eierskap hos alle berørte og lokal tilpasning gjennom dialog, informasjon og endring av mattilbud har vært viktig.

Prosjektet Helsefremmende arbeidsplasser

Helsefremmende arbeidsplasser setter fokus på friskfaktorer i arbeidsmiljøet. Ved prosjektets oppstart ble det vedtatt en erklæring som framhever at helsefremmende arbeidsplasser skapes når arbeidsplasser åpner opp for og imøtekommer den enkeltes behov, ressurser og potensial, og kan utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser. Idébanken for inkluderende arbeidsliv m.fl. har samlet erfaringer fra prosjekter og forskning om helsefremmende arbeidsplasser hvor også kostholdstiltak inngår. www.stamiweber.no/hefa/ og www.idebanken.org

Grønn bølge

Forsvaret forpleier vernepliktige og militært og sivilt ansatte og er en stor arbeidsgiver som serverer mange millioner måltider i året. Satsingen Grønn bølge ble iverksatt i 2003 med målsetting om å tredoble inntaket av frukt og grønnsaker fram til 2007. Utvikling av nytt måltidskonsept og oppskrifter med mer frukt og grønnsaker, grovere brødvarer og magrere produkter samt kompetanseheving og utstrakt informasjonsvirksomhet har inngått i arbeidet.

Friskbuss

Siden 2002 har utvalgte busselskap deltatt i prosjektet Friskbuss, et bredt samarbeid innen transportbransjen med felles mål om å utvikle et bedre arbeidsmiljø for bussjåfører, der både ledelse og de ansatte har vært involvert. Ulike arbeidstidsordninger og måter å organisere driften på er testet ut for å redusere de helsemessige belastningene som har gitt høyt langtidsfravær og et stort frafall fra yrket pga varige helseplager. Også andre variabler, slik som livsstil, har blitt tatt opp. Det er laget en praktisk håndbok med gode råd for hvordan enkelt få et bedre liv og hvordan bedriften kan hjelpe til. Enkle tips om måltider, handletips og anbefalinger som 5 om dagen og vann som tørstedrikk inngår. For hvert tema oppfordres bedriftens ledelse til god tilrettelegging bl.a. av hva som tilbys i kantiner, og godt drikkevann og frukt/grønnsaker tilgjengelig der sjåførene møtes og/eller spiser.

Nytt EU-direktiv krever kompetanse om kostholdets betydning for helsen hos yrkessjåfører

Et nytt EU-direktiv for yrkessjåfører (2003/59/EF) skal innføres i Norge i 2008/2009. Det krever at yrkessjåfører blant annet skal ha kunnskaper om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet for helsen. Det medfører at disse temaene blir en del av læreplanen for denne utdanningen. Læreplanen legges fram på høring i 2007.

Hjertegodt

Ved Grenland Group Framnæs i Sandefjord tok ledelsen i 2001 initiativ til et samarbeid med ernæringsfysiolog og fysioterapeut for å sette fokus på forebygging av livsstilssykdommer. De laget opplegget Hjertegodt som gikk over et år, med foredrag, tilbud om fysisk aktivitet og mulighet for personlig oppfølging. Kantinen la vekt på å gjøre de sunne valgene enklere for de ansatte, med lettere mat, mer salat og mer grønnsaker.

5.2 Vurdere hvordan kostholdshensyn kan ivaretas i arbeidslivet

Arbeidsmiljø- og tilretteleggingsarbeid handler om å fjerne negative og fremme positive arbeidsmiljøfaktorer. Kostholdet kan ikke anses som et stort arbeidsmiljøproblem. Kostholdet er imidlertid en betydelig faktor i forhold til det ikke-arbeidsrelaterte sykefraværet, og arbeidsmiljøtiltak og fokus på helsefremmende arbeidsplasser kan påvirke kostholdet til de ansatte i positiv retning. Dette kan inkludere forhold som spisepause, sunt mattilbud i kantine, tilgang til drikkevann, møtemat, kostholdsveiledning etc.

Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI, koordinerer arbeidet med Helsefremmende arbeidsplasser i Norge. Helsefremmende arbeidsplasser setter fokus på hvordan det kan skapes et arbeidsmiljø og en samværskultur som gir god helse og utvikling for alle som arbeider i en organisasjon.

Utfordringene i forhold til overvekt og fysisk inaktivitet, spesielt hos unge voksne, og den betydning dette ofte har for arbeidsinnsats, sykefravær og produktivitet, inviterer også til å vurdere hvordan bedriftshelsetjenesten kan bidra i arbeidet med helseinformasjon, vurdering av matservering og ytre forhold rundt måltider på arbeidsplassen. Ifølge STAMI er det om lag 500 bedriftshelsetjenesteordninger som dekker litt over 1 million arbeidstakere. I en kartlegging fra 2005 oppga 74% av de som svarte at de leverte tjenester knyttet til råd om kosthold og slanking, mens 28% sa de arbeidet for å få sunnere kantinemat. En kartlegging utført av Statens ernæringsråd i 1998 viste at de kantineene som hadde skriftlige målsettinger for mattilbudet og samarbeidet med bedriftshelsetjenesten, hadde det beste tilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at dette oftest var store bedrifter, og at de i større grad har mulighet til å rette oppmerksomhet mot dette området. Tiltaket tar sikte på å samle kunnskap om hvordan arbeidslivet kan bidra til å fremme gode kostvaner, herunder spre erfaringer og foreslå tiltak.

Ansvar: HOD /AID

5.3 Styrke kompetanse og tilgang på verktøy om kosthold og helse overfor personellgrupper som kantineansatte, tillitsvalgte, ledere og bedriftshelsetjeneste

Kantinebransjen omfatter personellgrupper som kokker, kostøkonomer, helsefagutdannede samt ufaglærte med kortere eller lengre erfaring med praktisk matlaging. Kartlegginger viser at kompetansen om ernæring og kosthold blant de som arbeider i kantiner er varierende, og at det er ønske om tilbud om kompetanseheving på dette området. Det er viktig å sette fokus på kantineens helsemessige betydning og forankre satsing på dette i bedriftens ledelse.

Det finnes ingen formell fagutdanning for kantineansatte, men deler av kantineoperatørbransjen har sammen med Norsk Kunnskapsinstitutt, Servicebedriftenes Landsforening og Hotell- og Restaurantarbeiderforbundet utviklet et modulbasert kursprogram *Kantine- og storkjøkkenfag*, for medarbeidere og ledere i kantiner.

Sosial- og helsedirektoratet og Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker har sammen tilbudt kompetanseheving og idéutveksling til kantinepersonell om helsefremmende kantine tilbud. Koke- og idéboken *Kantinens lille grønne* utgjør basis for arbeidet, og alle registrerte kantiner er tilbudt et gratis eksemplar. Det er utviklet et kurskonsept til bruk for bedriftshelsetjeneste, kantineleder, opplæringsansvarlige i bedriftene eller andre med mat-/helsefaglig bakgrunn som har gjennomgått kurslederkurs. Basert på *Kantinens lille grønne* er det også utviklet et kortfattet nettbasert e-læringskurs for kantinebransjen. Matvarebransjens ulike opplysningskontorer er viktige ressurser blant annet i forhold til å utvikle oppskrifter for storhusholdninger som er i tråd med offisielle ernæringsanbefalinger.

Det skal arbeides for å forankre arbeidet med å styrke kompetansen blant landets kantinepersonell gjennom samarbeid med fylkesmenn, fylkeskommuner og aktuelle samarbeidsaktører, slik som medlemmer av ressursgrupper for ernæring, kokkelaug, høgskoler med videre.

Ansvar: HOD/LMD/FKD





5.4 Motivere attføringsbedrifter til å inkludere kosthold og fysisk aktivitet med hensyn til omstilling i arbeidslivet

Å nå grupper som i perioder er utenfor arbeidslivet er en utfordring. Det finnes flere gode eksempler både lokalt og regionalt på hvordan private aktører og frivillige organisasjoner alene eller i samarbeid med det offentlige tar initiativ for å gi tilbud til grupper som av ulike grunner ikke er i ordinært arbeid. Det er viktig å videreformidle gode erfaringer fra slike tiltak og motivere til økt innsats.

Ansvar AID/HOD

► **FAKTA: Kurs i kosthold og fysisk aktivitet for personer på attføring**

Attføringsbedriften GIAX (Gudbrandsdal Industrier AS) arbeider med personer som er i et attføringsløp, og som skal kvalifiseres til arbeid i det ordinære arbeidslivet. I forbindelse med avklaringskurs der arbeidsevne kartlegges, har det kommet fram at stadig flere de senere årene er blitt utestengt fra arbeidsmarkedet grunnet overvekt/fedme og sykdommer som følge av dette. Det ble derfor igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom GIAX, Populus - studieforbundet folkeopplysning og Libra Helse- og Kostholdsorganisasjon. Det ble utarbeidet et kurs hvor hovedtemaer var kosthold og fysisk aktivitet. Samtlige kursdeltakere gikk ned i vekt, og mange fikk en forbedret helsetilstand med bl.a. reduksjon i bruk av blodtrykks- og kolesterolsenkende medisiner. Fem av 15–20 deltakere var ved kursets slutt tilbake til eller på vei ut i det ordinære arbeidslivet.

5.5 Utvikle og utprøve lavterskeltilbud om kosthold for langtidssykemeldte og andre som i perioder er utenfor arbeidslivet

Det skal arbeides for å tilby langtidssykemeldte kurs i temaer knyttet til mat, kosthold og fysisk aktivitet. Slike lavterskeltilbud skal bygge på eksisterende tilbud og erfaringer og søkes samordnet med satsinger som Aktiv på dagtid og tilbud i regi av fylkes- og kommuneforvaltning, frivillige organisasjoner og frisklivssentraler (se også innsatsområdene 6 og 7). Det skal samles kunnskap og spres erfaringer om gode tiltak slik at flere får tilgang til slike tilbud.

Ansvar: HOD

► **FAKTA: Frivillig oppfølgingstilbud for langtidssykemeldte**

Universitetssykehuset Nord-Norge er en IA-bedrift og har etablert et frivillig oppfølgingstilbud for langtidssykemeldte. De samles regelmessig til samvær og foredrag om emner som ernæring i forhold til helse, trygdesystemet, fysisk aktivitet o.a. Slike tilbud lager tilknytning til jobben og bidrar til å forhindre frafall fra arbeidslivet. Det er viktig å samle inn og videreformidle ulike modeller for slik virksomhet.



På arbeidsplasser med flere arbeidstakere skal en ikke se bort fra den positive sosiale og miljømessige effekt det kan ha å legge til rette for et samlet måltid. Dette styrker fellesskapet og øker trivselen, og er blant annet brukt som ledd i å redusere sykefravær.

Helsetjenesten skal styrke innsatsen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Utfordringen for helsetjenesten er å bidra til at pasienter og brukere har kunnskap og forståelse til å kunne sette sammen et fullverdig kosthold. Det er også en utfordring å gi et tilfredsstillende mattilbud til brukere av omsorgstjenester og pasienter i institusjon.

06



ERNÆRING I HELSE- OG SOSIALTJENESTEN

Ernæring spiller en vesentlig rolle både i forebygging og behandling av en rekke sykdommer og helseplager som diabetes, kreft, hjerte- og karsykdom, mage- og tarmsykdommer, overvekt/fedme, underernæring og spiseforstyrrelser. Ernæring og kosthold er den eneste behandling av matvareallergi og matvareoverfølsomhet. Helsetjenesten skal også styrke innsatsen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Utfordringen for helsetjenesten er å bidra til at pasienter og brukere har kunnskap og forståelse til å kunne sette sammen et fullverdig kosthold, når endringer i kosten er nødvendig. Det er også en utfordring å gi et tilfredsstillende mattilbud til brukere av pleie- og omsorgstjenester og pasienter i institusjon.

Både helsestasjons- og skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten, allmennlegene/fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten skal drive helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som primæroppgave å drive helsefremmende og forebyggende arbeid overfor gravide, barn og ungdom (0–20 år), og kosthold, spedbarnsernæring og amming er sentrale temaer i dette arbeidet (se også innsatsområde 3 og 7). Tannhelsetjenesten spiller en sentral rolle i det helsefremmende arbeidet knyttet til kosthold, og bør i større grad involveres som en samarbeidspartner i det lokale forebyggende arbeidet. Gode verktøy, kompetanseutvikling og -utveksling og tverrsektorielt arbeid er en forutsetning for å gi god veiledning og oppfølging overfor barn og unge. Helsestasjonene, skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten er lavterskeltilbud som når alle deler av befolkningen, og er tjenestetilbud det er viktig å styrke med hensyn til utjevning av sosial ulikhet i helse.

Allmennlegene/fastlegene har i dag et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere oppfølgingen av pasientene. Et av hovedgrepene i folkehelsepolitikken er å stimulere til at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legge mer vekt på forebyggende arbeid i sin virksomhet. Det skal blant annet legges økt vekt på forebyggende tiltak overfor risikogrupper og personer som allerede har utviklet sykdom.

Regjeringen ønsker å legge vekt på mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Kommunen har en viktig oppgave i å tilrettelegge for en god ernæringssituasjon for brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Gode verktøy og kompetanse hos helsepersonell og kjøkkenpersonell er en forutsetning for å kunne gi et godt mattilbud og god veiledning om kosthold, både i forebyggende øyemed og i behandling.

► FAKTA: Utredning om klinisk ernæring i helsetjenesten

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en utredning om klinisk ernæring i helsetjenesten. Utredningen som ble ferdigstilt høsten 2006 gir en beskrivelse av dagens situasjon på området, peker på hvilke utfordringer helsetjenesten står overfor og foreslår tiltak for å styrke arbeidet med ernæring i helsetjenesten. Tiltakene som foreslås omfatter bedring av tilbudet av spesialkompetanse innen klinisk ernæring, styrking av relevante helsepersonellgruppers, institusjonskokkers og kostøkonomers kompetanse om ernæring og kvalitetsarbeid, som utarbeidelse av ulike typer verktøy og kvalitetsindikatorer. Det foreslås også å gjennomføre ulike kartlegginger og tilsyn med tjenestene når det gjelder klinisk ernæring.

Brukere av pleie- og omsorgstjenester omfatter personer med nedsatt funksjonsevne, rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser og andre som bor i egen bolig og har behov for assistanse fra kommunen. Brukerne som mottar pleie- og omsorgstjenester bor enten hjemme, i omsorgsbolig eller på institusjon. I 2005 var det ca. 165 000 mottakere av hjemmetjenester hvorav nesten halvparten var personer over 80 år.

Mange pasienter har behov for grundigere ernæringsveiledning enn det kommunehelsetjenesten i dag kan tilby, og henvises videre til spesialisthelsetjenesten. I helseforetakene gis ernæringsveiledning av flere grupper helsepersonell. De fleste helseforetak kan i dag tilby fagpersoner med spesialkompetanse i ernæring, selv om dette tilbudet er begrenset. Lærings- og mestrings-sentrene er etter hvert blitt en viktig arena for opplæring av pasienter med kroniske sykdommer, og hvor ernæring ofte inngår som en sentral del av opplæringen. Mange av disse sentrene har i dag tilbud for primært kroniske pasientgrupper som hjertepasienter, pasienter med diabetes, astma og allergi, kreft og revmatiske lidelser, men ved flere av sentrene er det også etablert tilbud til personer med overvekt/fedme. Dette er sykdommer hvor ernæring inngår som en vesentlig del av behandlingen.

Folkehelsemeldingen foreslår at utvikling av kvalitetsindikatorer på forebygging i spesialisthelsetjenesten vurderes. Det foreslås også at det gjøres en vurdering av om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen for å klargjøre helseforetakenes ansvar på forebyggingsfeltet, og om det er behov for en veileder til spesialisthelsetjenesteloven når det gjelder ivaretaking av folkehelsearbeid og veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Tiltakene vil bli fulgt opp innenfor rammene av Nasjonal helseplan. Bedre samhandling mellom tjenestene i kommunehelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er et viktig virkemiddel for bedre oppfølging av pasientene/brukerne. I tillegg er det et stort potensial i å øke samarbeidet med frivillige organisasjoner og private aktører.

For at helsetjenesten skal kunne tilby gode tjenester på ernæringsområdet, er det en forutsetning at det foreligger dokumentasjon om status, slik at innsatsen rettes inn mot de områdene der det er størst behov for forbedring.

Sentrale og lokale helsemyndigheter har et ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som påvirker denne.

Forekomsten av overvekt og fedme øker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen, noe som vil bli en økende utfordring for helsetjenesten å håndtere. For barn og unge som er alvorlig overvektige, finnes det tilbud i flere regionale helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet understøtter dette arbeidet og tildeler midler til prosjekter som utvikler og evaluerer behandlingstilbud for denne pasientgruppen.

Sosial- og helsedirektoratets rapport om forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten (2004) konkluderer med at behandlingstilbudet i den offentlige helsetjenesten ikke var tilfredsstillende, og at det er behov for å styrke tilbudet til denne gruppen. Som respons på dette ble de regionale helseforetakene pålagt å utvikle behandlingstilbud til sykkelig overvektige. For å følge opp dette pålegget, er det opprettet regionale sentre for fedmebehandling i hver region. Disse sentrene er tverrfaglig bemannet og tilbyr flere behandlingsformer. For de aller fleste pasientene vil det være aktuelt med veiledning om endring i levevaner, mens for enkelte er det aktuelt med kirurgisk behandling i tillegg til veiledning om levevaner, både før og etter operasjon.

For å styrke helsepersonellens kompetanse og dermed behandlingstilbudet til alvorlig overvektige, har Sosial- og helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten (jf. tiltak 6.3.1).

Underernæring i helseinstitusjoner er også en utfordring som krever større oppmerksomhet. Europeiske studier tyder på at inntil 30 prosent av pasienter i sykehus er underernærte. Det foreligger ikke landsrepresentative norske data om underernæring i helseinstitusjoner, men tall fra enkelte norske og nordiske undersøkelser viser at forekomst varierer mellom 20–50% avhengig av hvilke sykdoms- og aldersgrupper som er undersøkt. Enkelte studier antyder også at liggetiden går ned med systematisk ernæringsarbeid. Sykdom er den viktigste enkeltårsaken til underernæring i vår del av verden, og de sykeste pasientene er de mest underernærte. Sammenhengen mellom sykdom og underernæring gjelder særlig



► **FAKTA: Kosthold og helse blant innsatte i fengsel**

Det er observert vektøkning blant innsatte, noe som igjen kan bidra til å forsterke eventuelle psykiske plager foruten økt risiko for type 2-diabetes og hjerte- og karsykdommer. Innsatte som er rusavhengige ved innsettelse vil ofte ha behov for kostholdsveiledning. Sosial- og helsedirektoratet har utgitt egen veileder om helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel. Det foreligger egne retningslinjer om kosthold i fengselsvesenet. Retningslinjene gjelder alle fengsler og overgangsboliger som tilbereder mat til innsatte, og utfyller forskriften § 3–23 til lov om straffegjennomføring. Det kan imidlertid være en utfordring at mange bor i egne enheter og bestiller ferdigmat utenom tilbudet i fengselet.

Prosjekt for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet ved Ila landsfengsel

Ila landsfengsel er et fengsel med gjennomsnittlig lang soningstid, i overkant av 9 år. Erfaring viser at mange innsatte i løpet av denne tiden opprettholder/utvikler uheldige levevaner i form av usunt kosthold, fysisk inaktivitet og røyking, som igjen øker risikoen for mange sykdommer og plager. Fengselet har på bakgrunn av dette startet opp med et prosjekt hvor målet er å gi den enkelte innsatte bedre mulighet til å ta vare på egen helse gjennom et sett av tiltak med helsefremmende og forebyggende effekt, der kosthold, inaktivitet og røyking har spesielt fokus. Effekten av tiltakene skal måles over lang tid både på individnivå og på gruppen som helhet.

Prosjekt med økt inntak av sjømat blant innsatte i Bergen fengsel

Mentale lidelser har vist seg å være høy blant fengselsinnsatte. Forskning omkring ernæring og mental helse har vist at blant annet marine n-3-fettsyrer kan ha betydning i forebygging av mentale lidelser. Fet fisk og annen sjømat er en god kilde til langkjedete n-3-fettsyrer. Et forskningsprosjekt ved Bergen fengsel har som mål å undersøke om et økt inntak av fet fisk vil bedre kognitiv funksjon hos en gruppe innsatte. Forskningsprosjektet ble avsluttet desember 2006 og er et samarbeid mellom Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning (NIFES), Kompetansesenteret i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Vest, Haukeland Universitetssykehus, Universitetet i Bergen, Kriminalomsorgen og Bergen Fengsel.

pasienter med kronisk/langvarig kreft og lungesykdommer og eldre med kroniske/langvarige sykdommer.

Mange brukere av pleie- og omsorgstjenesten har til dels store ernæringsproblemer som omfatter underernæring, feilernæring og overvekt eller fedme. Noen har et ensidig kosthold med økt risiko for feilernæring, mens andre kan ha problemer med å få i seg mat på grunn av dårlig tannstatus, tygge- og svelgeproblemer, kvalme, redusert evne til å ivareta egne behov eller andre årsaker. Hjemmeboende kan i tillegg ha problemer med å få handlet og tilberedt den maten de trenger. Det er derfor sentralt i det forebyggende arbeidet å sikre at både beboere i institusjoner og hjemmeboende med kronisk sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne som mottar kommunale helse- og sosialtjenester har et ernæringsmessig og sosialt tilfredsstillende kosthold.

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- bidra til å styrke ernæringsarbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- bidra til at pasienter i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten får tilpasset kostveiledning og behandling
- bidra til å styrke ernæringsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten
- skaffe kunnskap om mat og måltider, kosthold og ernæringsstatus hos bruker/pasient og kompetanse hos helsepersonell

Regjeringen ønsker å legge vekt på mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten.



TILTAK ►►

6.1 Utrede på hvilken måte kommunene på sikt kan gi tilfredsstillende tilbud innen generell og klinisk ernæring

I dagens kommunale helse- og omsorgstjenester finnes det så godt som ingen spesialkompetanse innen ernæring som kan ivareta kostveiledning og oppfølging av pasienter/brukere i de ulike tjenestene, eller som kan ha en rådgivningsfunksjon overfor disse tjenestene. Det er således en utfordring å gi et tilbud om kostveiledning og -oppfølging utover det tilbudet allmennlegetjenesten/fastlegen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan gi i dag. For pasienter som trenger spesialisthelsetjenester knyttet til ernæringsveiledning og -behandling, vil henvisninger og epikriser være de etablerte kommunikasjonssystemene mellom tjenestenivåene. Spesialisthelsetjenesten har en generell veiledningsplikt overfor kommunene som også omfatter ernæringsveiledning og -behandling. Hvordan denne veiledningsplikten gjennomføres i praksis varierer.

Det skal utredes hvordan kommunene på sikt kan gi et bedre tilbud innen generell og klinisk ernæring. Utredningen må inkludere samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer.

