

Kunnskapsgrunnlag ny handlingsplan kosthold – oppdrag 3 b

Det bes om at det pekes på hvilke målgrupper, i tillegg til barn og unge, som bør gis særskilt oppmerksomhet

16. mars 2016
Helsedirektoratet

Forord

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) ble i tillegg til tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) den 23.11.15, bedt om å samarbeide om et kortfattet, oppdatert kunnskapsgrunnlag som en oppstart på arbeidet med ny handlingsplan for bedre kosthold.

Det ble ikke forventet nye systematiske kunnskapsoppsummeringer, men at eksisterende oversiktsartikler og evalueringer fra forrige ernæringsplan mv brukes. I alt omfatter oppdraget 5 punkter.

Dette kunnskapsgrunnlaget omfatter oppdrag 3b: Det bes om at det pekes på hvilke målgrupper, i tillegg til barn og unge, som bør gis særskilt oppmerksomhet.

Kunnskapsgrunnlaget er diskutert i faggruppe ernæring i Helsedirektoratet og det er gitt innspill fra faggruppen og fra avdeling levekår og helse. Det er videre gitt innspill til målgrupper fra medlemmer i Nasjonalt råd for ernæring i en rundebords-diskusjon på rådsmøtet 4.2.2016, og rådet kom med nyttige innspill.

Oppdraget har vært forankret i avdeling befolkningsrettet folkehelsearbeid i Helsedirektoratet. Hovedansvarlig for utarbeiding av dokumentet har vært Britt Lande i samarbeid med faggruppe ernæring, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet januar 2017: Kunnskapsgrunnlag punkt 3b ble levert HOD i mars 2016. Noen mindre justeringer er gjort i denne endelige versjonen av kunnskapsgrunnlaget.

Innhold

Forord	2
1. Innledning	4
2. Kunnskapsgrunnlagene til ny handlingsplan for kosthold.....	4
3. Handlingsplan kosthold 2007-2011, sluttrapport og evaluering.....	7
4. Målgrupper som bør gis særskilt oppmerksomhet	8
4.1 Sosial ulikhet	9
4.2 Barn og unge	10
4.3 Andre målgrupper, i tillegg til barn og unge, som bør gis særskilt oppmerksomhet	10
5. Oppsummering.....	12
Vedlegg. Nasjonale og internasjonale rapporter, planer og strategier.....	14

1. Innledning

Dette kunnskapsgrunnlaget svarer på oppdrag punkt 3b fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i arbeidet med ny handlingsplan kosthold.

Helsedirektoratet har inndelt punkt 3 i tre deler og leverer disse separat:

- 3a. Status og utfordringer på kostholdsområdet, både generelt i befolkningen, i ulike grupper i befolkningen og relatert til sosiale ulikheter
- 3b. Det bes om at det pekes på hvilke målgrupper, i tillegg til barn og unge, som bør gis særskilt oppmerksomhet
- 3c. Kompetansebehov hos nøkkelgrupper (som helse- og sosialpersonell, barnehagelærere mv) bør beskrives.

For å svare på oppdrag 3b er det særlig tatt utgangspunkt i målgrupper og grupper trukket fram i:

- 1) Kunnskapsgrunnlagene til ny handlingsplan
- 2) Handlingsplan for bedre kosthold 2007-2011, sluttrapport og evaluering

I tillegg vises det til målgrupper og grupper trukket fram i nasjonale og internasjonale dokumenter som omhandler kosthold, ernæring og helse (rapporter fra ekspertgrupper, folkehelsemeldingen, strategier, handlingsplaner), se vedlegg.

Det er særlig sett på primærmålgruppene. Det er tatt inn noe om nøkkelpersonell, aktører, arenaer og samarbeidspartnere i arbeidet for å fremme kosthold og helse i de ulike målgruppene, men dette er ikke utdypende.

Prosess: *Kunnskapsgrunnlaget er diskutert i faggruppe ernæring i Helsedirektoratet og det er gitt innspill fra faggruppen og fra avdeling levekår og helse. Det er videre gitt innspill til målgrupper fra medlemmer i Nasjonalt råd for ernæring i en rundebords-diskusjon på rådsmøtet 4.2.2016.*

2. Kunnskapsgrunnlagene til ny handlingsplan for kosthold

I dette kapitlet presenteres grupper og målgrupper som er trukket fram i kunnskapsgrunnlagene punkt 2, 3a og 5. Disse punktene har Helsedirektorat hatt hovedansvar for å utarbeide.

Kunnskapsgrunnlaget punkt 2 omhandler måltidenes betydning som en sosial begivenhet og for mestring og trivsel. I kunnskapsgrunnlaget er det særlig fokus på barn og unge, og eldre og syke i helse- og omsorgstjenestene.

Måltidets sosiale funksjon og betydning for mestring og trivsel beskrives i ulike grupper og i barnehage og skole, arbeidsliv og for integrering i samfunnet, i helse- og omsorgstjenesten – innen psykisk helse og rus og i sykehus og omsorgstjenester.

Her er noen av punktene som trekkes fram:

- Barn og unge: Måltidets sosiale og miljøskapende verdi i barnehage, skole og skolefritidsordning (SFO) er viktig element i det psykososiale miljøet og for barn og unges helse, trivsel, læring og mestring, inkludering i et sosialt fellesskap, for samhandling og for å ta del i en matkultur.
- Voksne: Måltidets betydning for styrket fellesskap, trivsel, mestring og helse i arbeidslivet generelt og for skift- og turnusarbeid spesielt. Skape arenaer og møteplasser for måltidsfellesskap for de som er utenfor arbeidslivet for å mestre hverdagen og skape trivsel.

