

Folkehelsetiltak 2026

**Forslag til tiltak for bedre folkehelse på områdene levevaner,
helsetrusler og det systematiske folkehelsearbeidet.**

Helsedirektoratets innspill til arbeidet med ny folkehelsemelding.

Forord	3
1. Innledning	4
1.1 Folkehelseutfordringer og utfordringer i folkehelsearbeidet	4
1.2 Forslag til tiltak for bedre folkehelse på områdene levevaner, helsetrusler og det systematiske folkehelsearbeidet	5
2. Tiltak for bedre folkehelse ved levevaneendring	8
2.1 Tobakk	8
2.2 Alkohol	9
2.3 Kosthold	10
2.4 Fysisk aktivitet	10
2.5 Forslag til tiltak	12
3. Tiltak for å møte helsetrusler som folkehelseutfordring	22
3.1 Innledning	22
3.2 Forslag til tiltak:	24
4. Tiltak for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid lokalt, regionalt og nasjonalt	36
4.1 Innledning	36
4.2 Forslag til tiltak	37

Forord

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gi innspill til ny folkehelsemelding (TB 2025-99). Vi har tidligere gitt innspill til faglig innretning av meldingen, så dette er andre delleveranse som består av forslag til tiltak på områdene levevaner, helsetrusler og det systematiske folkehelsearbeidet.

Vår leveranse består av i alt 28 tiltak, som er valgt ut bl.a. ved å benytte NOU 2025: 8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioriteringer som rammeverk. Det har ikke vært mulig å gjennomføre rene kost-nytte vurderinger, eller beregne eksakte fordelingseffekter av tiltakene, men vi har anvendt faglig skjønn og innsikt. Av de 28 tiltakene er det noen tiltak vi særlig vil løfte fram. Disse tiltakene mener vi har størst potensiale til å imøtegå det vi anser som aktuelle folkehelseutfordringer:

- Øke særavgifter på tobakk, øke skatter og avgifter på alkoholholdig drikke og innfør gradering av avgift på sukkerholdig drikke
- Iverksett en nasjonal kraftsamling for fysisk aktivitet ved å etablere et tverrsektorielt utviklingsprogram om gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer
- Styrke nasjonalt og kommunalt arbeid med helse- og omsorgsberedskap ved å samarbeide tettere med EU, WHO, NATO og Norden, og omsette erfaringer fra alvorlige hendelser internasjonalt til konkret praksis i Norge.
- Etablere en samlet satsing på helsekompetanse og infodemi-håndtering, inkludert systematisk styrking av helsekompetanse i både helsesektor og befolkningen; overvåking og bruk av EU-rammer mot misinformasjon; og målrettet kommunikasjon for å styrke tillit til helsemyndigheters råd.
- Styrke nasjonal koordinering og utvikling av støtteverktøy for et mer systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeidet i kommunene

1. Innledning

1.1 Folkehelseutfordringer og utfordringer i folkehelsearbeidet

Ikke-smittsomme sykdommer er de viktigste årsakene til tapte leveår i befolkningen (FHI, 2025). Det forebyggende arbeidet for å endre levevaner i befolkningen bør derfor videreføres og styrkes. Innsatsen må skje på flere nivåer og involvere flere aktører. Å legge til rette for sunne valg handler om alt fra en restriktiv avgifts- og reguleringspolitikk, til intervensjoner i helsetjenesten. Videre handler det om å utvikle byer og nærmiljøer på en måte som fremmer fysisk aktivitet. På dette området finnes solid kunnskap om hvilke tiltak og intervensjoner som har god effekt på helsen. Selv om det gjøres mye bra er det fremdeles mer å gå på, for å oppnå større helsemessige gevinster, ikke bare for den enkelte, men for samfunnet som helhet.

Helsedirektoratet gir innspill til folkehelsemeldinger hvert fjerde år. Det har skjedd store geopolitiske og globale omveltninger siden sist. For første gang innlemmes nå klima- og helseberedskap tydeligere i direktoratets innspill. Et samfunn med god helse, små sosiale forskjeller og høy tillit står sterkere når kriser rammer. Folkehelsearbeidet bidrar allerede til en robust befolkning, men vi bør styrke kapasitet for krisehåndtering både lokalt og gjennom internasjonalt samarbeid. Vi må følge med og overvåke utviklingen på smittevernfeltet og sikre mottiltak. Og vi må gi relevant informasjon og bygge helsekompetanse i befolkningen blant annet for å kunne stå imot desinformasjon. Klimaendringer vil være en forsterker av allerede eksisterende helsetrusler og må i større grad tas med som en del av beredskapsarbeidet.

Vi har god kunnskap om befolkningens helse, men vi har mindre kunnskap om hvordan helsen fordeler seg mellom ulike sosioøkonomiske grupper, og kan ikke i dag følge utvikling i sosial ulikhet i helse over tid. Ved å sikre mer effektiv utnyttelse av registerdata er dette mulig å få til, og dette vil gi et bedre grunnlag i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, som er et sentralt folkehelsepolitisk mål. Helsedirektoratets undersøkelse av det kommunale folkehelsearbeidet viser at det er stor variasjon og kvalitetsforskjeller mellom kommunene når det gjelder det systematiske folkehelsearbeidet som folkehelseloven legger opp til. Samordning og verktøyutviklingen kan gi bedre og mer treffsikker veiledning til kommunene på dette området.

1.2 Forslag til tiltak for bedre folkehelse på områdene levevaner, helsetrusler og det systematiske folkehelsearbeidet

I Helsedirektoratets innspill til tiltak for bedre folkehelse har direktoratet avgrenset innspillet til følgende hovedområder: levevaner og ikke-smittsomme sykdommer (kapittel 2), helsetrusler og miljøfaktorer (kapittel 3), og utfordringer i selve folkehelsearbeidet (kapittel 4).

Det betyr ikke at andre tema – som utfordringer knyttet til barn og unges helse, en aldrende befolkning, psykisk helse og livskvalitet – ikke er viktig. Men dette er områder som er godt ivarettatt i pågående strategier og nasjonale satsinger slik som Meld. St. 28 (2024-2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*, Meld. St. 23 (2023-2033) *Opptappingsplan psykisk helse*, Meld. St. 5 (2024-2025) *Forebyggings- og behandlingsreformen på rusfeltet*, Meld. St. 24 (2022-2023) *Felleskap og meistring. Bu trygt heime* og Nasjonal livskvalitetsstrategi – fra måling til politikktutforming 2025-2030.

Myndighetssamarbeid om forebygging av ikke-smittsomme sykdommer

Norge leder det EU-finansierte myndighetssamarbeidet *Joint Action on Prevention of Non-Communicable Diseases*, JA PreventNCD – et ambisiøst, fireårig prosjekt som forener 25 land og over 100 partnere i en felles innsats for å styrke forebygging av NCDer i Europa. JA PreventNCD har som overordnet mål å redusere sykdomsbyrden knyttet til ikke-smittsomme sykdommer og felles risikofaktorer. Gjennom en helhetlig tilnærming støttes medlemslandene i EU, samt Norge og Island, i arbeidet med å forebygge sykdom og fremme helse – samtidig som er det et mål å redusere sosiale helseforskjeller. JA PreventNCDs felles ambisjon er å etablere bærekraftige strukturer for forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, som gir helseeffekt både på kort og lang sikt – for nåværende og kommende generasjoner. Gjennom dette arbeidet har Norge både utviklet nye tiltak, delt erfaringer med land i EU og fått ta del i andre lands erfaringer. Dette gjenspeiles i flere av de foreslåtte tiltakene.

EU-kommisjonens nye satsing *The Safe Hearts Plan*, som ble lansert i desember 2025, vil bygge på arbeidet og resultater fra JA PreventNCD. *The Safe Hearts Plan*,¹ er en helhetlig plan for å redusere dødsfall og sykdom fra hjerte- og karsykdommer. Planen vektlegger forebygging, og skal styrke befolkningens mulighet til å ivareta egen helse gjennom en livslang og persontilpasset tilnærming til egen helse. Dette skal gjøres blant annet gjennom arbeid med risikofaktorene alkohol, tobakk, kosthold og fysisk aktivitet, og bygge på erfaringer og resultater fra JA PreventNCD.

¹ The Safe Hearts Plan: [Cardiovascular health - Public Health - European Commission](#), Hentet 24.06.26

I denne leveransen foreslår vi 28 tiltak som retter seg mot det vi anser å være aktuelle folkehelseutfordringer. Her følger en kort oversikt over tiltakene, i kapittel 2-4 gis en videre utdyping og begrunnelse for hvert tiltak. Utarbeidingen av tiltakene følger en metodikk som er beskrevet i eget vedlegg. Tiltakene presenteres ikke i prioritert rekkefølge, men i forordet peker vi på enkelte tiltak som vi mener vil ha særlig stor effekt.

Levevaner

- Øke særavgifter på tobakk, øke skatter og avgifter på alkoholholdig drikk og innføre gradering av avgift på sukkerholdig drikke
- Styrke og systematisere kort intervensjon (brief intervention) i primærhelsetjenesten for fysisk aktivitet og alkoholvaner
- Innføre nasjonalt program for røykeslutt
- Innføre forbud mot salg av tobakk og nikotin til personer under 20 år
- Innføre krav til merking av helseinformasjon på alkoholholdig drikk
- Beskytte, fremme og støtte amming i tråd med WHO's anbefalinger
- Styrke reguleringen av offentlige matinnkjøp
- Styrke behandlingstilbudet til personer med overvekt og fedme
- Iverksette en nasjonal kraftsamling for fysisk aktivitet. Etablering av tverrsektorielt utviklingsprogram om gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer
- Videreutvikle og gjennomføre kampanjer og kommunikasjonsarbeid (kosthold og fysisk aktivitet)

Helsetrusler og miljøfaktorer

- Styrke kommunene i deres arbeid med helse- og omsorgsberedskap
- Styrke internasjonal samordning: EU-WHO-NATO-Norden
- EU/NATO-læring og implementering (øvelser, standarder og samvirke)
- Styrke pandemiberedskap som internasjonal folkehelsekapasitet (IHR, pandemiavtale, PBAS)
- Utarbeide informasjon om antimikrobiell resistens til befolkningen og forskrivere
- Sikre god overvåking av infeksjonssykdommer, inkludert nye, ukjente agens
- Styrke vaksinasjonsarbeidet
- Etablere varig satsing på helsekompetanse og infodemi-håndtering som del av ordinært folkehelsearbeid
- Etablere en nasjonal beredskapssatsing med befolkningsrettede tiltak og tiltak i lokalsamfunnet for å styrke befolkningens psykologiske motstandskraft
- Integrere klimaperspektivet systematisk i helseberedskapsarbeidet og folkehelsearbeidet
- Utarbeide en nasjonal inneklimastrategi
- Sikre bedre data om skader og ulykker

Det systematiske folkehelsearbeidet

- Sikre mer effektiv utnyttelse av registerdata for å kunne følge utvikling i geografisk og sosial ulikhet i helse
- Sikre bedre og mer effektiv utnyttelse av eksisterende befolkningsundersøkelser om helse og levevaner, samt styrke muligheten for å følge utvikling i grupper av befolkningen
- Sikre at gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser (FHUS) gjøres på en måte som gir sammenlignbare tall på tvers av geografiske nivåer.
- Tilgjengeliggjøre statistikk på levekårssonenivå enkelt og kostnadsfritt for kommunen på samme måte som statistikk på kommunenivå
- Styrke nasjonal koordinering og verktøystøtte for et mer systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid
- Styrke oppfølgingen av det nasjonale systematiske folkehelsearbeidet ved å etablere et system for monitorering (internkontroll) og oppfølging av den nasjonale folkehelsepolitikken.

2. Tiltak for bedre folkehelse ved levevaneendring

I dette kapittelet gir vi en beskrivelse av utfordringsbildet på områdene tobakk, alkohol, kosthold og fysisk aktivitet (punkt 2.1-2.4). Deretter følger en beskrivelse av foreslåtte tiltak (punkt 2.5). Til hvert tiltak følger informasjon om hva tiltaket omfatter og begrunnelsen for tiltaket. Der det er aktuelt, gis det informasjon om relevante aktiviteter i JA PreventNCD.

2.1 Tobakk

Røyking er en av de største, påvirkbare risikofaktorene for sykdomsbyrde i Norge, både blant menn og kvinner.² Om lag 95 000 krefttilfeller kan unngås i perioden 2016–2045 dersom røyking var helt eliminert fra 2016. Dette tilsvarer omtrent 20 prosent av de forventede tilfellene for de aktuelle krefttypene.³ For å snu trenden med røykerelatert kreft raskest mulig, peker Kreftregisteret på at flere 50- og 60-åringer må slutte å røyke.⁴ Nedgangen i røyking går sakte blant de eldste, altså den aldersgruppen som har størst risiko for å bli rammet av røykerelaterte sykdommer.⁵

Det er en høy andel som fortsatt røyker i de eldre aldersgruppene (12 prosent i aldersgruppene 45-54 og 55-64 år røyker daglig⁶), det er store sosiale forskjeller i tobakksbruk⁷ og en høy andel unge rekrutteres til tobakk- og nikotinbruk. Tall fra SSB viser blant annet at snusbruk er det mest brukte nikotinproduktet blant unge (i 2025 brukte 30 prosent av 16-24-åringene snus daglig eller av og til). Det er en økning i av-og-til røyking blant unge (21 prosent av 16-24 åringer i 2025), samtidig som bruken av e-sigaretter har økt betydelig de siste årene, særlig blant jenter 16-24 år (14 prosent oppga daglig eller av-og-til-bruk i 2025⁸).

Unge eksponeres for et stort omfang av tobakks- og nikotinrelatert innhold i sosiale medier, og det kan her være krevende å skille betalt markedsføring fra ubetalt innhold. Ungdommer oppgir også at de opplever det som enkelt å skaffe nikotinprodukter som vape via sosiale medier.⁹

² Del 3: De store utfordringene for folkehelsen - FHI

³ Andersson, T. M.-L., Engholm, G., Brink, A.-L., Pukkala, E., Stenbeck, M., Tryggvadottir, L., Weiderpass, E., & Storm, H. (2018). Tackling the tobacco epidemic in the Nordic countries and lower cancer incidence by 1/5 in a 30-year period—The effect of envisaged scenarios changing smoking prevalence. *European Journal of Cancer* (1990), 103, 288–298. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.02.031> (hentet 090626) Tackling the tobacco epidemic in the Nordic countries and lower cancer incidence by 1/5 in a 30- year period—The effect of envisaged scenarios changing smoking prevalence. *European Journal of Cancer*

⁴ Kreft og Kreftregisteret - FHI og [WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco](#)

⁵ Adverse health effects of electronic cigarette use: an umbrella review and toxicological evaluation - FHI

⁶ Statistikkbanken – SSB

⁷ Tal om tobakk - Helsedirektoratet, Sosial ulikhet i bruk av tobakk - FHI

⁸ Statistikkbanken – SSB

⁹ Leveranse til HOD. Upublisert. Opinion 2025/oppdrag TB2025-9

Samtidig oppgir norske ungdommer at tradisjonelle sigaretter er lettere tilgjengelig enn det ungdom i andre europeiske land opplever.¹⁰ Det kan tyde på at den totale tilgjengeligheten på tobakks- og nikotinprodukter er relativt god for norsk ungdom.