Ansvar: HOD

► FAKTA: Ernæringskompetanse i Oslo kommune

Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, fikk i 1998 to stillinger for klinisk ernæringsfysiolog innen forebygging av feil- og underernæring hos eldre. De senere årene er også andre målgrupper enn pleie- og omsorgstjenestene blitt en del av arbeidsområdet. Nye målgrupper har sammenheng med økt oppmerksomhet på kostholdets betydning for befolkningens helse generelt. Dette har ført til at flere kommunale tjenester har etterspurt ernæringsfaglige råd. Ved å ha kliniske ernæringsfysiologer ansatt i en sentral enhet for folkehelsearbeid, har Oslo kommune mulighet for å innhente ernæringsfaglige synspunkter i planarbeid. Helse- og velferdsetaten har gitt innspill i forhold til ernæring i en rekke saker og deltatt i tverretatlige arbeidsgrupper. Som et viktig tiltak for å forebygge feil- og underernæring hos eldre i Oslo kommune, har man arbeidet med kompetansetiltak for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Det er opprettet egne fora for personalet i eldreomsorgen om ernæringsarbeidet i hjemmetjenestene og alders- og sykehjem. www.hev.oslo.kommune.no



6.2 Fokus på ernæring skal inngå i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten

For noen sykdommer er ernæringsbehandling eneste behandling. Dette gjelder blant annet ved matvareallergi og -overfølsomhet. I behandlingen av diabetes, fedme og spiseforstyrrelser er ernæring en naturlig del av behandlingen, og det er nødvendig at personell med spesialkompetanse i ernæring inngår i behandlingsteamet. I tillegg spiller ernæring en sentral rolle som støtte til annen behandling under sykdom for å unngå underernæring og for å sikre et godt behandlingsgrunnlag. Enkelte studier viser at underernæring hos pasienter i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien kan være et kostnadsdrivende og undervurdert problem. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for faglig forsvarlige helsetjenester. Det innebærer at tjenestetilbudet skal holde god kvalitet, ha riktig utforming og tilstrekkelig omfang slik at befolkningens behov for nødvendige spesialisthelsetjenester blir ivarettatt. Innenfor disse rammene skal de regionale helseforetakene ha særskilt fokus på ernæringsområdet, herunder oppfølging av Nasjonal strategi for diabetesområdet og iverksetting av tjenestetilbud til sykkelig overvektige.

Ansvar: HOD

FAKTA: Ernæringsstrategi ved Helse Bergen HF

Helse Bergen HF har satt i gang et omfattende arbeid med mål om å tilrettelegge for at alle pasienter får et optimalt ernæringsstilbud ved helseinstitusjonene i foretaket. Det er utarbeidet en ernæringsstrategi som er forankret i foretaksledelsen. Et ernæringsråd utgjør kjernen i arbeidet og skal, i samråd med klinikkdirektører/avdelingsdirektører, ha ansvar for gjennomføring, oppfølging, kvalitetssikring og rapportering av strategien. Det er opprettet en stilling for en ernæringskoordinator som har i oppgave å etablere et ernæringsnettverk, bidra til å utvikle mattilbudet, etablere et opplæringsstilbud innen ernæring, arrangere seminarer og formidle relevant informasjon vedrørende ernæring. Strategien skal evalueres.

www.helse-bergen.no/nyheter/Ernaeringsstrategi

6.3 Utarbeide og implementere faglige retningslinjer og veiledere for ernæringsbehandling

Som et ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring er det viktig å sikre at tjenestene støttes av retningslinjer som er basert på et godt kunnskapsgrunnlag. Faglige retningslinjer er systematisk utviklede anbefalinger for å støtte fagpersoners og pasienters beslutninger om relevant behandling for en definert klinisk problemstilling. Flere retningslinjer som innbefatter ernæring er under utarbeidelse. For at faglige retningslinjer og veiledere skal bli tatt i bruk blant målgruppene, kreves det omfattende, planlagt og kontrollert implementering.

6.3.1 Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt/fedme

Det foreligger per i dag ikke nasjonale, faglige retningslinjer på dette området. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide faglige retningslinjer for utredning, diagnostikk og behandling av overvekt/fedme for alle aldersgrupper. Det er nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe hvor de viktigste helsepersonellgrupper er representert, slik som leger, helsesøstre, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og psykologer. Retningslinjene vil ha hovedfokus på forebygging og behandling i primærhelsetjenesten, men samhandling mellom tjenestenivåene vil også bli omtalt. Retningslinjene vil omhandle både barn og voksne, med fokus på levevaner, atferdsterapi og medikamenter. Målgruppene for retningslinjene er primært helsepersonell i førstelinjen, herunder allmennleger, og sekundært helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

6.3.2 Faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Rutinemessig måling av veksten er et viktig verktøy for å fange opp undervekt, overvekt eller fedme, for å vurdere ernærings- og helsetilstand, og som grunnlag for forebyggende tiltak. I henhold til gjeldende anbefalinger skal barn i dag få målt høyde ved 6, 18 og 24 måneder. Deretter skal høyden måles ved skolestart, og i 3. og 7. klasse. Vekten skal rutinemessig registreres ved 6 ukers alder. Utover dette er det ikke flere rutinemessige målinger av vekten på helsestasjonen, men måling av vekt gjøres likevel i utstrakt grad. Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide nye nasjonale retningslinjer for veiing

og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De nye retningslinjene skal særlig bidra til at barn og unge med risiko for å utvikle undervekt, overvekt eller fedme lettere oppdages, og at tiltak kan settes inn på et tidlig stadium. De nye retningslinjene vil ta utgangspunkt i gjeldende anbefalte program for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, slik at nye anbefalinger for å måle vekt og evt. høyde vil inngå i de allerede eksisterende helsekontrollene. WHO's nye vekststandard for barn (0-5 år) er en viktig basis i arbeidet med de nye retningslinjene. Målgrupper for retningslinjene er primært ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, allmennleger og fastleger, samt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Ved innføring av retningslinjene må helsetjenesten sikres opplæring.

I tilknytning til arbeidet med de nye retningslinjene er det også viktig å vurdere hvordan vekstutviklingen blant barn og unge kan følges. I dag er det ingen nasjonal overvåking eller systematisk innsamling av slike data her i landet. Særlig aktuelt er det å kunne følge utviklingen i overvekt og fedme. Arbeidet med retningslinjene for veiing og måling må også ses i sammenheng med arbeidet med nye retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt/fedme blant barn.

► FAKTA: WHO's nye vekststandard

Vekststandarden viser hvordan barn vokser når ernæringsforhold, sosioøkonomiske forhold, helsetjeneste og miljø er godt tilrettelagt, og er basert på veksten hos brysternære barn fra Norge, Brasil, Ghana, India, Oman og USA. Nasjonalt kompetansesenter for amming var ansvarlig for gjennomføringen i Norge. Resultatene bekrefter at barn (0-5 år) med ulik etnisk bakgrunn vokser likt når de har gode betingelser med hensyn til ernæring og levekår.

6.3.3 Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko

Årsaken til underernæring blant pasienter er mange og sammensatte, men i de fleste tilfeller kan tilstanden forebygges og/eller behandles. Likevel tyder undersøkelser på at tilstanden ikke håndteres så godt den bør i norske helseinstitusjoner eller i åpen omsorg. Arbeidet med å utvikle faglige retningslinjer er et ledd i oppfølging av rapporten *Når matinntaket blir for lite... Forslag til*

strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring (Sosial-og helsedirektoratet, 2006), og som et ledd i revidering av *Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner*. Det bør også tas sikte på å følge utviklingen når det gjelder forekomst av underernæring i helseinstitusjoner på en egnet måte (jf. tiltak 6.4). Målgrupper for retningslinjene er helsepersonell i helseinstitusjoner og i åpen omsorg.

6.3.4 Revidere og utgi retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner

Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner gir anbefalinger for kosthold og matstell og konkrete råd om valg av matvarer og menyer. Målgrupper for retningslinjene er helse- og kjøkkenpersonell i helseinstitusjoner, åpen omsorg og ansatte i sentralkjøkken. Intensjonen er å sikre et ernæringsmessig tilfredsstillende og individuelt tilpasset kosthold til brukere/pasienter, gjøre det lettere å se kostholdet som en del av det øvrige behandlingsopplegget og å sette pasientens kosthold inn i en helhet. Det er behov for å oppdatere det faglige innholdet i retningslinjene. Anbefalinger for ansvarsplassering og samarbeidsrutiner må også få grundigere omtale i de reviderte retningslinjene. Arbeidet må ses i sammenheng med tiltak 6.3.3.

6.3.5 Utarbeide veileder for ernæringsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten

Pleie- og omsorgssektoren består av tjenester som er regulert både etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Ernæring og kosthold er nevnt i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, som sier at kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillt sine grunnleggende behov (§ 3). Grunnleggende behov omfatter blant annet grunnleggende fysiske behov som tilstrekkelig næring, variert helsefremmende kosthold, rimelig valgfrihet i forhold til mat, tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. For å hjelpe kommunene å utarbeide slike prosedyrer skal det utvikles en veileder for ernæringsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten, som kan brukes som grunnlag for kommunenes egne prosedyrer. Målgrupper for veilederen er beslutningstakere i kommunehelsetjenesten.



6.3.6 Inkludere kosthold ved utvikling av en veileder for helsepersonell som omhandler kommunikasjon om helse i møtet med minoritetsspråklige brukere

God kommunikasjon i møte med pasienter og brukere med minoritetsbakgrunn kan være en utfordring på grunn av språk- og kulturmessige forhold. Råd og veiledning om kosthold har til hensikt å føre til endring i atferd og levevaner. Måten rådene kommuniseres er derfor avgjørende for om man oppnår atferdsendring hos brukeren. Det er iverksatt tiltak for å gjøre dialogen mellom helsepersonell og pasient/bruker bedre, blant annet er det opprettet en tolketjeneste. Det skal lages en veileder i kommunikasjon om helse i møtet med minoritetsspråklige. Denne veilederen skal også omhandle kostveiledning og vil være et nyttig verktøy for helsepersonell i dette arbeidet. Målgrupper for veilederen er primært helsepersonell i helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.

Ansvar: HOD

I arbeidet med kvalitetsforbedring av tilbudene innen kostveiledning og ernæringsbehandling er det viktig å sikre at tjenestene støttes av retningslinjer som er basert på et godt kunnskapsgrunnlag.

6.4 Utarbeide egnede kostholds- og ernæringsrelaterte kvalitetsindikatorer i helseinstitusjonene og hjemmebaserte tjenester

Forbedring av tjenestene forutsetter at man har mulighet for å følge effekten av iverksatte tiltak over tid. Målet med å følge med og evaluere tjenestene er å få informasjon som aktivt kan brukes til å forbedre tjenestene, justere kursen underveis og vurdere om endring faktisk fører til forbedring. Det innebærer å måle, vurdere og følge opp kvaliteten i tjenesten over tid, for å gjøre myndighetene, tjenestene og utøverne selv i stand til å vurdere status og effekt av tiltak innenfor sine respektive områder. Det er behov for mer regelmessig og systematisk innsamlet kunnskap om underernærings situasjonen i helseinstitusjoner. Denne kunnskapen er også nødvendig for at tilsynsmyndighetene skal få et bedre redskap for systemrevisjoner og kvalitetssikring.

IPLOS er betegnelsen på et sentralt pseudonymt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. IPLOS er basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. IPLOS skal sikre et likt vurderingsgrunnlag for søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. En av målsettingene er at hver enkelt bruker skal få bedre og riktige tjenester basert på den enkeltes ressurser og behov. IPLOS-registreringen er obligatorisk for alle norske kommuner. Informasjonen som innhentes gjennom IPLOS vil også kunne brukes som grunnlag for utvikling av kvalitetsindikatorer.

Ansvar: HOD

FAKTA: Medisinske kvalitetsregistre

Det er et helsepolitisk mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor alle viktige medisinske fagområder. Hovedpoenget med et medisinsk kvalitetsregister er at man måler resultatet av behandling, prosedyre og tiltak i forhold til pasienter. Det skal være mulig å identifisere kritiske prosesser. Kvalitetsregistrene vil i særlig grad kunne avdekke om tjenestene er trygge og virkningsfulle. Målet er bl.a. å medvirke til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring i utredning og behandling av pasienter, danne

grunnlag i arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer, utforme nasjonale statistikker, medvirke til å utjevne forskjellene i tilbud om helsetjenester med mer. Ernæring bør kunne inngå i medisinske kvalitetsregistre.

6.5 Kartlegge mattilbud, kosthold og ernæringsstatus til brukere av pleie- og omsorgstjenestene

Helsetilstanden til brukerne varierer veldig, og mattilbudet og kostholdet er faktorer som påvirker dette. Helse- og omsorgsdepartementet vil ta initiativ til brukerundersøkelser med sikte på å få kartlagt mattilbud, kosthold og eventuelt ernæringsstatus blant brukerne for å se på sammenheng mellom tilbud og ernæringsstatus. I denne sammenheng er det viktig å få evaluert erfaringene med ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning og servering i pleie og omsorgstjenesten. Mattilberedningens og måltidets ernæringsmessige, sosiale og kulturelle betydning for brukernes helse og trivsel skal vurderes. Behov for måling av ernæringsstatus må vurderes i forhold til enkelte brukergrupper. Kartleggingen bør omfatte brukere i sykehjem og omsorgsboliger og hjemmeboende brukere (matombringning).

Ansvar: HOD

6.6 Sikre at mattilbud og tilrettelegging av måltid inngår i myndighetenes tilsyn med helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten

Undersøkelser viser at underernæring kan være et problem både blant innlagte pasienter og blant brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Det statlige helsetilsynet i fylket har et viktig tilsynsansvar i å sikre faglig forsvarlig praksis, også hva gjelder ernæring i helseinstitusjonene og åpen omsorg. Som oppfølging av kartlegginger og tiltak vil HOD oppfordre Helsetilsynet til å føre tilsyn med ernæring i forbindelse med annet tilsyn innenfor pleie- og omsorg jf. Kvalitetsforskriften.

Ansvar: HOD

6.7 Videreutvikle pasientopplæring gjennom blant annet Lærings- og mestringssentre

De regionale helseforetakene er pålagt å iverksette tiltak for opplæring av pasienter og pårørende i alle helseforetak. Det har blant annet ført til at det finnes mer enn 35 Lærings- og mestringssentre med opplæringstilbud for



pasienter og pårørende som skal bidra til sunne levevaner, herunder kostholdet. Denne utviklingen skal videreføres. De regionale helseforetakene blir pålagt å sikre at det finnes tilfredsstillende sekundærforebyggende tiltak for de store sykdomsgruppene, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes og astma/allergier. Ernæring er sentralt i behandlingen av disse sykdommene. Det er behov for å sikre at ernæring blir godt ivaretatt i Lærings- og mestringssentrenes opplæringstilbud.

Ansvar: HOD

► FAKTA: Lærings- og mestringssentre

På Lærings- og mestringssentrene arbeides det med å få til forskjellige tilbud i samarbeid med brukeorganisasjoner, innvanderorganisasjoner, ulike kompetansesentre, kommunene med mer. Lærings- og mestringssenteret ved Aker universitetssykehus er godkjent som nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Oppgavene til Lærings- og mestringssentrene er å være pådrivere og koordinører i utviklingen av lærings- og mestringstilbud, være et informasjonssenter,

være en møteplass og til sist utvikle pedagogisk praksis og virksomhet i sykehuset. Kostveiledning og ernæringsbehandling er viktige tema. Nordlandssykehuset HF Bodø tilbyr opplæring i ernæring innen en rekke diagnoser. Omkring 400 pasienter fikk gruppeveiledning innen ernæring i 2005. Dette utgjorde ca. 50 % av det totale antall nye pasienter som ble henvist til seksjon for klinisk ernæring ved Nordlandssykehuset HF i 2005. Takst for opplæring av pasienter er utvidet ved at den fra 1. januar 2004 er gjort diagnoseuavhengig.

► FAKTA: Migrahel – faggruppe for sykepleiere som jobber med migrasjonshelse.

I 2005 dannet sju helsesøstre/sykepleiere fra ulike asylmottak og kommuner i landet faggruppa Migrahel. De ønsker å være et kompetansemiljø og rådgivningsinstans vedrørende migrasjonshelse. Gruppa skal bidra til kvalitets-sikring, kvalitetsutvikling, fagutvikling, utdanning og forskning. Gruppa ønsker også å utvikle nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk. Videre arbeid vil også bestå i et *Forum for Migrasjonshelse*, et tverrfaglig forum hvor flere yrkesgrupper er tilsluttet. www.migrahel.no

► **FAKTA: Nasjonalt kompetansesenter for minoritets-helse (NAKMI)**

NAKMI er en statlig enhet initiert av Helsedepartementet i 2004. NAKMIs virksomhet skal konsentrere seg om innvandreres og flyktningers helse og omsorg, både psykisk og somatisk. NAKMI skal arbeide for at minoritetsgrupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn skal få et likeverdig helse-tilbud som majoritetsbefolkningen. NAKMI vil gjøre dette gjennom å framskaffe, samordne og formidle tverrfaglig kunnskap og kompetanse, og gjennom tilrettelegging for utveksling av kunnskap og erfaring mellom forskere, klinikere og brukere. www.nakmi.no

6.8 Videreføre arbeidet med å utvikle lavterskel-tilbud innen kosthold

I tillegg til behandlingstilbudet som helsetjenesten skal tilby, bør det ses på muligheter for å utvikle lavterskeltilbud innen kosthold i samarbeid med frivillige organisasjoner og private aktører. Disse aktørene har stort nettverk utover hele landet og vil således kunne nå mange. Flere aktører tilbyr veiledning om kosthold og ernæring og kost- og vektreduksjonskurs for grupper, og disse representerer et viktig tilbud på lokalplan. Det vil være naturlig å bygge videre på erfaringer fra oppfølgingstiltak knyttet til Grønn resept. Tilbudene bør ses i sammenheng med lavterskel tilbud på fysisk aktivitet og røykeslutt. Tiltaket bør også ses i sammenheng med oppfølging av Nasjonal strategi for diabetesområdet, i forhold til å foreta en samlet vurdering av behovet for ulike livsstils- og lavterskel-tilbud.

Ansvar: HOD

Det er en målsetting at hver enkelt pasient har god kunnskap om egen sykdom og hvilke tiltak som bidrar til bedre helse og livskvalitet.

► **FAKTA: Om Grønn resept**

Ordningen med Grønn resept er et forsøk på å vri fokus fra medikamenter til egeninnsats og hjelp til omlegging av helse-atferd i tilfeller der dette er medisinskfaglig forsvarlig. Ordningen omfatter faglig veiledningsmaterieil til bruk ved konsultasjonen og til oppfølging av pasienten i form av tilpasset råd og veiledning om kosthold og fysisk aktivitet. En egen takst utløses der råd og veiledning gis i stedet for medikamenter ved type 2-diabetes og høyt blodtrykk. På bakgrunn av evaluering er det iverksatt arbeid med å videreutvikle det faglige verktøyet for legen og utvikle kompetansehevingstiltak. Videre er det under utprøving ulike typer oppfølgingsopplegg for pasienter som har fått forskrevet Grønn resept. Utprøvingen foregår i flere kommuner i fylkene Buskerud, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder. Intensjonen er at helsetjenesten skal samarbeide med frivillige organisasjoner og/eller private aktører om et apparat å henvise pasienter til. Resultatene av evalueringens del II vil foreligge i løpet av 2008 og vil gi grunnlag for en samlet vurdering av om det er aktuelt å utvide stimuleringstaksten til flere diagnoser, samt om hvordan oppfølgingen bør være for å bli best mulig for pasientene. Som ledd i kvalitetsvurderingen av oppfølgingen bør det tas stilling til hvordan faggrupper som f.eks. fysioterapeuter og ernæringsfysiologer kan bidra i oppfølgingstilbudene. www.shdir.no

► **FAKTA: Eksempel på oppfølgingstiltak på Frisklivssentralen i Modum kommune**

Frisklivssentralen i Modum i Buskerud er et av flere utprøvingsopplegg som har fått midler av Sosial- og helsedirektoratet til utvikling av lavterskelaktiviteter for pasienter som har behov til tettere oppfølging i omlegging til sunnere levevaner. Opplegget inngår i del II av evalueringen av ordningen med Grønn resept. Ved Frisklivssentralen har de utviklet en Frisklivsresept som i praksis innebærer et tilbud om deltakelse i ulike aktiviteter med sikte på endring i levevaner. Pasienter som får Grønn resept eller Frisklivsresept av sin lege får dermed mulighet til å delta på tilrettelagte tilbud innen fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Frisklivsresepten inneholder dessuten tilbud om helsesamtale/motivasjonssamtale ved oppstart og etter 3 måneder.



6.9 Utvikle informasjonsmateriell og verktøy rettet mot endringer i levevaner, inkludert kosthold, til bruk for helsetjenesten, pasienter/brukere og pårørende

Det er en målsetting at hver enkelt pasient skal ha god informasjon om egen sykdom, og oversikt over hvilke tiltak som bidrar til bedre helse og bedre livskvalitet. For at helsepersonell skal kunne gi faglig oppdaterte og konkrete råd om kosthold ved ulike sykdommer og plager, bør det utarbeides gode verktøy til bruk i arbeidet med kostveiledning og behandling. Dette kan innebære undervisningsmateriell, informasjonsbrosjyrer og kartleggingsverktøy. Det er også viktig at pasientene i større grad selv

kan være aktive i veilednings- og behandlingsprosessen. Det bør derfor vektlegges å utarbeide verktøy som både utøver og bruker kan benytte. Bruk av data blir stadig mer utbredt i helsetjenesten, og en viktig oppgave vil derfor være å utvikle effektive data- og nettbaserte intervensjonsprogrammer for fysisk aktivitet, kosthold og røykeavvenning relatert til ulike diagnoser som høyt blodtrykk, høyt kolesterol og type 2-diabetes. Utviklingen av materiell og verktøy skal ta utgangspunkt i en behovsvurdering og ses i sammenheng med eksisterende materiell.

Ansvar: HOD

Beslutninger som har innvirkning på folkehelsen tas ofte utenfor helsesektorens primære ansvarsområde. Det er derfor viktig at tiltakene har en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Lokalmiljøet er viktig i arbeidet for å fremme sunt kosthold. Offentlig, frivillig og privat virksomhet kan her samarbeide for å bidra til å fremme sunne kostvaner.

07



FOKUS PÅ KOSTHOLD I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, Folkehelsemeldingen, setter søkelyset på faktorene som påvirker folkehelsen og legger strategier og målsettinger for folkehelsearbeidet det neste tiåret. Folkehelsemeldingen omtaler samfunnsplanlegging som et sentralt virkemiddel i alt arbeid for å fremme folkehelse. Beslutninger som har innvirkning på folkehelsen tas ofte utenfor helsesektorens primære ansvarsområde. Det er derfor av stor betydning at tiltakene innen folkehelsearbeidet har en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Et hovedgrep i folkehelsepolitikken er å styrke folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og bedre forankring politisk, administrativt og i overordnede plansystemer i fylker og kommuner. God forankring er en forutsetning for å gjøre folkehelsearbeidet mer systematisk, kontinuerlig og helhetlig og for å få temaet på dagsorden der beslutninger tas. I en kartlegging av organiseringen av folkehelsearbeidet i kommunene høsten 2005 oppga kun et fåtall av kommunene at ernæring inngikk som satsingsområde i kommunale planer. Det er behov for å konkretisere og eksemplifisere hva lokalt ernæringsarbeid kan og bør være, og spre erfaringer om gode lokale tiltak.