- Grupper som omfattes av helse- og omsorgstjenesten: Måltidene kan skape struktur på dagen, skape glede, ha sosial betydning og betydning for livsmestring og trivsel. I sykehus kan det å beskytte måltidet fra avbrytelser se ut til å ha en positiv effekt på matinntaket og følgelig både på vekt og næringsinntak til pasientene. Bedre ernærte pasienter betyr færre komplikasjoner og infeksjoner, mindre bruk av antibiotika, kortere liggetid og lavere dødelighet.
- For habiliteringstjenesten og arbeid innen rus og psykisk helse kan måltider og matlaging brukes i terapeutisk sammenheng og for styrket mestring. Ved problematisk forhold til og avhengighet av rus, kan hjelp til å øve på gode måltidsvaner inngå som tiltak for bedre sosial fungering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet. Et måltidsfellesskap er også viktig for personer med utviklingshemming, både å oppleve trivsel rundt et måltid sammen med andre og som en mulig arena for å ha rollemodeller for gode måltidsvaner.
- For personer/pasienter på dagsentrene, i hjemmetjenesten, på sykehjem og andre kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner kan et hyggelig måltidsmiljø bidra til matglede, matlyst og trivsel.
- For offentlige tjenester som for eksempel asylmottak, kan måltidet være en ressurs og arena for mestring av hverdagslivet og for sosialt fellesskap, og måltidsfellesskap kan være et trivselsfremmende redskap for integrering i lokalsamfunnet.

Kunnskapsgrunnlaget punkt 3a beskriver status og utfordringer på kostholdsområdet på befolkningsnivå og i grupper av befolkningen og relatert til sosial ulikhet. Det beskriver forskjeller i kostholdet etter kjønn, alder og utdanning, samt hovedtrekk, særtrekk og utfordringer ved kosthold i noen grupper; sped- og småbarn, barn og unge, voksne, gravide, eldre og innvandrergupper.

Det er utfordringer i kostholdet på befolkningsnivå, og i tillegg er det noen spesifikke utfordringer og behov for grupper av befolkningen; som sped- og småbarn, barn og unge, gravide, voksne, eldre og innvandrergupper.

Befolkningens kosthold har endret seg i tråd med en rekke av målene i handlingsplanen for bedre kosthold 2007-2011. Kostholdet er imidlertid fortsatt langt fra å nå anbefalt inntak hos en meget stor andel av befolkningen. Store utfordringer er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, bær, grove kornprodukter og fisk, redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker og øke andelen spedbarn som fullammes og ammes. Det er videre en stor utfordring å utjevne forskjeller i kostholdsvaner som fører til sosiale helseforskjeller i befolkningen. Inntaket av enkelte næringsstoffer er lavt i noen grupper av befolkningen.

Det er begrenset kunnskap om kostholdet i grupper av befolkningen som trolig kan ha større forekomst av ernæringsrelaterte problem enn i befolkningen for øvrig, slik som eldre, grupper av innvandrere, flyktninger, personer med somatiske og psykiske sykdommer, rusmisbrukere og brukere av helse- og omsorgstjenester. Det vises til noen data om kosthold i disse gruppene i kunnskapsgrunnlagene punkt 2, 3a og 5.

For å forebygge overvekt og fedme vil det for store deler av befolkningen være viktig å få en bedre balanse mellom energiinntak og energiforbruk, gjennom et godt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet.

Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger vil gi et godt grunnlag for god helse og redusere forekomsten av hjerte- og karsykdommer, flere former for kreft, type 2-diabetes og overvekt.

Kunnskapsgrunnlaget punkt 5 beskriver status, utfordringer og tiltak og gode eksempler med hensyn til ernæring innen helse- og omsorgstjenesten (inkludert tannhelsetjenesten).

Dette favner *helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeid* (ernæringsarbeid rettet mot friske og friske risikogrupper), *ernæring ved sykdom* (som sekundær/-tertiærforebyggende og/eller medisinsk ernæringsbehandling) i ulike deler av helsetjenesten, og *tilrettelegging for et forsvarlig mattilbud* (i helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige institusjoner som Forsvaret, asylmottak, fengsel), inkludert tannhelsetjenester.

Status, utfordringer og tiltak med hensyn til ernæring beskrives innen 1) helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2) kommunale helsetjenester, inkludert fastlegeordningen og frisklivssentraler, 3) spesialisthelsetjenesten, 4) rus og psykiatri, 5) rehabilitering og habilitering, 6) pleie og omsorg, 7) tannhelsetjenesten og 8) i tilrettelegging for et forsvarlig mattilbud.

Grupper, nøkkelpersonell og arenaer trekkes fram innenfor de ulike tjenestene.

Her gis en kort oppsummering og noen eksempler på grupper som trekkes fram, se kunnskapsgrunnlaget punkt 5 for nærmere beskrivelse og detaljer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Gravide, barn og unge og deres familier. Det er beskrevet utfordringer og eksempler på tiltak også i noen undergrupper, som overvektige gravide, barn med overvekt og deres familier, barn med ulike ernæringsrelaterte diagnoser som allergier. Premature barn, barn og kvinner med ikke-vestlig bakgrunn, barn og unge med spiseforstyrrelser. Det vises også til sosiale forskjeller.

Kommunale helsetjenester, inkludert fastlegeordningen og frisklivssentraler: Flere grupper, som personer med overvekt og fedme, personer med ulike kostholdsrelaterte sykdommer eller med forhøyet risiko for diabetes og andre livsstilssykdommer, eldre og brukere av frisklivssentralene.

Spesialisthelsetjenesten: Flere grupper, som underernærte og pasienter i ernæringsmessig risiko, eldre pasienter og pasienter med økt risiko for livsstilssykdommer som har sammenheng med ernæring.

Rus og psykiatri: Utfordringer og eksempler på tiltak overfor pasienter med psykiske lidelser og personer med rusproblemer trekkes fram.

Rehabilitering og habilitering: Brukergrupper med ernæringsutfordringer, som overvekt og ikke-smittsomme sykdommer, brukergrupper med høy forekomst av underernæring, barn med funksjonsnedsettelse og andre tilstander, og ungdom og voksne med utviklingshemning.