2.2 Alkohol

Alkoholbruk er en av de fremste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen.¹¹ Det er det mest brukte rusmiddelet i Norge, og rusmiddelet som forårsaker mest skade, helsemessig og sosialt. Det er samtidig betydelige sosiale forskjeller i alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet i befolkningen.¹² Alkohol bidrar særlig til overdødelighet blant unge voksne med lav sosioøkonomisk status.^(ibid) Alkohol berører og angår hele befolkningen, indirekte eller direkte. Alkohol medfører mer enn noe annet rusmiddel betydelige konsekvenser for andre, såkalte tredjepartsskader. Omsorgssvikt, frykt, ulykker, vold og fosterskader er noen eksempler. Helsetjenestene påføres store kostnader knyttet til akutte skader som trafikkulykker, andre ulykker og vold.¹³ Samtidig vet vi at bruk av illegale rusmidler, som kokain, oftere forekommer blant ungdom med et høyt alkoholbruk.¹⁴

De viktigste virkemidlene i *Nasjonal alkoholstrategi* er bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og avgiftspolitikken, som regnes blant de mest effektive tiltakene for å begrense totalkonsumet av alkohol i befolkningen.¹⁵ Til sammen dekker disse virkemidlene Verdens helseorganisasjons tre hovedanbefalinger for alkoholpolitikk: høyere priser, restriksjoner på markedsføring og redusert tilgjengelighet.¹⁶

En midtveis-evaluering av Nasjonal alkoholstrategi utført av FHI, har blant annet sett på hva som bør gjøres for å nå strategiens mål: "Det mest nærliggende er å ta i bruk et sett av virkemidler. Ut fra kunnskap om forventet effekt er det følgende virkemidler som peker seg ut: økte avgifter, innstramminger av innførselskvoten, innføring av advarselsmerking, eventuelt supplert med vesentlige begrensninger i antall salgs- og skjenkesteder og i salgs- og skjenketider."¹⁷

Forebygging av alkoholrelaterte skader og dødsfall krever en bred tilnærming på flere nivåer. I tillegg til universelle tiltak rettet mot befolkningen, er det behov for målrettede tiltak for grupper i befolkningen som er vanskeligere å nå, og for å begrense skadevirkningene av et allerede oppstått problem.

¹⁰ ESPAD 2025/[Bruk av røyk, e-sigaretter og snus blant ungdom - FHI](#)

¹¹ [Del 3: De store utfordringene for folkehelsen - FHI](#)

¹² [Meld. St. 15 \(2022–2023\)](#)

¹³ [Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne - FHI](#)

¹⁴ [Ungdom og rusmidler: Hva vet vi, og hva kan kommunen gjøre? - Helsedirektoratet](#)

¹⁵ [Nasjonal alkoholstrategi](#)

¹⁶ [Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd ed](#)

¹⁷ [Evaluerings av Nasjonal alkoholstrategi \(2021-2030\)](#)

2.3 Kosthold

Global Burden of Disease 2023 anslår at nesten 4000 dødsfall og mer enn 80 000 tapte leveår kunne tilskrives kosthold i Norge i 2023. Et høyt inntak av bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt, og et lavt inntak av fullkorn, frukt og grønnsaker, var kostholds faktorene som bidro mest til tapte friske leveår.¹⁸

Andelen som kjenner til kostrådene er høy, og mange forsøker å spise mer grønnsaker, frukt og bær, og mindre av snacks, søte bakevarer og godteri.¹⁹ Samtidig viser nasjonale kostholdsundersøkelser at befolkningen ikke spiser i tråd med myndighetenes anbefalinger. Dagens kosthold består av lavere inntak av frukt, grønnsaker og fisk enn anbefalt, samt høyere inntak av rødt og bearbeidet kjøtt, salt, sukker og mettet fett enn anbefalt.²⁰ Helsedirektoratet finner de samme kostholdsutfordringene hos barn. Blant annet utgjør kostens innhold av tilsatt sukker 12 energiprosent blant 9- og 13-åringer, mot anbefalt under 10 energiprosent. Hovedkilder til sukker blant barn (og voksne) er søtsaker, saft og brus, samt kaker.²¹

Maten vi kjøper og kostholdet vårt påvirkes i stor grad av maten som er tilgjengelig og hvilke matvalg omgivelsene våre oppmuntrer til. Det handler om tilgjengelighet, fysiske omgivelser, pris, markedsføring og påvirkning, regulering og politikk. En rekke internasjonale strategier og planer anbefaler at nasjonale myndigheter iverksetter politikk og tiltak for å bedre matomgivelser som en del av innsatsen for å nå de globale målene om å redusere forekomsten av overvekt, fedme og ikke-smittsomme sykdommer.²² Matomgivelsene har innvirkning på kosthold og helse og legger i dag i stor grad til rette for inntak av energitett og næringsfattig mat med mye salt, mettet fett og sukker. Geografisk nærhet til hurtigmattilbydere er assosiert med økt kroppsvekt. Dette understreker betydningen av å utforme matomgivelser som fremmer sunne valg gjennom strukturelle tiltak og politikk. Steder i England og USA har f.eks. innført restriksjoner på tilbydere av hurtigmat rundt skoler.

Nesten alle nyfødte i Norge får morsmelk, men en stor andel fullammes og ammes i en kortere periode enn anbefalt. Mens det globalt har vært en økning i andelen barn som fullammes de første seks månedene, har det i Norge vært en nedgang i andelen som fullammes fra fire måneders alder.²³

2.4 Fysisk aktivitet

Å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen er nødvendig for å møte store folkehelseutfordringer.

¹⁸ [The burden of dietary risk factors in the Nordic and Baltic countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023 - The Lancet Regional Health – Europe](#) (2025)

¹⁹ Helsedirektoratet. (2025). *Utviklingen i norsk kosthold*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold-2025>

²⁰ Myhre, J., Brodin, M., & Andersen, L. (2024). *Norkost 4. En landsomfattende kostholdsundersøkelse*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/norkost-4>

²¹ Helsedirektoratet. (2025). *Utviklingen i norsk kosthold*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold-2025>

²² [Food-EPI rapporten - Samfunnsnærering](#)

²³ [Flere mødre supplerer ammingen med tilskudd - FHI](#), hentet 10.06.26

Det gir betydelige gevinster for bl.a. helse, livskvalitet, mestring, arbeidsdeltakelse, produktivitet og beredskap. Økt aktivitet kan også bidra til klima- og miljømål gjennom utslippsreduksjon, redusert forurensning og bedre luftkvalitet.

Fysisk inaktivitet er ett av tre mål i WHO's globale handlingsplan mot ikke-smittsomme sykdommer som Norge ikke ser ut til å nå.²⁴ I de nasjonale faglige rådene for fysisk aktivitet i forebygging og behandling står det at *"voksne bør [...] være fysisk aktive i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet, minst 75 til 150 minutter med høy intensitet eller en kombinasjon [...], og at barn og unge 6-17 år bør være fysisk aktive i gjennomsnitt minst 60 minutter per dag i moderat til høy intensitet"*.²⁵ Både hos barn, unge og voksne ser man at anbefalingen for fysisk aktivitet ikke etterleves.²⁶ Blant voksne ser man for eksempel at den fjerdedelen som har høyest aktivitetsnivå i gjennomsnitt har fem ganger så høyt aktivitetsnivå som fjerdedelen med lavest aktivitetsnivå. Iverksatte innsatser de siste ti årene har ikke vært tilstrekkelige for å øke aktivitetsnivået. Det er en svak oppgang blant voksne som når rådene, men en nedgang blant 9-årige gutter. Norge har ikke klart å få mer aktive reisevaner.²⁷ Storingsvedtaket om daglig aktivitet i skolen er ikke fulgt opp.²⁸ Evalueringen av satsingen «Idrett for alle i Oslo» (startet i 2018) viste betydelige sosiale forskjeller i idrettsdeltakelsen blant barn og unge i Oslo og høyest deltagelse blant majoritetsgutter og familier med høy sosioøkonomisk status. Lavest deltagelse fant man blant minoritetsjenter og ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status. Men det ble angitt at forskjellene i idrettsdeltakelse var mindre i 2023 enn åtte år tidligere.²⁹

Små uteområder rundt skoler gir mindre plass til lek og fysisk aktivitet, og kan svekke barns helse og læring samt øke sosial ulikhet. Barn med lite tilgang til natur hjemme får færre kompenserende tiltak på skolen,³⁰ og hensynet til barn og unge taper ofte i arealplanleggingen.³¹

Det er en stor utfordring å tilrettelegge omgivelsene for alle, blant annet bolignære grøntområder, parker, transportmuligheter, barnehager/skoler, friluftslivsområder, treningssentre mm., slik at det gir mulighet for fysisk aktivitet for så mange som mulig.

Det mangler gode systemer for samhandling på tvers av sektorer innen planlegging, folkehelse, samferdsel, kultur og idrett. Mange kommuner har begrensede ressurser til å jobbe på tvers, samtidig som styringssystemene preges av sektortenkning og svak samordning mellom departementer. Manglende formelle samarbeidsmekanismer og lite bruk av eksisterende verktøy, svekker arbeidet med aktivitets- og aldersvennlige lokalsamfunn, og samarbeid er fortsatt en kjent hovedutfordring i folkehelsearbeidet.

²⁴ [Hovudpunkt - FHI](#)

²⁵ [Fysisk aktivitet i forebygging og behandling - Helsedirektoratet](#)

²⁶ [Kartlegging av fysisk aktivitet, sedatid og fysisk form blant barn og unge 2018](#) og [Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020-22](#)

²⁷ [nokkeltallsrapport-rvu-2024-pdf-190324.pdf](#)

²⁸ [Sak - stortinget.no](#)

²⁹ [Ungdom og idrett i Norge - Ungdata](#) hentet 10.06.26

³⁰ [Over halvparten av norske grunnskuleelever har for lite uteområde på skulen | NMBU](#)

³¹ [Hvordan ivaretas hensynet til barn og unge i planlegging etter plan- og bygningsloven \(2008\)? - Nasjonalt vitenarkiv](#)

2.5 Forslag til tiltak

Basert på dette utfordringsbildet foreslår Helsedirektoratet disse tiltakene for å redusere risikofaktorene for ikke-smittsomme sykdommer:

Øke særavgifter på tobakk, øke skatter og avgifter på alkoholholdig drikke og innføre gradering av avgift på sukkerholdig drikke

Tiltaket omfatter:

- Tobakk: Å øke særavgifter for tobakk. Helsedirektoratet har tidligere (2024) foreslått at avgiften økes flatt for alle tobakksvarer som har særavgifter for å unngå uheldige forskyvninger i forbruk fra mindre farlige til mer farlige produkter.
- Alkohol: Øke skatter og avgifter på alkoholholdig drikke gjennom helsebegrunnet snarere enn provenybegrunnet avgift som i dag (begrunnet i statens inntekter).
- Sukkerholdig drikke: Innføre enkel gradering av avgift på sukkerholdig drikke; høyest avgift for drikkevarer tilsatt sukker, samt lavere avgift for drikkevarer tilsatt søtstoff. Vann med og uten kullsyre og/eller smak kan fritas for avgift.

Begrunnelse for tiltaket

- Avgifter er et økonomisk virkemiddel som baserer seg på prinsippet om at økte priser reduserer etterspørselen, og omvendt: reduserte priser øker forbruket. En slik regulering er anbefalt i *WHO Best buys*³² og vurdert som tiltak med moderat til høy dokumentert effekt. Relativt til konsumprisindeksen har prisen på tobakk stått omtrent stille siden 2015, mens alkoholholdig drikk har blitt billigere. En innstramning på disse to områdene vil også samsvare med WHO's *3 by 35 initiative*.³³
- Alkohol- og tobakksavgiftene skal gi staten inntekter, men skal også bidra til å redusere forbruket av alkohol og tobakk, og med det redusere og begrense både de individuelle og samfunnsmessige skadene alkohol- og/eller tobakksbruk medfører. Tidligere beregninger har vist at ti prosent økning i pris på tobakk kan gi en nedgang i forbruk om lag 5 prosent.³⁴ Det er også tidligere gjort slike beregninger for alkohol i Norge (2004).³⁵
- Avgift på sukkerholdig drikke er ett av syv kostholdstiltak i *WHO Best Buys*.³⁶ Norge har i dag ingen ordning med avgift på sukkerholdig drikke. Dette ble avskaffet i 2021. I norsk kontekst kan en slik avgift ha effekt, særlig for barn og unge. Forekomsten av overvekt og fedme i både den voksne befolkningen og blant barn og unge, er høy.³⁷ I notatet *Vurdering av særavgiftenes betydning* skriver FHI at det er en kobling mellom sukkerholdig mat og drikke og overvekt, fedme og andre negative helseeffekter.

³² WHO: Tackling NCDs. Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases (2024) [content](#) Hentet 10.06.26

³³ [The 3 by 35 Initiative](#), hentet 09.06.26

³⁴ [Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? - FHI](#) hentet 10.06.26

³⁵ Alver, ØO. Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge. SIRUS rapport nr. 4/2004 Statens institutt for rusmiddelforskning (Oslo, 2004) [Microsoft Word - Elastisiteter v13.doc](#), hentet 10.06.26

³⁶ WHO: Tackling NCDs. Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases (2024) [content](#) Hentet 10.06.26

³⁷ [Overvekt og fedme i Norge - FHI](#)

FHI skriver videre at assosiasjonsstudier viser tydelige dose-respons-sammenhenger for inntak av sukkerholdig drikke og totaldødelighet.³⁸ Notatet konkluderer med at avgiftskuttet i 2021 trolig har hatt en negativ effekt på befolkningens helse.

- NOU 2019:8 om særavgifter på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer, anslo at en vektreduksjon i den norske befolkningen på én prosent som en følge av økte avgifter på sukkerholdig drikke, ville gi en sosioøkonomisk gevinst på rundt kr. 1,15 milliarder, grunnet reduksjon i sykdomsbyrde og helseutgifter.³⁹ Tiltaket kan også stimulere produsentene til å reformulere,⁴⁰ som i bl.a. Storbritannia og Ungarn, hvor produsenter har redusert sukkerinnholdet i produktene for å unngå avgiften.