Soria Moria-erklæringen legger opp til å styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner i folkehelsearbeidet. Lokalmiljøet er viktig i arbeidet for å fremme sunt kosthold i befolkningen. Offentlig, frivillig og privat virksomhet kan her samarbeide for å bidra til å fremme sunne kostvaner. Det vil kunne være mye å hente på å knytte kostholdsarbeidet sterkere opp mot folkehelsearbeid på andre områder, slik som fysisk aktivitet og tobakksforebygging.

Mange aktiviteter drives i regi av frivillige organisasjoner, og dette er arbeid som i hovedsak er basert på frivillig innsats og personlig engasjement. Det er av betydning at myndighetene respekterer de særegne verdiene som preger frivilligheten. Mange frivillige organisasjoner ønsker å bidra i det lokale kostholdsarbeidet og etterspør verktøy til dette arbeidet. Tilbudene innen idrett, friluftsliv og kultur er mangfoldige, og enkelte lokale aktiviteter har også fokus på mat, kosthold og helse. Organisasjonene etablerer viktige møteplasser, arrangerer kurs og har aktivitetstilbud for både barn, unge, voksne og eldre. Det tilbys ofte mat i form av kiosksalg og annen matservering i tilknytning til arrangementer og aktiviteter, og det er en utfordring å legge til rette for sunne matvalg på fritidsarenaer.

Folkehelsemeldingen framhever partnerskap som strategi og arbeidsform for et mer forpliktende, langsiktig og sektorovergripende samarbeid for å fremme folkehelse. Kommuner og fylker har en viktig oppgave i å legge til rette for samarbeid med organisasjoner og private aktører i folkehelsearbeidet. Viktige i kostholdsarbeidet er etatene for oppvekst og utdanning, kultur, helse- og sosial, tannhelse og plan og miljø. Mattilsynets distriktskontorer er også en viktig lokal samarbeidspartner i ernæringsarbeidet. Frisklivssentraler, der de finnes, er sentrale gjennom sine lavterskeltilbud til lokalbefolkningen, både innen fysisk aktivitet og kosthold. Mange eldre er vitale og sosiale, og for denne gruppen er gode mat- og måltidsvaner og en ellers aktiv livsstil viktig for å opprettholde god helse og funksjonsevne så lenge som mulig. Eldresentre er et særdeles viktig forebyggende og helsefremmende tilbud som betyr mye for trivsel, mat- og mosjonsvaner for hjemmeboende eldre, mens fritidsklubber er en viktig arena for å nå barn og unge. Det er en utfordring å koordinere innsatsen, samordne ulike tilskuddsordninger, samle og spre kunnskap og erfaringer om gode modeller og effektive tiltak.



► FAKTA: Eldresentre

St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening omtaler eldresentre som et viktig allmennforebyggende tilbud. Eldresentrene når svært mange, og utløser en betydelig frivillig innsats på lokalt plan. Forsøksvirksomhet har vist at eldresenteret også kan være en viktig kilde for kontakt og informasjon for innvandrere. Regjeringen tilrår at kommunene, ut fra lokale behov, nytter noe av veksten i nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten til drift av eldresentre og andre forebyggende tiltak og aktivitetstilbud for å stimulere til ytterligere utbygging av tilbudet på dette området.

I dag er det ca. 350 eldresentre i Norge, og disse gir et helhetlig tilbud som omfatter både fysisk og mental velferd. Eldresentrene serverer rimelig og god mat, og tilbyr varierte aktiviteter som turer, sang, dans, kurs og trim. Mange sentre har også en rådgivningstjeneste. Matombringning til eldre som ikke selv kan komme seg til senteret er vanlig. Ofte samarbeider eldresentrene med kommunens hjelpeapparat, slik at eldresentrene kan fungere som omsorgstjenestenes forlengede arm og være bindeledd til hjemmeboende eldre. En del sentre driver med oppsøkende virksomhet overfor eldre i området. På den måten blir eldre og deres behov i for eksempel en kommune eller en bydel kartlagt, og eventuelle tiltak kan settes i verk. Nasjonalforeningen for folkehelsen er en av landets største driverorganisasjoner av eldresentre. www.nasjonalforeningen.no

► FAKTA: Frivillighetssentraler

Frivillighetssentraler finnes over hele landet og er en møteplass som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet. Frivillighetssentralens mål er å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og organisasjoner i kommunen utfører. Kultur- og kirkedepartementet forvalter den økonomiske støtten til frivillighetssentralene. Finansieringen er delt med 60 prosent fra staten og 40 prosent lokalt. Sentralene er forankret hos den lokale eier som kan være en frivillig organisasjon, stiftelse, menighet eller kommune. Mange sentraler tar del i utviklingen av nærmiljøet sitt og har et stort spenn av aktiviteter for mennesker i alle aldersgrupper. I 2006 var det 277 frivillighetssentraler på landsbasis.

Mange frivillighetssentraler legger til rette for trivelige måltider. Som eksempel kan nevnes Tidemannsstuen frivillighetssentral i Oslo, der de har rimelig lunsj med suppe, brød og pålegg. De har også en ordning med søndagsmiddag i samarbeid med andre frivillighetssentraler i bydelen. Her samles folk med ulik bakgrunn til felles hygge over et måltid. Et annet eksempel er Kontakt og Servicesentralen i Kragerø, som driver matombringning i kommunen. Det blir kjørt varm mat fra et lokalt kjøkken til institusjonene i kommunen og til hjemmeboende eldre. For de hjemmeboende blir denne tjenesten kombinert med handling for dem som trenger det. Tjenesten er frivillig og koster ikke brukerne noe. Den frivillige får kjøregodtgjørelse ved bruk av egen bil. www.frivillig.no





► **FAKTA: Nettverk for ernæring og helse**

Nettverk for ernæring og helse består av representanter fra Mattilsynets hovedkontor, et regionskontor og et distriktskontor samt kommunehelsetjenesten v/miljørettet helsevern, fylkesmannsembetet og Sosial- og helsedirektoratet. Nettverket skal bidra til erfaringsutveksling, kompetanseheving, økt tverrfaglig (lokalt og regionalt) ernæringsarbeid samt skape møteplasser. Det er viktig å spre erfaringer fra gjennomførte tiltak og videreutvikle arbeidet.

Det er viktig at innvandrere raskest mulig får bidra med sine ressurser i arbeidslivet og i samfunnet for øvrig. Lokalt folkehelsearbeid kan være et virkemiddel i dette arbeidet. Mat, matlaging og kosthold er aktuelle tema i samfunnsopplæring og norskopplæring for innvandrere. Samtidig er det viktig å iverksette målrettede tiltak for å forebygge kroniske sykdommer blant personer med innvandrerbakgrunn. I *Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen* er dette et av tiltakene. Det skal stimuleres til utvikling og etablering av lavterskeltilbud i flere bydeler i Groruddalen basert på erfaringer fra MoRo-prosjektet. Erfaringer skal også spres til andre bydeler og kommuner med høy andel innvandrere. MoRo-prosjektet er et forsknings- og utviklingsprosjekt i bydel Romsås i Oslo, som gjennom evaluering har vist at det nytter å fremme fysisk aktivitet og sunn livsstil og forebygge fedme og type 2-diabetes gjennom systema-

tisk arbeid med vekt på lokal forankring, tverrfaglighet og stor grad av medvirkning fra deltakerne.

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- bidra til bedre forankring av og metoder i folkehelsearbeidet, inkludert kostholdsarbeid i plan- og budsjett-systemer i fylker og kommuner
- bidra til systematisk, forpliktende og tverrfaglig samarbeid på kostholdsområdet som en del av partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner
- bidra til å gjøre kjent ulike tilskuddsordninger og andre ordninger som kan bidra til å styrke det lokale folkehelsearbeidet generelt og kostholdsarbeidet spesielt
- bidra til at det tilbys sunne alternativer av mat og drikke på fritidsarenaer
- bidra til at eldre får tilbud om god og variert mat på sentrale møteplasser

TILTAK ►►

7.1 Vektlegge ernæringshensyn som del av folkehelsearbeidet i planarbeid i fylker og kommuner

I Nasjonal helseplan henvises det til samfunns- og arealplanlegging som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet. Plan- og bygningsloven er kommunenes og fylkeskommunenes fremste verktøy i samfunns- og arealplanleggingen. Det er bred enighet om at folkehelse må være et hovedhensyn ved all samfunns- og arealplanlegging. Helse- og omsorgsdepartementet vil i det pågående arbeidet med ny plan- og bygningslov følge opp forslaget i Folkehelsemeldingen om at folkehelse skal være et hovedhensyn og framgå av formålsparagrafen til plan- og bygningsloven.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet utviklings- og utprøvningsprosjektet Helse i plan. Hensikten er å vinne erfaring med hvordan plan- og bygningsloven og plansystemet kan brukes til å forankre og styrke folkehelsearbeid i kommuner og fylker. Flere av kommunene og fylkeskommunene i Helse i plan stimuleres til å prøve ut forankring av ernæringsspørsmål og ernærings tiltak i sine planer.

For å utnytte den tverrfaglige planarenaen i folkehelsearbeidet, skal helsetjenesten utvikle sin rolle som bidragsyter i plan- og beslutningsprosesser i fylker og kommuner. Fylkesmannen skal i sine vurderinger av samfunnsdelen av kommuneplanen, kommunens arealplaner og reguleringsplaner også vurdere om disse planene omfatter folkehelse i tilstrekkelig grad.

Ansvar: HOD/MD

I ernæringsarbeidet er det viktig å få til samarbeid og samhandling på tvers av fag og sektorer både lokalt, regionalt og sentralt.

► FAKTA: Ernæring i planarbeid

Helse i plan

Utpøring av plan- og bygningsloven og ulike planleggingsverktøy til bruk i folkehelsearbeidet er organisert som et prosjekt, Helse i plan, forankret i Sosial- og helsedirektoratet. Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet står bak prosjektet. Det er etablert samarbeid med 8 fylker og 37 kommuner om utpøring og forankring av folkehelse tiltak i kommuneplanen. Det er initiert samarbeid med 6 høyskoler med sikte på utdanningstilbud som skal styrke plan- og prosesskompetansen i helsesektoren. Hovedhensikten med pilotprosjektene vil være praktisk utpøring og utvikling av metoder for bedre integrering av helsehensyn i planleggingen. Prosjektet startet opp våren 2006 og skal vare ut 2010.

Folkehelse og livsutfalding i Sogn og Fjordane

I Sogn og Fjordane er folkehelsearbeidet forankret i handlingsplanen "Folkehelse og livsutfalding" som inngår i fylkesplanen for 2005-2008. Handlingsplanen innholder store deler av det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet i fylket inklusiv satsing på kosthold og ernæring. Barnehager, skolefritidsordning, skoler, idrettsarenaer og kantiner er prioriterte arenaer i tillegg til matombringning til hjemmeboende eldre. Det fokuseres blant annet på tiltak som fremmer god tilgang til frukt og grønnsaker og vann som tørstedrikk, hindrer tilgangen til søtsaker og brus, bidrar til kompetanseheving av ulike personellgrupper og sikrer god kvalitet i matombringningstjenesten. På ernæringsområdet er det etablert en bredt sammensatt ressursgruppe som Fylkesmannen ved folkehelse rådgiver koordinerer.

Folkehelseplan Oslo kommune

I Oslo kommune er kosthold eget innsatsområde i Folkehelseplan 2005 – 2008. Tiltakene er rettet mot barn, unge og eldre, og omhandler blant annet tiltak for å sikre sunt mattilbud i barnehage, skole og skolefritidsordning, på fritidsklubber og eldresentre. Det legges opp til økt fokus på ernæring og praktisk matlagning i voksenopplæringsprogrammer knyttet til bl.a. NAV og eldresentre. Videre satses det på bruk av voksne med minoritetsbakgrunn som formidlere og motivatører inn mot familier og nettverk for å oppnå helsefremmende matvalg. Det skal motiveres til lokale initiativ for å bedre kostholdet blant utsatte grupper.

7.2 Inkludere eksempler på hvordan ernæring kan ivaretas i veiledere til forskrift om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven

Det er behov for å utvikle rutiner og metoder som løpende og systematisk synliggjør hvilke konsekvenser tiltak og programmer i andre sektorer har for befolkningens helse, samt rutiner for at disse konsekvensene blir tatt hensyn til. Forskrift om konsekvensutredninger, som er hjemlet i Plan- og bygningsloven og trådte i kraft 1. april 2005, sier at helse er blant forholdene som skal vurderes i planforslag. For å styrke arbeidet med å ivareta helsehensynet i planlegging, er det etablert et kompetansemiljø i Sosial- og helsedirektoratet. Det arbeider med metodeoppbygging og erfaringsutveksling, kompetanse om plan og prosess, nettverksarbeid og veiledning overfor fylker og kommuner, samt faglig rådgivning overfor Helse- og omsorgsdepartementet og andre departementer ved behov. Sosial- og helsedirektoratet utarbeider veileder knyttet til oppfølging av konsekvenser for helse til ny forskrift om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Forhold som kan ha ernæringsmessig betydning bør inkluderes ved utforming og revidering av relevante veiledere til forskrift om konsekvensutredninger.

Ansvar: HOD

7.3 Tilrettelegge for kompetanseoppbygging i grunn- og videreutdanning for folkehelsearbeidere ved høyskoler om hvordan plan- og bygningsloven kan være et sentralt virkemiddel for forankring av ernæringstiltak lokalt

Tiltaket bygger på prosjektet Helse i plan som er under etablering ved flere høyskoler. Blant annet vil høyskolene i Vestfold og Bodø tilby moduler om plan- og prosesskompetanse i sine masterstudier om folkehelsearbeid på henholdsvis 15 studiepoeng og 30 studiepoeng allerede fra våren 2007. Kurset tilbys i utgangspunktet for helsepersonell. Det blir viktig å etablere samhandlingsarenaer hvor planleggere og helsepersonell møtes for å ta i bruk kompetansen i kommunene.

Ansvar: HOD/KD

7.4 Utvikle gode indikatorer innen ernæring og folkehelse som inkluderes i kommunehelseprofiler

I henhold til kommunehelsetjenestelovens § 1–4 skal kommunen ha oversikt over helsetilstand og forhold som påvirker denne. Videre skal helsetjenesten i kommunen, bl.a. basert på denne oversikten, foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen, samt medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer. For at kommunene skal kunne iverksette målrettede tiltak innen folkehelse og vurdere sine tiltak i forhold til måloppnåelse, trenger de blant annet gode indikatorer og data på ernæringsområdet. Indikatorer relatert til ernæring kan være på ernæringsstatus, helsestatus og tiltaksstatus. Det skal arbeides med å definere hensiktsmessige indikatorer innen ernæring, og identifisere gode systemer for å samle dem inn. Eksisterende systemer, slik som nasjonale undersøkelser og KOSTRA (kommune-statrapportering), skal i denne forbindelse vurderes.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå etablert en nettportal for kommunehelseprofiler, som bl.a. skal fungere som verktøy for kommunal planlegging. Under risiko- og beskyttende faktorer er abonnementsordning for frukt og grønnsaker i grunnskolen og fakta om lav fødselsvekt etablert som indikatorer relatert til ernæring. Det skal arbeides videre med å inkludere flere indikatorer av god kvalitet på ernæringsområdet i kommunehelseprofiler.

Ansvar: HOD

7.5 Videreføre ernæring og kosthold som prioritert satsing i partnerskap for folkehelse sammen med fysisk aktivitet og tobakk

Staten gir tilskudd til fylker og kommuner som organiserer folkehelsearbeidet i partnerskap. Forutsetningen er at fylkene og kommunene bidrar med egne midler og at folkehelsearbeidet er forankret i det kommunale og fylkeskommunale plansystemet. Formålet er å bidra til et mer systematisk og helhetlig lokalt folkehelsearbeid ved å sikre en sterkere administrativ og politisk forankring og styrke samhandlingen mellom ulike offentlige etater, offentlige instanser, frivillige organisasjoner og næringsliv.

Partnerskapsordningen ble etablert i 2004. Fylkeskommunen, som regional utviklingsaktør og regional planmyndighet, er tillagt rollen som pådriver for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Fylkesmannen har en sentral rolle i partnerskapsarbeidet gjennom sin fagkompetanse og tilsynsrolle. Regionale statsetater, herunder også regionale helseforetak, høyskoler og universiteter, er sammen med frivillige organisasjoner og private aktører viktige partnere i de regionale partnerskapene.

Fra 2006 er 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert i satsingen. Ordningen er ytterligere styrket i 2007, slik at alle fylker som oppfyller kravene kan inkluderes. Det er et mål at alle kommuner etter hvert også skal omfattes. Samtidig skal det legges vekt på å videreutvikle partnerskap som arbeidsform for et systematisk folkehelsearbeid forankret i samfunnsplanleggingen og med bred deltakelse i befolkningen. Det er viktig at fokus på kosthold og ernæring opprettholdes som en prioritert satsing i partnerskapsarbeidet.

I 17 fylker har Fylkesmannen etablert ressursgrupper i ernæring for å styrke faglig utvikling og samordning av arbeidet innen kosthold og ernæring. Viktige aktører i ressursgruppene er blant annet representanter fra ulike sektorer i en kommune, høyskole, helseforetak og frivillig sektor. I flere fylker er også Mattilsynet representert i ressursgruppen. Regionale ressursgrupper i folkehelsearbeid som inkluderer ernæring skal videreføres og samordnes med partnerskap for folkehelse.

Det skal videre oppmuntres til å videreutvikle samarbeidet med frivillige organisasjoner regionalt og lokalt, slik at organisasjonene kan få bidra med sin kompetanse og få nyttige innspill til hvordan de på ulike måter kan fremme sunne matvaner i tilknytning til sine aktiviteter. Et eventuelt samarbeid skal være basert på behov og ønsker fra den enkelte frivillige organisasjon. Eldrerådene i kommunene vil også være sentrale aktører og bidragsytere i det lokale folkehelsearbeidet.

Ansvar: HOD

7.6 Samle, videreformidle og eventuelt utvikle verktøy og modeller i kostholdsarbeidet

På fritidsarenaer nås både barn, ungdom, voksne og eldre. Verktøy og materiell som bidrar til mer kunnskap og kompetanse om tilrettelegging for gode måltider med tilbud av sunn mat og drikke på disse arenaene vil være viktig. Det er blant annet etterlyst verktøy til bruk på temamøter om mat og måltidsvaner på eldresentre, i pensjonistforeninger med mer. Møteplasser for erfaringsutveksling, nettbaserte idébanker med mer er nyttig og kan bidra til å gi motivasjon og kunnskap om metoder og verktøy.

Kokeboken *Fra boller til burritos* har foruten å ha vært benyttet i skolen, også vært populær i bruk på matlagingskurs for blant annet pensjonister og for innvandrere. Det skal utarbeides en ny grunnleggende kokebok høsten 2007 (jf. tiltak 1.4 og 8.1). Boken skal kunne brukes i tilknytning til kurs og middagsgrupper for ulike grupper som for eksempel trygdede, brukere av sosialtjenesten, på fritidsklubber og personer i omsorgsboliger. Det skal legges spesiell vekt på å tilby verktøy og modeller overfor barn/unge, eldre, minoritetsgrupper og sosialt utsatte grupper.

Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet, vedtatt sommeren 2006, legger opp til etablering av en felles nordisk katalog med effektive tiltak og gode eksempler som fremmer fysisk aktivitet og sunt kosthold lokalt. Katalogen skal gjøres tilgjengelig på internett.

Ansvar: HOD/LMD/FKD/BLD/AID/MD

På fritidsarenaer nås både barn, ungdom, voksne og eldre. Verktøy og materiell som bidrar til mer kunnskap og kompetanse om tilrettelegging for gode måltider med tilbud av sunn mat og drikke på disse arenaene vil være viktig.



7.7 Samordne og kanalisere stimuleringsmidler fra ulike nasjonale satsinger innen mat, kosthold, fysisk aktivitet og helse til lokale tiltak

Samordning av statlige midler som bidrar til å fremme sunne mat og måltidsvaner gir mulighet for synergieffekter. Det er derfor viktig at både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå samordner tildeling av midler der dette er hensiktsmessig. Myndighetene vil bruke aktuelle nettsteder til å synliggjøre mulighetene for tilskudd, se eksempelvis www.frivillig.no, www.matportalen.no og fylkenes nettsider. Barne- og likestillingsdepartementet utgir årlig en samlet oversikt over Regjeringens satsing

på barn og ungdom. Det gis i dag stimuleringsmidler via partnerskapene til lokale tiltak innen fysisk aktivitet, ernæring og tobakk. Midler som kanaliseres gjennom regionale partnerskap for folkehelse bør være tilgjengelig for frivillige organisasjoner og andre som legger til rette for sunne kostvaner lokalt, uavhengig om kommunen er partnerskapskommune eller ikke. Tiltakene bør imidlertid være et ledd i en satsing forankret i det kommunale plansystemet og bygge på etablerte strukturer.

Ansvar: HOD/LMD/FKD/BLD/AID/MD

► FAKTA: Lokalt kostholdsarbeid – eksempler på verktøy og tiltak

Sukkerkrigen i Hedmark

Sukkerkrigen er en satsing i folkehelseprogrammet i Hedmark, og startet i 2005. Tannhelsetjenesten er en sentral aktør, og en representant fra ungdommens fylkesting deltar. Målet er å redusere sukkerforbruket med 50 % i Hedmark. Arenaer er barnehage, grunnskole, videregående skole og idrettsmiljø. Installering av vannkølere på skolene er en viktig strategi. Fylkeskommunen utarbeidet kravspesifikasjoner for innkjøp av vannkøler og inngikk prisgunstige rammeavtaler hvor kommunene tilbys å være med. Alle videregående skoler har fått installert vannkølere. Arbeidet spres videre til grunnskolene i fylket.