Pleie og omsorg: Flere grupper, som pasienter som skrives ut til videre oppfølging eller behandling i kommunene. Pasienter og brukere som er utsatte for ernæringsmessig risiko, dette gjelder særlig eldre og pasienter med kreft og infeksjoner, men omfatter de fleste pasientgrupper. Hjemmeboende eldre med moderat eller høy risiko for underernæring, underernærte eldre, hjemmeboende eldre med demens og beboere i sykehjem.

Tannhelsetjenesten: Hele befolkningen, med særlig fokus på utsatte grupper. Risikogrupper, som risikogrupper for tannerosjon: barn, ungdom og unge voksne. Ungdomsårene er en overgangsfase og utgjør en utfordring for tannhelsen både med hensyn til karies og syreskadeproblematikk. Sosial og

økonomisk ulikhet gjør seg gjeldende i tannhelse på samme måte som i helse for øvrig. Den offentlige tannhelsetjenesten gir tilbud til prioriterte grupper; barn og unge, psykisk utviklingshemmede, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.

Det vises for øvrig til kunnskapsgrunnlagene for punkt 1 og punkt 4 fra Folkehelseinstituttet (FHI).

3. Handlingsplan kosthold 2007-2011, sluttrapport og evaluering

Handlingsplanen for bedre kosthold var rettet mot hele befolkningen, men det skulle fokuseres særlig på barn, ungdom og eldre. Videre skulle tiltakene bidra til å redusere sosiale forskjeller i kostholdet.

I planlegging og utvikling av tiltak skulle det særlig tas hensyn til gruppene i befolkningen som hadde det minst gunstige kostholdet, det vil si gruppene der utfordringene var størst – og der også antagelig forebyggingspotensialet ville være størst.

Andre grupper som ble trukket fram:

- gruppene i befolkningen som har, eller som har høy risiko for å utvikle, sykdommer hvor kostholdet er av stor betydning, som hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme og type 2-diabetes.
- personer med matvareallergi, hvor tilpasset kosthold er helt avgjørende for behandlingen
- pasienter hvor ernæring spiller en sentral rolle for å unngå underernæring og for å gi et godt behandlingsgrunnlag.

I utvikling og gjennomføring av tiltak skulle det tas hensyn til det flerkulturelle samfunnet. Det ble vist til at for ikke-vestlige innvandrere kan det bli uheldige endringer i kostholdet og lavere fysisk aktivitet ved etablering i nytt land med annen kultur og annet språk. Og at dette gjenspeiler seg i hyppigere forekomst av enkelte ernæringsrelaterte problemer, eksempelvis overvekt og type 2-diabetes, hos enkelte innvandrergupper.

Det ble trukket fram under strategier og virkemidler at befolkningsrettede tiltak som regel har større betydning for folkehelsen enn individrettede tiltak, men at begge typer forebyggende tiltak er nødvendige for å fremme god helse i befolkningen.

I Helsedirektorats sluttrapport for handlingsplanen (2012)¹ og anbefaling for videre arbeid (2013)

gis forslag til noen utvalgte satsingsområder innen ernæringsarbeidet fremover: Tverrsektorielt ernæringsansvar; Kunnskapsbasert ernæringsarbeid; Pris og andre strukturelle virkemidler; og Kommunikasjonsplattform.

Her er noen momenter relevant for vurdering av målgrupper:

Betydningen av å utjevne sosiale forskjeller i kostholdet vektlegges. Målgrupper som barn og unge og eldre trekkes fram eksplisitt, mens andre målgrupper inngår i de foreslåtte satsingsområdene.

¹Sluttrapport Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011 (IS-0368). Helsedirektoratet, 2012. Anbefalinger for videre arbeid. Helsedirektoratet, 2013.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-bedre-kosthold-i-befolkningen-20072011-sluttrapport>

I tillegg til tiltak på arenaer som når de fleste; barnehage, skole, arbeidsliv og i helse- og sosialtjenesten, er det nødvendig å tilpasse tiltak og budskap slik at også resten av befolkningen nås på en egnet måte.

Utvikling av relevante opplærings- og kommunikasjonsverktøy til bruk overfor ulike målgrupper som kvinner som planlegger å bli gravide, barn, etniske minoriteter og grupper som av ulike årsaker faller delvis eller helt utenfor vanlig samfunnsliv, trekkes fram som aktuelt. Det påpekes at det er viktig å trekke ulike mål- og brukergrupper aktivt med i utformingsarbeidet og videreutvikle samhandling med ulike aktører og videreformidlere som kjenner målgruppene og bruke eksisterende arenaer.

Godt ernæringsarbeid, både helsefremmende, forebyggende og i behandling og omsorg, er avhengig av tilstrekkelig kompetanse på alle nivåer, og det er derfor viktig å videreføre kompetansehevingstiltak både innenfor helse- og omsorgstjenesten, i frisklivsarbeidet og overfor andre nøkkelgrupper som barnehagelærere, ansatte i skoleverket, på serveringssteder og andre arenaer, samt beslutningstakere i offentlig og privat sektor.

Primærnæring, matvareindustri og handelsnæring har en viktig oppgave med å utvikle og tilby matvarer med god ernæringsmessig profil tilpasset ulike bruksområder, arenaer og målgrupper.

Samfunnet som helhet har et ansvar for å legge forholdene til rette for sunne helsevalg i alle deler av befolkningen, noe som er tydeliggjort i Folkehelseloven, som kom i handlingsplanperioden. Det offentlige har ansvar for å sikre et helhetlig ernæringsarbeid, god koordinering av innsatsen og bidra til en klar arbeids- og ansvarsfordeling.