Hvordan er dette koblet til JA preventNCD?

Regulatoriske og finansielle virkemidler er en egen arbeidspakke i JA preventNCD (WP5), hvor det blant annet ses på skatter og avgifters effekter på ikke-smittsomme sykdommer.

Styrke og systematisere kort intervensjon (brief intervention) i primærhelsetjenesten for fysisk aktivitet og alkoholvaner

Tiltaket omfatter:

- Brief intervention (kort intervensjon) er en anbefalt strukturert, tidsbesparende metode for å ta opp livsstilsendringer som røykeslutt, alkoholbruk eller fysisk aktivitet. Det gjennomføres som en kort, strukturert samtale (med helsepersonell eller andre aktuelle profesjoner) med mål om å kartlegge aktuell levevane og barrierer, og samtidig bidra med råd, veiledning og eventuell videre henvisning eller tilbud om hjelp.
- Øke kompetanse (kunnskap og verktøy) hos helsepersonell
- Tiltaket er individrettet og utføres i primærhelsetjenesten

Begrunnelse for tiltaket

- Helse- og omsorgstjenesten skal fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning^{41,42,43}
- Kort intervensjon i primærhelsetjenesten er et tiltak med høy effekt og stort potensial gjennom rutineoppfølging. Tiltaket er effektivt, anbefalt i Nasjonale råd for fysisk aktivitet i forebygging og behandling⁴⁴ og løftes frem i Nasjonal alkoholstrategi,⁴⁵ men det er lite systematisert, implementert og brukt i Norge.

³⁸ [notat-vurdering-av-saravgiftenes-betydning-2021.pdf](#), hentet 10.06.26

³⁹ [NOU 2019: 8](#) Hentet 10.06.26

⁴⁰ [Understanding sugar-sweetened beverage tax implementation globally: a 34-year, population-based observational study in 183 countries](#), Hentet 23.06.26

⁴¹ [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester - Lovdata](#), hentet 10.06.26

⁴² [Helse- og omsorgstjenesteloven med kommentarer - Helsedirektoratet](#), hentet 10.06.26

⁴³ [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Kapittel 1. Formål og virkeområde - Lovdata](#), hentet 10.06.26

⁴⁴ [Samtaler om fysisk aktivitet - Helsedirektoratet](#), hentet 10.06.26

⁴⁵ [Nasjonal alkoholstrategi](#), hentet 10.06.26

- Fysisk aktivitet kan redusere forekomst av blant annet høyt blodtrykk, type 2 diabetes, en del kreftformer, fall, dødelighet, og bedre mental og kognitiv helse, søvn og kroppssammensetning.^{46,47,48} Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for mange av de viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge. Det er god dokumentasjon for at fysisk aktivitet som effektiv og god medisin for en rekke tilstander.^{49,50}
- Ni av ti med alkoholproblemer ber ikke om hjelp eller blir ikke fanget opp når de kontakter lege. Anbefalingen til fastleger i dag er at de screener for alkohol på indikasjon, altså ikke nødvendigvis å spørre alle pasienter om alkoholbruk.⁵¹ Nasjonal alkoholstrategi skriver at Regjeringen vil "øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og betydningen av å avdekke slike problemer og utvikle verktøy for å håndtere dette."⁵² Økt kompetanse blant helsepersonell i kommunen og bedre rutiner for å oppdage og kartlegge risikabel alkoholbruk, vil kunne bidra til at langt flere av dem som har alkoholproblemer kan få hjelp og tilbud om behandling.

Innføre nasjonalt program for røykeslutt

Tiltaket omfatter:

- Nasjonal utrulling av røykesluttprogram basert på røykesluttpiloten i Vestre Viken fra 2020-2023. Piloten ble evaluert av FHI og gav svært gode resultater.⁵³
- Statlig finansiering av medisiner for røykeslutt for deltagere i programmet
- Oppfølging ved frisklivssentral i 12 uker

Begrunnelse for tiltaket

- Et nasjonalt program for røykeslutt er utviklet, men mangler finansiering. Tiltaket er foreslått i både i tobakksstrategien og kreftstrategien, og med ulike finansieringsmuligheter
- WHO angir at tiltak som reduserer kostnadene for behandlingen for røykere, øker antallet som prøver å slutte, og sannsynligheten for at de lykkes med å slutte. Anbefalt metode for røykeslutt er å bruke legemidler i kombinasjon med strukturert veiledning.⁵⁴ Men terskelen for å bruke penger på legemidlene kan være høy. 41 prosent av et representativt utvalg oppgir at de kun ville brukt legemidler dersom de var gratis.⁵⁵
- Tiltaket kan bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse. Det er en betydelig sosial gradient i daglig røyking. 68 prosent av deltakere i pilotprosjektet i Vestre Viken (2020-23) hadde kun grunnskole eller videregående utdanning.

⁴⁶ [Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose-response meta-analysis of large prospective studies | British Journal of Sports Medicine](#), hentet 10.06.26

⁴⁷ [Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews | BMC Public Health | Springer Nature Link](#), Hentet 10.06.26

⁴⁸ [Physical activity](#), Hentet 10.06.26

⁴⁹ [Sykdomsbyrde i Norge - FHI](#), hentet 10.06.26

⁵⁰ Yrkesforeninger for fysisk aktivitet (YFA), Dohrn, I.-M., Jansson, E., Börjesson, M., & Hagströmer, M. (red.). (2021). FYSS 2021: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningen förlag AB

⁵¹ [Nasjonal alkoholstrategi](#), hentet 10.06.26

⁵² [Nasjonal alkoholstrategi](#), hentet 10.06.26

⁵³ [FHI 2022](#), Hentet 09.06.26

⁵⁴ [WHO releases first-ever clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults](#)

⁵⁵ Mindshare, Effektanalyse - Stopptober pre- og posttest [upublisert]. 2021.

Hvordan er dette koblet til JA preventNCD?

Norge deltar i JA preventNCD (WP10) med røykesluttpiloten i Vestre Viken som et godt eksempel på tiltak for røykeslutt. Sammen med andre land arbeides det med å identifisere generiske elementer som kan bidra til å enklere tilpasse og implementere tiltak for tobakksavvenning lokalt, slik som piloten i Vestre Viken. Rapporter og verktøy er oversatt til engelsk og Norge bidrar med eksempler i felles leveranser om tobakksavvenning.

Innføre forbud mot salg av tobakk og nikotin til personer under 20 år

Tiltaket omfatter:

- Heve aldersgrensen for kjøp av tobakks- og nikotinprodukter til 20 år
- Heve aldersgrensen for kjøp/innførsel av tobakk, e-sigaretter og tobakkssurrogater ble foreslått i Helsedirektoratets leveranse til HOD for tobakks- og nikotinfri generasjon 2010 i 2024. I leveransen fant ikke Helsedirektoratet grunnlag for å skille mellom snus og øvrige tobakksvarer, og det vil omfatte tobakkssurrogater med og uten nikotin, tobakksimitasjoner og tobakksutstyr
- I leveransen fra 2024 skrev direktoratet at en hevet aldersgrensen kunne være mulig i Norge, og viser også til andre land som har innført lignende grep som Latvia,⁵⁶ Irland⁵⁷ og USA⁵⁸ med økt aldersgrense, og Storbritannia med generasjonsforbud.⁵⁹

Begrunnelse for tiltaket

- Dette tiltaket vil kunne påvirke tilgangen for unge og bidra til at færre begynner med nikotin- og tobakksprodukter.
- Helsedirektoratet har ved flere anledninger løftet frem heving av aldersgrense.
- En utredning, med begrunnelse var overlevert HOD i 2024, *Utredning og forslag om tiltak for å oppnå tobakks- og nikotinfri generasjon 2010*

Innføre krav til merking av helseinformasjon på alkoholholdig drikk

Tiltaket omfatter:

- Å merke alkoholholdige drikkevarer med helseinformasjon
- Å øke befolkningens kunnskap om helseskader knyttet til alkoholbruk

Begrunnelse for tiltaket

- WHO anbefaler merking av alkohol som et tiltak for å forebygge og redusere helseskader av konsum. Merking kan omfatte helsekonsekvenser, næringsinnhold, ingredienser, mv.
- Helsedirektoratet oversendte HOD et notat i desember 2024 om merking av helseinformasjon på alkohol (TB2023-03). I dette notatet beskriver Helsedirektoratet sine anbefalinger for innretning og utforming av ordningen i norsk kontekst.

⁵⁶ [Smoking age limit to be raised to 20 - Latvijas Republikas Saeima](#), Hentet 10.06.26

⁵⁷ [Government approves legislation to increase the minimum legal age of sale of tobacco products to 21](#), Hentet 10.06.26

⁵⁸ [Tobacco 21 | FDA](#), Hentet fra 10.06.26

⁵⁹ [UK introduces lifetime ban on tobacco for younger generations - European Lung Foundation](#), Hentet 10.06.26

- Merking direkte på produkt regnes kommunikasjonsmessig som svært effektivt. Tiltaket antas derfor å ha stort potensiale for å formidle informasjon og påvirke normer/holdninger, og øke befolkningens kunnskap og oppmerksomhet om konsekvenser av alkoholbruk

Hvordan er dette koblet til JA preventNCD?

Norge deltar i task 5.5 Alcohol labelling der målet er å samle kunnskap og utvikle forslag til felles europeisk merking

Beskytte, fremme og støtte amming i tråd med WHO's anbefalinger

Tiltaket omfatter:

- Implementering av WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning (inkludert mat til barn under tre år) i Norge.
 - Regulere markedsføring av morsmelkerstatning og mat til barn under tre år, inkludert i digitale kanaler, i tråd med WHO-koden, gjennom regelverk og uavhengig monitorering.
 - Sørge for at helsepersonell arbeider i tråd med WHO-koden, inkludert kodens bestemmelser knyttet til sponsing av helsepersonell og faglige møter fra selskaper som markedsfører morsmelkerstatning og barnemat.
- Implementering av WHO/UNICEF Mor-barn-vennlig standard i alle landets føde- og barselavdelinger, nyfødtmedisinske avdelinger og helsestasjoner (Ammekyndig helsestasjon), i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen⁶⁰.
- Informasjon og veiledning til foreldre
- Tilrettelegging av arbeidslivet slik at kvinner kan amme i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

Begrunnelse for tiltaket

- Amming har en rekke positive helseeffekter for både barn og mor og er et av *WHO's Best buys* og kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Å gi alle barn den beste starten i livet er det første, grunnleggende prinsippet for å forebygge sosiale helseforskjeller.⁶¹
- WHO og UNICEF har dokumentert at markedsføring av morsmelkerstatning påvirker valg av spedbarnsernæring og reduserer amming, med negative helsekonsekvenser for barn og mødre.⁶² Implementering av WHO's kode for markedsføring av morsmelkerstatning er et nødvendig tiltak for å beskytte, fremme og støtte amming. Norge støtter koden aktivt internasjonalt, men skårer dårlig på WHO's vurderinger av implementering av koden nasjonalt. Ifølge WHO er markedsføring rettet mot helsepersonell en svært viktig kanal for barnematindustriens markedsføring⁶³. Tilrettelegging og arbeid for et samarbeid mellom helsepersonell og barnematindustrien bør skje i tråd med WHO-koden.

⁶⁰ [Barselomsorgen - Helsedirektoratet](#), Hentet 10.06.26

⁶¹ [what-is-a-marmot-place.pdf](#), Hentet 09.06.26

⁶² [How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding](#), Hentet 09.06.26

⁶³ [Sponsorship of national and regional professional paediatrics associations by companies that make breast-milk substitutes](#), hentet 09.06.26

- Det er godt dokumentert at implementering av Mor-barn-vennlig standard er forbundet med høyere ammeforekomst, både på sykehuset og i kommunen.⁶⁴
- For å kunne ta informerte valg, bør foreldre få kunnskapsbasert informasjon om amming og spedbarnsernæring på forskjellige språk.⁶⁵

Hvordan er dette koblet til JA preventNCD?

Både ammekyndig helsestasjon (Mor-barn-vennlig standard i kommunen), implementering av WHOs kode for markedsføring av morsmelkerstatning og informasjon til foreldre er sentrale elementer i JA preventNCD (task 6.5) hvor Norge deltar.

Styrke reguleringen av offentlige matinnkjøp

Tiltaket omfatter:

- Innføre reguleringer for å sikre at mat og måltider som tilbys i offentlig sammenhenger er i tråd med kostrådene. Mat som anskaffes omfatter enten ferdige måltidstjenester eller råvarer til egen produksjon.

Begrunnelse for tiltaket

- Det offentlige anskaffer store volum av mat-, drikkeprodukter og måltider for salg og servering og setter rammene for mange menneskers matvalg, for eksempel i barnehager og skoler. Offentlige matinnkjøp i tråd med kostrådene kan bidra til å etablere sunne vaner og kan ha en sosialt utjevne effekt. Med slik virksomhet følger ansvar for å sikre at tilbudet er i tråd med Helsedirektoratets kostråd, retningslinjer og anbefalinger, og å ivareta hensyn til matallergier, intoleranser, sykdom, religion, livssyn og/eller kultur. Offentlige matinnkjøp i tråd med kostrådene kan skape forutsigbarhet for leverandører og produsenter, og kan bidra til langsiktige endringer i matsystemet.
- Tiltaket vil nå bredt ut på universelle arenaer som barnehager, skoler og SFO samt helseinstitusjoner, militæret og kriminalomsorgen. Det anslås at det serveres rundt 300 millioner måltider årlig i offentlig sektor, men tallet er usikkert.
- Tiltaket kan ha et høyt potensial og kan være et viktig strukturelt virkemiddel. De potensielle samfunnsgevinstene av at befolkningen følger kostrådene er estimert til totalt 250 – 300 mrd. kr per år.⁶⁶
- Tiltaket kan også føre til at det offentlige har et mattilbud som bidrar til klimagassreduksjon.^{67,68}

⁶⁴ [Overcoming barriers to breastfeeding - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266720300000), Hentet 10.06.26

⁶⁵ <https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/taking-action/what-is-a-marmot-place.pdf>, hentet 10.06.26

⁶⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, 2024 [Effektive kosthaldstiltak](#) hentet 10.06.26

⁶⁷ Miljødirektoratet. *J01 Forbruk i tråd med nasjonale kostråd*. [nettdokument]. Oslo: Miljødirektoratet. Hentet fra [J01 Forbruk i tråd med nasjonale kostråd - miljodirektoratet.no](https://www.miljodirektoratet.no/forbruk-i-trad-med-nasjonale-kostrad)

⁶⁸ *Klimatiltak i Norge 2026: Veivalg og utslippsbaner mot 2050* (M-3128|2026). Miljødirektoratet. Hentet fra <file:///C:/Users/hiber/Downloads/M3128.pdf>

Hvordan er dette koblet til JA preventNCD

I løpet av 2026 skal flere piloter i ulike land, inkludert Norge, pilotere en "virtual tender development exercise" for offentlig matinnkjøp. Piloten vil adressere (og tette) gapet mellom teori og praksis ved å utforske hvordan The Joint Research Centre (JRC)-kriteriene kan bli integrert på nasjonalt nivå. På grunn av tidsrammen i JA preventNCD (ut 2027) vil ikke piloten inkludere en full innkjøpsprosedyre, men utvikle og teste elementer som kan bli brukt i fremtidige anbud.