Samarbeidsprosjektet Matskolen

Matskolen er et ferietilbud hvor barn og unge lærer om sunt kosthold og sammenhengene mellom helse, fysisk aktivitet og mat. Målet er å gi barn kunnskap om mat, kosthold og mosjon samtidig som de har det moro. Det legges vekt på lokale produksjonsforhold og på økologiske prinsipper. Deltakerne er med på lokale gårds- og bedriftsbesøk, foruten fysisk aktivitet, matlaging, friluftsliv og lek. Matskolen bygger på en idé som er gjennomført med stor suksess i Danmark (www.madskoler.dk). Prosjektet prøves foreløpig ut i Rogaland, som et samarbeid mellom 4H Rogaland og Fylkemannen i Rogaland, ved landbruksavdelingen, og finansieres blant annet med prosjektmidler fra Landbruks- og matdepartementet. 4H er en frivillig barne- og ungdomsorganisasjon, med helse som en av fire grunnpillarer. www.n4h.no

MER-kampanjen

MER-kampanjen er en kampanje i regi av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker, og er et gjennomprøvd salgsverktøy for idrettslag som ønsker å selge spiseklar frukt og grønnsaker på idrettsarenaen. Formålet er å fremme sunne alternativer til tradisjonelle kioskprodukter. Foreløpig har 27 særforbund, 13

idrettskretser og om lag 270 idrettslag sluttet seg til kampanjen, og rapporter fra idrettslag som har prøvd ut ordningen ligger på nettet. MER-kampanjen er et godt eksempel på et virkningsfullt tiltak som er forholdsvis enkelt å gjennomføre i praksis. Idrettsorganisasjonene oppmuntres til å spre informasjon om tiltaket slik at flest mulig idrettslag kan inkluderes i ordningen. MER-kampanjen vil også kunne inspirere til tilsvarende tiltak blant frivillige organisasjoner utenfor idretten.

www.frukt.no

Kostholdskurs i Hordaland Idrettskrets

Idretten organiserer mange barn og unge, og det er etter hvert blitt etterspørsel etter gode kostholdsråd både blant ledere, utøvere og foresatte. Hordaland Idrettskrets er opptatt av å framheve betydningen av et sunt kosthold i sammenheng med fysisk aktivitet og ønsker å bidra både med holdningsskapende arbeid og konkrete tiltak. Kretsen har utviklet et kursopplegg om kosthold. De har arrangert 10 kurs med rundt 300 deltakere. Deltakerne er idrettsungdom, foresatte, trenere og ledere. Temakveldene er rettet mot alle som trenger en liten oppfriskning på hvorfor det er så viktig å spise sunne og gode matvarer og ha gode måltidsvaner når man trener. Varighet er ikke over en time, temaet presenteres enkelt og lett forklart slik at det appellerer til ungdommen.

Læring i friluft

Uteaktivitet og friluftsliv er på full fart inn i barnehager og skoler. Friluftsrådene har kjennskap til egnede naturområder og kompetanse på bruk av friluftsområdene til aktivitet og læring. Idépermen Læring i friluft er revidert i forhold til nye læreplaner i Kunnskapsløftet. Fritid i friluft er en idéperm primært beregnet på skolefritidsordningen, men vil også passe ypperlig for idrettsskoler, barnehager og organisasjoner med uteaktivitet for barn og familier. Tilberedning av mat utendørs er også temaer i idépermene og kan bidra til å skape interesse for mat, høsting og sankning av mat og mattilberedning. Friluftsrådene arrangerer kurs for lærere, barnehage- og SFO-ansatte i uteaktivitet, og bidrar på aktivitetsdager for barnehager og skoler. www.friluftsrad.no

Flere yrkes- og personellgrupper har direkte eller indirekte innvirkning på folks kosthold og kostvaner. Det er av stor betydning for det helhetlige ernæringsarbeidet i samfunnet at disse gruppene har relevant og oppdatert kunnskap om mat, måltider, kosthold og ernæring, med hensyn til hvilke grupper i befolkningen de har med å gjøre.

08



KOMPETANSE OM KOSTHOLD

Dette innsatsområdet omhandler hvordan mat, kosthold og helse inngår i den faglige opplæringen i grunnskolen, videregående opplæring, høyere utdanning og etter- og videreutdanning, og peker på utfordringene vi her står overfor. Måltider som del av skolehverdagen i grunnskole og videregående opplæring er omhandlet i innsatsområde 4.

Flere yrkes- og personellgrupper har direkte eller indirekte innvirkning på folks kosthold og kostvaner. Det er av stor betydning for det helhetlige ernæringsarbeidet i samfunnet at disse gruppene har relevant og oppdatert kunnskap om mat, måltider, kosthold og ernæring, med hensyn til hvilke grupper i befolkningen de har med å gjøre og innen hvilken sektor de arbeider. For eksempel har ansatte i barnehage og skole i forbindelse med måltidene direkte innflytelse på barns kostvaner. Disse gruppene trenger kompetanse om mat, kosthold og måltider for å kunne formidle kunnskap om sunt kosthold og gode matvaner og for å kunne tilrettelegge praktisk for sunne måltider i barnehage og skole.

I Kunnskapsløftet ble heimkunnskapsfaget i grunnskolen endret til Mat og helse, og faget er i all hovedsak det som ivaretar opplæring i temaene mat, kosthold og helse i grunnopplæringen. Formålet med faget er å gi barn og unge grunnleggende praktiske ferdigheter og teoretiske kunnskaper om bl.a. mat, matlaging, måltider og kosthold. Som praktisk fag skal opplæringen stimulere elevene til å lage mat og delta i måltidsfellesskap. Faget skal medvirke til at elevene får evne og innsikt til å reflektere rundt egne matvalg og egen livsstil. I tillegg skal elevene lære hvordan de kan sette sammen et ernæringsmessig trygt og godt kosthold i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger.

Mat og helse er et lite fag med hensyn til timetall, men er svært viktig når det gjelder å gi elevene praktisk dagliglivskompetanse.

Den faglige kompetansen til lærere som underviser i Mat og helse har betydning for elevenes læringsutbytte i faget. I 2000 oppga kun rundt 30 % av lærerne som underviste i heimkunnskap i grunnskolen å ha mer enn 5 vekttall i faget. I det nye Mat og helsefaget er det flere nye elementer i forhold til den forrige læreplanen. Dette understreker behovet for å styrke den faglige kompetansen blant lærere som underviser i Mat og helse for å sikre at elevene får opplæring i faget i tråd med læreplanen.

I forbindelse med Kunnskapsløftet revideres også læreplanene for utdanningsprogrammene i videregående opplæring. Noen er ferdige, mens andre er under utvikling eller kommet på høring. Blant de yrkesfaglige utdanningsprogrammene er det særlig Helse- og sosialfag og Restaurant- og matfag som er relevante med hensyn til temaer om mat, kosthold og helse. I de nye læreplanene for disse fagene har ernæring og kosthold en sentral plass. Elevene skal blant annet lære å sette sammen enkle måltid og kunne vurdere energi- og næringsinnhold opp mot helsemyndighetenes anbefalinger for et sunt kosthold. Når elevene som har fulgt disse utdanningsprogrammene kommer ut i arbeidslivet vil de ha innflytelse på andres kosthold. Det vil være viktig å følge med på hvordan de nye temaene om ernæring og kosthold blir ivaretatt i opplæringen.

► FAKTA: Fagskoleutdanninger

Fagskoleutdanningen er en kort og yrkesrettet videreutdanning som bl.a. tilbys de med helsefagutdanning fra den videregående skolen. Det er Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) som godkjenner fagutdanningene. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet til sammen syv planer for videreutdanninger innen helse- og sosialfag. Sosial- og helsedirektoratet vil fortsatt gi faglige anbefalinger av innholdet i planer for fagskoleutdanninger i helse- og sosialfag, og det er viktig i denne forbindelse å sørge for at ernæringsområdet blir ivaretatt i planene for videreutdanning på fagskolenivå. Det bør også vurderes om det skal opprettes egne fagskoleutdanninger på ernæringsområdet, og om det skal opprettes fagskoleutdanninger for institusjonskøkkene med spesialisering innen helseinstitusjonskjøkken. Lov om fagskoleutdanning er under endring.

Ernæringsrelaterte oppgaver i helse- og sosialtjenesten omfatter blant annet kostråd, kostveiledning og kostbehandling, planlegging av menyer, tilberedning og servering av mat, oppfølging av beboernes/pasientenes ernæringsstatus og tilrettelegging for et hyggelig spisemiljø. Helseforetakene og kommunale helseinstitusjoner har ansvar for at disse oppgavene blir ivaretatt, at beboere og pasienter får individuelt tilpasset kostveiledning og behandling og et fullverdig kosthold, samt sikre at personellet har tilstrekkelig og relevant kompetanse for de oppgavene som skal utføres.

For å styrke ernæringsarbeidet i helsetjenesten er det viktig å ha nok og godt kvalifisert personell med spesialkompetanse i ernæring. Det er også av stor betydning for godt ernæringsarbeid i helsetjenesten, at andre helsepersonellgrupper har grunnleggende kunnskaper om ernæring og kosthold i forebygging og behandling og evner å omsette dette i praksis. Personellgruppene som har størst relevans i ernæringsrelaterte oppgaver er kliniske ernæringsfysiologer, leger, sykepleiere, helsesøstre og helsefagarbeidere. I primærhelsetjenesten har fastleger og helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten en sentral rolle i ernæringsarbeidet ved at de når fram til store deler av befolkningen.

► FAKTA: Kartlegging av medisinstudenters kunnskap om fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og helse

Det er gjennomført en kartlegging av medisinstudenters kunnskapsnivå om fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og helse, i Oslo og Bergen studieåret 2004–2005 og i Tromsø og Trondheim 2005–2006. Det var 51, 49 og 10 prosent av studentene som mente at henholdsvis fysisk aktivitet, kosthold/ernæring og tobakk var for lite vektlagt i medisinerstudiet. Kartleggingen viser at en stor andel av studentene mente at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om bruk av veiledning om kosthold og fysisk aktivitet som del av behandlingen. Kartleggingen er gjennomført av Senter for oppdragsforskning og kunnskapsbaserte tjenester ved NIH på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

Andre yrkes- og personellgrupper som involveres i ernæringsfaglige utfordringer er bl.a. tannhelsepersonell, fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer. Kostøkonomer og institusjonskokker er viktige yrkesgrupper når det gjelder kostplanlegging og matservering i bl.a. helseinstitusjoner. I spesialisthelsetjenesten er det hovedsakelig kliniske ernæringsfysiologer og leger eller sykepleiere med spesialkompetanse i ernæring som utgjør tilbudet innen klinisk ernæring. Sosial- og helsedirektoratets utredning om klinisk ernæring i helsetjenesten fra 2006 beskriver ulike yrkes- og personellgruppers rolle i ernæringsarbeidet og omtaler personellgruppene med hensyn til kompetanse og utdanning innen ernæring. Det må arbeides for at personellgruppene over får relevant ernæringskunnskap i utdanningen og tilbud om etter- og videreutdanning i ernæring.

I utviklingen av kompetansehevingstiltak er det nødvendig å tenke både langsiktige og kortsiktige løp. På kort sikt er det behov for å etablere tilbud om pedagogiske verktøy, seminarer, konferanser, kurs og etter- og videreutdanning om temaer knyttet til ernæring, mens det på lang sikt bør arbeides for å få ernæringsrelaterte temaer inn i grunnutdanningen til relevante utdanninger.



ppes 93 (1+2)

hastä!

hakket

nel

hakket

aker

ca 10



DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- bidra til at barn og ungdom får solide praktiske og teoretiske kunnskaper om mat, matlaging, kosthold og helse i grunnopplæringen
- bidra til at lærere som underviser i faget Mat og helse i grunnskolen har god kompetanse i faget
- bidra til at viktige personellgrupper har tilstrekkelig kunnskap om mat og måltider, kosthold, ernæring og sosiale forskjeller knyttet til dette, og gjøres i stand til å anvende denne kunnskapen i sitt daglige virke
- bidra til å skaffe mer kunnskap om behov for ernæringskompetanse og hvordan eventuelle behov kan dekkes

TILTAK ►►

8.1 Tilby en grunnleggende kokebok gratis til elever på ungdomstrinnet og lærerstuderenter i Mat og helse

Elever på ungdomsskole og lærerstuderenter i Mat og helse skal motta gratis en ny grunnleggende kokebok. Boken skal også være tilgjengelig for alle interesserte (jf. tiltak 1.4). Formålet med kokeboken er å formidle matglede, inspirere ungdom til å lage mat, samt å bidra til å styrke den praktiske opplæringen i Mat og helse. Tiltaket bygger på erfaringene med kokeboken *Fra boller til burritos*. Skoleåret 2006/2007 var 9. året på rad som kokeboken *Fra boller til burritos* ble delt ut gratis til elever i ungdomsskolen og lærerstuderenter som har Mat og helse som fordypning i sin allmennlærerutdanning. Totalt har rundt 590 000 elever og studenter mottatt boken siden skoleåret 1998/1999. En evaluering av boken viser at den brukes aktivt av både lærere og elever. I lys av Kunnskapsløftet og en generell utvikling på matområdet, er det likevel viktig med en ny kokebok.

Ansvar: HOD

8.2 Utvikle og tilby nettbasert undervisningsopplegg til bruk i faget Mat og helse i grunnskolen

Mattilsynet og Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med Utdanningsdirektoratet utvikle et undervisningsopplegg for elever i grunnskolen om matproduksjon, hygiene, ernæring og merking av mat tilpasset læreplanen i Mat og helse. Undervisningsopplegget skal være et nyttig og praktisk verktøy som et bidrag til å oppfylle intensjonene i læreplanen og til god opplæring i sentrale elementer i faget. Det legges opp til et nettbasert undervisningsopplegg.

Ansvar: HOD/LMD/FKD/KD

8.3 Oppfordre til å avsette ressurser til praktisk opplæring i Mat og helse

Opplæring i Mat og helse innebærer praktisk arbeid for å bli gjennomført i tråd med læreplanen. Kommunene skal oppfordres til å se på ressursene som settes av til den praktiske gjennomføringen av faget i grunnskolen. Dette dreier seg om at både lokaler, utstyr og råvarer er tilgjengelig. Det skal også oppfordres til at det gis rammer som gjør det mulig å organisere undervisningen slik at elevene kan utføre meningsfylte, praktiske matlagingsoppgaver

og delta i sosialt fellesskap omkring mat og måltider. Gjennomføring av tiltaket skal koordineres med 8.4, 4.7 og 4.8.

Ansvar: HOD/KD/KRD

8.4 Stimulere til etablering av etter- og videreutdanningstilbud i ernæring, kosthold og faget Mat og helse og spre informasjon om disse

Fylkesmannsembetet er sammen med fylkeskommunene og utdanningsinstitusjoner sentrale aktører i å sørge for at det etableres kurs- og utdanningstilbud i hele landet. I enkelte fylker er det allerede arrangert konferanser, seminarer og kurs for ulike yrkesgrupper om temaer knyttet til mat, måltider og kosthold. Det er viktig å arbeide for at kursene blir godkjent av relevante yrkesorganisasjoner og/eller gir studiepoeng for å øke interessen for tilbudene.

Utdanningsmyndighetene og helsemyndighetene skal i dialog med relevante yrkesorganisasjoner bidra til å opprette målgruppetilpassede etter- og videreutdanningstilbud, kurs og konferanser om ernæringsrelaterte temaer, herunder ernæring i behandlingsøyemed (klinisk ernæring). Viktige målgrupper er personell innen helse-, pleie- og omsorgstjenesten, lærere og ansatte i barnehage og SFO. Tilbud for matprodusenter, serveringsbransjen og dagligvarehandelen vil også bli vurdert. Kommuner og andre aktuelle arbeidsgivere skal oppfordres til å støtte kursdeltakelse for disse gruppene, og til å støtte opp om muligheten for å bruke kompetansen i det daglige arbeidet.

I tilknytning til det nye faget Mat og helse skal kommunene oppfordres til å kartlegge og vurdere den faglige kompetansen blant lærerne som underviser i faget. Skoleeier skal videre oppfordres til å tilby etter- og videreutdanning til lærerne som underviser i Mat og helse (jf. 8.3, 4.7, 4.8).

Høgskoler som ønsker å opprette kurs- og utdanningstilbud vil kunne ha god nytte av å samarbeide med andre utdanningsinstitusjoner og aktører i andre fylker. For å stimulere til erfaringsutveksling mellom faggrupper og utdanningsinstitusjoner på området, skal det legges til rette for møteplasser via nye eller eksisterende nettverk.

Ansvar: HOD/KD/KRD

FAKTA: Etter- og videreutdanningstilbud i ernæring, mat og helse

Flere høgskoler tilbyr nå etter- og videreutdanning i ernæringsrelaterte temaer bl.a. for personell i barnehage, skole og helse-tjenesten og lærere i Mat og helse. I noen fylker etableres slike tilbud i samarbeid med fylkesmannsembetene som en del av partnerskaps-satsingen. Et eksempel er Troms, hvor det innen rammen av partnerskap for folkehelse er etablert samarbeid med Høgskolen i Tromsø om et ernæringsfaglig studium på 15 studiepoeng rettet mot ledelse i barnehage, SFO og skole. Studiet kan gjennomføres med undervisning på kveldstid, i helger eller på annen måte. Kommunene oppfordres til å delta med minst to representanter per institusjon, og helst ha flere institusjoner som deltakere. Partnerskap for folkehelse koordinerer arbeidet, og subsidierer deler av kommunenes deltakelse.

8.5 Vurdere behov og muligheter for å styrke ernæring i relevante rammeplaner

Kunnskapsdepartementet fastsetter rammeplaner for noen sentrale yrkesutdanninger og videreutdanninger i høgskolesektoren. Disse er på et overordnet nivå. Utdanningsinstitusjonene har til vanlig stor grad av frihet til å prioritere særskilte satsningsområder i fagplanene de utarbeider med utgangspunkt i rammeplanene. Det er et overordnet mål å redusere bruken av rammeplaner samt å gjøre dem mer generelle enn i dag. Rammeplanene forutsettes da å ligge fast over en lengre periode. Det skal vurderes om det er behov og muligheter for å styrke fagområdet kosthold og ernæring innenfor eksisterende rammeplaner.

Ansvar: KD/HOD

Flere høgskoler tilbyr nå etter- og videreutdanning i ernæringsrelaterte temaer blant annet for personell i barnehage, skole og helsetjenesten og lærere i Mat og helse.

8.6 Sikre tilstrekkelig kompetanse om kosthold og ernæring i pleie- og omsorgssektoren

Flere undersøkelser viser at om lag halvparten av beboere på sykehjem er underernærte når de blir lagt inn. Man vet at mange brukere av pleie- og omsorgstjenesten har til dels store ernæringsproblemer som omfatter underernæring, feilernæring, overvekt eller fedme. Noen har et ensidig kosthold med økt risiko for feilernæring, mens andre kan ha problemer med å få i seg mat på grunn av dårlig tannstatus, tygge- og svelgeproblemer, kvalme med mer. Hjemmeboende brukere kan i tillegg ha problemer med å få handlet og tilberedt den maten de trenger.

Redusert funksjonsdyktighet hos sykehjemsbeboere sammen med økt sykkelighet gjør at mange har problemer med å klare den daglige munnhygien. Sykehjemmene bør ha gode rutiner for ivaretagelse av daglig munnhygiene og nødvendig tannbehandling, slik at dårlig tannhelse ikke hindrer god ernæring for den enkelte beboer. Rutiner og samhandling mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er avgjørende for å sikre helhetlig tilnærming i ernæringsarbeidet.

Det er viktig å sikre at både beboere i institusjoner og hjemmeboende kronisk syke og funksjonshemmede som mottar kommunal hjelp, har et ernæringsmessig og sosialt tilfredsstillende kosthold. Dette stiller store krav til personellens kompetanse. Sosial- og helsedirektoratet skal utrede om kompetansen om kosthold og ernæring i pleie- og omsorgstjenesten er tilstrekkelig, og eventuelt foreslå kompetansehevende tiltak for eksempel gjennom regjeringens nye kompetanse og rekrutteringsplan, Kompetanseløftet 2015.

Ansvar: HOD

FAKTA: Matvertkurs

Norsk forening for ernæring og dietetikk (NFED) er en yrkesorganisasjon for personer som arbeider med ernæringsbasert matlaging. NFED jobber bl.a. for at det skal bli ansatt matverter eller fagarbeidere på postkjøkkenene for å ivareta god matomsorg og for å sikre at rett mat kommer fram til rett bruker. I den forbindelse har NFED i samarbeid med Norsk Selskap for Ernæring (NSE) iverksatt et pilotprosjekt der de inviterer til egne Matvertkurs for matverter, kokker, kjøkkenassistenter, postverter og alle som arbeider med matomsorg helt fram til bruker.

8.7 Utrede framtidig behov for ernæringsfaglig personell i helsetjenesten

I primærhelsetjenesten er det lite spesialkompetanse innen ernæring. Fagkunnskapen om ernæring ligger som oftest hos kliniske ernæringsfysiologer i spesialisthelsetjenesten. I 2005 var det på landsbasis 115 stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i spesialisthelsetjenesten. Kliniske ernæringsfysiologer har sin hovedfunksjon i det individuelle, pasientrettede ernæringsarbeidet og med rådgivning overfor andre helsepersonellgrupper. Faktorer som påvirker behovet for ernæringskompetanse i helsetjenesten, er organisering og oppbygging av spesialisthelsetjenesten og framtidig prioritering i helsetjenestene, ansvars plassering og kompetanse på området hos andre personellgrupper (leger, pleiepersonell, kostøkonomer m.m.) og økende forekomst av ernæringsrelaterte tilstander og sykdommer. Vurderinger av behovet for spesialkompetanse på klinisk ernæring i helsetjenesten ble sist gjort i 1990. Behovet for kompetanse innen ernæring skal utredes i handlingssplanperioden, herunder vurdering av utdanningskapasitet innen ernæringsfaget. Tiltaket må ses i sammenheng med 6.1, 6.2 og 8.6.

Ansvar: HOD

FAKTA: Eksempler på ernæringsfaglige utdanninger

Ernæringsfaglig utdanning kan man i dag bl.a. få ved Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og ved Høgskolen i Akershus (HiAK). Ved Universitetet i Oslo tilbys masterprogram innen klinisk ernæring, samfunnsernæring og ernæringsbiologi, og det tas opp 20 studenter årlig. Ved Universitetet i Bergen tilbys masterprogram i human ernæring, og til dette tas det opp 20 studenter per år. Studiet hadde sin oppstart høsten 2005. Et masterprogram innen klinisk ernæring er under utarbeiding. Ved HiAK tilbys masterprogram innen ernæring, helse- og miljøfag, og det tas opp 30 studenter årlig. Der utdannes også kostøkonomer. Kostøkonomer er utdannet til å ivareta lederfunksjoner og oppgaver på kjøkken innenfor storhusholdning eller i institusjoner. Kostøkonomene skal kunne planlegge, gjennomføre, organisere og lede arbeidsoppgaver innenfor kost- og ernæringsfag, både i offentlig og privat sektor.



Det er viktig å sikre at mottakere av pleie- og omsorgstjenester har et ernæringsmessig og sosialt tilfredsstillende kosthold. Dette stiller store krav til personellet's kompetanse.

Norge, i likhet med andre vestlige land, står overfor en formidabel oppgave for å kunne forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer som hjerte- og karsykdommer, fedme, type 2-diabetes og osteoporose. Som et ledd i arbeidet er det viktig å framskaffe ny kunnskap gjennom forskning, bl.a. om befolkningens kostvaner og hva som skal til for å endre dem.

09



FORSKNING, OVERVÅKING OG DOKUMENTASJON

Ernæringspolitikken må være basert på grundig og oppdatert kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse, befolkningens kosthold og matvarenes sammensetning, samt effektive helsefremmende tiltak. Dette innsatsområdet omhandler utfordringer og behov for forskning, overvåking og dokumentasjon på området mat, ernæring og helse.