I **WHO's evaluering av handlingsplanen**² er det gitt anbefalinger for videre arbeid. Det ble ikke pekt spesielt på målgrupper, men viktigheten av å redusere sosial ulikhet mellom grupper ble vektlagt. Nøkkelpersonell, aktører, arenaer og noen grupper i det videre ernæringsarbeid ble trukket fram, som barn og ungdom, spesielt sårbare grupper, sosiale risikogrupper, lavinntektsgrupper, flyktninger, ulike etniske grupper, myndigheter, forbrukere, helsepersonell, barnehage og skole, media, privat sektor og det frivillige organisasjonslivet. Det ble påpekt behov for å styrke datainnsamling om kosthold og ernæring i undergrupper av befolkningen – særlig i lys av sosial ulikhet for å kunne følge utviklingen og vurdere effekt av tiltak i ulike grupper.

4. Målgrupper som bør gis særskilt oppmerksomhet

Dette kapitlet peker på hvilke målgrupper som bør gis særskilt oppmerksomhet ved utforming av ny handlingsplan.

Det er særlig tatt utgangspunkt i kunnskapsgrunnlag til ny handlingsplan og handlingsplan for bedre kosthold 2007-2011, sluttrapport og evaluering av denne. Forslaget til målgrupper er i samsvar med målgrupper og prinsipper trukket fram i nasjonale og internasjonale rapporter, strategier og tiltaksplaner (se vedlegg).

²Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition, 2007-2011. WHO Regional Office for Europe, 2012. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutrition-policy-with-a-focus-on-the-Action-Plan-on-Nutrition-20072011.pdf?ua=1

Målgruppene er vurdert ut fra kostholdets betydning for helsen, inkludert måltidets sosiale funksjon og betydning for mestring og trivsel.

Målgrupper i handlingsplanen må kobles til mål, innsatsområder og tiltak. Valg av strategier og virkemidler får betydning for hvordan målgruppene nås. I utformingen av handlingsplanen kan det komme inn nye momenter som får betydning for hvilke målgrupper som særskilt bør pekes på. Det må også ses på kunnskapsgrunnlaget fra FHI (punkt 1 og 4) og på innspill til handlingsplanen.

Det kan også være viktig å definere målgrupper utfra ulike situasjoner, behov, muligheter og hinder – ikke bare utfra alder.

Forebygging rettet mot enkeltpersoner med høy risiko kan ha stor effekt på individnivå, men har en begrenset totaleffekt i befolkningen, fordi det dreier seg om relativt få personer. De befolkningsrettede tiltakene derimot, som kanskje bare utgjør en liten endring på individnivå, kan ha stor effekt i befolkningen som helhet. De fleste tilfellene kommer fra gruppen med middels høy risiko, som er så mye større. En viktig bærebjelke i ernæringsarbeidet er derfor befolkningsstrategier. Men universelle og strukturelle virkemidler må suppleres med innsats mot risikogrupper/grupper av befolkningen.

I tillegg til primærmålgruppene det pekes på, er det en rekke sentrale aktører, arenaer og nøkkelpersonell i arbeidet med å bedre kosthold og helse, både i og utenfor helse- og omsorgssektoren.

Generelt blir det viktig å kunne måle kostendringer i befolkningen og i målgruppene som omfattes av handlingsplanen. Det blir derfor viktig å se på hvilke datainnsamlinger som pågår og er planlagt framover, hva man allerede har av grunnlagsdata og mulighet og behov for datainnsamling i handlingsplanperioden.

4.1 Sosial ulikhet

For å møte utfordringene på kostholdsområdet og i arbeidet med å forebygge ikke-smittsomme sykdommer og feilernæring, må arbeidet rettes inn mot å redusere sosiale ulikheter.

For de fleste ikke-smittsomme sykdommer er det høyest forekomst hos de med lavere sosioøkonomisk status, og det betyr at det største potensialet for å redusere sykkelighet og dødelighet av disse sykdommene ligger i forebyggende tiltak som er effektive også i grupper med lavere sosioøkonomisk status. Befolkningsrettede tiltak bør i økt grad benyttes, sammen med tiltak rettet mot individer med forhøyet risiko. Dette er også hovedinnretning foreslått i NCD-arbeidet³.

Kunnskapsoversikten om sosiale helseforskjeller i Norge (2014)⁴ viser at det er en gradientutfordring i sosial ulikhet, og det pekes på behovet for universelle tiltak (se vedlegg). Tiltak som settes inn tidlig i livet kan ventes å være særlig effektive.

³Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål. Rapport (IS-0373). Helsedirektoratet, 2013. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/308/Reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer%E2%80%93nasjonal-oppf%C3%B8lging-av-WHOs-mal-IS-0373.pdf>

⁴Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014. <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>

Universelle tiltak, strukturelle tiltak som når bredt ut og når alle, uavhengig av bakgrunnsfaktorer, er sentralt. Når det gjelder normative og pedagogiske tiltak, vil det være avgjørende å sikre at de treffer i forhold til sosial ulikhet og andre sosiale skillelinjer, som etnisitet og kjønn. I tillegg kan det være viktig med noen spesifikke målgrupperettede tiltak ved ekstra behov og utfordringer.

Når det gjelder innsats mot utsatte grupper, bør innsatsen søke å være helhetlig, dvs. ta hensyn til helheten i den livssituasjonen individene lever under.

Et annet gjennomgående prinsipp er å ha en livsløpstilnærming. Kostholdet påvirker helsen gjennom hele livet. I ulike livsfaser og i ulike overgangsfaser (fra barn, ungdom, ung voksen, voksen til eldre), kan det være ekstra ernæringsbehov og -utfordringer og kostholdet kan ha noen særtrekk.

Samfunnet har et ansvar for å legge forholdene til rette for sunne helsevalg i alle deler av befolkningen. Det er spesielt viktig å legge til rette for at barn og ungdom etablerer gode kostholdsvaner som de kan videreføre i voksen alder.

4.2 Barn og unge

Det er gitt i oppdraget at barn og unge skal være en viktig målgruppe i handlingsplanen. Barn og unge ble også trukket fram som viktig målgruppe i den forrige handlingsplanen og i kunnskapsgrunnlag til den nye handlingsplanen. Dette er også i samsvar med nasjonale og internasjonale rapporter og strategier (se vedlegg).