Styrke behandlingstilbudet til personer med overvekt og fedme

Tiltaket omfatter:

- Etablere et landsdekkende tilbud om deltakelse i et strukturert program for vektreduksjon (og opprettholdelse av vekttap) for alle over 18 år med overvekt og følgesykdom (inkludert "prediabetes") og alle med fedme. Tiltaket vil også inkludere personer som ønsker å bruke eller bruker legemidler for behandling av fedme, og de som skal gjennomgå vektreduserende kirurgi.
- Ved bruk av legemidler for behandling av fedme bør pasienten samtidig følges opp med støtte til levevaneendring.
- Det er spesielt ønskelig å nå pasienter som har utviklet alvorlige følgesykdommer av overvekt og fedme, at kvinner med fedme ønsker å delta før de blir gravide, og at kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes kan få dette tilbudet i etterkant av fødsel for å unngå å få sykdommen på nytt i neste svangerskap, eller diabetes type 2 senere i livet.
- Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til strukturert program for vektreduksjon som er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet

Begrunnelse for tiltaket

- Andelen med overvekt og fedme i den voksne befolkningen er estimert til å være omkring 60 – 70 prosent⁶⁹. Basert på data fra helseundersøkelsene i Tromsø og Trøndelag har om lag 1 av 4 menn og kvinner i aldersgruppen 40-49 år utviklet fedme. Andelen med overvekt og fedme er høyere i grupper med lav sosioøkonomisk status og er mer utbredt i enkelte innvandrergrepper enn i befolkningen for øvrig. Fedme øker risikoen for blant annet diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettlidelser, steatotisk leversykdom, kroniske smerter, infertilitet, søvnapne, minst 13 ulike kreftformer, angst og depresjon. Overvekt og fedme er vist å øke risikoen for over 200 ulike tilstander, og utgjør en betydelig belastning på helsetjenester og trygdeytelser. Personer med KMI på 40 eller mer mister i snitt 8-9 kvalitetsjusterte leveår.⁶⁹
- Fedme er en kompleks kronisk sykdom som krever en helhetlig håndtering, inkludert de psykiske aspektene, støtte til adferdsendring og tett oppfølging over tid. Et strukturert behandlingstilbud i tråd med dagens kunnskapsgrunnlag kan gi et vekttap på 10-15 prosent, men også mer hos noen.^{70,71}

⁶⁹ [Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge - FHI](#), hentet 10.06.26

⁷⁰ Jacob E, Avery A. Energy-restricted interventions are effective for the remission of newly diagnosed type 2 diabetes: A systematic review of the evidence base. *Obes Sci Pract*. 2021 May 15;7(5):606-618. doi: 10.1002/osp4.504. PMID: 34631138; PMCID: PMC8488441

⁷¹ [Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial - The Lancet Diabetes & Endocrinology](#), Hentet 10.06.26

- En betydelig del av vektøstet kan opprettholdes over tid, med god oppfølging.⁷² Rett til behandling i spesialisthelsetjenesten omfatter kun personer med KMI over 40, eller KMI over 35 med en fedmerelatert tilleggssykdom.⁷³ Pasienten må ha forsøkt vektreduksjon med oppfølging i primærhelsetjenesten først, og tilbudet som gis er uansett begrenset. Primærhelsetjenesten er i dag ikke rigget for å klare å gi et tilstrekkelig godt tilbud.

Iverksette en nasjonal kraftsamling for fysisk aktivitet; Etablering av tverrsektorielt utviklingsprogram om gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer

Tiltaket omfatter:

- Et femårig, tverrsektorielt utviklingsprogram for å fremme gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer i både by- og landkommuner. I utviklingsprogrammet foreslås fire innsatsområder: statlig samordning, støtte til kommunesektoren, lokalt og regionalt samarbeid, samt evaluering og kunnskapsutvikling. Fylkeskommunene foreslås som regionale prosjekteiere, mens kommunene gjennomfører tiltak basert på lokale behov. Programmet skal også legge til rette for mer systematisk samarbeid mellom offentlig og privat sektor, blant annet gjennom å utrede og eventuelt etablere en modell for forpliktende samarbeid med aktører som treningsbransjen, etter inspirasjon fra intensjonsavtalen for et sunnere kosthold. Målet er å styrke gjennomføringsevnen, nå bredere målgrupper og bidra til varige aktivitetsmuligheter i nærmiljøet, i samarbeid med blant annet idrettslag, frivillige organisasjoner og treningssentre. Programmet omfatter blant annet en tilskuddsordning, indikatorer for oppfølging og følgeevaluering og fordrer statlig finansiering.

Begrunnelse for tiltaket

- Helsedirektoratet har utarbeidet en prosjektplan for et femårig, tverrsektorielt utviklingsprogram for å fremme gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer i både by- og landkommuner, som oppfølging av *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029*.⁷⁴ Målet er bedre folkehelse, mer likeverdige nærmiljøkvaliteter og mer effektiv ressursbruk gjennom styrket samordning på statlig, regionalt og lokalt nivå. Programmet er foreløpig ikke igangsatt, og det foreslås at dette nå startes opp. Igangsetting av programmet bør også sees i lys av WHO's anbefalinger om at informasjonstiltak for fysisk aktivitet må kobles til lokale tilbud og fysiske omgivelser som gjør det enklere å være aktiv. Erfaringer fra Nærmiljøprosjektet (2015–2018) viser at samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og kunnskapsmiljøer gir økt kompetanse og fungerer godt som grunnlag for felles utvikling.

Hvordan er dette koblet til JA preventNCD

Norge v/Helsedirektoratet deltar i flere deloppgaver i JA preventNCD som retter seg mot fysisk aktivitet og helsefremmende nærmiljø.

⁷² [5-year follow-up of the randomised Diabetes Remission Clinical Trial \(DiRECT\) of continued support for weight loss maintenance in the UK: an extension study - The Lancet Diabetes & Endocrinology](#), Hentet 10.06.26

⁷³ [Sykelig overvekt - prioriteringsveileder - Helsebiblioteket](#), hentet 10.06.26

⁷⁴ [regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf](#) hentet 10.06.26

Sammen med andre land har Norge sett på integrering av fysisk aktivitet i politikk basert på internasjonale anbefalinger og belyst avtrykk av fysisk aktivitet i nasjonale meldinger, planer og strategier. Videre er bruk av indikatorer som måler prosesser og mekanismer for nasjonal oppfølging av planer, meldinger og strategier kartlagt. I en deloppgave, som Norge leder, skal gjennomføring av nasjonal Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029 analyseres på tiltaksnivå. Dette vil gi oversikt over gjennomføring av politikk for fysisk aktivitet som muliggjør sammenligning og beslutningsstøtte. I tillegg vil det være et bidrag til å vurdere status for implementering av handlingsplanen for fysisk aktivitet og hvordan ta arbeidet videre i Norge.

Videreutvikle og gjennomføre kampanjer og kommunikasjonsarbeid (kosthold og fysisk aktivitet)

Tiltaket omfatter:

- Videreutvikling og gjennomføring av innsiktsbaserte kampanjer og kommunikasjonsarbeid innen kosthold og fysisk aktivitet, rettet mot hele befolkningen og utvalgte målgrupper. Arbeidet inkluderer bruk av analyser, undersøkelser og målgruppetesting for å utvikle tiltak som treffer bedre, samt styrking av Helsenorge og andre kanaler som kilder til trygg og kunnskapsbasert helseinformasjon.
- Tiltaket omfatter også målrettet kommunikasjon for å nå grupper med særskilte behov, inkludert personer med lav helsekompetanse og enkelte innvandrergreper, samt videreutvikling av materiell, veiledning og kompetansetiltak for helsepersonell. I tillegg inngår arbeid med å motvirke feilinformasjon og øke befolkningens evne til å vurdere helseinformasjon kritisk.
- Det skal også prøves ut innholdssamarbeid med nasjonal, regional og lokal presse, som både kan bidra til å øke kunnskap i befolkningen og synliggjøre lokale tiltak og muligheter for aktivitet og sunne valg.

Begrunnelse for tiltaket

- Et helsevesen under økende press og en stor andel forebyggbar sykdomsbyrde gjør det nødvendig å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Samtidig er det få som følger nasjonale råd for kosthold og fysisk aktivitet, og det finnes betydelige kunnskapshull i befolkningen.
- I et fragmentert medielandskap med stor tilgang på motstridende og til dels feilaktig informasjon, er det avgjørende å sikre at befolkningen får tilgang til trygg, forståelig og kunnskapsbasert helseinformasjon – uavhengig av helsekompetanse. Erfaring viser at målrettet og innsiktsbasert kommunikasjon gir effekt, både når det gjelder å nå frem til ulike målgrupper og å påvirke holdninger og atferd.
- Erfaringer fra Helsedirektoratets arbeid i 2025 og 2026 viser at systematisk satsing på kommunikasjon, kombinert med styrking av tillit til offentlige råd, kan bidra til økt kunnskap, mer kritisk kildevurdering og bedre forutsetninger for sunne valg i befolkningen.

Hvordan er dette koblet til JA preventNCD:

Norge, v/Helsedirektoratet, og Island leder kommunikasjonsarbeidet i WP2. Det sees i nær sammenheng med nasjonal strategi for levevanekommunikasjon, og norske helsemyndigheters rolle som kunnskapsformidler på folkehelseområdet.

Regjeringens anbefaling om at kommunikasjon og innbyggerdialog skal ivareta ulik grad av språk-, helse- og digitalkompetanse følges opp. Arbeidet støtter opp om kampanjene LEV og Tillit til kunnskap og strategiske føringer i bl.a. Beredskapsmeld., Folkehelsemeld. og norsk Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. En del av dette arbeidet har resultert i en felles europeisk kampanje som kalles *Sabotørene*. Kampanjen belyser hvordan omgivelsene påvirker helsa, og skaper bevissthet om hvordan samfunnet aktivt kan tilrettelegge for at individet kan ta gode helsevalg. Kampanjesatsningen er oversatt og tilpasset 26 ulike land. Arbeidspakken jobber med alle risikofaktorene, inkludert kosthold og fysisk aktivitet.

3. Tiltak for å møte helsetrusler som folkehelseutfordring

3.1 Innledning

Helsetrusler må behandles som et kjerneområde i folkehelsepolitikken. De kan ikke avgrenses til beredskap og håndtering av akutte kriser. Både generelt folkehelsearbeid og målrettede folkehelseiltak rettet mot konkrete trusler er nødvendig for å redusere risiko, styrke mestringsevne og begrense konsekvensene når alvorlige hendelser oppstår. Det generelle folkehelsearbeidet bygger grunnleggende motstandskraft i befolkningen. Lav sykdomsbyrde, god psykisk og fysisk helse og mindre sosial ulikhet i helse, gjør samfunnet mindre sårbart for helsetrusler som pandemier, miljøhendelser og andre alvorlige påkjenninger. Dette gir bedre mestring i befolkningen og reduserer belastningen på helsetjenesten i kriser. Samtidig er det behov for tydelige folkehelseiltak rettet direkte mot de identifiserte helsetruslene. Tiltak knyttet til kunnskap, øving, samvirke og risikokommunikasjon bidrar til å redusere konsekvenser av sjeldne, men alvorlige hendelser. Slik styrkes både befolkningens trygghet og samfunnets samlede tåleevne.

Effektive tiltak mot helsetrusler forutsetter tett tverrsektorielt samarbeid. Helsemyndighetene kan ikke lykkes alene. Kommuner, andre sektormyndigheter, frivillig sektor, næringslivet og aktører innenfor sivil-militært samarbeid har alle viktige roller i forebygging, beredskap og håndtering av helsetrusler. Frivillige organisasjoner bidrar til å nå utsatte grupper, bygge tillit og styrke lokalsamfunn. Næringslivet spiller en sentral rolle gjennom forsyningssikkerhet, innovasjon og teknologiutvikling. Sivil-militært samarbeid er særlig relevant ved alvorlige, sammensatte hendelser der kapasitet, logistikk og samvirke på tvers av sektorer er avgjørende.

Beredskap er en integrert del av folkehelsearbeidet og av folkehelselovens formål. Tiltakene i dette dokumentet bygger på en forståelse av at forebygging, folkehelse, beredskap og krisehåndtering må sees i sammenheng. Arbeid med tillit, helsekompetanse, samordnet kommunikasjon og stabile samarbeidsstrukturer mellom kriser er en forutsetning for at konkrete tiltak skal ha ønsket effekt når helsetrusler inntreffer.