Norge, i likhet med mange andre vestlige land, står overfor en formidabel oppgave for å kunne forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer, inkludert hjerte- og karsykdommer, kreftsykdommer, fedme, type 2-diabetes og osteoporose. Som et ledd i arbeidet er det viktig å framskaffe ny kunnskap gjennom forskning. Denne kan omfatte basalforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning, næringsmiddelteknologisk forskning, helseøkonomisk forskning, forskning om bakgrunn for befolkningens kostvaner, hva som skal til for å endre dem og helseeffekten av intervensjoner.

Norges forskningsråd har mange ulike programmer og satsinger med temaer av betydning for ernæring, mat og helse, og som kan understøtte handlingsplanens hovedmål. Dette gjelder programmer som Folkehelseprogrammet, Miljø, gener og helse, Klinisk forskning, prosjekter innenfor fagkomiteen for samfunnsmedisin og Matprogrammet. Det foregår forskning om ernæring, mat og helse i regi av universiteter, høyskoler og instituttsektoren, blant annet ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Nasjonalt institutt for ernæring og sjømatforskning, Norsk institutt for landbruksøkonomisk forskning, Statens institutt for forbruksforskning og Matforsk. De nordiske landene har videre besluttet å styrke forskningssamarbeidet på området. På nordisk basis har Nordforsk lansert programmet om *Food, Nutrition and Health*, som skal bidra til

nordisk forskningssamarbeid. I tillegg har EUs 7. rammeprogram en satsing som ivaretar hele verdikjeden fra helse- og forbrukeraspekter til produksjon og foredling.

Et godt overvåkingssystem for å kunne følge med på hvordan kosthold og kostholdsrelaterte helseproblemer og risikofaktorer utvikler seg, er grunnleggende for målretting, evaluering og fornying av ernæringsarbeidet. Oppdatert kunnskap om matvarenes sammensetning og utviklingen i kostholdet til befolkningen i sin helhet og i utsatte grupper, er nødvendig både for arbeidet med ernæring og med mattrygghet. Myndighetene som arbeider med folkehelse og med trygg matvareproduksjon er hovedbrukerne av denne type overvåkingsdata. Videre trenger ekspertgrupper som Nasjonalt råd for ernæring og Vitenskapskomiteen for mattrygghet denne typen data til ernæringsfaglige vurderinger og risikovurderinger. Forskningsinstitusjoner, helsetjenesten, skoleverket, næringsmiddelindustrien og frivillige organisasjoner er eksempler på andre miljøer som bruker slike kostholdsdata.

Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet har siden 1992 hatt et felles system for mat- og kostholdsovervåking som omfatter tre hovedelementer: Matvaredatabase, programvare for kostberegningssystemet KBS og kostholdsundersøkelser.

Matvaredatabasen og kostberegningssystemet er nødvendige verktøy for å kunne beregne inntaket av ulike stoffer. Uten at begge deler er oppdaterte og operative, har det liten hensikt å gjøre kostholdsundersøkelser. Til matvaredatabasen analyseres det kontinuerlig matvarer med hensyn til næringsinnhold. Resultatene utgis samlet i Matvaretabellen, og tabellen er fra november 2006 også gjort tilgjengelig på internett (www.matportalen.no). Kostberegningssystemet er utviklet for å kunne håndtere

store datamengder på en effektiv måte. Programvaren trenger jevnlig oppdatering og videreutvikling.

Fra 1993 er det gjennomført kostholdsundersøkelser i landsrepresentative utvalg av ulike aldersgrupper i Norge: Sped- og Småbarnskost (6–24 mnd) 1998–99, Ungkost 1993 (13 og 18 år) og 2000-1 (4, 9 og 13 år) og Norkost (16–79 år) 1993 og 1997. En ny landsdekkende kostholdsundersøkelse blant sped- og småbarn gjennomføres 2006–08. Kostholdsundersøkelser som gir tilstrekkelig detaljerte opplysninger om konsumet av mat og drikke til at man kan beregne inntaket av energi og næringsstoffer, er ressurskrevende. Planen er å gjenta slike undersøkelser i disse aldersgruppene hvert tiende år. Gjennomføring av EUs barnematdirektiver har imidlertid ført til at myndighetene mener det er økt behov for å følge utviklingen av kostholdet til spedbarn og småbarn. Derfor har man valgt å gjenta undersøkelser i denne gruppen med kortere tidsintervall enn ti år. Ettersom forrige kostholdsundersøkelse blant voksne var i 1997, er det nå stort behov for å gjenta en slik undersøkelse.

I tillegg til de store kostholdsundersøkelsene brukes årlig statistikk over landets matforsyning, Statistisk sentralbyrås forbruksundersøkelser i privathusholdninger og ulike markedsundersøkelser til å beskrive utviklingen i norsk kosthold.

De store norske helseundersøkelsene, som fylkesundersøkelsene, Mor og barn undersøkelsen og helseundersøkelsene i Hordaland (HUSK), Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsø, Oslo (HUBRO) og innvandrere i Oslo (Innvandrers-HUBRO) bidrar med mange verdifulle opplysninger om kostholdsrelaterte helseproblemer og risikofaktorer. Disse undersøkelsene inkluderer som regel også spørsmål om kostholdet. Statistisk sentralbyrå gjennomfører regelmessig intervjuundersøkelser om helse og levekår i landsrepresentative utvalg av voksne.

Vekt og høyde målt i helseundersøkelsene har i flere tiår bidratt med gode data om vektutviklingen i befolkningen. På slutten av 1990-tallet og fram til 2002 ble det registrert en kraftig vektøkning. Det er ikke innhentet nye data etter dette. Måling av vekt og høyde er viktig, fordi det er betydelige feilkilder knyttet til selvrapporterte data. Det er viktig at vi for framtiden

får regelmessige målinger av vekt og høyde blant barn, unge og voksne.

I Norge har vi i dag ikke nasjonale helseundersøkelser hvor man kombinerer innsamling av helsedata med grundige målinger av biologiske prøver og levevaner. Nasjonalt folkehelseinstitutt har foreslått et opplegg for framtidige nasjonale helseundersøkelser. Mulighetene for å samordne nasjonale kostholdsundersøkelser med eventuelle framtidige nasjonale helseundersøkelser bør vurderes.

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- gi økt kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse
- gi kunnskap om status for og utvikling av kostholdet og måltidsvaner i Norge
- gi kunnskap om forhold som påvirker befolkningens og ulike befolkningsgruppers matvalg og kostvaner
- gi kunnskap om effekter av tiltak, for å bedre kostholdet og å redusere sosiale forskjeller i kosthold
- gi kunnskap om måltidets kulturelle og sosiale betydning for helse
- gi grunnlag for norsk matproduksjon som ivaretar hensynet til helse

Et godt overvåkingssystem for å kunne følge med på hvordan kosthold og kostholdsrelaterte helseproblemer og risikofaktorer utvikler seg er grunnleggende for målrettning, evaluering og fornying av ernæringsarbeidet.

TILTAK ►►

9.1 Styrke forskning om sammenhengen mellom kosthold og helse

For å videreutvikle og effektivisere ernærings- og folkehelsearbeidet trengs mer kunnskap:

- om næringsstoffenes virkemåte, og om hvordan ubalansert tilførsel kan føre til utvikling av sykdom, og om betydningen av genetiske variasjoner for kostholdsrelaterte helseproblemer.
- om hvordan sosiale forskjeller i kosthold oppstår og opprettholdes.
- om effektive tiltak innen kostholds- og ernæringsarbeidet, herunder tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse relatert til kosthold.
- om hvordan man kan nå fram til de gruppene som det er vanskelig å nå med ernæringsinformasjon, som ungdomsgrupper og innvandrergupper.
- om levevaner og helse blant innvandrere. En del innvandrergupper fra ikke-vestlige land er spesielt utsatte for fedme og type 2-diabetes. Situasjonen kan bli spesielt prekær når innvandrerbefolkningen i Norge blir eldre, hvis det ikke blir utviklet gode forebyggende tiltak. Metodeutvikling når det gjelder kostholdsforskning i forskjellige matkulturer byr på spesielle utfordringer.
- om betydningen av praktisk kunnskap og ferdigheter bl.a. hos barn og unge for våre kostvaner. Endringer i opplæringen og i matvaretilbudet påvirker befolkningens kompetanse og valgmuligheter. I tillegg spiller markedsføring og kommersielle medier en større rolle nå enn tidligere som kilde til kunnskap om kosthold og mat.
- om utvikling og effekt av tiltak som berører matvaremarkedet, som for eksempel pris- og handelspolitiske tiltak samt gjennomføring og effekt av nasjonale satsinger og reformer.
- om måltidets kulturelle og sosiale betydning. Det er også behov for styrket forskning på forbrukeroppfat-

ninger om mat og helse, matvaner, barn og unge som forbrukere, forbrukernes tillit til ulike aktører på området, forbrukernes bruk av merking og informasjon, og om organisering og maktforhold i verdikjeden for mat.

Tiltaket skal bidra til å prioritere forskning om kosthold og helse i relevante forskningsprogrammer og -aktiviteter i regi av Norges forskningsråd samt ved aktuelle forskningsinstitusjoner.

Ansvar: HOD

9.2 Fremme forskning for å stimulere til utvikling av bedre og sunnere produkter

Stigende etterspørsel etter trygg, sunn og ernæringsriktig mat krever felles innsats fra vitenskap, industri og interessegrupper. En handlingsplan for bedre kosthold er avhengig av at industrien produserer mat for bedre helse som folk faktisk kjøper og spiser. Dette krever produktutvikling hvor smak, helse og tilgjengelighet står i sentrum. Det har blant annet vært gjort en stor innsats gjennom samarbeid mellom forskere og næringsmiddelindustrien når det gjelder å finne fram til nye matvarer og produkter med bedre fettsammensetning. Dette kan for eksempel ha stor betydning ved forebygging av hjerte- og karsykdommer. Det er også viktig å få dokumentasjon på den helsemessige betydningen av såkalte *functional foods* og bruken av denne typen produkter i ulike befolkningsgrupper.

Tiltaket vil spesielt kunne berøre programmer i Norges forskningsråd slik som for eksempel Matprogrammet. Også programmene Kommersialisering av FoU-resultater (FORNY), Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA), samt ordningen med skattefradrag for kostnader til forskning og utvikling (Skattefunn) vil kunne gi mulige positive synergieffekter til styrking av Matprogrammet.

Ansvar: LMD/FKD/HOD/NHD

9.3 Overvåking av befolkningens kosthold skal videreføres og videreutvikles

Arbeidet med videreutvikling av matvaredatabasen og programvaren KBS, samt gjennomføring av nasjonale kostholdsundersøkelser som gjøres i samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet, må videreføres og styrkes. I planperioden skal det legges opp til et kontinuerlig system for overvåking av mat og kosthold for framtiden. Mulighetene for å samordne nasjonale kostholdsundersøkelser med eventuelle framtidige norske helseundersøkelser skal vurderes. Bruken av matforsyningsstatistikken og forbruksundersøkelsene skal videreføres. Det skal videre arbeides for å etablere et opplegg for en nasjonal ammestatistikk (jf. tiltak 3.8). Det må avsettes tilstrekkelig ressurser i forvaltningen til nødvendig overvåkings- og utredningsarbeid.

I *Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet* skisseres et felles nordisk overvåkingsprosjekt av kosthold, fysisk aktivitet og overvekt. Målsettingen er at det annethvert år skal samles inn data som på en representativ måte dekker kjønn, definerte aldersgrupper (blant annet barn og unge) og sosiale lag. Den felles overvåkingen skal baseres på eksisterende nasjonale datainnsamlinger. Det felles nordiske overvåkingssystemet vil ikke erstatte behovet for mer omfattende datainnsamling om kostvaner, fysisk aktivitet og helse i de nordiske landene. I planperioden tas det sikte på å utarbeide et system for regelmessige datainnsamlinger med målinger av vekt og høyde blant barn, unge og voksne.

Videre vil det i handlingsplanperioden være aktuelt å vurdere:

- kostholdsundersøkelser i utvalgte grupper av befolkningen hvor deltakelsen ikke blir tilstrekkelig i de nasjonale kostholdsundersøkelsene, som eldre over 80 år, innvandrere og sosialt utsatte grupper.
- kartlegging av kostholdsforskjeller mellom grupper i befolkningen for å målrette tiltak til de som har størst behov og størst potensiell helsenytt av forandringer i kostholdet.
- indikatorundersøkelser som kan gjentas årlig for å følge forbruket av et begrenset utvalg av matvarer av særlig interesse for oppfølgingen av helsepolitikken.



- undersøkelser i tilknytning til gjennomføring og evaluering av tiltak, som for eksempel skolemåltid og mat i barnehager.
- samarbeid om overvåking av kostholdet i regi av EU.

Tiltaket skal bidra til at innsamlingen av data om befolkningens kosthold styrkes og gjennomføres regelmessig, og bidra til at de store befolkningsundersøkelsene i større grad utnyttes til forskning på sammenhengen mellom kosthold og helse. For å sikre en bedre samordning av eksisterende nasjonale datainnsamlinger til helseovervåking, må overvåkingen av befolkningens kosthold også ses i sammenheng med forslag i stortingsmeldingen om sosial ulikhet i helse om å styrke ulikhetsperspektivet i helseovervåkingen. Utfordringer knyttet til beriking av matvarer er omtalt i tiltak 2.10 og 3.7.

Ansvar: HOD/LMD/FKD



9.4 Sikre faglige utredninger og oppdatere offisielle anbefalinger

Ernæringsforskningen spenner vidt og utvikles hele tiden. Det er kontinuerlig behov for faglige utredninger og kunnskapsoppsummeringer, blant annet for oppdatering av offisielle anbefalinger. Nasjonalt råd for ernæring er et sentralt rådgivende organ når det gjelder å identifisere og utrede temaer hvor ny kunnskap vil kunne få konsekvenser for helsemyndighetenes anbefalinger og tiltak. Et eksempel er betydningen av forholdet mellom n6/n3-fettsyrer i kosten og særlig betydningen av de langkjedede n3-fettsyrene. Et annet eksempel er helsemessige konsekvenser av bruk av kosttilskudd. Vitenskapskomiteen for mattrygghet har en rolle i forhold til risikovurderinger i forhold til inntak av næringsstoffer. Vurderinger av helsepåstander for matvarer er også aktuelt.

Det er behov for å få oversikt over metoder og tiltak som er effektive når det gjelder å fremme gode kost- og

aktivitetsvaner, og som bidrar til forebygging av overvekt. Det skal utvikles en nordisk katalog over *best practice* innen dette området, som oppfølging av den nordiske handlingsplanen.

Samfunnsøkonomiske analyser er et verktøy som i sterkere grad bør anvendes innen utredning av folkehelseiltak på kostholdsområdet. For å kunne gjøre bedre samfunnsøkonomiske analyser av kostholds- og andre helsemessige forebyggingstiltak, er utrednings- og forskningsbehovet stort. Blant annet er det behov for bedre kunnskap om effekten av tiltak, bedre håndtering av helse- og trivselseffekter i form av kvalitetsjusterte leveår og den økonomiske verdsettingen av disse, og bedre dokumentasjon og synliggjøring av fordelingseffekter.

Ansvarlig: HOD

Norge skal aktivt samarbeide med andre land og internasjonale organisasjoner om ernæringsspørsmål, og det skal arbeides for å styrke oppmerksomheten på ernæring i bistands- og utviklingsarbeid. Ernæring er en svært viktig komponent i arbeidet for bedret barnehelse, redusert barnedødelighet og i kampen mot infeksjonssykdommer.

10



ERNÆRING I INTERNASJONALT PERSPEKTIV

Formålet med det internasjonale helsesamarbeidet er å bidra til å løse helseutfordringer som ikke stopper ved grensene, å utvikle kunnskap, utvikle ordninger for å kunne drive effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse nasjonalt og å bidra til bedring av helsesituasjonen i Norges nærområder og i andre deler av verden. I dette arbeidet har mat og ernæring i vid forstand en vesentlig betydning.

Samarbeidet med EU står sentralt på mat- og ernæringsområdet. Én viktig del av samarbeidet gjelder oppfølgingen av våre forpliktelser i henhold til EØS-avtalen om å gjennomføre regelverket for matvarer. Flere tiltak i tilknytning til norsk deltakelse i utvikling av EUs regelverk for matvarer og gjennomføring i Norge, er beskrevet under andre innsatsområder. Disse tiltakene omfatter for eksempel merking og beriking av matvarer. Norge deltar dessuten i EUs Folkehelseprogram 2003–2008, som bl.a. betyr deltakelse i en rekke arbeidsgrupper knyttet til de tre hovedsøylene i programmet: 1) helseinformasjon, 2) rask respons på helsetrusler, 3) forebygging av risikofaktorer. Ernæringsarbeid inngår i dette arbeidet, blant annet gjennom EU-Kommisjonens nettverk for kosthold og fysisk aktivitet.

Engasjementet innenfor WHO har stor betydning for internasjonalt ernæringsarbeid. Også i FAO og UNICEF foregår det viktige ernæringsaktiviteter. Fra norsk side er det vesentlig at de ulike FN-organisasjonene er godt koordinert og ikke utfører dobbeltarbeid. På ernæringsområdet står FNs faste komite for ernæring, Standing Committee on Nutrition (SCN), for viktig koordinering, siden de sentrale FN-organisasjonene, en del giveland, frivillige organisasjoner og enkelte representanter for matvarebransjen deltar der. Norge har i de siste årene hatt formannskapet i gruppen for giveland i SCN.

WHO og FAOs felles organisasjon Codex Alimentarius Commission arbeider med å utvikle internasjonale standarder for matvarer for å fremme helse og rettferdig handelspraksis. Organisasjonen har også en rolle i forhold til ernæring, spesielt gjennom arbeidet med merking av mat og standarder for spesielle næringsmidler som morsmelk-erstatninger. Mattilsynet er norsk kontaktpunkt for Codex Alimentarius Commission. Arbeidet prioriteres høyt.

Nordisk Ministerråd for Fiskeri- og havbruk, jordbruk, levnedsmidler og skogbruk (MR-FJLS) forankrer det nordiske samarbeidet med ernæring og mattrygghet. For en del saker skjer dette i samarbeid med Ministerrådet for Sosial- og helsepolitikk. Viktige satsinger i tiden framover er blant annet merking av matvarer, forskningssamarbeid, satsing på det nordiske kjøkken (Ny nordisk mat) og oppfølging av handlingsplanen for kosthold og fysisk aktivitet. Det nordiske samarbeidet er viktig både for nytten av erfaringsutveksling mellom de nordiske land, og for samarbeid om innspill og holdninger til pågående prosesser i Europa og globalt.

Norge skal aktivt samarbeide med andre land og internasjonale organisasjoner om ernærings spørsmål, og det skal arbeides for å styrke oppmerksomheten på ernæring i bistands- og utviklingsarbeid. Norad og Sosial- og helsedirektoratet har inngått en rammeavtale for å bringe norsk fagekspertise på helse- og sosialområdet inn i norsk utviklingssamarbeid. Rammeavtalen omfatter også andre organisasjoner innenfor norsk helseforvaltning (f.eks. Helsetilsynet, Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet).

Norge har ikke ernæring som et eget innsatsområde innenfor utviklingssamarbeidet. Men ernæring er en svært viktig komponent innenfor prioriterte områder som for eksempel arbeidet for bedret barnehelse, redusert

barnedødelighet og infeksjonssykdommer. Norge bidrar med penger så vel som med kunnskap. Norske fagmiljøer har mye å bidra med når det gjelder spesifikke fagområder slik som ernæring og amming.

DELMÅL

Tiltakene under dette innsatsområdet har særlig til hensikt å:

- bidra aktivt i samarbeid med andre land og internasjonale organisasjoner om ernæringsspørsmål
- styrke fokuset på ernæring i bistands- og utviklingsarbeid
- tydeliggjøre at amming og ernæring er en viktig komponent innenfor prioriterte områder, som arbeidet for bedret barnehelse og redusert barnedødelighet

FAKTA: Standing Committee on Nutrition (SCN)

SCN er FNs faste komite for ernæring. SCNs visjon er en verden uten sult og feilernæring, hvor ernæring ikke lenger er et hinder for menneskelig utvikling. Komiteens oppgaver er knyttet til å fremme samarbeid og koordinering mellom FN-organisasjoner og andre aktører i arbeidet med å utrydde all form for feilernæring både lokalt, nasjonalt, regionalt og internasjonalt. Komiteen vil gjøre dette ved å bidra til at ernæringsarbeidet følger klare retninger, økes i innsats og omfang, og styrkes med hensyn til struktur og relasjon til relevante utviklingsområder. SCN arbeider for å øke oppmerksomheten rundt ernæringsutfordringene i verden og for å mobilisere ressurser og skape forpliktelser til å løse utfordringene.

TILTAK ►►

10.1 Delta aktivt i WHO's arbeid innen ernæring, både globalt og regionalt

Fra norsk side har det de senere år vært lagt stor vekt på den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse og WHO's arbeid med spedbarns- og småbarns ernæring. Dette vil videreføres. Norsk engasjement i forbindelse med WHO's nye vekststandard for barn bør videreføres (se innsatsområde 6). En satsing framover vil være å arbeide for at WHO utvikler en internasjonal kode for markedsføring av matvarer og ikke-alkoholholdige drikkevarer rettet mot barn. Oppfølging av den europeiske ministerkonferansen om overvekt i Istanbul i november 2006 vil stå sentralt. En del av oppfølgingen vil være å utvikle en ny plan for mat- og ernæringsarbeidet i WHO's Europaregion. Samarbeid mellom WHO og FAO er viktig, og FAOs ernæringsarbeid bør også følges opp fra norsk side. Arbeidet i WHO og FAOs fellesorganisasjon Codex Alimentarius Commission for matvarer skal også prioriteres.

Ansvar: HOD

10.2 Bidra aktivt i arbeidet i FNs faste komite for ernæring – Standing Committee on Nutrition

Norge har i lang tid deltatt svært aktivt i denne komiteen, noe som vil fortsette. Et nettverk for internasjonal ernæring er forankret i Sosial- og helsedirektoratet, og møtene i nettverket fungerer som forberedelser til møtene i komiteen. Det er Utenriksdepartementet som har ansvaret for norsk forankring av komiteen inn mot FN-systemet.

Arbeidet i komiteen inkluderer både ernæringsfaglige vurderinger og policy-spørsmål, for eksempel bruk av virkemidler i ernæringsarbeidet. En strategiplan for komiteen ble vedtatt i 2006. Formålet med komiteens virksomhet er å gi råd om hvilke ernæringsspørsmål som bør prioriteres. En viktig sak fra norsk side har blant annet vært retten til mat (jf. innledning). Norge har hatt en aktiv rolle i utarbeidingen av frivillige retningslinjer for arbeidet med å møte befolkningens rett til nok og trygg mat som også møter ernæringsmessige behov.