Kostholdet påvirker helsen vår gjennom hele livet. Kostholdet har avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsårene, og påvirker også helsen og risikoen for å utvikle kroniske sykdommer som voksen. Forebyggende arbeid må starte så tidlig som mulig. Det er særlig viktig å legge til rette for at barn og ungdom kan ha et variert og sunt kosthold, fordi kostvanene fra oppveksten legger grunnlaget for kostvaner senere i livet.

Måltidene har også en sosial og kulturell funksjon og er for mange et sentralt samlingspunkt og har betydning for trivsel og mestring.

Barn og unge er en sammensatt gruppe. Utfordringer og behov vil bl.a. variere etter barnets alder, helse, aktivitet, etnisitet og foreldrenes sosioøkonomiske status. Sosiale forskjeller gjenspeiler seg i kostholdet blant barn og unge, og dette er det viktig å ta høyde for ved utforming av tiltak. For å nå barn og ungdom er foreldre og foresatte viktige målgrupper.

Det er viktig å nå alle barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehage, SFO og skole er svært sentrale tjenester og arenaer som når alle og dermed kan virke sosialt utjevne. Fritidsarenaer er også viktige.

4.3 Andre målgrupper, i tillegg til barn og unge, som bør gis særskilt oppmerksomhet

Den nye handlingsplanen bør rette seg mot hele befolkningen, men noen målgrupper bør gis særskilt oppmerksomhet. Noen av målgruppene kan nås med en mer generell tilnærming, mens for andre vil det være behov for mer spesifikt målgruppetilpassede tiltak.

For alle målgruppene må det tas hensyn til sosial ulikhet og målet om å redusere forskjellene.

Målgruppene er sammensatte og vil dels ha ulike behov og utfordringer. Det pekes også på noen undergrupper for hver målgruppe, men vi anser ikke dettesom utfyllende og det kan være behov for mer diskusjon rundt dette i lys av alle kunnskapsgrunnlagene og innspill til handlingsplanen.

For noen av målgruppene kan det være mest å hente når det gjelder måltidets sosiale funksjon og betydning for mestring og trivsel, mens for andre av målgruppene er den viktigste gevinsten å endre kostholdet i tråd med nasjonale kostråd og anbefalinger.

Unge voksne: Unge voksne er i en overgangsfase bl.a. fra skole til jobb eller utdanning og fra hjem til hybel/egen bolig. Undergrupper omfatter bl.a. *unge kvinner (før graviditet)* og *unge voksne som står utenfor utdanning og arbeidsliv*.

Gravide: Gravide har ekstra behov med hensyn til ernæring, de har også et ekstra informasjonsbehov og er motiverte og mottakelige for kostråd, men det er mange som ikke følger kostrådene. Ernæring under graviditet har betydning for mors helse, men også for barnets helse og gi mulighet for tidlig innsats. Undergrupper omfatter bl.a. *førstegangsgravide* og *gravide med svangerskapsdiabetes*.

Voksne: Blant voksne er det en relativt lav andel som følger kostrådene. Endring av kostholdet er svært viktig for å redusere risiko for overvekt og fedme, høyt blodtrykk og kostholdsrelaterte sykdommer, som hjerte- og karsykdommer og kreft. Undergrupper omfatter bl.a. *barnefamilier, menn, voksne som står utenfor arbeidsliv og utdanning*.

Eldre: Eldre har ekstra utfordringer og behov med hensyn til kosthold og ernæring. Eldre er en svært sammensatt gruppe og behov og utfordringer vil variere blant annet etter helsetilstand og etter alder, og om de bor hjemme eller på institusjon. Undergrupper omfatter bl.a. *eldre som mottar hjemmetjenester* og *eldre på institusjon*.

Innvandrergrupper: Ulike innvandrergrupper kan ha ekstra utfordringer og behov med hensyn til kosthold og ernæring. Enkelte grupper kan bl.a. ha økt risiko for kostholdsrelaterte sykdommer, som diabetes, overvekt og fedme. I tillegg til at innvandrergruppene inngår i målgruppene over, er det også behov for spesifikke målgrupperettede tiltak. Undergrupper omfatter bl.a. *ikke-vestlige innvandrergrupper, gravide og sped- og småbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn*.

Flyktninger og asylsøkere: Flyktninger og asylsøkere har ekstra utfordringer og behov knyttet til kosthold og ernæring. Det er lite kunnskap om denne sammensatte gruppen, men faktorer som ernæringsstatus ved ankomst, kosthold og måltider på asylmottak og kosthold for øvrig vil være sentralt. Undergrupper omfatter bl.a. *barn, unge, enslige mindreårige, gravide, eldre og syke*.

Personer med ulike ernærings-, helse-, omsorgsutfordringer og -behov: Personer med ulike ernæringsbehov og -utfordringer og ulike omsorgs- og helseutfordringer, som grupper

- innen rus og psykiatri
- med psykisk utviklingshemning
- med høy risiko for hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme eller type 2-diabetes og grupper som har utviklet disse sykdommene
- med matvareallergi/-intoleranse
- med økt risiko/høy risiko for underernæring – eldre særlig utsatt

5. Oppsummering

Handlingsplanen bør rette seg mot hele befolkningen, men noen målgrupper bør gis særskilt oppmerksomhet. Barn og unge skal være en målgruppe i den nye handlingsplanen. Barn, unge og eldre trekkes fram som sentrale målgrupper i kunnskapsgrunnlag til ny handlingsplan. Disse gruppene var også målgrupper i den forrige handlingsplanen. Barn, unge og eldre trekkes også fram i sentrale nasjonale og internasjonale rapporter, strategier og tiltaksplaner som omhandler kosthold, ernæring og helse.