Tiltak som er i prosess og må videreføres

Arbeidet må ses i sammenheng med tiltak og omtale i helseberedskapsmeldingen, Meld. St. 5 (2023-2024) og forslag til nye tiltak i folkehelsemeldingen må avgrenses mot tiltak som er ivaretatt i oppfølgingen av helseberedskapsmeldingen eller i andre tilgrensende løp, for eksempel utvalgsstrukturen for de særskilte risikoområder om er etablert:

- Sammensatte trusler og krig
- Digital sikkerhet
- Forsyningssikkerhet
- Pandemi og smittsomme sykdommer
- Trygg vannforsyning

- Atomhendelser som truer liv og helse

Helse- og omsorgsdepartementet legger i sin Risiko- og sårbarhetsanalyse for helse- og omsorgssektoren (sektor-ROS) til grunn de seks prioriterte risiko- og sårbarhetsområdene som ble fremhevet i Helseberedskapsmeldingen (2003). Klima ble ikke skilt ut som et eget risikoområde, men meldingen viste til at klimaendringer har alvorlige konsekvenser også for helse- og omsorgssektoren. Det ble slått fast at arbeidet med helseberedskap må omfatte hendelser og konsekvenser av klimaendringer både i det strategiske arbeidet i Helseberedskapsrådet og i utvalgene på etatsnivå, samt lokalt i kommuner og helse- og omsorgstjenesten. Det er mange pågående tiltak som vil bidra til å håndtere utfordringene, og som det er viktig at prioriteres og implementeres. Vi avgrenser oss her mot pågående arbeid:

- Revisjon av helseberedskapsloven og smittevernloven
- Oppfølging og evaluering av tiltak i den kommende nasjonale handlingsplanen for antimikrobiell resistens og smittevern i humansektoren
- Ferdigstille ny pandemiplan
- Fortsette arbeidet med å lage et helhetlig system for infeksjonsovervåking. Gjennom bedre systemer for epidemietterretning (herunder for tilsiktet spredning av smittestoffer) og bruk av helseregistrene er målet å tilby alle som arbeider i smittevernet i kommuner, sykehus og i statlige etater gode og rettidige oversikter om spredningen av smittsomme sykdommer
- Folkehelseinstituttet bygger opp PandemiNett, et nettverk av norske forskningsinstitusjoner og forskningsgrupper som kan bidra til pandemirelevant forskning før og under kriser. FHI leder også flere arbeidsgrupper innen det europeiske pandemiforskningsnettverket Be Ready
- CBRNE-strategien
- Implementere "Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste.
- Arbeid med nasjonal klimasårbarhetsanalyse under ledelse av Miljødirektoratet
- Myndighetens generelle arbeid med legemiddelberedskap og forsyningsikkerhet
- Myndighetens arbeid med å sikre tilgang til medisinske mottiltak som vaksiner og smittevernutstyr
- Evalueringsrapporten fra Public Health Emergency Preparedness Assessment (PHEPA) 2025/ En nylig gjennomgang (Public Health Emergency Preparedness Assessment) av norsk helseberedskap gjennomført av det europeiske smittevernbyrået (ECDC).
- Oppfølging av strategi for seksuell helse (Strategi for seksuell helse - regjeringen.no).
- Revisjon og oppfølging av nasjonal strategi mot hepatitter

Områder der tiltak må vurderes tverrsektorielt

I lys av avgrensingen i oppdraget om kun å foreslå tiltak som kan iverksettes i egen sektor, foreslås ingen tiltak på områder der andre myndigheter har et hovedansvar. Helsedirektoratet vurderer at tiltak på disse områdene er viktig, men dette bør vurderes i samarbeid med og i regi av andre myndigheter med hovedansvar. Det fører blant annet til at leveransen ikke inneholder tiltak knyttet til utfordringer med vannforsyning, miljøgifter, støy og luftkvalitet. Se vedlegg for beskrivelse av metode og prosess, herunder for involvering av andre helsemyndigheter i oppdraget.

Eksempler på tiltak som kan vurderes nærmere er ytterligere strategisk samarbeid på myndighetsnivå og tverrsektoriell samordning ut mot kommunene. Tverrsektorielt samarbeid er avgjørende for folkehelsearbeidet, og det er derfor viktig at det etableres godt forankrede samarbeidsstrukturer som ivaretar både helsetrusler og risikofaktorer i miljøet.

3.2 Forslag til tiltak:

Styrke kommunene i deres arbeid med helse- og omsorgsberedskap

Tiltaket omfatter:

Det pågår flere forskjellige arbeid i regi av Helsedirektoratet for å styrke kommunenes beredskapsarbeid. Ett av disse arbeidene er en nasjonal satsing om utvikling av tilrettelagt plan- og øvingsstøtte for kommunene, ledet av Helsedirektoratet, i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet, DSB, Statsforvalterne, KS og kommunene⁷⁵.

Tiltaket konkretiseres i følgende grep:

- Utvikling av standardiserte og modulbaserte verktøy og veiledere for kommunalt beredskapsarbeid. Dette inkluderer støtte til risikovurderinger, beredskaps- og kontinuitetsplanlegging, samt maler og opplegg for øvelser, evaluering og læring.
- Utvikle en felles situasjonsforståelse av helsetrusler, basert på nasjonale analyser og kunnskapsgrunnlag (herunder sektor-ROS og helseberedskapsmeldingen), som kan omsettes til praktisk bruk i kommunenes arbeid.
- Tilrettelegge for strukturert erfaringsdeling og nettverksbygging, blant annet gjennom regionale og nasjonale fagnettverk, der kommuner kan dele erfaringer fra hendelser, øvelser og utviklingsarbeid.
- Bidra til å styrke samordningen mellom kommuner, frivillig sektor og øvrige beredskapsaktører, blant annet ved å utvikle veiledning og eksempler på hvordan frivillige ressurser kan integreres i beredskapsplanlegging og håndtering.

Arbeidet gjennomføres som en trinnvis implementering, der verktøy og tiltak utvikles og deretter rulles ut basert på erfaringer og tilbakemeldinger. Kommunene er forskjellige og vil sannsynligvis har forskjellige behov. Beredskapsøvelser i kommunene inkluderer hensynet til både å tenke sårbare grupper inn i beredskapsplanleggingen og hvordan nå ut med informasjon til alle innbyggere, også de som er vanskeligere å nå.

Selv om tiltaket er et pågående arbeid, løftes dette likevel som et eget tiltak her, for å sørge for tilstrekkelig implementering av arbeidet og sikre det tverrsektorielle arbeidet som er etablert.

Begrunnelse for tiltaket

Tiltaket handler om å styrke kommunene i deres beredskapsarbeid, inkludert mot pandemier og andre alvorlige smittehendelser og miljøhendelser, samt klimarelaterte hendelser. Kommunene er førstelinjen i en hendelse og vil ha et veldig sentralt ansvar. Det er derfor nødvendig og svært nyttig å sikre at kommunene har så god støtte som mulig. Helsedirektoratet har et viktig ansvar i å støtte kommunene i deres beredskapsarbeid.

⁷⁵ [Verktøy for helse- og omsorgsberedskap i kommunen - Helsedirektoratet](#)

Dette er også påpekt i det europeiske smittevernbyrået (ECDC) i en nylig gjennomgang (Public Health Emergency Preparedness Assessment) av norsk helseberedskap.

Tiltaket støtter opp under mål og krav til beredskap i både helseberedskapsloven, smittevernloven og folkehelseloven mv. Det er samtidig med på å bygge opp under målene fra regjeringen om styrket totalberedskap. Tiltaket svarer også på innspill og forventninger om bedre å se i sammenheng arbeid med risikokartlegging og beredskap knyttet til henholdsvis folkehelselovgivningen og helseberedskapslovgivningen. Tiltaket støtter opp under WHO's viktigste råd fra rapporten "[Infodemic management: protecting people from harmful health information in emergencies](#)" (WHO EURO, 2024) om å implementere perspektiver om infodemi i krisekommunikasjonsplaner.

Styrke Internasjonal samordning: EU–WHO–NATO–Norden

Tiltaket omfatter:

Tiltaket omfatter å etablere faste rutiner for prioritering av relevante internasjonale prosesser, systematisk innhenting av kunnskap og aktiv «oversettelse» av kunnskap og prosesser til nasjonale folkehelsetiltak. Det er behov for å sikre en tydelig og samordnet tilnærming til samarbeid med EU, WHO, NATO og Norden om helsetrusler, slik at internasjonale rammer, standarder og erfaringer raskt og mer konsistent kan omsettes til norsk folkehelsepraksis.^{76,77,78,79} Tiltaket er rettet mot å styrke sammenheng, tillit og gjennomføringsevne i møte med sammensatte helsetrusler, ikke å erstatte sektorvis ansvar eller pågående internasjonalt arbeid. EU har etablert HERA som del av sin helseberedskapsarkitektur for å styrke beredskap og respons på alvorlige grensekryssende helsetrusler. I tillegg er [Forordning \(EU\) 2022/2371](#) om grensekryssende helsetrusler viktig for å sikre en all-hazards tilnærming, og EU -utviklet en Medical Countermeasures Strategy som eksplisitt inkluderer CBRN. Disse strukturene gir Norge både muligheter og forpliktelser som har direkte betydning for nasjonal folkehelseberedskap. Nordisk samarbeid er særlig viktig i et folkehelseperspektiv, både som arena for harmonisering av råd og kommunikasjon, og som grunnlag for felles øving og erfaringsdeling i et delt informasjonsrom med høy mobilitet på tvers av grenser.

⁷⁶ World Health Organization. International Health Regulations (2005): as amended in 2014, 2022 and 2024 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 Jun 21 [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf [iris.who.int]

⁷⁷ World Health Assembly. Strengthening preparedness for and response to public health emergencies through targeted amendments to the International Health Regulations (2005). WHA77.17; 2024 Jun 1 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_R17-en.pdf [disinfocode.eu]

⁷⁸ World Health Assembly. WHO Pandemic Agreement. WHA78.1; 2025 May 20 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf [jamanetwork.com]

⁷⁹ North Atlantic Treaty Organization. Resilience, civil preparedness and Article 3 [Internet]. Brussels: NATO; 2024 Nov 13 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.nato.int/en/what-we-do/deterrence-and-defence/resilience-civil-preparedness-and-article-3> [devdiscourse.com]

⁸⁰ European Commission. Medical Countermeasures Strategy [Internet]. Brussels: European Commission; 2025 Jul [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera/preparedness/medical-countermeasures-strategy_en [ersnet.org]

⁸¹ United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI). European Union CBRN Centres of Excellence [Internet]. Turin: UNICRI; 2026 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://unicri.org/topics/EU/CBRN/CoE> [encircle-cbrn.eu]

⁸² Oslo universitetssykehus. (2024). Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin.

Begrunnelse for tiltaket

Mange av de viktigste helsetruksene Norge står overfor i dag – smittevern, CBRNE, infodemi, ny teknologi og syntetisk biologi – utvikles og håndteres i et komplekst internasjonalt landskap. Konsekvensene for befolkningens helse avgjøres i stor grad av om internasjonale rammer faktisk gir tydelige og samstemte føringer nasjonalt, og om råd og tiltak fremstår forståelige og legitime for befolkningen. Tiltaket vil redusere fragmentering og gir raskere og mer konsistent opptak av standarder, øvelser og verktøy som allerede utvikles i EU, WHO og NATO. Samordning kan også brukes aktivt til å sikre inkluderende kommunikasjon og tiltak som når grupper med lav helse- og digital kompetanse.^{83,84}

Helsemyndighetenes folkehelsetiltak blir mer treffsikre når de både bygger på og bidrar inn i sentrale internasjonale rammer: WHO (The International Health Regulations (IHR), pandemiavtale, infodemi), EU (regelverk mot desinformasjon, helseberedskapsarkitektur) og NATO (resiliens, sivil beredskap og CBRN-policy). Dette gir et bredere kunnskaps- og erfaringsgrunnlag, men stiller også krav til samordning for å unngå fragmenterte råd, uklare roller og svekket tillit. Tydelig og samordnet tilnærming til samarbeid kan brukes aktivt til å sikre inkluderende kommunikasjon og tiltak som når grupper med lav helse- og digital kompetanse. Det er pågående arbeid og tiltak dette må ses i sammenheng med. Det vises til EU HERA og EUs Medical Countermeasures Strategy, inkludert CBRN-trusler, WHO IHR (konsolidert tekst), endringer vedtatt gjennom WHA77.17 og WHO Pandemic Agreement (WHA78.1) med pågående arbeid med PABS-annex (Pathogen Access and Benefit-Sharing), NATO resiliens og sivil beredskap (baseline-krav) samt NATO CBRN Defence Policy og EU CBRN Risk Mitigation Centres of Excellence.

EU/NATO-læring og implementering (øvelser, standarder og samvirke knyttet til CBRNE-hendelser)

Tiltaket omfatter:

Tiltaket innebærer å etablere en fast og systematisk lærings- og implementeringssløyfe som sikrer at erfaringer fra samarbeid med EU og NATO – inkludert øvelser, standarder og kapasitetsbygging – omsettes til forbedringer i norsk planverk, opplæring, samvirke og kommunikasjon ved CBRNE-hendelser. Tiltaket er rettet mot å styrke samfunnets og befolkningens motstandskraft, ikke å erstatte ordinært CBRNE-arbeid. NATO har vedtatt en CBRN Defence Policy som gir felles rammer for planlegging, øving, trening og kapasitetsbygging mot CBRN-trusler, og som tydelig kobler dette til samfunnets samlede resiliens. NATO understreker samtidig sivil beredskap og resiliens som et «whole-of-society»-ansvar, med forventninger til nasjonens evne til å opprettholde kritiske tjenester og gi forutsigbar informasjon til befolkningen.

EU har etablert CBRN Risk Mitigation Centres of Excellence som en struktur for behovsbasert kapasitetsbygging, øvelser og støtte til regelverks- og praksisutvikling knyttet til CBRN-risiko. I tillegg utvikler NATO-tilknyttede fagmiljøer, som Joint CBRN Defence Centre of Excellence, felles doktriner, standarder, utdanning og systematisk erfaringslæring basert på øvelser og hendelser.

⁸³ World Health Organization. Health literacy (Fact sheet) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Dec 22 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy> [hifa.org]

⁸⁴ World Health Organization. Low health literacy is costing health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Dec 11 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/B09619> [who.int]

Tiltaket innebærer å gjøre denne internasjonale læringen mer målrettet og nyttig i norsk sammenheng. Det omfatter planlagt deltakelse i utvalgte internasjonale øvelser og kompetanseløp – for eksempel øvelsesserier som Toxic Trip – kombinert med klare forventninger om at erfaringer og anbefalinger følges opp gjennom justeringer i nasjonalt planverk, opplæring, samvirke og risikokommunikasjon. Slik styrkes de mekanismene som bidrar til etterlevelse, tillit og redusert sekundærskade i befolkningen ved alvorlige hendelser.

Begrunnelse for tiltaket

CBRNE-hendelser er sjeldne, men kan få svært alvorlige konsekvenser for helse, trygghet og tillit i befolkningen. Hvordan slike hendelser håndteres – særlig samvirke mellom aktører, rolleforståelse og kommunikasjon – har stor betydning for omfanget av helseskade, sosial uro og ulik belastning mellom grupper. Dette gjør læring og systematikk til et folkehelseanliggende, ikke bare et beredskapsspørsmål. EU CBRN Risk Mitigation Centres of Excellence bidrar til kapasitetsbygging, øvelser og regulatorisk støtte. Tiltaket vil gi mer konsekvent håndtering og bedre samvirke ved sjeldne, høyriskohendelser, og styrker samfunnets samlede motstandskraft. Mer forutsigbar håndtering og bedre kvalitet i risikokommunikasjon styrker også tillit og frivillig etterlevelse i befolkningen. Systematisk forbedring av samvirke og kommunikasjon kan redusere uforholdsmessig belastning på sårbare grupper ved store hendelser. Tiltaket krever ressurser til deltakelse, koordinering og oppfølging, men kan i stor grad integreres i eksisterende øvings- og planprosesser.