Ansvar: UD/HOD

10.3 Bidra aktivt i Nordisk og Nordisk-Baltisk samarbeid

Sommeren 2006 vedtok Nordisk Ministerråd for Fiskeri- og havbruk, jordbruk, levnedsmidler og skogbruk (MR-FJLS) og Ministerrådet for Sosial- og helsepolitikk i fellesskap *Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet*. Denne vil danne et viktig grunnlag for videre nordisk samarbeid i handlingsplanperioden. I samarbeidet med de baltiske landene er det også fokus på ernæringsarbeidet, noe som vil fortsette.

Ansvar: HOD

10.4 Sikre at ernæringstiltak og vurdering av ernæringsmessige konsekvenser inngår som et element i bistands- og utviklingsarbeid

Tilgang på mat og ernæring er en svært viktig komponent innenfor prioriterte områder som for eksempel arbeidet med å nå FNs Tusenårsmål. Dette gjelder særlig de målene som er rettet mot bekjempelse av fattigdom og sult, bedre mødre- og barnehelse og redusert barnedødelighet. Blant annet er amming en av de viktigste faktorene i forhold til å redusere barnedødeligheten. Kosthold og ernæring er også en sentral problemstilling i forbindelse med hiv og aids, tuberkulose og andre infeksjonssykdommer.

Det skal derfor sikres at ernæring inngår som et element i norsk bistands- og utviklingsarbeid på en god måte, for eksempel i forbindelse med satsing på landbruksrettet bistandsarbeid.

Ansvar: HOD/UD

FAKTA: FNs Tusenårsmål

Fattigdommen i verden er større enn de fleste greier å fatte. Av verdens 6,2 milliarder mennesker lever 2,8 milliarder i fattigdom. I 2000 kom FN med sin oppskrift på hvordan man kan bekjempe fattigdommen i verden. Oppskriften er Tusenårsmålene; åtte felles mål som skal nås innen 2015. Tusenårsmålene er et resultat av Tusenårserklæringen som ble vedtatt på det store Tusenårstoppmøtet (Millennium Summit) i 2000. Alle FNs medlemsland skrev under på Tusenårserklæringen. Tusenårsmålene representerer noe nytt fordi de er konkrete, tidsbestemte og målbare. De åtte målene representerer en rettesnor og en prioriteringsliste for både FN, nasjonale myndigheter og organisasjoner som jobber for å redusere verdens fattigdom.

www.tusenarsmalene.no

Smittsomme sykdommer og underernæring dominerer fortsatt dagens sykdomsbyrde i de fattigste landene, men overvekt, fedme og kroniske sykdommer blir stadig mer utbredt. På denne måten har utviklingslandene store utfordringer på ernæringsområdet.

DEL IV:

OPPFØLGING MED ØKONOMISKE OG
ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen skal gjennomføres i femårsperioden 2007–2011 innenfor årlige statsbudsjetter, tilskuddsordninger og relevante stortingsdokumenter. Tiltak som krever ekstra bevilgninger vil bli behandlet i de ordinære årlige budsjettprosessene. Det skal opprettes en interdepartemental koordineringsgruppe som skal følge opp handlingsplanen. De enkelte departementene har ansvar for oppfølging innen eget politikkområde, men flere av tiltakene vil kreve samarbeid og samordning mellom flere departement. Nye tiltak vil kunne komme til i perioden dersom ny kunnskap og utvikling tilsier det.

Sosial- og helsedirektoratet vil ha sekretariatsansvaret for koordineringsgruppen, og ansvar for å følge opp de fleste tiltakene innenfor Helse- og omsorgdepartementets

virkeområde. Statlige fagmyndigheter, kommuner og fylker vil være sentrale aktører i gjennomføringen av tiltak. Frivillig og privat sektor vil bli invitert til å samarbeide om oppfølging av planen.

Det skal utarbeides en oversikt over tiltakene, med tidsplan og ansvar for gjennomføring og hvordan evaluering skal gjennomføres. I denne oversikten må det også beskrives hvordan og over hvilket budsjett tiltakene planlegges finansiert.

En grunnleggende del av oppfølging og evaluering er å videreutvikle indikatorene for å følge utviklingen i kostholdet, herunder i ulike sosioøkonomiske grupper.

DEL V:

FAKTAGRUNNLAG

1. Ernæring gjennom livsløpet

Kostholdets sammensetning påvirker helsen vår gjennom hele livet, og de ernæringsmessige behovene varierer gjennom livsløpet. Tilstrekkelig inntak av energi og næringsstoffer er grunnlaget for at kroppen skal vokse og fungere. I tillegg kan kosthold og næringsinntak, uavhengig av hvor vi er i livsløpet, påvirke risikoen for å utvikle helseproblemer og kroniske sykdommer. Regelmessige måltider er en vesentlig del av det å ha et sunt kosthold.

Allerede i fosterlivet legges grunnlaget for helse og sykdom. Mors ernæringsstatus under graviditeten har betydning for det nyfødte barnets helse, men også for helsen senere i livet. Matvaner og ernæringsstatus hos gravide og kvinner i fertil alder har med andre ord betydning ikke bare for dem selv, men også for neste generasjon. Det er viktig å legge til rette for god ernæringsstatus og et godt kosthold hos kvinner i fertil alder. Sped- og småbarn er i en biologisk sårbar alder med rask vekst. For spedbarna er morsmelk av stor ernæringsmessig betydning, i tillegg til at den er viktig for spedbarnets immunforsvar og utvikling. Flest mulig spedbarn bør derfor få morsmelk i samsvar med helsemyndighetenes anbefalinger. Barn er avhengige av den maten som deres omsorgspersoner tilbyr dem. Det er viktig at sped- og småbarnsmat er helsemessig trygg og ernæringsmessig godt tilpasset barnets behov.

For alle, men kanskje spesielt for ungdom, er mat og drikke viktige markører for sosial tilhørighet og kulturell identifikasjon. Kroppsfokuseringen i samfunnet gjør at mange opplever slankepress, og spiseforstyrrelser er et problem. I ungdomsperioden er det fysiologiske behovet

for næringsstoffer større enn tidligere i barndommen, og et kosthold med høy kvalitet er viktig. Matvaner som etableres i barne- og ungdomsårene videreføres i stor grad til voksenlivet. Barn og ungdom er derfor en viktig målgruppe i helsefremmende ernæringsarbeid.

Undersøkelser om helsevaner blant skoleelever på 1990-tallet viste en negativ utvikling i frukt- og grønnsaksinntaket og en økning i sukkerinntaket. Nyere studier tyder på at denne utviklingen har snudd. I perioden 2001–2005 var det en økning i andelen unge som spiste frukt og grønnsaker daglig. Imidlertid var det fortsatt langt under halvparten av elevene som oppga at de spiste frukt og grønnsaker minst en gang om dagen. Videre var det en tydelig nedgang i andelen unge som oppga at de daglig drakk sukkerholdige drikker og spiste søtsaker og sjokolade. Inntaket er imidlertid fortsatt for høyt i forhold til helsemyndighetenes anbefaling.

Kostholdet varierer med kjønn, alder, etnisk bakgrunn og sosioøkonomiske faktorer som inntekt og utdanning. Generelt har kvinner oftere et sunnere kosthold enn menn. Ungdommer og unge voksne har mye høyere inntak av leskedrikker, søtsaker og snacks enn voksne og eldre, mens inntaket av poteter, grønnsaker og fisk er betydelig høyere blant voksne enn unge.

Kostholdet er viktig ved behandlingen av en rekke sykdommer som hjerteinfarkt, diabetes og matvareallergi, blant annet for å forebygge ytterligere helseproblemer. Mat og kosthold er også viktig i pleie og omsorg av eldre og syke. Mange eldre mister matlysten, og noen eldre spiser så lite at de blir underernærte og mer skrøpelige av den grunn.

1.1 Sosial ulikhet i kosthold og helse

Det er betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge. Eksempler på helseplager som er skjevt fordelt i befolkningen er hjerte- og karsykdommer, overvekt, fedme og type 2-diabetes. Dette er helseplager som blant annet henger sammen med levevaner, slik som kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk. Mye tyder derfor på at sosiale forskjeller i levevaner spiller en rolle for hvorfor sosiale ulikheter i helse oppstår.

Undersøkelser viser at den store overdødeligheten av hjerte- og karsykdommer blant de med kort utdanning i perioden 1974–2001 i stor grad skyldtes ugunstige levevaner. Forskjeller i røykevaner, grad av overvekt, kolesterol og blodtrykk kunne forklare mesteparten av de sosiale forskjellene i dødelighet av hjerteinfarkt blant menn, og en stor del av forskjellen blant kvinner.

Generelt er det slik at grupper med høyere sosioøkonomisk status har et helsemessig gunstigere kosthold enn de med lavere sosioøkonomisk status. De nasjonale kostholdsundersøkelsene viser at de med lang utdanning spiser mer grønnsaker, frukt, fisk og skummet melk enn de med kort utdanning. Helseundersøkelsen i Oslo tyder på at inntaket av mange matvarer følger en gradient gjennom alle sosiale grupper i befolkningen. For eksempel økte hyppigheten av frukt- og grønnsaksinntak for hvert utdanningsnivå helt opp til 18 års skolegang, mens det var en motsatt gradient for søte produkter, slik som brus. Andelen ungdommer som drakk brus minst fire ganger daglig var høyest blant gutter i Oslo indre øst (17 %) og lavest i Oslo indre vest (7 %).

Helseforskjeller berører ikke bare bestemte yrkesgrupper, de fattigste eller de med kortest utdanning. Studier tyder tvert imot på at det er en kontinuerlig økning i helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen. Det er viktig å ta helsegradienten i befolkningen og forskjeller i oppvekstkår med i betraktningen i utvikling og iverksetting av tiltak som har som hensikt å bedre kostholdet. Informasjonstiltak har generelt større gjennomslag blant grupper med lang utdanning. Strukturelle tiltak, eller tilretteleggingstiltak, som skal gjøre det enklere å ta sunne valg, treffer i større grad hele befolkningen. Vi vet imidlertid ikke nok om

hvordan helseforskjeller oppstår og opprettholdes. Det er derfor behov for mer kunnskap for å kunne gjennomføre effektive befolkningsrettede tiltak som kan stanse denne utviklingen.

1.2 Kostholds- og helseutfordringer blant innvandrergupper

Flere ernæringsrelaterte problemer forekommer hyppigere i visse grupper av innvandrere. Det er eksempelvis registrert overhyppighet av fedme, type 2-diabetes, dårlig tannstatus og mangel på vitamin D og jern i enkelte innvandrergupper. Hos voksne innvandrere varierer forekomsten av fedme svært mye etter hvilket land de kommer fra. Folkehelseinstituttets helseundersøkelser i Oslo viser at problemet er minst blant innvandrere fra Vietnam, og størst blant innvandrere fra Pakistan, Tyrkia og Sri Lanka. Blant innvandrere fra Tyrkia og Pakistan hadde om lag 25 prosent av mennene og 40-50 prosent av kvinnene KMI over 30, det vil si fedme.

Innvandrere fra sørasiatiske land som India, Pakistan og Sri Lanka har betydelig høyere forekomst av type 2-diabetes enn etniske nordmenn og andre vesteuropeere. Forekomsten av diabetes var 28 prosent blant kvinner og 14 prosent blant menn fra Sør-Asia som bodde i Romsås og Furuset bydeler i Oslo i 2000. Til sammenligning var den 3 prosent blant vestlige kvinner og 6 prosent blant vestlige menn. Blant de etnisk norske var risikoen for å rammes av diabetes størst blant de med lavest inntekt eller kortest utdanning.

Vitamin D-mangel er utbredt i enkelte innvandrergupper og har ført til mangelsykdommen rakitt hos barn. Helseundersøkelsen i Oslo påviste lav D-vitaminstatus blant voksne innvandrergupper fra Tyrkia, Sri Lanka, Iran, Pakistan og Vietnam.

► FAKTA: Kroppsmasseindeks

Kroppsmasseindeks (KMI) er definert som vekt (kg)/ høyde² (m²), og er det mest brukte målet for inndeling av kroppsvekt i forhold til helse eller risiko for å utvikle sykdom. KMI mellom 25 og 30 defineres i henhold til WHO som overvekt og KMI over 30 defineres som fedme.

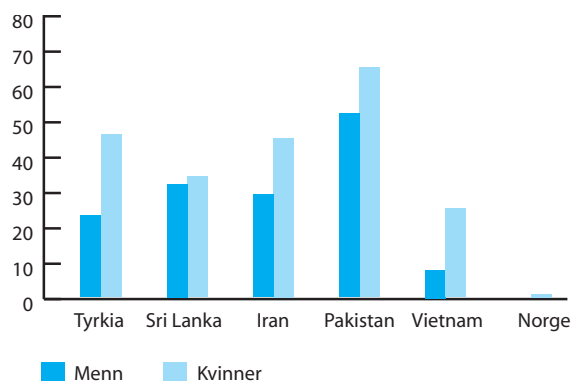


Fig. 5: Forekomst av vitamin D-mangel blant ulike etniske grupper i Oslo (%)

Det er høy forekomst av vitamin D-mangel blant flere innvandrergupper, særlig blant kvinner. Vitamin D-mangel er definert som $s-25(OH)D < 25$ nmol/l. Kilde: Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) 2000, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

1.3 Forebygging av folkesykdommer som har sammenheng med kostholdet

Hjerte- og karsykdommer og kreft forårsaker hvert år henholdsvis ca. 40 og 25 prosent av alle dødsfall i Norge. Forekomsten av overvekt og type 2-diabetes øker, og en stor del av befolkningen behandles for høyt blodtrykk og høye nivå av ugunstige fettstoffer i blodet. Dette er alle helseutfordringer som kan forebygges gjennom endring av levevaner.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at 80 prosent av forekomsten av hjerteinfarkt, 90 prosent av type 2-diabetes og over 30 prosent av forekomsten av kreft kan forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner. Kontrollerte intervensjonsstudier viser at omlegging til et kosthold i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger, sammen med regelmessig fysisk aktivitet, kan senke risikoen for type 2-diabetes og hjerte- og karsykdommer betydelig.

Den vitenskapelige dokumentasjonen om sammenhengen mellom kosthold og helse og kunnskapsgrunnlaget for helsemyndighetenes ernæringsanbefalinger, blir med jevne mellomrom vurdert av nasjonale og internasjonale ekspertgrupper. Sentrale arbeider er WHO's tekniske rapport nr. 916 Diet, nutrition and the prevention of chronic

diseases, som er det vitenskapelige grunnlaget for WHO's Globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse fra 2003, amerikanske helsemyndigheters vurderinger i forbindelse med utgivelsen av *Dietary guidelines for Americans 2005*, og World Cancer Research Funds vurdering av sammenhengen mellom kosthold og kreft i 1997. På bakgrunn av slike vurderinger gir WHO og andre ekspertorgan kostanbefalinger for forebygging av kostholdsrelaterte kroniske sykdommer på befolkningsnivå.

I Norge utarbeider og utgir Sosial- og helsedirektoratet i samråd med Nasjonalt råd for ernæring, anbefalinger for ernæring og kosthold. Slike anbefalinger ble første gang publisert i 1954. Den nyeste utgaven er Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet fra 2005. Anbefalingene er laget på grunnlag av *Nordic Nutrition Recommendations 2004* utarbeidet av en nordisk ekspertgruppe. De norske anbefalingene er i all hovedsak i tråd med de nylig publiserte anbefalingene fra Norden, USA og WHO.

Kostanbefalingene til befolkningen generelt og til personer med type 2-diabetes eller med høy risiko for å utvikle diabetes, hjerte- og karsykdommer eller overvekt, er i hovedsak like. Derfor kan kostrådgivningen ved forebygging eller behandling av personer med disse typene helseproblem med fordel bygge på de generelle kostanbefalingene.

1.3.1 Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er den sykdomsgruppen som forårsaker flest for tidlige dødsfall. For de som rammes innebærer hjertesykdom ofte langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse. I løpet av de siste 30-40 årene er dødelighet av hjerteinfarkt og hjerne-slag minsket betydelig. Til tross for at dødeligheten av hjerteinfarkt i Norge snart er på samme lave nivå som i middelhavslandene, er infarkt fortsatt den vanligste dødsårsaken.

Høyt kolesterolnivå i blodet er den viktigste risikofaktoren for hjerteinfarkt. Andre risikofaktorer er røyking, høyt blodtrykk, diabetes og overvekt. Det forskes også på betydningen av psykiske faktorer og stress, infeksjoner, høyt nivå av homocystein i blodet og forhold i fosterliv og i spedbarnsalder.

WHO konkluderer med at det er en overbevisende dokumentasjon på bl.a. at regelmessig fysisk aktivitet, inntak av linolensyre, fisk og fiskefett, grønnsaker og frukt, minsker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Overvekt og inntak av mettet fett, transfett, natrium og høyt alkoholinntak øker risikoen. Videre er det sannsynlig at inntak av alfa-linolensyre, oljesyre, kostfiber, grove kornprodukter, nøtter, plantesteroler og folat minsker risikoen, og at inntak av kolesterol og kokekaffe øker risikoen for hjerte- og karsykdommer.

Forandringer i kostens sammensetning, som redusert inntak av mettet fett og transfett, og økt forbruk av frukt og grønnsaker, kan forklare en vesentlig del av nedgangen i dødelighet av hjerteinfarkt blant nordmenn. Flere studier har også vist at endringer i kostholdet kan bedre prognosen betydelig for de som rammes av hjerteinfarkt.

1.3.2. Kreft

Det er 23 000 nye krefttilfeller per år i Norge, og antall tilfeller har økt over tid. Forekomsten øker for visse krefttyper og minsker for andre.

Kreft er et samlebegrep for en rekke forskjellige kreftformer som kan ha ulike årsaker. WHO konkluderer med at det er overbevisende dokumentasjon på at overvekt og høyt alkoholinntak kan øke risikoen for flere kreftformer, at inntak av frukt og grønnsaker sannsynlig kan minske risikoen for en rekke krefttyper, og at fysisk aktivitet minsker risikoen for enkelte krefttyper.

En rekke kreftformer fører til tap av mattlyst og vekt tap. For de som rammes av kreft er tilfredsstillende matinntak nødvendig for å opprettholde ernæringsstatus, for bedre å tolerere behandling, samt at det har betydning for livskvaliteten.

1.3.3. Overvekt og fedme

Forekomsten av overvekt og fedme har økt i de fleste aldersgrupper i Norge, som i mange andre land. Omrent 18 prosent av norske førtiåringer har en KMI over 30. Dette er dobbelt så mange som for tjue år siden. Andelen voksne i alderen 20–67 år med KMI over 35 er ca. 4 prosent, 5 prosent blant kvinner og 3 prosent blant menn. Dette tilsvarer om lag 80 000 personer. I tillegg kommer et ukjent antall personer med KMI over 35 i yngre og eldre aldersgrupper. Personer med KMI over 35 vil i de fleste tilfeller ha behov for behandling i form av hjelp til endring i levevaner, eventuelt i kombinasjon med medikamenter eller kirurgi.

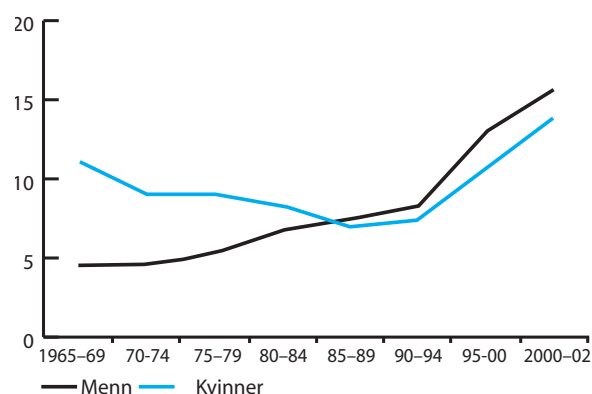


Fig. 6: Utvikling i forekomst av fedme (%)

Andelen menn og kvinner med fedme (KMI>30) er sterkt økende. Fedme fører med seg en rekke helseplager og er en risiko for å utvikle kroniske sykdommer. Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Økningen i andelen med overvekt og fedme i befolkningen ser ut til å ha akselerert de siste ti årene, og vektøkningen ser ut til å ha vært størst hos de unge. Blant 13-åringer økte andelen med overvekt og fedme fra 8 til 13 prosent blant jenter og fra 9 til 14 prosent blant gutter i perioden 1993 til 2000 ifølge selvrapporterte data i landsdekkende undersøkelser. Måling av vekt og høyde blant 7000 skoleelever i Oslo 2004 viste at 21 % av både 8- og 12-åringer var overvektige. Det var store forskjeller i forekomsten av overvekt bydelene imellom, og forekomsten var høyest i indre øst (29 %) og lavest i ytre vest (15 %). Det er betydelige sosiale forskjeller i forekomst av overvekt og fedme både blant etniske nordmenn og blant innvandrere.

Fedme øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, enkelte former for kreft, type 2-diabetes, sykdom i galleveien, muskel- og leddplager, søvnapné og psykiske lidelser. Samtidig viser erfaring at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning.

I forhold til kroppsvekt er balansen mellom energiinntak og energiforbruk helt avgjørende. Dersom man over tid inntar mer energi enn man forbruker, øker vekten. Dette er uavhengig av om energien kommer fra fett eller karbohydrater. WHO konkluderer med at det er overbevisende dokumentasjon på at inntak av kostfiber og regelmessig fysisk aktivitet, minsker risikoen for fedme, og at høyt inntak av energitette matvarer (dvs. matvarer med mye fett og sukker) og inaktivitet øker risikoen for fedme. Videre er det sannsynlig at inntak av sukkerholdige drikker øker risikoen for fedme, og at spedbarn som får morsmelk har redusert risiko for fedme senere i livet.

Vi har ikke gode nok data til å kunne slå fast om det er endringer i energiforbruket eller energiinntaket i befolkningen som har forårsaket økningen i fedme i senere år. Trolig er det en kombinasjon av begge forhold. I USA, hvor forekomsten av fedme er langt høyere enn i Norge, har man registrert en klar økning i gjennomsnittlig energiinntak både blant kvinner og menn fra 1970-årene til år 2000.

Små forandringer i energibalansen kan føre til betydelig økning i kroppsvekten over tid. Dersom energiinntaket overstiger det daglige energiforbruket med 80 kJ (20 kcal), vil dette kunne føre til at kroppsvekten øker med ett kilo i løpet av ett år. En energimengde på 80 kJ per dag tilsvarer omtrent 2 g fett eller 5 g sukker per dag. Å gå i 4–5 minutter gir et forbruk på ca. 80 kJ.

1.3.4. Type 2-diabetes

Forekomsten av type 2-diabetes har økt i Norge. I hvor stor grad dette skyldes at flere får diabetes, at man er blitt flinkere til å oppdage diabetes eller at personer med diabetes lever lengre på grunn av bedret behandling, er uavklart. Mellom 90 000 til 120 000 personer har diagnosen diabetes, og man regner med at det i tillegg er

omtrent like mange som har udiagnostisert diabetes. Det totale antallet diabetikere i Norge kan derfor være så høyt som 200 000. I tillegg regner man med at like mange har nedsatt glukosetoleranse. Dette er personer som ligger på grensen til diabetes og som har økt risiko for å utvikle diabetes.