Samlet oversikt over målgrupper som bør gis særskilt oppmerksomhet (se også figur):

- Barn og unge
- Unge voksne
- Gravide
- Voksne
- Eldre, i og utenfor institusjon
- Innvandreregrupper
- Flyktninger/asylsøkere
- Personer med ulike ernæringsbehov og -utfordringer og ulike omsorgs- og helseutfordringer, som grupper
 - innen rus og psykiatri
 - med psykisk utviklingshemning
 - med høy risiko eller med hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme eller type 2-diabetes
 - med matvareallergi/-intoleranse
 - med økt risiko/høy risiko for underernæring

Tiltak som når hele befolkningen er svært sentralt, sammen med målgruppetilpassede tiltak. I tillegg til å gi særskilt oppmerksomhet til noen målgrupper bør et gjennomgående prinsipp og rød tråd i arbeidet være å redusere forskjeller i kostholdet som bidrar til sosial ulikhet i helse, og å ha en livsløpstilnærming i arbeidet.

I arbeidet med å utforme tiltak og å nå målgruppene blir det viktig å peke på ulike sektorer, ulike aktører, nøkkelpersonell, samt beslutningstakere i arbeidet. Viktige arenaer/aktører omfatter bl.a. hjem, barnehage og skole, fritid, arbeid, helse- og omsorgstjenesten, matvare- og serveringsbransjen og frivillige organisasjoner (se figur). Ernæringsarbeid som del av det totale tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner er viktig. Beslutningstakere i ulike sektorer og på ulike arenaer er sentrale aktører i arbeidet med å tilrettelegge for sunne kostholdsvaner og sunne valg. Betydningen av kompetanse og tilgang på verktøy er sentralt for gjennomføring og oppfølging. Det er viktig å ivareta brukerperspektivet i utforming av tiltak.

Vedlegg. Nasjonale og internasjonale rapporter, planer og strategier

Her vises det til grupper og målgrupper som trekkes fram i nasjonale og internasjonale dokumenter som omhandler kosthold, ernæring og helse (folkehelsemeldingen, rapporter fra ekspertgrupper, strategier, handlingsplaner).

Nasjonale dokumenter

Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19)⁵ trekker fram at Regjeringen vil stimulere til et sunnere kosthold gjennom samarbeid med matvarebransjen, kommunikasjonsarbeid, tiltak for å styrke praktiske ferdigheter i matlaging og tilrettelegging for gode mat og måltidsordninger i skole og barnehage.

I tillegg til tiltak overfor befolkningen generelt, trekkes tiltak overfor barn og unge og eldre (aktiv alderdom) fram. Som prinsipp som skal legges til grunn for arbeidet med å fremme helsevennlige valg, inngår at barn og unge skal beskyttes særskilt.

Ulike grupper og målgrupper trekkes fram i pågående og planlagte tiltak, bl.a. tiltak rettet mot spedbarn, som mor-barn-vennlige sykehus og ammekyndige helsestasjoner; barn og ungdom, som tiltak i barnehage og skole; og tiltak rettet mot flere andre målgrupper, som gravide, småbarnsforeldre, barnefamilier, eldre, innvandrere og ulike pasient- og brukergrupper.

Det påpekes behov for økt kunnskap om kosthold, ikke bare i befolkningen generelt, men hos nøkkelgrupper som lærere, barnehagelærere og andre ansatte i barnehager, SFO-personell og kantineansatte. Det pekes på at enkelte forbrukere trenger særskilt informasjon om innholdet i mat- og drikkevarer, for eksempel på grunn av allergi eller intoleranse.

Det vises til samarbeid med en rekke viktige aktører på ulike arenaer, som samarbeidet med matvarebransjen, for å tilrettelegge for helsevennlige valg. Det påpekes at alle generasjoner bør ha tilgang på informasjon om kosthold og helse, gis muligheter for å tilegne seg praktiske matlagingsferdigheter og se sammenhenger i et bærekraftperspektiv. Det vises til Frisklivssentralene og arbeid i kommunene. Frivillige organisasjoner og pasient- og brukerorganisasjoner trekkes fram som viktige samarbeidspartnere både sentralt og lokalt. Frivillighetssentraler, seniorsentre og tilsvarende lokale tilbud er sentrale gjennom å engasjere frivillige og blant annet tilby måltidsfellesskap.

Barnehagenes og skolenes tiltak for å tilrettelegge for gode mat- og måltidsvaner trekkes fram. Videre vektlegges foreldre, private og frivillige aktører og helsestasjons- og skolehelsetjenesten som viktige samarbeidspartnere for å stimulere til gode kostvaner i barnehage og skole. Det vises også til Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet og Nasjonal kompetansetjeneste for amming som har sentrale funksjoner i arbeidet.

Matvarebransjen har et stort ansvar for å utvikle, tilgjengeliggjøre og markedsføre sunne produkter og måltidsløsninger i butikker, kantiner, hurtigmatutsalgs og serveringssteder.

Meldingen trekker også fram behovet for å styrke folkehelsearbeidet på arbeidsplassen.

⁵ Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Det trekkes fram som viktig at «kommunikasjonsarbeidet har fokus på at informasjonen er kultursensitiv og tilgjengelig uavhengig av sosial status og etnisitet». Det påpekes at målet for folkehelsearbeidet er både å bedre gjennomsnittshelsen og å redusere de sosiale forskjellene i helse. For å redusere de sosiale forskjellene i helse, er det behov for tiltak rettet inn mot hele årsakskjeden, fra tiltak som er rettet direkte mot bestemte livsstilsutfordringer, til tiltak som er rettet mot bakenforliggende faktorer som påvirker livssituasjonen.