Styrke pandemiberedskap som internasjonal folkehelsekapasitet (IHR, pandemiavtale, PABS)

Tiltaket omfatter:

Tiltaket innebærer å sikre systematiske mekanismer for å vurdere og følge opp konsekvenser av endringer i IHR, pandemiavtalen og PABS innenfor de ansvar og oppgaver som ligger til HOD, Helsedirektoratet, FHI og øvrige relevante aktører. Det handler om å vurdere hvilke konsekvenser dette har for norsk smittevern, overvåkning, beredskap, risikokommunikasjon, tilgang til mottiltak og befolkningens tillit – og å bruke denne kunnskapen systematisk i det nasjonale folkehelsearbeidet. Tiltaket omfatter ikke å etablere nye planer eller strukturer.

Pandemiberedskapen vil styrkes ved å etablere en mer systematisk kobling mellom internasjonale avtaler og regelverk, og hvordan disse faktisk brukes og følges opp i norsk praksis. Dette gjelder særlig det internasjonale helsereglementet (IHR), den nye pandemiavtalen under WHO og forhandlingene om ordninger for deling av patogener og tilgang til medisinske mottiltak (PABS).

Det internasjonale helsereglementet (IHR) er det sentrale rammeverket for varslings og håndtering av grensekryssende helsetrusler, og er nylig styrket gjennom vedtak i Verdens helseforsamling. I tillegg ble WHO Pandemic Agreement vedtatt 20. mai 2025, med mål om å forbedre forebygging, beredskap og respons ved framtidige pandemier, i tett sammenheng med IHR.

Pandemiavtalen forutsetter også en ordning for hvordan land skal dele patogener med pandemisk potensial, og hvordan gevinster av dette, som vaksiner, legemidler og andre medisinske mottiltak, skal komme alle land til gode. Dette forhandles som et eget tillegg (annex) gjennom en mellomstatlig arbeidsgruppe (IGWG).

Begrunnelse for tiltaket

Pandemier er globale hendelser som raskt får konsekvenser også for norsk folkehelse. Norges beredskap er derfor avhengig av hvordan internasjonale ordninger fungerer i praksis, både når det gjelder tidlig varslings, koordinering mellom land og tilgang til vaksiner, legemidler og diagnostikk.

Tiltaket krever økt kapasitet til koordinering og analyse, men kan i stor grad bygges på eksisterende strukturer. Tiltaket vil gi bedre tidlig varslings, mer forutsigbar internasjonal koordinering og bedre rammer for tilgang til medisinske mottiltak ved framtidige pandemier. I tillegg vil det føre til klarere rammer og bedre risikokommunikasjon som styrker legitimitet og frivillig etterlevelse i befolkningen. Pandemiavtalen og PABS-prosessen er eksplisitt knyttet til rettferdig tilgang globalt, noe som reduserer samlet pandemirisiko og dermed også styrker nasjonal beskyttelse. Tiltaket må også ses i sammenheng med pågående tiltak eller prosesser, blant annet konsolidert tekst for det internasjonale helsereglementet (IHR) og WHA77.17-resolusjonen, WHO Pandemic Agreement (WHA78.1) og WHO-informasjon om IGWG-prosessen og arbeidet med PABS-annex. Norge deltar også i EU-relatert pandemisamarbeid gjennom EØS-avtalen, samarbeid med ECDC, helseberedskaps- og sivilbeskyttelsesmekanismer, forsknings- og vaksineinitiativer, samt koordinering rundt reise- og grensetiltak.

Utarbeide informasjon om antimikrobiell resistens til befolkningen og forskrivere

Tiltaket omfatter:

Tiltaket handler om å gi informasjon til befolkningen og forskrivere, for å redusere resistensforekomst gjennom fornuftige holdninger til antibiotikabruk og forebygging av smittespredning, som f.eks. håndvask, hostehygiene og mat hygiene. Det er også viktig å fortsette med veiledning og kvalitetsforbedringstiltak overfor forskrivere og helsepersonell.

Begrunnelse for tiltaket

Antimikrobiell resistens er en av de største folkehelsetrusslene globalt. Antimikrobiell resistens er en alvorlig og langsomt voksende helsetrussel, og tiltak mot antimikrobiell resistens er avgjørende for å redusere langsiktig risiko. Infeksjoner med resistente bakterier kan medføre stor sykdomsbyrde og være svært ressurskrevende å behandle. Flere analyser har funnet at tiltak mot antimikrobiell resistens er kostnadseffektive⁸⁵. Det er gamle, syke og skrøpelige personer er mest utsatt.

Sikre god overvåkning av infeksjonssykdommer, inkludert oppdagelse av nye, ukjente agens

Tiltaket omfatter:

Tiltaket innebærer å styrke overvåkingen nasjonalt og internasjonalt gjennom blant annet arbeidet med et helhetlig overvåkingssystem for smittevernet, inkludert overvåking av ukjente agens, og oppfølgingspunkter fra evaluerings- og oppfølgingsprosessen av ECDCs (European Centre for Disease Prevention and Control) Public Health Emergency Preparedness Assessment (PHEPA) evaluering. Dette inkluderer også overvåkning av sykdomsoverførende organismer (vektorer) og sykdommer som kan smitte fra dyr (zoonotiske sykdommer).

⁸⁵Fighting Antimicrobial Resistance in EU and EEA countries (oecd.org)

Det pågående prosjektet NORSURV er delfinansiert av EU, og har som mål å forbedre og styrke de epidemiologiske overvåkingssystemene i Norge. Andre pågående delvis EU-finansierte prosjekter bidrar til bedre overvåking av prioriterte zoonotiske sykdommer er bl.a. OneHealth4Surveillance, og OneHealthAcross som er i søknadsfasen. I tillegg er det ønske om å få på plass bedre integrert overvåking av smittsomme sykdommer i et en-helseperspektiv som ser menneskehelse i sammenheng med dyrehelse og miljøhelse.

Begrunnelse for tiltaket

Systematisk overvåkning av infeksjonssykdommer, vektorer og zoonoser er nødvendig for tidlig varslings og forebygging. Overvåkning av smittsomme sykdommer er en viktig del av folkehelsearbeidet og gir kunnskap om forekomst, utbredelse og utvikling av sykdom i befolkningen. Slik overvåkning gjør det mulig å oppdage endringer tidlig, følge trender over tid og iverksette forebyggende og smittebegrensende tiltak. Dette er viktig både i det løpende arbeidet med å beskytte befolkningens helse og for å evaluere effekten av tiltak som vaksinasjon og andre smitteverntiltak.

Overvåkingsdata og risikovurderinger utgjør et sentralt grunnlag for nasjonal situasjonsforståelse og beslutningsstøtte. Videre øker klimaendringer behovet for å følge med på utbredelsen av vannbårne og zoonotiske sykdommer og vektorer, ettersom endrede miljøforhold kan påvirke sykdomsutbredelsen. En helhetlig overvåkning, som også tar hensyn til samspillet mellom mennesker, dyr og miljø, er derfor stadig viktigere for å møte både dagens og fremtidens folkehelseutfordringer. Det er derfor viktig å fortsette arbeidet med å styrke overvåkingen av smittsomme sykdommer. Overvåkningssystemer er ressurskrevende, men en del arbeid er pågående og finansiert allerede. Det er også finansieringsmuligheter gjennom EU-systemet.

Styrke vaksinasjonsarbeidet

Tiltaket omfatter:

Tiltaket innebærer å sikre oppdatert kunnskap om vaksinene i program, vaksinedekning i ulike grupper, effekt og sikkerhet av vaksiner, holdninger til vaksinasjon og faktorer som påvirker vaksineoppslutningen gjennom blant annet å:

- styrke overvåkingen ved bruk av registerdata,
- gjennomføre regelmessige undersøkelser for økt kunnskap om holdninger, drivere og barrierer for oppslutningen til vaksinasjonsprogrammet,
- styrke oppsummering av kunnskap blant annet gjennom bruk av KI, og
- sikre rask kommunikasjon av data og kunnskap.
- Fortsette arbeid for å sikre et godt organisert og lett tilgjengelig vaksinasjonstilbud for nye og eksisterende vaksiner i program.
- Styrke kompetanse og støtte arbeid i helsetjenesten og kommunene med vaksinasjon gjennom rådgivning og tilrettelegging:
- Styrke og oppdatere informasjonsmateriell
- Styrke kommunenes arbeid med tiltak for å øke dekning gjennom mer målrettet organisering lokalt.
- Økt fokus på nasjonale tiltak for å øke vaksinasjonsdekningen for vaksiner i voksenvaksinasjonsprogrammet både for å forebygge antimikrobiell resistens og for å øve vaksineberedskap (massevaksinasjon).

- Sørge for god og tilpasset informasjon til befolkningen knyttet til vaksiner og vaksinasjon, for å motvirke ubegrunnet vaksinenøling og spredning av feilinformasjon, som også må ses i sammenheng med tiltaket om å etablere varig infodemi-håndtering.
- Fokus på tydelige anbefalinger, god tilgjengelighet/ lav terskel, god organisering og klare ansvarsforhold.
- Få på plass avtaler som sikrer tilgang på vaksiner i god tid før neste pandemi. Det foreligger avtaler for innkjøp av vaksiner til hele befolkningen mot et nytt pandemisk influensavirus dersom dette skulle oppstå.

Begrunnelse for tiltaket

Det er viktig å bidra til å opprettholde god vaksinasjonsdekning og motvirke vaksinenøling og unødvendig vaksineskepsis. Høy vaksinasjonsdekning er sentral for å forebygge sykdom, holde sykdomsbyrden av alvorlige smittsomme sykdommer lav, redusere antibiotikabruk og begrense antibiotikaresistens. Tiltak som bidrar til å øke vaksinasjonsdekningen og motvirke vaksinenøling er derfor viktige folkehelseiltak. Tillit, god organisering og tilgjengelige vaksinetilbud er avgjørende for å opprettholde høy dekning og styrke beredskapen mot framtidige helsekriser.

Flere metodevurderinger av vaksiner foreslått til program er levert til HOD fra FHI, med økonomiske vurderinger. Rimelige vaksinetilbud kan gjøre at de som ønsker vaksine får mulighet til å vaksineres seg. God tilgjengelighet, informasjon og lav pris/ gratis tilbud gir utjevning av sosioøkonomiske ulikheter (f.eks. er anbefalte vaksiner mot RS-virus og helvetesild kostbare).

Etablere varig satsing på helsekompetanse og infodemi-håndtering som del av ordinært folkehelsearbeid

Tiltaket omfatter:

Tiltaket omfatter en systematisk satsing på helsekompetanse og infodemi-håndtering som integrert del av folkehelsearbeidet og helseberedskapen, med kapasitet som kan skaleres ved kriser.

- Systematisk inkludering av helsekompetanseperspektivet i planer, strategier og tiltak i helseforvaltningen, kommunene, helseforetakene og øvrige relevante virksomheter.

Dette innebærer opplæring i hvordan organisasjoner kan styrke egen organisatorisk helsekompetanse og gjøre informasjon og tjenester lettere tilgjengelige og mer forståelige for ulike grupper. Konkret innebærer det å gjøre et selvevalueringsverktøy for organisatorisk helsekompetanse tilgjengelig for helse- og omsorgstjenesten. Verktøyet er utviklet gjennom samarbeid mellom europeiske helsemyndigheter og fagmiljøer, og er oversatt, kulturelt tilpasset og pilotert i norsk kontekst gjennom *JA preventNCD*. Det gir virksomheter et felles språk og en strukturert metode for å vurdere egen praksis, fra hvordan informasjon utformes og formidles, til hvordan tjenester organiseres og hvordan ansatte kommuniserer med brukere.

- Videre utvikling og tilgjengeliggjøring av enkle digitale mestringsverktøy til befolkningen.

Verktøykatalogen på Helsenorge rommer i dag flere apper og verktøy, men bør utvides for å sikre et bredt utvalg verktøy som adresserer ulike utfordringer og plager. Slike verktøy kan bidra til økt helsekompetanse, mental helsekompetanse og mestring av vanlige fysiske og psykiske plager. Det må stilles høye krav til brukervennlighet, universell utforming og målgruppetilpasning for å ivareta hele befolkningens behov.

- Kontinuerlig «systematisk lytting», målgruppetilpasning, forebyggende kommunikasjon, prebunking (forhåndsavkrefting) og rask korrigering av feilinformasjon.

Ved å styrke oversikten over innhold i sosiale og redaktørstyrte medier kan etatene avdekke desinformasjon og få innsikt i befolkningens holdninger og bekymringer. Tilstedeværelse på utsatte arenaer motvirker desinformasjon gjennom deltakelse⁸⁶ og viser til kvalitetssikret informasjon fra helsenorge.no, ung.no og redaktørstyrte medier.

- Etablering av en fast praksis for å utnytte og følge EU-rammer og kampanjer mot misinformasjon, inkludert Digital Services Act (DSA) og EUs Code of Practice on Disinformation, der dette er relevant for folkehelse.

Tiltaket innebærer at helsemyndighetene utarbeider en praktisk veileder for hvordan helsesektoren kan samhandle med relevante aktører (plattformer, faktasjekkmiljøer, sivilsamfunn og andre sektorer) i tråd med europeiske rammer, både i normal tid (for eksempel vaksinasjon, svangerskap/fødsel, helseråd) og ved kriser. Et eksempel er nettverket for tilsynsmyndigheter om barns forbrukervern i regi av Forbrukertilsynet som ble etablert i 2025.

Begrunnelse for tiltaket

Helsekompetanse, evnen til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, er et grunnleggende folkehelseiltak på tvers av alle helsetruster. God helsekompetanse i befolkningen og helsekompetansevennlige tjenester gir bedre helseutfall, mer treffsikker bruk av helsetjenester og økt motstandskraft mot infodemi⁸⁷.

Det kalles infodemi når en overflod av informasjon, inkludert feilinformasjon og desinformasjon, sirkulerer raskt og gjør det vanskelig for befolkningen å orientere seg, særlig i kriser. Infodemi kan skape forvirring, bidra til risikofylt atferd, svekke tillit til helsemyndigheter og undergrave folkehelse-responsen. Dette er relevant også i normal tid, fordi feilinformasjon kan påvirke helsevalg, for eksempel vaksinasjonsaksept, og dermed sykdomsbyrde og sosial ulikhet⁸⁸. WHO anbefaler at land sikrer god kapasitet for risikokommunikasjon, engasjement i lokalsamfunnet og infodemi-håndtering som del av beredskap og forebygging. Digital Services Act (DSA) etablerer EU-omfattende aktsomhets- og transparenskrav for digitale mellomledd og plattformer. Rettsakten har som mål å skape et tryggere digitalt miljø, blant annet ved å adressere ulovlig innhold og systemrisikoer som desinformasjon. Den forsterkede Code of Practice on Disinformation (2022) er utviklet som et sentralt rammeverk for å motvirke spredning av desinformasjon, og har som mål å fungere som en Code of Conduct under DSA-rammen.