Sykdommen kan føre til en rekke alvorlige komplikasjoner som blant annet rammer syn, nerver, nyrer og blodsirkulasjon. Hjerne- og karsykdommer er den klart dominerende dødsårsaken blant de som har diabetes, og tiltak for å forebygge hjerne- og karsykdommer blant diabetikere er meget viktig.

WHO har konkludert at det er overbevisende dokumentasjon på at vektreduksjon og regelmessig fysisk aktivitet minsker risikoen for å utvikle type 2-diabetes og at overvekt, bukfedme og inaktivitet øker risikoen. Videre er det sannsynlig at høyt inntak av kostfiber minsker risikoen for å utvikle type 2-diabetes, mens høyt inntak av mettet fett øker risikoen. Økende forekomst av fedme sammen med et høyt nivå av fysisk inaktivitet, er bekymringsfullt med tanke på forekomsten av type 2-diabetes i befolkningen i årene framover.

En finsk og en amerikansk kontrollert intervensjonsstudie har vist at endring av kost- og mosjonsvaner i tråd med gjeldende anbefalinger halverte risikoen for å utvikle type 2-diabetes. Den finske studien viste at jo flere konkrete mål for endring i kosthold og aktivitet deltakerne nådde, desto større var forebyggingspotensialet. Den amerikanske undersøkelsen viste at veiledning om kost og mosjon var mer effektivt for å forebygge utvikling av diabetes enn behandling med antidiabetika (metformin).

Råd om kost-, mosjons- og røykevaner er basisbehandling hos alle pasienter med diabetes. Sunt kosthold og fysisk aktivitet vil ikke bare bedre kroppens omsetning av glukose og insulin, men også ha gunstig effekt på risikofaktorer som overvekt, blodtrykk, fettstoffer i blodet og blodets evne til å danne blodpropper. Dette vil derfor kunne minske risikoen for komplikasjoner av sykdommen.

1.3.5. Osteoporose og beinbrudd

Beinskjørhet og beinbrudd blant eldre er et stort helseproblem. Et meget stort antall brudd i lårhals, håndledd og ryggvirvel skyldes reduksjon i beinmassen. Kvinner i Oslo er på verdenstoppen i bruddskader. På landsbasis regner man med at mellom 96 000 og 225 000 norske kvinner har osteoporose. I et handlingsprogram for perioden 2005-2008 har Sosial- og helsedirektoratet foreslått forebyggende tiltak.

Hvilken betydning kostholdet har for den høye forekomsten av beinbrudd er fortsatt uklar. En tilfredsstillende tilførsel av kalsium og vitamin D i ung alder er viktig for normal skjelettutvikling. Benmassen øker med årene hos unge mennesker og når sitt maksimum i 20–30 års alder. Benmassen senere i livet er avhengig av hvor høy den maksimale benmasse var og hvor stort bentapet senere har vært. Det er mye som tyder på at ernæringsmessige forhold kan spille en rolle for hyppigheten av denne typen beinbrudd. I tillegg til et balansert kosthold som sikrer inntaket av kalsium og vitamin D, er det viktig å unngå undervekt. Lav vekt og vekttap er i gjentatte undersøkelser vist som klare risikofaktorer for osteoporose og beinbrudd, forhold som ikke minst er viktig blant de eldste i befolkningen.

1.3.6. Tannhelse

Den offentlige tannhelsetjenesten har rapportert tannhelsesdata for årskullene av 5-, 12- og 18-åringer siden 1985. I 2005 hadde 70 prosent av 5-åringene verken fyllinger eller hull i tennene, og det er det samme som i 1997 som da var en foreløpig toppnotering. Generelt er tannhelsen hos småbarn i Norge god, men det er sosiale forskjeller, og spesielt barn av ikke-vestlige mødre har langt dårligere tannhelse enn etnisk norske barn. Dette er vist blant annet i SMÅTANN-undersøkelsen, der et utvalg av 3- og 5-åringer i Oslo ble undersøkt i 2002 og 2004. Eksempelvis var bare halvparten av de ikke-vestlige 3-åringene helt uten karies i 2002, mens 84 prosent av barna med vestlig mor ikke hadde et eneste hull. I småbarnspopulasjonen er det derfor en særlig stor utfordring å bedre tannhelsen hos barn med ikke-vestlig bakgrunn.

WHO konkluderer med at både totalt sukkerinntak og hvor ofte man inntar sukker øker risikoen for karies. I land

hvor sukkerinntaket tilsvarende 6-10 prosent av energiinntaket, er forekomsten av karies relativt lav. WHO anbefaler at det totale sukkerinntaket utgjør høyst 10 prosent av energiinntaket, og at brukshyppigheten av søte og sure drikker begrenses for å minske risikoen for tannskader. Ny stortingsmelding om det offentlige engasjement på tannhelsefeltet er varslet våren 2007.

1.3.7 Matvareallergi og matvareoverfølsomhet

Det er grunn til å tro at 2–3 prosent av den voksne befolkningen har plager på grunn av matvareallergi. Fem til ti ganger så mange opplever symptomer de selv tilskriver matvareallergi, men som ikke lar seg verifisere diagnostisk. Forekomsten av matvareallergi er høyere hos barn, kanskje 6–8 prosent. Symptomene er mangfoldige, og varierer fra lett ubehag til akutte dødelige sjokkreaksjoner. De fleste matvarer som inneholder protein kan forårsake matvareallergi, men de vanligste matvarene som gir reaksjoner er melk, egg, fisk, hvete, soya og nøtter. I tillegg kommer rå frukt og grønnsaker som kryssreagerer med pollen. Årsakene til matvareallergi og andre overfølsomhetsreaksjoner på mat kan skyldes en rekke forhold. Diagnostisering og utredning er essensielt for å avklare individuelle forebyggende tiltak, som i hovedsak vil være tilpasning av kostholdet. At maten er helsemessig trygg innebærer for en person med matvareallergi eller matvareoverfølsomhet, å ha tilbud om et trygt alternativ der det serveres mat. Både produksjon, tilberedning og servering må foregå på en slik måte at man kjenner ingrediensene og kan unngå det som utløser symptomer og reaksjoner. En nasjonal strategi for forebygging av astma, allergi og inneklimateykdommer er under utarbeiding.

2. Utviklingen i kostholdet

Det har skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste tretti årene i forhold til målsettingene i helsepolitikken. Kostens totale fettinnhold har minsket, fetttsyresammensetningen har endret seg i ønskelig retning og forbruket av grønnsaker har økt. Nasjonale kostholdsundersøkelser viser at mange unge og voksne har et godt kosthold, men også at kostholdet til store deler av befolkningen fortsatt har klare ernæringsmessige svakheter. De største utfordringene i tiden framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, fisk og grove kornvarer og å redusere inntaket av mettet fett, sukker og salt. Norsk gjennomsnittskost inneholder tilfredsstillende mengder av de fleste næringsstoffer sett i forhold til anbefalt inntak. Hovedunntak er vitamin D og B-vitaminet folat, hvor inntaket ofte er lavere enn anbefalt. Utviklingstrekk og trender i kostholdet i Norge er utfyllende beskrevet i Sosial- og helsedirektoratets rapport *Utviklingen i norsk kosthold 2006*.

Markedsundersøkelser viser at folk kjenner til og har tillit til kostrådene som helsemyndighetene gir, og bedre helse oppgis ofte å være en viktig motivasjonsfaktor for å legge om til et sunnere kosthold. På tross av at folk flest har hatt relativt god kjennskap til de viktigste kostrådene i lang tid, ser vi at det ikke har ført til endret forbruk i ønsket retning i alle deler av befolkningen. Forbruket av snacks, brus og godteri har økt mye på tross av at de fleste mener at vi bør spise mindre av slike varer.

FAKTA: Utfordringer knyttet til lavt inntak av folat

Inntaket av B-vitaminet folat er lavere enn ønskelig, særlig blant kvinner. Helsemyndighetene anbefaler kvinner som planlegger graviditet eller kan regne med å bli gravide, å ta et ekstra folattilskudd på 400 mikrogram daglig fra siste måned før forventet befruktning og i svangerskapets første 2–3 måneder. Formålet er å redusere risikoen for å få barn med nevrالرrdsdefekter. Informasjonsarbeid har ikke gitt tilfredsstillende resultater i bruk av folattilskudd eller målbar nedgang i forekomsten av nevrالرrdsdefekter. En arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt råd for ernæring har vurdert innsatsen og foreslått tiltak. I arbeidsgruppens rapport fra 2005 foreslås bl.a. utvidelse av målgruppen til alle fertile kvinner, mer målrettet informasjonsarbeid, og at folatberikning av utvalgte matvarer bør vurderes.

FAKTA: Lavt vitamin D-inntak blant eldre og enkelte innvandregrupper

Relativt store deler av befolkningen har utilfredsstillende vitamin D-nivåer i blodet, og denne andelen øker i vinterhalvåret. Blant dem som spiser lite fet fisk, lite matvarer tilsatt vitamin D og som ikke tar tran eller andre vitamin D-tilskudd, er inntaket av vitamin D så lavt at det kan føre til utilfredsstillende vitamin D-status.

Etter helsemyndighetenes anbefaling er det i en årrekke tilsatt vitamin D til margarin og smør, samt én type mager melk siden år 2000. For å bedre vitamin D-status i befolkningen anbefaler Nasjonalt råd for ernæring at tilsetningen av vitamin D til spise fett og melk økes noe, og at det gjøres målrettede tiltak overfor utsatte grupper. Enkelte ikke-vestlige innvandregrupper og eldre personer som er lite ute i dagslys, er høyrisikogrupper for vitamin D-mangel. I faser av livet hvor man vokser mye, som hos spedbarn, barn, tenåringer, samt hos gravide, er det særlig viktig å sikre god vitamin D-status. Tenåringer, og særlig jenter, er den aldersgruppen som har lavest inntak av vitamin D, og ofte også lavt inntak av kalsium. Informasjon om betydningen av allsidig kosthold, som også tar for seg betydningen av vitamin D, er viktig i forhold til denne aldersgruppen.

FAKTA: Forbruksutgifter til mat

Andelen av de totale forbruksutgiftene som ble brukt på matvarer og alkoholfrie drikkevarer minsket fra 20 til 12 prosent fra 1979 til 2004 ifølge forbruksundersøkelsene, mens utgifter til mat i restaurant og kantine økte. Kjøtt er fortsatt den matvaregruppen som har den største andelen av matbudsjettet, og vi bruker 3–4 ganger så mye på kjøtt som på fisk. Sukkervarer og leskedrikker utgjør nå nesten en femtedel av matutgiftene. Dette betyr blant annet at vi bruker mer penger på sukkervarer og leskedrikker enn på frukt, grønnsaker og poteter til sammen.

2.1 Grønnsaker, poteter, frukt og bær

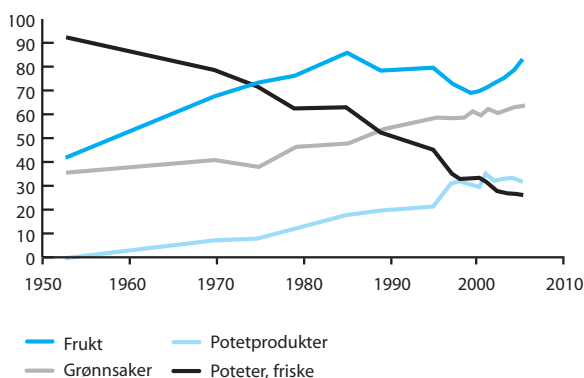


Fig. 7: Utvikling i forbruk av frukt, grønnsaker, poteter og potetprodukter (kg/person/år)

Forbruket av frukt og grønnsaker er økende, men utviklingen i forbruket går saktere enn ønskelig. Forbruket av friske matpoteter er nå lavere enn forbruket av potetprodukter. Kilde: Matforsyningsstatistikk, Sosial- og helsedirektoratet 2006.

De fleste i befolkningen har et inntak av frukt og bær, grønnsaker og poteter som er vesentlig lavere enn anbefalt, og forbruket kan med fordel doubles.

Det er gode vitenskapelige holdepunkter for at inntak av frukt og grønnsaker reduserer risikoen for kreft, hjerte- og karsykdommer, overvekt og type 2-diabetes. Frukt og grønnsaker bidrar med lite energi samtidig som de er viktige kilder for kostfiber, vitaminer og mineralstoffer. Dessuten inneholder frukt og grønnsaker tusenvis av ulike antioksidanter. Poteter er en allsidig næringskilde, som blant annet bidrar med kostfiber, kalium, vitamin C, folat og antioksidanter. Vi bør derfor spise mye og variert av ulike typer grønnsaker, poteter, belgfrukter, frukt, bær, nøtter og urter.

I Norge øker forbruket av frukt og grønnsaker, mens forbruket av poteter minsker. Spørreundersøkelser blant landsrepresentative utvalg av den voksne befolkningen viser at andelen som sier at de spiser grønnsaker eller frukt og bær daglig, har økt fra ca. 40 til 60 prosent de siste ti årene. Denne andelen har økt både blant menn og kvinner, men fortsatt er det færre menn enn kvinner som spiser grønnsaker og frukt daglig. Undersøkelsene viser tydelig at en stor andel av både menn og kvinner fortsatt ikke spiser grønnsaker eller frukt daglig.

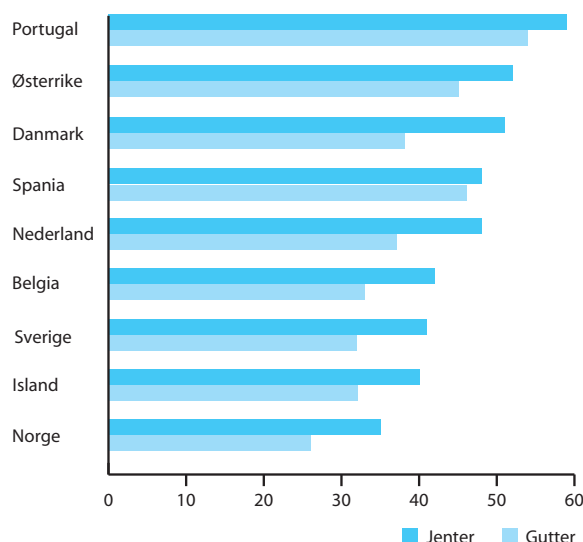


Fig. 8: Rapportert daglig inntak av frukt blant europeiske 6. klassinger (%)

Norske gutter og jenter i 6.klasse har det laveste inntaket av frukt sammenlignet med 6. klassinger fra en rekke andre europeiske land. Kilde: ProChildren 2003, Universitetet i Oslo.

Forbruket av frukt, bær og grønnsaker er på samme nivå i Norge som i våre naboland, men vesentlig lavere enn i andre land sør i Europa. For eksempel viste en undersøkelse i 9 europeiske land at norske ungdommer spiste vesentlig mindre grønnsaker enn i de andre landene, med unntak av Island og Spania. Andelen ungdommer som spiste frukt daglig var 30 prosent i Norge mot drøyt 50 prosent i Portugal. Sammenlignet med andre europeiske land er potetforbruket ikke spesielt høyt i Norge. Det er på nivå med det man har i Hellas, men lavere enn i Storbritannia og Irland.

2.2 Grove kornprodukter

Inntak av grove kornprodukter kan redusere risikoen for hjertesykdom og type 2-diabetes, og bidra til å opprettholde vektbalansen. Grove kornprodukter, som grovt brød, sammalt mel og havregryn, har et betydelig høyere innhold av kostfiber og nødvendige næringsstoffer enn raffinerte kornprodukter som hvitt brød og siktet mel.

Flere store undersøkelser viser at regelmessig inntak av fullkornsprodukter og kostfiber fra fullkornsprodukter kan redusere risikoen for type 2-diabetes med 20–30 prosent.

I flere undersøkelser har man vist en sammenheng mellom regelmessig inntak av fullkornsprodukter og minsket risiko for vektøkning og overvekt. Videre har en rekke studier vist en sammenheng mellom høye inntak av fullkornsprodukter og minsket risiko for kreft i mage-tarmkanalen, men denne sammenhengen kan ikke ses i alle studier.

Det totale kornforbruket har økt i senere år, men andelen sammalt mel har forandret seg lite. Sammalt mel utgjør nå 17 prosent av den totale omsetningen av matmel og denne andelen bør øke betydelig i framtiden.

2.3 Fisk

Fisk er en viktig kilde for nødvendige næringsstoffer, og fet fisk har en helsegunstig fettresammensetning. Helsemessige fordeler ved fiskeinntak er nylig omtalt i rapporter fra Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Nordisk ministerråd og britiske helsemyndigheter. Vitenskapskomiteen konkluderer med at det er gode holdepunkter for at konsum av fisk, og spesielt fet fisk, er gunstig i forhold til hjerte- og karsykdommer. Videre er det sannsynlig at konsum av fet fisk kan være gunstig i forbindelse med graviditet i forhold til fosterets utvikling, blant annet for vekst og nevrologisk utvikling.

Fisk er en god kilde for protein, vitamin B12, selen og jod. Fet fisk og tran er de viktigste kildene for de lange flerumettede n-3-fettsyrene (EPA og DHA) og vitamin D. Fiskefett har en gunstig fettresammensetning og har et mye lavere innhold av mettet fett og et mye høyere innhold av flerumettede fettsyrer enn fett fra melk og kjøtt. Ettersom forbruket av kjøtt i befolkningen er omtrent dobbelt så høyt som forbruket av fisk, kan de fleste med fordel bytte ut en del av kjøttet med fisk.

Fisk kan inneholde uønskede stoffer. Ut fra et toksikologisk synspunkt mener Vitenskapskomiteen for mattrygghet at det generelt sett ikke er noen betenkeligheter knyttet til å spise fisk og annen sjømat når konsumet er variert. Å spise mer enn to måltider fet fisk i uken gjennom mange år med dagens nivå av dioksiner og PCB, kan imidlertid føre til en moderat overskridelse av tolerabelt inntak for disse stoffene. Å holde seg under tolerabelt inntak er viktig for hele

befolkningen, men spesielt viktig for jenter og kvinner i fruktbar alder.

Forbruket av fisk og fiskevarer i privathusholdninger økte fra 1995 til 2004 og minsket noe i 2005 ifølge undersøkelser gjennomført for Eksportutvalget for fisk. Gjennomsnittlig fiskeinntak blant voksne er 65 g/d (tilsvarer drøyt to fiskemåltider i uken) ifølge landsdekkende kostholdsundersøkelser. Mesteparten av fiskeinntaket er i form av mager fisk og fiskeprodukter. Kun omtrent 30 prosent er i form av fet fisk og fiskepålegg. Barn, ungdommer og unge voksne spiser vesentlig mindre fisk enn voksne. Blant 9- og 13-åringer var gjennomsnittlig fiskeinntak omtrent 25 g/d. Det er relativt få (mindre enn 2 %) av de voksne som ikke spiser fisk, men 10 prosent spiser ikke fet fisk og fiskepålegg.

Unge kvinner er de blant de voksne som har det laveste inntaket både av fisk totalt og av fet fisk og fiskepålegg. En meget stor andel av unge kvinner spiser ikke eller spiser meget lite fet fisk. Halvparten av de unge kvinnene spiste mindre enn 50 g fet fisk og fiskepålegg i uken, noe som tilsvarer mindre enn et fjerdedels fiskemåltid i uken. Bare 10 prosent av de unge kvinnene spiste minst 200 g fet fisk og fiskepålegg i uken, noe som tilsvarer minst ett fiskemåltid i uken.

Ut fra et helsemessig synspunkt er det gunstig om forbruket av fisk, både mager og fet fisk, øker i befolkningen. Helsemyndighetene anbefaler at man spiser mer fisk både som pålegg og til middag, og at man varierer mellom ulike fiskeslag.

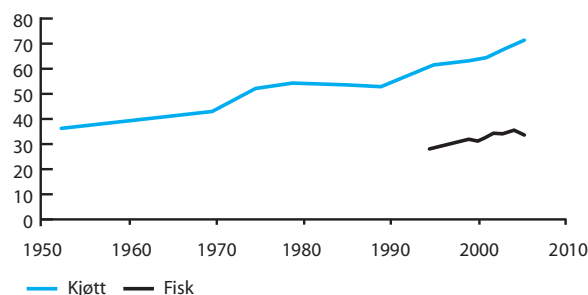


Fig. 9: Utvikling i forbruk av kjøtt og fisk (kg/person/år)

Figuren viser at forbruket av kjøtt er dobbelt så stort som fisk, basert på engrosdata. Kilde: Matforsyningsstatistikk, Sosial- og helsedirektoratet 2006.

2.4 Fett og fettsyrer

Sett i forhold til dagens helseproblemer, er det spesielt viktig å følge utviklingen i kostens fettinnhold, både med hensyn til totalt fettinnhold og fett-type. Kostens fettinnhold gikk betydelig ned fra midten av 1970-årene til begynnelsen av 1990, men har siden holdt seg stabilt på 34 til 35 energiprosent. Anbefalt nivå er 30 energiprosent. Nedgangen i kostens fettinnhold er først og fremst et resultat av et redusert forbruk av margarin og smør i en lengre tidsperiode, og overgang til lettmargin og magrere melketyper. I 1990-årene er nedgangen i kostens fettinnhold fra disse kildene til dels oppveid ved en økt fetttilførsel fra ost, kjøtt og matvarer som kaker, snacks og godteri.

Kostens innhold av mettede fettsyrer og transfettsyrer bør til sammen begrenses til ca. 10 energiprosent. Innholdet av transfettsyrer bør begrenses til mindre enn én energiprosent. I løpet av de siste 30 årene har innholdet av mettede fettsyrer minsket fra 17 til 14 energiprosent, og transfettsyrer har minsket fra 4 til under 1 energiprosent. Til sammen bør disse ikke utgjøre mer enn ca. 10 energiprosent. Kostens innhold av transfettsyrer er nå på anbefalt nivå, mens innholdet av mettede fettsyrer er mye høyere enn anbefalt.

Ifølge landsdekkende kostholdsundersøkelser blant voksne bidro flerumettede fettsyrer med i gjennomsnitt 5–6 energiprosent og det gjennomsnittlige inntaket av n-3-fettsyrer var nesten 1 energiprosent, det vil si omtrent på nivå med ønskelig inntak. Linolensyre fra planteoljer utgjorde mesteparten av n-3-fettsyrene og langkjedede marine n-3-fettsyrer utgjorde knapt 0,4 energiprosent. Ratio n-6/n-3 var omtrent 5 og i det området som ansees som tilfredsstillende ut fra den kunnskap man har hatt så langt.

De tre største fettkildene i kosten er melk og meieriprodukter, kjøtt og kjøttvarer og margarin og annet spise fett. De siste tretti årene har andelen fett som kommer fra kjøtt og kjøttvarer økt betydelig som en følge av økt kjøttforbruk. Andelen fett fra margarin og annet spise fett har minsket betydelig, mens andelen fra melk og meieriprodukter har forandret seg lite. Siden 1975 har det vært en sterk vridning i fetttilførselen fra melk og smør til ost og fløte.