Sosial ulikhet i helse – en norsk kunnskapsoversikt. Et forskerpanel la i 2014 fram en kunnskapsoversikt om sosiale helseforskjeller i Norge⁶. Kunnskapsoversikten gir en oppsummering og analyse av forskningsbasert kunnskap om forhold som bidrar til sosial ulikhet i helse i Norge. De sosiale ulikhetene i helse beskrives som en gradientutfordring, det vil si at ulikhetene i helse er til stede gjennom hele utdannings- og inntektshierarkiet. Helseulikhetmønsteret finnes i alle ulike aldersgrupper, nyfødte, barn, ungdom, voksne og eldre.

Prinsippene som anbefales for å jevne ut den sosiale gradienten i helse:

- Vektlegge sosiale faktorer som påvirker helse kombinert med tiltak for å begrense sosiale konsekvenser av sykdom
- Universelle tiltak rettet mot hele befolkningen
- Tidlig innsats
- Påvirke handlingsbetingelsene for valg som påvirker helse (gjøre sunne valg enklere og usunne valg vanskeligere)
- Rette innsats mot flere faktorer samtidig og mot flere ledd i årsakskjeden (tiltaks pakker)
- Styrke kunnskapen om hvordan reformer og tiltak påvirker helseforskjellene

Det legges til grunn at strategier som retter seg mot hele befolkningen – universelle tiltak – vil kunne ha størst effekt. Tiltak som settes inn tidlig i livet kan ventes å være særlig effektive.

Det framgår under seksjonen om oppvekst og læring at «Målet er å redusere sosiale ulikheter i barn og ungdoms muligheter, slik at alle får en best mulig start i livet med gode livssjanser. Dette innebærer å sikre like muligheter til kognitiv, språklig, personlig, sosial og helsemessig utvikling og vekst.» Under seksjonen om helsevaner vises det til at det er markerte gradienter etter utdanning for kosthold og fysisk aktivitet.

Begrepet differensiert universalisme brukes for å synliggjøre at det er behov for å tilpasse universelle tiltak til utsatte grupper.

Helsedirektoratets rapport **Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål**⁷ er basert på innspill fra en ekspertgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Rapporten er utarbeidet som grunnlagsdokument for videre arbeid. Det er valgt å legge vekt på forebygging i et

⁶Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014. <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>

⁷Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål. Rapport (IS-0373). Helsedirektoratet, 2013. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/308/Reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer%E2%80%93nasjonal-oppf%C3%B8lging-av-WHO-s-mal-IS-0373.pdf>

livsløpsperspektiv og tiltak rettet mot både barn og unge, voksne og eldre. Det påpekes at man på kort sikt vil kunne oppnå størst effekt på forekomst av prematur død ved å satse på tiltak rettet mot voksne og eldre. På lengre sikt er det mye å vinne ved å legge til rette for god helse for morgendagens voksne og eldre.

Det vises til at det for de fleste ikke-smittsomme sykdommer er høyest forekomst hos de med lavere sosioøkonomisk status, og at det betyr at det største potensialet for å redusere sykkelighet og dødelighet av disse sykdommene ligger i forebyggende tiltak som er effektive også i grupper med lavere sosioøkonomisk status. Det legges vekt på at befolkningsrettede tiltak i økt grad bør benyttes, sammen med tiltak rettet mot individer med forhøyet risiko.

I den **nasjonale NCD-strategien 2013-2017**⁸ vektlegges en bred tilnærming. Det påpekes: «Avgjørende for at Norge skal nå målet om reduksjon i dødelighet er tverrsektorielle tiltak, befolkningsrettede tiltak og spesifikke tiltak i regi av helse- og omsorgstjenesten, rettet mot personer som allerede har en eller flere av disse risikofaktorene eller sykdommene.»

Utsatte grupper trekkes fram. «Noen grupper i befolkningen har spesielt høy risiko for en eller flere av de fire NCDsykdommene som omfattes av denne strategien. Dette krever spesiell oppmerksomhet og målrettede tiltak.» For diabetes er ett av tiltakene «Økt oppmerksomhet på innvandrergupper og andre med høy risiko».

I den delen av strategien som retter seg mot å få et mer helsefremmende samfunn, er ett av målene å gjøre det enklere for alle grupper i befolkningen å velge sunne matvaner og et annet mål å bidra til at barn og unge etablerer gode kostholdsvaner. I seksjonen som er rettet mot felles muligheter og utfordringer i helse- og omsorgstjenesten er det blant målene å etablere sunne levevaner blant barn og unge; sterkere vektlegging av forebygging; mer tidlig innsats; sterkere brukermedvirkning; og å sørge for at tilbud også når utsatte grupper. Det vises til at forebygging i helse- og omsorgstjenesten kan deles i tre nivåer; Innsats for å hindre at barn og unge etablerer usunne levevaner; Innsats for å hindre at friske med forhøyet risiko for sykdom blir syke; Innsats for å redusere risikofaktorer hos dem som er syke, og dermed begrense sykdomsutvikling, senkomplikasjoner, unødig lidelse og hindre for tidlig død. Mål og tiltak i denne seksjonen er rettet mot tidlig diagnostikk og primærforebygging; sekundærforebygging; og behandling, oppfølging og rehabilitering.

Nordiske, europeiske og globale dokumenter

I **Nordisk handlingsplan** kosthold og fysisk aktivitet⁹ påpekes at innsatsen for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet, samt forebygge overvekt, tar utgangspunkt i en rekke felles prioriteter i Norden. Det er satt opp mål for 2011 og visjoner for 2021. Innsatsene skal fokusere på å sikre at:

- Barn og unge har forutsetninger for å gjøre sunne valg og ikke utsettes for et miljø som oppfordrer til usunne valg.

⁸NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf

⁹Et bedre liv gjennom mat og motion. Nordisk Handlingsplan for bedre sundhed og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet. Nordisk ministerråd, 2006. <http://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A701607&dswid=-3599>

- Sunne valg blir gjort lettere for alle.
- Initiativer målrettes mot sårbare og utsatte grupper.