God helsekompetanse bidrar til økt motstandskraft mot infodemi fordi mennesker som har bedre forståelse av helse og risiko er bedre rustet til å gjøre informerte valg, men også håndtere usikkerhet og opprettholde helsefremmende praksiser i krevende situasjoner. På samme måte vil helsetjenester med tydelige, samordnede og tillitsvekkende budskap bidra til å styrke samfunnets samlede motstandskraft. Ulik helsekompetanse i befolkningen kan forsterke eksisterende sosiale helseforskjeller dersom tiltak og informasjon ikke er tilpasset ulike grupper.

⁸⁶ [World Health Organization. Managing false information in health emergencies: an operational toolkit. 2024](#)

⁸⁷ [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023](#)

⁸⁸ [Vaksiner i Norge - FHI](#)

Mens helsekompetanse på individnivå handler om den enkeltes evner, handler organisatorisk helsekompetanse om hvor lett det er for innbyggere å finne fram, forstå informasjon og handle på den, i møte med helsetjenesten og offentlige myndigheter. Når informasjonen er tung, tjenestene fragmenterte og kommunikasjonen lite samordnet, oppstår barrierer som rammer skjevt. Informasjonen når i størst grad ressurssterke. En helsekompetansevennlig organisasjon snur logikken. I stedet for å kreve at borgeren skal tilpasse seg systemet, tilpasses systemet borgeren.

Tiltaket krever metodikk, implementering, kommunikasjon, opplæring og varig kapasitet, men kan forankres i eksisterende folkehelse-, kommunikasjons- og beredskapsarbeid. Verktøy for organisatorisk helsekompetanse vil ha en kostnad knyttet til implementering, kommunikasjon og opplæring, men en positiv nytteverdi på flere utfordringer innenfor helsetrusselområdet, herunder infodemi, tillit, levevaner, smittevern og vaksinasjon.

Verktøy til befolkningen vil ha en lav kostnad per bruker sett i forhold til at tiltaket når et høyt antall brukere. De kan brukes alene eller som supplement til annen behandling og oppfølging. Slike verktøy kan spille en større rolle som forebygging og støtte til mestring, og har potensial til å avlaste helsetjenesten og gjøre hjelp og støtte mer tilgjengelig.

Tiltaket vil bidra til å redusere helseskadelig feilinformasjon, styrke etterlevelse og tillit, forbedre informasjon og beslutningsgrunnlag og redusere sekundære samfunnskonsekvenser i både normal- og krisetid. Tiltaket vil gi befolkningen bedre tilgang til forståelig og troverdig informasjon, som gir bedre grunnlag for informerte valg. Det vil også styrke personers evne til å finne, forstå og ta i bruk råd og systemer for å ha autonomi rundt egen helse.

Tiltaket vil være positivt for sosial utjevning. WHO peker på sosial gradient i helsekompetanse og ulikhet, og både arbeid med helsekompetanse og infodemi-håndtering kan bidra til proporsjonal innsats overfor grupper med størst behov.

Tiltaket må ses i sammenheng med WHO sitt arbeid om infodemi og infodemi-håndtering, WHO's policybrief om tillit/RCCE/infodemi-håndtering, WHO's faktagrunnlag om helsekompetanse og organisatorisk helsekompetanse, oppfølging av strategien for helsekompetanse, JA Prevent NCD WP7.4.4, Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) og oppdraget om Digital førstelinje, samt regjeringens [Strategi for å styrkje motstandskrafta mot desinformasjon \(2025–2030\)](https://www.regjeringen.no) - [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).

Etablere en nasjonal beredskapssatsning med befolkningsrettede tiltak og tiltak i lokalsamfunnet for å styrke befolkningens psykologiske motstandskraft

Tiltaket omfatter:

For å øke befolkningens samlede motstandskraft foreligger det et behov for å se på mer operasjonelle tilnærminger til resiliens, særlig i beredskapssystemet, som kan utfylle folkehelseperspektivet. Tiltaket innebærer å formidle kunnskap til befolkningen om hvordan psykososial helse kan styrkes gjennom hverdagslige tiltak som også bidrar til mestring i kriser og i andre belastende situasjoner. Tiltaket bør utvikles av helsemyndighetene i samarbeid med forsvars- og beredskapssektoren. Frivillige organisasjoner, kommuner og andre lokale aktører bør involveres for å sikre forankring, tilgjengelighet og tillit i befolkningen. Det bør også legges til rette for lokal mobilisering og styrking av robuste lokalsamfunn, ettersom resiliens utvikles og opprettholdes gjennom sosiale relasjoner, fellesskap og lokale ressurser.

Tiltaket bør inngå som en del av den nasjonale tilnærmingen til totalberedskap, der befolkningens psykologiske motstandskraft ses på som en viktig forutsetning for å opprettholde samfunnsfunksjoner, tillit, samhold og etterlevelse av tiltak under kriser og krig.

Begrunnelse for tiltaket

En av de syv strategiske prioriteringer for regjeringens arbeid med sikkerhet og beredskap fremover er å styrke motstandskraften i befolkningen og bevare høy grad av tillit i samfunnet. Det overordnede målet er å øke befolkningens evne til utholdenhet og krisetoleranse, individuelt og i fellesskap. En robust befolkning tåler å stå i en krise, også over tid.

Tiltak som styrker befolkningens tåleevne har forebyggende effekt, og vil over tid være ressursbesparende for samfunnets samlede evne til krisehåndtering.

Resiliens kan forstås som en prosess der individer, grupper og samfunn håndterer, tilpasser seg og kommer seg gjennom belastninger og kriser. Resiliens utvikles og styrkes over tid på individ-, gruppe-, organisasjons- og samfunnsnivå, og gjennom samhandling mellom sektorer og aktører. God resiliens kan bidra til å redusere risikoen for psykisk og fysisk uhelse, og kan utgjøre forskjellen mellom forbigående normalreaksjoner og langvarige belastninger. Selv om den enkelte har et ansvar for egen mestring, er resiliens også et kollektivt ansvar. På lokalsamfunnsnivå omtales dette gjerne som *community resilience* eller resiliente og helsefremmende lokalsamfunn. I kriser blir evnen til å mobilisere og ta i bruk eksisterende ressurser og styrker hos enkeltpersoner, familier, nettverk, organisasjoner og lokalsamfunn særlig viktig. Det er i fredstid at den individuelle, organisatoriske og samfunnsmessige motstandskraften bygges, vedlikeholdes og videreutvikles. Sentrale innsatsområder er hjelp til selvhjelp, styrking av mestringskompetanse og mobilisering av familie-, nettverks- og lokalsamfunnsstøtte.

Tiltakene vil kreve lave til moderate utviklingskostnader til utforming av digitalt innhold, utvikling av eventuelle verktøy og etablering av beredskapspakke. Videre vil det være behov for ressurser til samarbeid og koordinering. Omfanget av kostnadene vil avhenge av endelig utforming av tiltaket, men vurderes som kostnadseffektivt, da det i stor grad vil kunne bygge på eksisterende samarbeidsstrukturer. Tiltaket vil ha høy potensiell samfunnsnytte, særlig i kriser. Veiledning, teknikker og ressurser for å styrke befolkningens samlede motstandskraft vil gi bedre håndtering av kriser og mindre press på helsetjenester. Det bør rettes økt oppmerksomhet mot de akutte effektene av tiltak, f.eks. bedre søvn, redusert stress og angst.

Tiltaket vil styrke befolkningens evne til egenhåndtering, mestring og handlekraft. Tiltaket er universelt og vil nå hele befolkningen, men kan og bør ha et særskilt fokus på utsatte grupper.

Integrere klimaperspektivet systematisk i helseberedskapsarbeidet og folkehelsearbeidet

Tiltaket omfatter:

- implementere Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste som felles rammeverk for styring, planlegging, kompetanse og gjennomføring.
- etablere et nasjonalt, tverrfaglig nettverk med oppgave å diskutere, vurdere og rapportere klimarelaterte helsefarer i Norge, med utgangspunkt i et skille mellom risk og hazard.

Begrunnelse for tiltaket

Klimaendringene er en selvstendig trussel mot helse og forsterker samtidig mange andre helsetrusler og helserisikoer. Folkehelsetiltak knyttet til klimatilpasning, overvåkning og styrket kompetanse i helsetjenesten bidrar til å redusere risiko for helseeffekter av ekstremvær, økt sykdomsbyrde og nye helseutfordringer. Et viktig folkehelsetiltak er også å klimatilpasse helse- og omsorgstjenesten for å sikre en motstandsdyktig tjeneste som kan gi nødvendig helsehjelp til befolkningen. Klimaendringene utgjør en av de største og mest sammensatte utfordringene for folkehelsen i vår tid. De er både en selvstendig helsetrussel og en tverrgående risiko- og trusselmultiplikator, helsekonsekvensene kan være både akutte og langsiktige, og rammer ofte sårbare grupper hardest. Klimaendringene påvirker samtidig helse- og omsorgstjenestenes rammebetingelser og evne til å levere trygge og likeverdige tjenester. Et klima i endring kan øke belastningen på tjenestene, utfordre kritisk infrastruktur og bidra til mer sammensatte utfordringer. Å tilpasse helse- og omsorgstjenestene til et endret klimarisikobilde er derfor både et beredskapstiltak og et viktig folkehelsetiltak.

Veikartet gir et viktig og nyttig rammeverk for arbeidet med systematisk integrering av klimaperspektivet både i helseberedskapsarbeidet, folkehelsearbeidet og tjenestene. Veikartet er allerede sektorforankret, og i tillegg til å foreslå en rekke tiltak både med tanke på klimatilpasning og utslippsreduksjon i sektoren, gir det forslag til operative verktøy for styring, miljøledelse og utvikling av kompetanse. Folkehelsearbeidet må bidra til å forebygge klimarelaterte helseskader, redusere sårbarhet i befolkningen og styrke samfunnets motstandskraft. Dette innebærer blant annet tiltak innen klimatilpasning, overvåkning, kompetanse i helsetjenesten, mer og bedre kunnskap om hvordan klimaendringer påvirker helse og helse- og omsorgstjenestene i Norge, samt utvikling av en motstandsdyktig og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tiltaket må ses i sammenheng med tiltak 1.

Tiltaket vil krever begrensede nye investeringer sammenliknet med potensielle kostnader ved manglende klimatilpasning, avhengig av tiltak som velges, fordi tiltaket bygger på eksisterende strukturer. Veikartet er allerede utviklet, inkludert verktøy for ledelse, styring, kompetanse og forslag til tiltak for klimatilpasning. Integrering av klimaperspektivet i annet arbeid øker effekten av eksisterende folkehelse- og beredskapstiltak, gir bedre forebygging, mer treffsikre prioriteringer, mer robust tjeneste, styrket beredskap og kontinuitet i tjenestene også ved ekstremvær. Dette vil også bidra til å styrke samfunnets samlede motstandskraft.

Tiltaket retter seg mot systemer, planlegging og styring, og gir kommuner og tjenester bedre beslutningsgrunnlag. Tiltaket er viktig virkemiddel for å sikre likeverdig beskyttelse av befolkningen og lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av bosted og sosioøkonomisk situasjon. Klimaendringer og klimarelaterte hendelser rammer sårbare grupper hardest, som barn og eldre, kronisk syke, og personer med vedvarende lav inntekt eller svake boforhold.

Utarbeide en nasjonal inneklimastrategi

Tiltaket omfatter:

Tiltaket handler om å utarbeide en nasjonal tverrsektoriell inneklimastrategi, som legger til rette for:

- samordnet strategisk innsats gjennom felles mål, prioriteringer, budskap og veiledning,
- felles forståelse av kunnskapsbehov

- felles vurderingsgrunnlag som legger til rette for samordnet oppdatering av kunnskap, regelverk og anbefalinger

Begrunnelse for tiltaket:

Siden 80–90 prosent av tiden tilbringes innendørs, har inneklimate stor betydning for helse og livskvalitet. Fuktskader og muggsopp er de mest utbredte problemene og er knyttet til økt risiko for allergier og luftveissykdommer. Barn og unge er særlig sårbare. Inneklimate har dokumenterte utfordringer (jf. [Norges tilstand 2025, RIF](#)) og arbeidet med å forebygge inneklimate relaterte helseplager har et betydelig potensial for folkehelsegevinst. Målet med tiltaket er å sikre et oppdatert og relevant kunnskapsgrunnlag, øke kompetansen og beredskapen i kommunene til å vurdere og håndtere risiko for dårlig inneklimate, styrke samarbeid med helsetjenesten, inkludert integrere inneklimatearbeidet i eksisterende samarbeid med helsetjenesten igjennom de regionale sentrene for astma, allergi og annen overfølsomhet (RAAO), og styrke myndighetsarbeid, blant annet med Direktoratet for byggkvalitet og Arbeidstilsynet m.fl. inkludert arbeidsmiljømyndighetene.

Tiltaket vil bidra til mer effektiv utnyttelse og bedre koordinering av ressursene på myndighetsnivå, som igjen kan bidra til styrket veiledning og informasjon ut til befolkningen. Dette gir økt tillit til helsemyndighetene og økt trygghet i befolkningen, reduserer henvendelser til etatene og bidrar til bedre inneklimate. Tiltaket vil ha nytteverdi for hele befolkningen, med særlig gevinst for sårbare grupper.

Sikre bedre data av skader og ulykker

Tiltaket omfatter:

Tiltaket handler om å sikre bedre skadedata av skader og ulykker for å kunne målrette forebyggende innsats gjennom pilotprosjekter for utprøving. Det såkalte Felles minimum datasett (FMDS), eller tilsvarende registrering, brukes for lite til at det gir god nok kunnskap.

Begrunnelse for tiltaket:

Bedre skadedata gir mer målrettede og kostnadseffektive tiltak. Forebygging av skader og ulykker vil spare samfunnet for store kostnader. Man vet ikke nok om hvilke skader som faktisk skjer, hvor, blant hvem og hvorfor. Derfor blir forebyggingstiltak lite treffsikre. Kartlegginger gjort av blant annet STAMI viser at det er stor grad av underrapportering av arbeidsskader, inkludert skader og ulykker i landbruket: [Arbeidsskader - STAMI NOA](#).