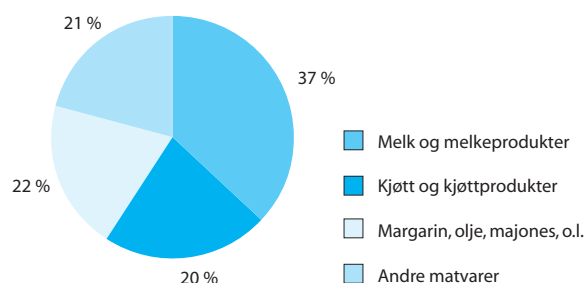


Fig. 10: Kilder til mettet fett i kosten (%)

Figuren viser kildene til mettet fett i kosten. Andre matvarer inkluderer eksempelvis, sjokolade, kaker, potetchips. Kilde: Forbruksundersøkelsene 2002–2004, Statistisk sentralbyrå.

Over halvparten av de mettede fettsyrene kommer fra meieri- og kjøttprodukter ifølge forbruksundersøkelsene. De bidrar også med mesteparten av transfettsyrene. Margarin var tidligere den største kilden til transfettsyrer, men i løpet av 1990-årene fjernet produsentene transfettsyrene fra husholdningsmargarinen.

For å redusere inntaket av mettede fettsyrer er det viktig å bytte fra fete til magre varianter av meieri- og kjøttvarer. Økt forbruk av fet fisk og matoljer som rapsolje vil øke inntaket av flerumettede n-3-fettsyrer. Med tanke på forebygging av hjerte- og karsykdommer er det viktigste nå å redusere inntaket av mettede fettsyrer og sikre tilstrekkelig inntak av umettede fettsyrer, særlig n-3-fettsyrer fra planteoljer og marint fett.

2.5 Sukker

Selv om sukkerinnholdet i kosten har minsket de siste årene, er inntaket av tilsatt sukker alt for høyt i store deler av befolkningen. Inntaket av tilsatt sukker bør begrenses til 10 energiprosent for å sikre inntaket av livsnødvendige næringsstoffer og minske risikoen for overvekt og karies.

Sukker og sukkerrike matvarer kan fortrenge mat med større næringsinnhold fra kostholdet og dermed senke kostens totale næringsinnhold. Dette er en særlig utfordring blant barn og ungdom som er i vekst og trenger næringstett kost for å sikre kroppens behov for næringsstoffer. Det er holdepunkter for at sukker i

flytende form, slik som brus med sukker og andre søte drikker, lettere fører til økt energiinntak og overvekt enn sukker i fast form.

Omtrent ni av ti barn får mer sukker enn anbefalt. Blant 13-åringer økte sukkerinntaket fra 12–13 til 18 energiprosent fra 1993 til 2000. Det er brus, saft, godteri og andre sukkervarer som bidrar med mesteparten av sukkeret. Blant voksne, hvor tilsatt sukker utgjør rundt 8–10 energiprosent, er ikke sukkerinntaket et tilsvarende problem.

Måten man bruker sukker på er forandret. Forbruket av rent sukker som farin, sirup o.l. er nesten halvert, samtidig som det har vært en betydelig økning i forbruket av godterier og brus. Omsetningen av brus og mineralvann er mer enn tidoblet siden 1950-årene, og forbruket av sukkerholdig brus var på sitt høyeste nivå i 1997 med 93 liter per innbygger. Forbruket har minsket betydelig de siste årene, og var i 2003 og 2004 henholdsvis 85 og 79 liter per innbygger. Dette forbruket er fortsatt høyt, også sammenlignet med andre land, og bidro i gjennomsnitt med ca. 8 kg sukker per person i 2004. Omsetningen av sjokolade og sukkervarer økte fra ca. 4 til 13 kg per person per år i perioden 1960 til 1996, og har ligget på dette nivået de siste årene.

2.6 Salt

Betydningen av salt for blodtrykk og hjerte- og karsykdommer, og relevansen for klinisk praksis, har vært debattert de siste ti årene. WHO og en vitenskapelig komite under EU konkluderer med at det foreligger overbevisende dokumentasjon på at inntak av natrium øker risikoen for utvikling av høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer, og at inntak av kalium minsker risikoen. Det er sterke holdepunkter for at det er en doseavhengig og kontinuerlig økning i blodtrykk med økt inntak av salt fra vanlige inntaksnivåer.

Vi har lite data om inntaket av salt i den norske befolkningen. Det gjennomsnittlige saltinntaket er anslått til ca. 10 g per dag, men det er stor variasjon fra person til person. En gradvis reduksjon av det gjennomsnittlige natriuminntaket, til en mengde som tilsvarer 5 g koksalt (NaCl) per dag, er ønskelig på lang sikt. Et rimelig nivå for

befolkningens kosthold i et kortere tidsperspektiv og til bruk ved planlegging av kosthold, er 6 og 7 gram salt per dag for henholdsvis kvinner og menn.

En norsk analyse konkluderte med at befolkningsrettede tiltak for å senke saltinntaket trolig vil bedre befolkningens helse og være kostnadsbesparende for samfunnet. Mesteparten av saltet i maten kommer fra industriebearbeidede matvarer. Dialog og samarbeid med matvareindustrien, for å få til merking av saltinnhold og lavere innhold av salt i bl.a. ferdigmat, vil være viktig for å oppnå reduksjon i saltinntaket i befolkningen. I Finland har målrettet arbeid over flere tiår ført til lavere saltinntak i befolkningen, noe som har bidratt til lavere blodtrykk og færre tilfeller av hjerteinfarkt og hjerneslag.

LISTE OVER TILTAK

1. KOMMUNIKASJON OM MAT OG KOSTHOLD

- 1.1 Utvikle og gjennomføre helhetlig plan for informasjons- og kommunikasjonsarbeidet på ernæringsområdet
- 1.2 Konkretisere de offisielle kostholdsrådene
- 1.3 Gjennomføre kampanje for å fremme forbruket av fisk og annen sjømat
- 1.4 Utgi en grunnleggende kokebok til hverdagsbruk i befolkningen
- 1.5 Videreutvikle Matportalen med hensyn til ernæring og kosthold
- 1.6 Utdeling av Ernæringsprisen
- 1.7 Etablere et dialogforum på nasjonalt nivå mellom myndigheter, frivillige organisasjoner og relevante private aktører

2. SUNN MAT I ET MANGFOLDIG MARKED

- 2.1 Stimulere til produktutvikling av sunne matvarer og måltider
- 2.2 Etablere en dialogarena for samarbeid mellom matvarebransjen, myndigheter, forskere og forbrukere
- 2.3 Fremme økt forbruk av frukt og grønnsaker gjennom å stimulere til økt tilgang på råvarer av god kvalitet
- 2.4 Styrket samhandling mellom myndigheter, fiskerinæring og omsetningsleddet for å øke tilgjengeligheten av fisk og sjømat av god kvalitet
- 2.5 Kartlegge og følge opp tilbudet av ferdigmat og måltider fra serveringssteder og servicemarkedet
- 2.6 Omlegging av avgiften på alkoholfrie drikkevarer
- 2.7 Utrede muligheter for bruk av økonomiske virkemidler for å fremme et sunt kosthold
- 2.8 Arbeide for bedre merking av matvarer, herunder bedre næringsdeklarasjon
- 2.9 Ta sikte på å innføre symbolmerking for lettere å sette sammen et sunt kosthold
- 2.10 Følge opp og videreutvikle regelverk for bruk av ernærings- og helsepåstander, beriking av næringsmidler og kosttilskudd
- 2.11 Vurdere innføring av restriksjoner på markedsføring av usunn mat rettet mot barn og unge
- 2.12 Foreta en kunnskapsoppsummering om produktplassering og valg av matvarer på ulike typer utsalgssteder

3. GOD ERNÆRING FRA STARTEN AV

- 3.1 Tilby oppdatert informasjonsmateriell om amming, sped- og småbarnsernæring
- 3.2 Videreføre og videreutvikle satsing på Mor-barn-vennlig initiativ
- 3.3 Legge til rette for å innarbeide hele WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatninger i norsk lovgivning, samt påse at koden følges
- 3.4 Opprettholde etablerte fødselspermisjonsordninger for kvinner og utrede muligheten for betalt ammefri slik at alle kvinner som ønsker det kan amme i samsvar med helsemyndighetenes anbefalinger
- 3.5 Revidere og utvikle nasjonale anbefalinger for sped- og småbarnsernæring og for ernæring til premature barn
- 3.6 Styrke veiledningen om ernæring til gravide gjennom implementering av faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen og utgivelse av informasjonsmateriell
- 3.7 Videreføre tiltakene knyttet til innføring av EUs barnematdirektiver i Norge
- 3.8 Arbeide for å etablere et opplegg for nasjonal ammestatistikk
- 3.9 Vurdere å innføre et landsdekkende tilbud om gratis vitamin D-tilskudd til spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn

4. SUNNE MÅLTIDER I BARNEHAGE OG SKOLE

- 4.1** Revidere retningslinjer for mat i barnehagen
- 4.2** Utarbeide og tilby pedagogiske verktøy og informasjonsmateriell knyttet til de reviderte retningslinjene for mat og måltider i barnehagen
- 4.3** Innføre en ordning med frukt og grønnsaker til alle elever i grunnskolen
- 4.4** Fremme økt deltakelse i skolemekordningen i grunnskolen
- 4.5** Spre erfaringer fra modeller utviklet i prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen og samle og spre kunnskap om skolefrokost i ungdomsskole og videregående opplæring
- 4.6** Videreføre arbeidet med å informere om helsemyndighetenes Retningslinjer for måltider i grunnskole og videregående opplæring
- 4.7** Oppfordre skoleeiere til å hindre tilgang til brus og fremme god tilgang til kaldt drikkevann på skoler
- 4.8** Oppfordre skoleeiere til å styrke mat- og måltidstilbudet i skolefritidsordningen
- 4.9** Styrke og samordne tilsyn med mat og måltider i barnehage, skole og skolefritidsordning

5. MAT OG HELSE I ARBEIDSLIVET

- 5.1** Etablere dialog mellom aktører i arbeidslivet og helsemyndighetene for å fremme sunne kostvaner
- 5.2** Vurdere hvordan kostholdshensyn kan ivaretas i arbeidslivet
- 5.3** Styrke kompetanse og tilgang på verktøy om kosthold og helse overfor personellgrupper som kantineansatte, tillitsvalgte, ledere og bedriftshelsetjeneste
- 5.4** Motivere attføringsbedrifter til å inkludere kosthold og fysisk aktivitet med hensyn til omstilling i arbeidslivet
- 5.5** Utvikle og utprøve lavterskeltilbud om kosthold for langtidssykmeldte og andre som i perioder er utenfor arbeidslivet

6. ERNÆRING I HELSE- OG SOSIALTJENESTEN

- 6.1** Utrede på hvilken måte kommunene på sikt kan gi tilfredsstillende tilbud innen generell og klinisk ernæring
- 6.2** Fokus på ernæring skal inngå i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten
- 6.3 (6.3.1–6.3.6)** Utarbeide og implementere faglige retningslinjer og veiledere for ernæringsbehandling
- 6.4** Utarbeide egnede kostholds- og ernæringsrelaterte kvalitetsindikatorer i helseinstitusjonene og hjemmebaserte tjenester
- 6.5** Kartlegge mattilbud, kosthold og ernæringsstatus til brukere av pleie- og omsorgstjenestene
- 6.6** Sikre at mattilbud og tilrettelegging av måltid inngår i myndighetenes tilsyn med helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten
- 6.7** Videreutvikle pasientopplæring gjennom blant annet Lærings- og mestringssentre
- 6.8** Videreføre arbeidet med å utvikle lavterskeltilbud innen kosthold
- 6.9** Utvikle informasjonsmateriell og verktøy rettet mot endringer i levevaner, inkludert kosthold, til bruk for helsetjenesten, pasienter/brukere og pårørende

(forts. neste side)

7. FOKUS PÅ KOSTHOLD I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

- 7.1** Vektlegge ernæringshensyn som del av folkehelsearbeidet i planarbeid i fylker og kommuner
- 7.2** Inkludere eksempler på hvordan ernæring kan ivaretas i veiledere til forskrift om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven
- 7.3** Tilrettelegge for kompetanseoppbygging i grunn- og videreutdanning for folkehelsearbeidere ved høyskoler om hvordan plan- og bygningsloven kan være et sentralt virkemiddel for forankring av ernæringstiltak lokalt
- 7.4** Utvikle gode indikatorer innen ernæring og folkehelse som inkluderes i kommunehelseprofiler
- 7.5** Videreføre ernæring og kosthold som prioritert satsing i partnerskap for folkehelse sammen med fysisk aktivitet og tobakk
- 7.6** Samle, videreformidle og eventuelt utvikle verktøy og modeller i kostholdsarbeidet
- 7.7** Samordne og kanalisere stimuleringsmidler fra ulike nasjonale satsinger innen mat, kosthold, fysisk aktivitet og helse til lokale tiltak

8. KOMPETANSE OM KOSTHOLD

- 8.1** Tilby en grunnleggende kokebok gratis til elever på ungdomstrinnet og lærerstudenter i Mat og helse
- 8.2** Utvikle og tilby nettbasert undervisningsopplegg til bruk i faget Mat og helse i grunnskolen
- 8.3** Oppfordre til å avsette ressurser til praktisk opplæring i Mat og helse
- 8.4** Stimulere til etablering av etter- og videreutdanningstilbud i ernæring, kosthold og faget Mat og helse og spre informasjon om disse
- 8.5** Vurdere behov og muligheter for å styrke ernæring i relevante rammeplaner
- 8.6** Sikre tilstrekkelig kompetanse om kosthold og ernæring i pleie- og omsorgssektoren
- 8.7** Utrede framtidig behov for ernæringsfaglig personell i helsetjenesten

9. FORSKNING, OVERVÅKING OG DOKUMENTASJON

- 9.1** Styrke forskning om sammenhengen mellom kosthold og helse
- 9.2** Fremme forskning for å stimulere til utvikling av bedre og sunnere produkter
- 9.3** Overvåking av befolkningens kosthold skal videreføres og videreutvikles
- 9.4** Sikre faglige utredninger og oppdatere offisielle anbefalinger

10. ERNÆRINGSARBEID I INTERNASJONALT PERSPEKTIV

- 10.1** Delta aktivt i WHO's arbeid innen ernæring, både globalt og regionalt
- 10.2** Bidra aktivt i arbeidet i FNs faste komite for ernæring – Standing Committee on Nutrition
- 10.3** Bidra aktivt i Nordisk og Nordisk-Baltisk samarbeid
- 10.4** Sikre at ernæringstiltak og vurdering av ernæringsmessige konsekvenser inngår som et element i bistands- og utviklingsarbeid



**Liste over LOVER OG FORSKRIFTER relevante
for Handlingsplan for bedre kosthold
i befolkningen 2007–2011**

LOVER:

Arbeidsmiljøloven. Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv.

Barnehageloven. Lov 17. juni 2005 nr. 64 om barnehager.

Folketrygdloven. Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd.

Kommunehelsetjenesteloven. Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

Kringkastingsloven. Lov 4. desember 1992 nr. 127 om kringkasting.

Markedsføringsloven. Lov 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår.

Matloven. Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv.

Merverdiavgiftsloven. Lov 19. juni 1969 nr. 66 om merverdiavgift.

Opplæringslova. Lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa.

Pasientrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.

Plan og bygningsloven. Lov 14. juni 1985 nr. 77: Plan- og bygningslov.

Sosialtjenesteloven. Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Tannhelsetjenesteloven. Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten.

FORSKRIFTER:

Deklarasjonsforskriften. Forskrift 21. desember 1993 nr. 1386 om deklarasjon av næringsinnhold.

Internkontrollforskriften. Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.

Merkeforskriften. Forskrift 21. desember 1993 nr. 1385 om merking mv. av næringsmidler.

Forskrift 8. juni 1989 nr. 914 om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale.

Forskrift 21. desember 1993 nr. 1382 om næringsmidler til bruk ved spesielle ernæringsmessige behov.

Forskrift 21. april 1994 nr. 333 om verne- og helsepersonale.

Forskrift 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

Forskrift 28. februar 1997 nr. 153 om kringkasting.

Forskrift 19. november 1999 nr. 1158 til utfylling og gjennomføring mv. av skatteloven av 26. mars 1999 nr. 14.

Forskrift 11. oktober 2001 nr. 1163 om morsmelk-erstatning og tilskuddsblandinger.

Forskrift 11. desember 2001 nr. 1451 om særavgifter.

Forskrift 18. oktober 2002 nr. 1185 om bearbeidet kornbasert barnemat og annen barnemat til spedbarn og småbarn.

Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjeneste i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.

Forskrift 1. april 2004 nr. 623 om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønnsaker i grunnskolen.

Forskrift 1. april 2005 nr. 276 om konsekvensutredninger.

Forskrift til opplæringslova 23. juni 2006 nr. 724.

Liste over BAKGRUNNSDOKUMENTER

Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006–2007) – Statsbudsjettet 2007.

Bjelland M, Klepp K-I. Skolemåltidet og fysisk aktivitet i grunnskolen. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Oslo, 2000. IS-0166.

Bjelland M, Klepp K-I. Skolemåltidet og fysisk aktivitet i videregående skole. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Oslo, 2000.

Departementene. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009. Sammen for fysisk aktivitet.

European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg, 2004.

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007–2010). Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006–2007) – Statsbudsjettet 2007.

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010.

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009.

Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

Helsedepartementet. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Re-sept for et sunnere Norge. Folkehelsemeldingen.

Johansson L og Solvoll K. Norkost 1997. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 16–79 år. Rapport 2/1999. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 1999. IS-0168.

Kunnskapsdepartementet. St.meld. nr. 16 (2006–2007) ...og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring.

Lagerstrøm BO. Kompetanse i grunnskolen. Hovedresultater 1999/2000. Statistisk sentralbyrå, Oslo, 2000. Notater 2000/72.

Lande B, Andersen LF. Kosthold blant 2-åringer. Landsomfattende kostholdsundersøkelse – Småbarnskost. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2005. IS-1299.

Lande B, Andersen LF. Spedkost 12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2005. IS-1248.

Lande B. Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2003. IS-1074.

Nasjonalt råd for ernæring. Et sunt kosthold for bedre helse. Strategisk plan med forslag til tiltak for perioden 2005–2009. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2005. IS-1259.

Nasjonalt råd for ernæring. Helsemessige gevinster av økt folatinntak. Hvordan nå ut til ønsket målgruppe? Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2004. IS-1181.

Nasjonalt råd for ernæring. Når matinntaket blir for lite... Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2006. IS-1327.

Nasjonalt råd for ernæring. Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2006. IS-1408.

Nordisk Ministerråd. Nordic Nutrition Recommendations 2004. Integrating nutrition and physical activity. 4th ed. Copenhagen, 2004. Nord 2004:13.

Nordisk Ministerråd. Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet (eng: Health, food and physical activity. Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity.) Copenhagen, 2006. ANP 2006:745.

Pollestad ML, Øverby NC, Andersen LF. Kosthold blant 4-åringer. Landsomfattende kostholdsundersøkelse – UNG-KOST 2000. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, 2002. IS-1067.

Sosial- og helsedirektoratet. Anbefalinger for mat-tilbudet i kantiner/serveringssteder. Oslo, 2003. IS-0047.

Sosial- og helsedirektoratet. Anbefalinger for sped-barnsernæring. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Oslo, 2001. IS-1019.

Sosial- og helsedirektoratet. Ernæring i helsetjenesten. Oslo, 2007. IS-1424.

Sosial- og helsedirektoratet. Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Oslo, 2004. IS-1150.

Sosial- og helsedirektoratet. Forslag til handlingsplan for sped- og småbarnsernæring for perioden 2005–2010. Oslo, 2006. IS-1385.

Sosial- og helsedirektoratet. Global strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse. Vedtatt av Verdens helseforsamling 22. mai 2004 (norsk oversettelse). Oslo, 2004. IS-1213.

Sosial- og helsedirektoratet. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo, 2005. IS-1229.

Sosial- og helsedirektoratet. Handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Oslo, 2005. IS-1063.

Sosial- og helsedirektoratet. Lokalt folkehelsearbeid – organisering og forankring. Oslo, 2006. IS-1404.

Sosial- og helsedirektoratet. Mat og måltider i barnehagen – en spørreundersøkelse blant styrere og pedagogiske ledere. Oslo, 2005. IS-1324.

Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005–2015). Oslo, 2005. IS-1162.

Sosial- og helsedirektoratet. Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo, 2005. IS-1219.

Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for mat i barnehagen. Statens ernæringsråd, Oslo, 1995.

Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for skolemåltidet i grunnskole og videregående skole. Oslo, 2003. IS-0048.

Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo, 2005. IS-1179.

Sosial- og helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold 2006. Oslo, 2006. IS-1406.

Sosial- og helsedirektoratet. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Oslo, 2006. IS-1368.

Torsheim T, Samdal O, Wold B, Hetland J. Helse og trivsel blant barn og unge. Norske resultater fra studien "Helsevaner blant skoleelever. En WHO-studie i flere land". HEMIL-senteret, Bergen, 2004. Rapport 3/2004.

Utdanningsdirektoratet. Læreplan i mat og helse. Oslo, 2005.

Utdanningsdirektoratet. Skolemåltidet i grunnskolen – kunnskapsgrunnlag, nytte- og kostnadsvirkninger og vurderinger av ulike skolemåltidsmodeller. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet. Oslo, 2006.

Utdanningsdirektoratet. Strategi for læringsmiljøet i grunnopplæringen 2005–2008. Oslo, 2005.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Et helhetssyn på fisk og annen sjømat i norsk kosthold. Oslo, 2006.

World Health Organisation. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series 916. Geneva, 2003.

World Health Organisation. Global strategy for diet, physical activity and health. Geneva, 2004.

World Health Organisation. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, 1981.

World Health Organisation. WHO Child Growth Standards: Methods and development. Geneva, 2006.

World Health Organisation/UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, 2003.

World Research Cancer Fund. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective. London, 1997.

Øverby NC, Andersen LF. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4.- og 8. klasse i Norge. UNG-KOST 2000. Oslo, 2002. IS-1019.

Fotograf: Lin Stensrud; med unntak av
s. 56 A. Green, s. 73 Scanpix/F. Solstad,
s. 75 J. Schweitzer, s. 78 1-images og s. 84 P-M Kjøøl.

Takk til:

Kampen barnehage, bydel Gamle Oslo
Lofsrud skole, bydel Søndre Nordstrand
Tåsenhjemmet, bydel Nordre Aker
Ultra, Brynsenteret
Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
– og alle som stilte til fotografering

Utgitt av: Departementene

Offentlige etater kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter, Kopi- og distribusjonsservice
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Faks: 22 24 27 86

Andre (ikke offentlige instanser) retter sine bestillinger til:
Sosial- og helsedirektoratet v/ Trykksakekspedisjonen
E-post: trykksak@shdir.no Tlf: 24 16 33 68 Faks: 24 16 33 69

Publikasjonen finnes på internett: www.odin.dep.no
Publikasjonskode: I-1121 B

Design: Grafia Kommunikasjon AS / Marianne Bøen
Trykk: Grafia Kommunikasjon AS – 01/2007 – opplag 5000