Initiativer rettet mot sosialt utsatte grupper og etniske minoriteter prioriteres høyt. Det er en målsetning å reducere ulikheten i helse relatert til kosthold, fysisk aktivitet og overvekt. Informasjon til grupper med særlige behov mht. kosthold og fysisk aktivitet trekkes fram, og særlig oppmerksomhet mot gravide og nye foreldre for å fremme, bevare og støtte amming.

Initiativer mot forbrukere og å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet på arbeidsplasser trekkes også fram, og partnerskap/samarbeid mellom det offentlige, NGO'er, industri/detaljhandel, restaurantbransjen osv. for å fremme sunne valg og gjøre sunne alternativer lettere tilgjengelige.

I **WHO Europaregionens handlingsplan for mat og ernæring**¹⁰ (Food and Nutrition Action Plan 2015–2020), som Norge har sluttet seg til, er det strategiske målet: “To avoid premature deaths and significantly reduce the burden of preventable diet-related noncommunicable diseases, obesity and all other forms of malnutrition still prevalent in the WHO European Region, which are strongly influenced by social determinants of health and have a profound negative impact on well-being and quality of life.” Det påpekes at “Tackling avoidable inequalities in diet and achieving universal access across social gradients (age, gender, ethnicity, disability or socioeconomic position) will be necessary to achieve the best results...”

Det å reducere ulikheter i tilgang til sunn mat og å fremme en livsløpstilnærming er to av fem «guiding principles» i planen. Ett av de fem målene er også rettet mot å fremme sunt kosthold gjennom hele livet, særlig overfor de mest sårbare gruppene. Betydningen av å starte på et så tidlig tidspunkt som mulig med ernæringsarbeidet påpekes, fra mors ernæringsstatus og helse før graviditet og videre oppfølging med god spedbarnsernæring, inkludert å fremme amming. Videre å igangsette tiltak for å fremme sunt kosthold overfor barn, ungdom og unge personer, voksne og eldre. Dette skal også gjelde for personer med ernæringsrelaterte ikke-smittsomme sykdommer og ernæringsmangelsykdommer og i ernæringsbehandling for pasienter med sykdomsrelaterte ernæringsproblemer.

Norge har sluttet seg til **EUs Action Plan on Childhood Obesity**¹¹ og er med i en **Joint Action (JA) Nutrition and Physical Activity**¹² under EUs tredje helseprogram. Programmet startet i 2015 og omhandler bl.a. forbedring av måten ernæringsinformasjon på matvarer innhentes og benyttes av offentlige helsemyndigheter, interessenter og familier og implementeringen av helhetlige intervensjoner for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet hos gravide og familier med små barn.

Målet med **WHO's Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020**¹³ er å redusere for tidlig død av NCD med 25 % innen 2025 gjennom 9 frivillige globale NCD-mål, som bl.a. fokuserer på kosthold.

¹⁰European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. WHO Regional Office for Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>

¹¹EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020.

http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

¹²Joint Action (JA) Nutrition and Physical Activity. <http://www.janpa.eu/>

¹³WHO: Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable chronic diseases

Norge har sluttet seg til **ICN2 declaration and framework for action**¹⁴, en deklarasjon og et rammeverk for tiltak framforhandlet av medlemslandene i WHO og FAO og vedtatt på konferansen; International Conference on Nutrition (ICN2) i Roma i 2014. Deklarasjonen og rammeverket med 60 anbefalte tiltak skal følges opp av landene ut fra nasjonale behov, og understøtter arbeidet med å oppfylle de globale NCD-målene. Målgrupper med ekstra behov, som barn, kvinner, eldre og sårbare grupper trekkes fram, og livsløpstilnærmingen, de første 1000 dagene (fra starten av svangerskapet til 2 års alder), gravide, ammende, kvinner i fertil alder og unge jenter og fokus på sunt kosthold i førskoler, skoler, offentlige institusjoner, på arbeidsplasser og i hjemmet påpekes også i deklarasjonen, i paragraf 13 og 15:

Paragraf 13: "We reaffirm that:

a) the elimination of malnutrition in all its forms is an imperative for health, ethical, political, social and economic reasons, paying particular attention to the special needs of children, women, the elderly, persons with disabilities, other vulnerable groups as well as people in humanitarian emergencies;

b) nutrition policies should promote a diversified, balanced and healthy diet at all stages of life. In particular, special attention should be given to the first 1,000 days, from the start of pregnancy to two years of age, pregnant and lactating women, women of reproductive age, and adolescent girls, by promoting and supporting adequate care and feeding practices, including exclusive breast feeding during the first six months, and continued breastfeeding until two years of age and beyond with appropriate complementary feeding. Healthy diets should be fostered in preschools, schools, public institutions, at the workplace and at home, as well as healthy eating by families; "

Paragraf 15: "We commit to:

g) develop policies, programmes and initiatives for ensuring healthy diets throughout the life course, starting from the early stages of life to adulthood, including of people with special nutritional needs, before and during pregnancy, in particular during the first 1,000 days, promoting, protecting and supporting exclusive breastfeeding during the first six months and continued breastfeeding until two years of age and beyond with appropriate complementary feeding, healthy eating by families, and at school during childhood, as well as other specialized feeding; "

WHO - Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Rapporten fra kommisjonen «Commission on Ending Childhood Obesity»¹⁵ ble publisert av WHO i 2016 og gir anbefalinger for hvordan landene kan jobbe for å forebygge utvikling av fedme blant barn og unge og å identifisere og behandle fedme blant barn og unge.

Blant de strategiske målene er å se på miljø og kritiske elementer i livsløpet; «addressing the obesogenic environment as well as critical elements in the life-course.» Det vises til 3 kritiske tidspunkter i livsløpet: 1) før graviditet (preconception) og graviditet, 2) spedbarnsperioden og tidlig barndom og 3) eldre barn og ungdom.

(NCDs) 2013-2020. http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

¹⁴ICN2 declaration and framework for action. <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/en/>

¹⁵Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. WHO, 2016. <http://www.who.int/end-childhood-obesity/news/launch-final-report/en/>