Tiltaket må ses i sammenheng med Fyrtårnprosjektet, som er et etablert prosjekt for registrering av skadedata og bruk av FMDS ved 10 sykehus og 7 legevakter. Prosjektet planlegges pr nå videreført ut 2026. Videre må tiltaket ses i sammenheng med Prosjektet Cy-walk, i regi av TØI, som innebærer pasientrapportert skaderegistrering og stedfesting av skadested. Oslo Skadelegevakt samler også inn data om sykkel- og elsparkesykkelulykker i prosjekter finansiert av Statens Vegvesen og Helsedirektoratet.

4. Tiltak for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid lokalt, regionalt og nasjonalt

4.1 Innledning

Et styrket og mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid er avgjørende for å møte dagens og fremtidens utfordringer i kommunene. Samtidig viser både det nasjonale tilsynet fra 2024⁸⁹ og Helsedirektoratets undersøkelser om kommuners systematiske folkehelsearbeid⁹⁰ at selv om kommuner jobber bra etter folkehelseloven er det fremdeles en for stor andel som ikke har tilstrekkelig systematikk i tråd med folkehelseloven. Dette kan være at arbeidet ikke i tilstrekkelig grad er forankret i ledelse og planverk, eller at det mangler gode prosesser for å omsette kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer til konkrete prioriteringer og tiltak.

Folkehelseutfordringer er komplekse og krever innsats på tvers av sektorer. Det fremgår imidlertid at tverrsektorielt samarbeid er en vedvarende utfordring, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Ulike sektorer har ofte ulike mål, styringslinjer og virkemidler, noe som kan gjøre det krevende å etablere felles forståelse, ansvar og langsiktige prioriteringer. Dette begrenser muligheten til å arbeide helhetlig og treffsikkert med de bakenforliggende faktorene som påvirker befolkningens helse. Videre preges feltet av kapasitetsutfordringer. Kommunene har eksempelvis tilgang til en rekke datakilder, men ressurser og kompetanse til å vurdere informasjonen er ikke alltid tilgjengelig. Dette kan svekke grunnlaget for gode prioriteringer og gjøre det vanskelig å følge utviklingen over tid.

Prioriteringsutvalget⁹¹ peker i sitt arbeid på at støtten til kommuners systematiske folkehelsearbeid er for lite tilrettelagt og bør bli mer koordinert og helhetlig. Ulike nasjonale aktører tilbyr veiledning, verktøy og støtte, men disse er ikke alltid godt samordnet eller tilpasset kommunenes behov. Dette kan bidra til uklarhet og ineffektiv ressursbruk, og gjør det mer krevende for kommunene å utvikle et helhetlig og varig systematisk arbeid. Samlet peker disse utfordringene på behovet for styrket struktur, tydeligere samordning og bedre støtte til kommunenes folkehelsearbeid.

⁸⁹ [Har kommunene god nok systematikk i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse? | Helsetilsynet](#)

⁹⁰ [Kommuners systematiske folkehelsearbeid – kartlegging 2025 - Helsedirektoratet](#)

⁹¹ NOU 2025: 8 Folkehelse-verdier, kunnskap og prioritering

I det følgende presenteres forslag til tiltak som tar sikte på å møte disse utfordringene og legge til rette for et mer systematisk, kunnskapsbasert og tverrsektorielt folkehelsearbeid.

4.2 Forslag til tiltak

Sikre mer effektiv utnyttelse av registerdata for å kunne følge utvikling i geografisk og sosial ulikhet i helse

Tiltaket omfatter:

- At samtlige helseregistre kan utlevere helsedata med informasjon om bostedsgrunnkrets på lik linje med informasjon om bostedskommune.
- At helseregistrene skal kunne utlevere helsedata med informasjon om utdanning og innvandringsbakgrunn på lik linje med informasjon om alder og kjønn. Dette forutsetter at sosioøkonomiske opplysninger fra SSB enten inngår i helseregistrene eller at registrene selv kobler på denne informasjonen før helsedataene utleveres til mottaker.
- En del av tiltaket vil være å utrede om det må juridiske endringer til, samt hvilke praktiske og organisatoriske endringer et slikt tiltak vil innebære. Det vil stilles tilsvarende krav som i dag til personvern og hjemmelsgrunnlag.

Begrunnelse for tiltaket

Enklere tilgang til koblede data vil gjøre det lettere å følge utviklingen i sosiale helseforskjeller over tid og sikre bedre sammenliknbarhet gjennom felles definisjoner. Tilgang til grunnkretsinformasjon vil i tillegg gjøre det mulig å belyse geografiske forskjeller innad i kommunene og målrette forebyggende tiltak bedre.

Bedre tilgang til ferdig koblede helsedata vil redusere kostnader, ventetid og administrativ belastning ved at koblinger gjøres én gang i registrene, fremfor av hver enkelt statistikkprodusent. Dette frigjør ressurser til analyse og kunnskapsutvikling, samtidig som personvernet styrkes gjennom færre behandlingsledd og mindre spredning av personopplysninger.

Sikre bedre og mer effektiv utnyttelse av eksisterende befolkningsundersøkelser om helse og levevaner, samt styrke muligheten for å følge utvikling i grupper av befolkningen

Tiltaket omfatter:

- Legge til rette for å inkludere flere deltakere fra befolkningsgrupper som eldre og innvandrerbefolkningen i de nasjonale befolkningsundersøkelsene om helse og levevaner. Dette vil kunne gi et bedre grunnlag til å si noe om helse, livskvalitet, levevaner og sosial ulikhet i hele befolkningen.
- Sikre mer effektiv infrastruktur som ivaretar mulighet til å koble nasjonale befolkningsundersøkelser med blant annet sosioøkonomiske opplysninger fra SSB, slik at dataene kan gi bedre grunnlag for å si noe om sosial ulikhet i helse og utsatte grupper i befolkningen.

Begrunnelse for tiltaket

Tiltaket vil sikre et mer representativt datagrunnlag til å følge med på utviklingen av helse og levevaner i grupper av befolkningen som tradisjonelt er underrepresentert i denne typen befolkningsundersøkelser. Å legge til rette for en mer effektiv prosess for å koble befolkningsundersøkelser til opplysninger om bakgrunnsfaktorer fra SSB, vil bidra til å kunne gi god informasjon om ulikhet i helse og levevaner. Dersom opplysninger enkelt kan hentes fra registre, vil man kunne redusere antall bakgrunnsspørsmål i befolkningsundersøkelsene og i tillegg ha mer pålitelig informasjon sammenliknet med å belage seg på mer usikker selvrapportert informasjon.

Sikre at gjennomføringen av fylkeshelseundersøkelser (FHUS) gjøres på en måte som gir sammenliknbare tall på tvers av geografiske nivåer

Tiltaket omfatter:

- Gjennomføringen av fylkeshelseundersøkelser (FHUS) bør skje på en måte som gjør det mulig å sammenlikne tall på tvers av fylker og med landsnivå.
 - Tiltak som bidrar til sammenliknbarhet mellom fylker:
 - Sikre at det er en fast kjernemodul som alle gjennomfører og at det enkelte fylke kun kan velge å inkludere eventuelle tilleggsmoduler. Dette vil sikre sammenliknbare spørsmål på tvers av fylkene.
 - Jevnlig gjennomføring i fylkene, for eksempel at fylkene gjennomfører i løpet av en gitt periode. Dette vil sikre sammenliknbarhet på tvers av fylkene fordi undersøkelsene gjennomføres i et avgrenset tidsrom.
 - Tiltak som bidrar til sammenliknbarhet med landstall:
 - At samtlige fylker gjennomfører FHUS i en avgrenset tidsperiode vil kunne gi et representativt landstall å sammenlikne fylkestallene med. Sammenliknbarheten forutsetter at fylkene benytter seg av en fast kjernemodul.
 - Et alternativ som også kan gi representative landstall er å bruke landstall fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) der det er mulig. Dette forutsetter lik spørsmålsstilling på enkelte kjernesporsmål i NHUS og FHUS for temaområder som inngår i begge undersøkelsene.
 - Styrke nasjonale myndigheters mulighet for å legge til rette for at gjennomføringen av FHUS kan skje på en måte som gir sammenliknbare tall mellom fylkene og med landsnivå.

Begrunnelse for tiltaket:

For å ta i bruk eksisterende data for fylker og kommuner i folkehelsearbeidet er det en fordel å kunne sammenlikne regionale og lokale tall med landsnivå. Ved å ha et representativt tall for landsnivå kan statistikk fra FHUS presenteres i folkehelseprofiler og statistikkbanken Folkehelsestatistikk⁹². Revidert folkehelselov⁹³ legger opp til en regularitet i gjennomføringen av FHUS, men det er utfordrende å gjennomføre fordi det per i dag er uforutsigbar finansiering.

⁹² [Folkehelsestatistikk og profiler - Helsedirektoratet](#)

⁹³ [Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\) - Lovdata](#)

En kjernemodul i FHUS med faste spørsmål vil kunne gi bedre sammenliknbarhet mellom fylker.

Tilgjengeliggjøre statistikk på levekårssonenivå enkelt og kostnadsfritt for kommunene på samme måte som statistikk på kommunenivå.

Tiltaket omfatter:

- Sikre kontinuitet og prioritere arbeidet med å tilgjengeliggjøre statistikk på levekårssonenivå i Helsedirektoratets statistikkbank Folkehelsestatistikk.
- Etterstrebe at samtlige av de sentrale helseregistrene får på plass infrastruktur som muliggjør utlevering av data på grunnkrets nivå. Dette er forutsetning for å kunne tilgjengeliggjøre statistikk på levekårssonenivå. Kommunalt pasient- og brukerregister, Norsk pasientregister, SYSVAK og Legemiddelregisteret har i dag ikke mulighet til å tilgjengeliggjøre grunnlagstall på grunnkrets nivå, og dermed ikke mulig å tilgjengeliggjøre på levekårssoner. En del av tiltaket vil være å utrede om det må juridiske endringer til. Det vil stilles tilsvarende krav som i dag til personvern og hjemmelsgrunnlag.

Begrunnelse for tiltaket:

Statistikk på lavere geografisk nivå enn kommune anses som et viktig bidrag for å understøtte kommunene i deres folkehelsearbeid og samfunnsplanlegging generelt⁹⁴. Ett enkelt kommunetall kan dekke over store områdeforskjeller innad i kommunen. Statistikk på sonenivå vil dermed kunne gi et mer nyansert bilde på utfordringer og ressurser i kommunen, og vil bidra til:

- Et bedre datagrunnlag til kommunene i deres oversiktsarbeid (jfr. folkehelseloven §5).
- Kunnskap om geografiske og sosiale forskjeller innad i kommunene.
- Å målrette kommunens innsats og prioritere nye tiltak i kommunene.
- Kunnskap om levekår i forbindelse med områdesatsinger.

Levekårssoner er i ferd med å etableres som et nytt geografisk nivå. I arbeidet med å etablere levekårssonene har kommunene bidratt, og det er en forventning blant kommunene at folkehelsestatistikk på levekårssonenivå fremover tilgjengeliggjøres på lik linje med statistikk på kommunenivå. Geografiske forskjeller i helse innad i kommunene vil kunne belyses bedre hvis helseregistrene kan utlevere statistikk på grunnkrets nivå. Dette vil gjøre det mulig å presentere helsestatistikk på levekårssonenivå.

Syrke nasjonal koordinering og verktøystøtte for et mer systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene

Tiltaket omfatter:

- Tydeliggjøre og styrke Helsedirektoratets rolle som nasjonal koordinerende enhet
- Koordinere og samordne støtte fra sentrale aktører til kommuner og fylkeskommuner
- Utrede og utvikle nasjonale minimumsstandards for kommunenes oversiktsarbeid
- Utvikle digitale verktøy som forenkler innhenting, sammenstilling og oppdatering av folkehelseoversikt
- Videreutvikle samarbeidsmodeller på tvers av sektorer og legge til rette for partnerskap med privat, frivillig og ideell sektor

⁹⁴ [Meld. St. 28 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#)

- Styrke bruk av helsekonsekvensutredninger i planlegging og beslutning
- Tilgjengeliggjøre effektive tiltak på folkehelseområdet

Begrunnelse for tiltaket

Nasjonalt tilsyn fra 2024⁹⁵ viser at kvaliteten i kommunenes oversiktsarbeid ofte er utilstrekkelig og varierende, og at identifiserte folkehelseutfordringer i begrenset grad følges opp i planverk og tiltak. Samtidig er ansvaret for støtte til kommunene fragmentert og delt mellom flere nasjonale og regionale aktører, noe som skaper uklarhet og manglende samordning.

Ved å kombinere tydelig nasjonal koordinering med utvikling av felles standarder og digitale verktøy, kan man styrke både kvaliteten og bruken av kunnskapsgrunnlaget. Dette vil bidra til å gjøre folkehelsearbeidet mindre ressurskrevende og mer treffsikkert, ved at kommunene bruker mindre tid på innhenting av data og mer tid på analyse, prioritering og oppfølging av tiltak.

Tiltaket vil også bidra til bedre sammenheng mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, redusere forskjeller i kapasitet og kvalitet mellom kommuner, og legge til rette for et mer helhetlig, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i tråd med folkehelselovens formål.

Styrke oppfølgingen av det nasjonale systematiske folkehelsearbeidet ved å etablere et system for monitorering (internkontroll) og oppfølging av den nasjonale folkehelsepolitikken

Tiltaket omfatter:

- Utvikle prosess- og måleindikatorer for å følge opp det nasjonale folkehelsearbeidet.
- Presisere og lage et system for å følge opp kravene i utredningsinstruksen som går på helse og fordeling utenfor helsesektoren
- Evaluering av store nasjonale folkehelse tiltak

Begrunnelse for tiltaket

Oppfølgingen av folkehelsepolitikken i dag varierer mellom sektorer og forvaltningsnivåer, og kan synes å være i liten grad systematisert. Et system for monitorering kan bidra til økt måloppnåelse og tydeliggjøring av tiltak som er effektfulle. Et helhetlig, monitorering- og oppfølgingssystem, kombinert med likelydende oppdrag til relevante sektorer, kan bidra til tydeligere ansvarliggjøring, bedre samordning og felles retning i arbeidet. Samtidig kan det styrke etterlevelsen av krav til å vurdere helse- og fordelingsvirkninger i beslutninger utenfor helsesektoren blant annet gjennom økt bruk av helsekonsekvensutredninger gjennom utredningsinstruksen. Samlet sett kan dette gi økt legitimitet til folkehelsepolitikken og bedre sammenheng mellom nasjonale mål og lokal gjennomføring.

⁹⁵ [Har kommunene god nok systematikk i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse? | Helsetilsynet](#)