

**RAPPORT**

2026

Temautgave av Folkehelse rapporten 2026

# De viktigste folkehelseutfordringene

**Temautgave av Folkehelse rapporten 2026**

De viktigste folkehelseutfordringene



**Utgitt av Folkehelseinstituttet**

Område for folkehelse og forebygging  
Mars 2026

**Tittel:**

Temautgave av Folkehelse rapporten: De viktigste folkehelseutfordringene.

**Forfatter(e):**

Rapporten har mange bidragsyttere fra de ulike områdene i Folkehelseinstituttet. Koordinerende arbeidsgruppe: Paula Marianna Berstad, Arnfinn Helleve, Thor Indseth, Hilde Kløvstad, Ann Kristin Skringo Knudsen, Johan Øvrevik, Hilde Marie Tvedten (leder).

**Oppdragsgiver:** Helse- og omsorgsdepartementet

**Publikasjonstype:** Rapport

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**ISBN elektronisk utgave:**

978-82-8406-560-1

**DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):**

<https://doi.org/10.21349/vacw-ap16>

**Sitering:**

Folkehelseinstituttet (2026). Temautgave av Folkehelse rapporten: De viktigste folkehelseutfordringene. Oslo: Folkehelseinstituttet.

**Emneord:** folkehelse, folkehelsearbeid, helsetrusler

## Forord

Denne rapporten er resultatet av en bred faglig innsats på tvers av Folkehelseinstituttet. Formålet er å gi et samlet kunnskapsgrunnlag om helse og livskvalitet i befolkningen, og identifisere de viktigste folkehelseutfordringene Norge står overfor i årene som kommer. Rapporten er ment som et faglig bidrag til departementets arbeid med nasjonale folkehelseutfordringer og til den videre politikktutforming på folkehelseområdet.

Arbeidet bygger på en rekke datakilder og faglige vurderinger, og søker å belyse folkehelsen i et helhetlig perspektiv. Fra Folkehelseinstituttets perspektiv er det viktig å synliggjøre potensialet i forebygging av uhelse, og bidra til at samfunnsforhold, etablerte folkehelseutfordringer og mer uforutsigbare helsetrusler sees i sammenheng.

Utformingen av rapporten har vært et kollektivt arbeid, der mange fagmiljøer i instituttet har bidratt med analyser, vurderinger og diskusjoner. I tillegg har vi hatt stor nytte av innspill fra andre etater, som gjennom sine perspektiver har bidratt til rapportens del om helsetrusler. Jeg vil rette en takk til Helsedirektoratet, Direktoratet for medisinske produkter, Mattilsynet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Veterinærinstituttet og Miljødirektoratet for gode innspill.

Jeg håper rapporten vil være et godt grunnlag for videreutviklingen av en kunnskapsbasert, tverrsektoriell og fremtidsrettet folkehelsepolitikk.

Oslo, mars 2026

Guri Rørtveit, direktør

## Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 Om oppdraget	7
1.2 Rammer for oppdraget	7
1.3 Løsning av oppdraget	8
1.4 Involvering av andre etater	8
1.5 Rapportens innhold	9
<b>2 Samfunn og levekår</b>	<b>10</b>
2.1 Demografi og samfunnsforhold	10
2.1.1 Sammensetning av befolkningen	10
2.1.2 Familie og oppvekst	11
2.1.3 Utdanning og arbeidsliv	11
2.2 Sosial ulikhet i helse	12
2.3 Utfordringer i helsetjenestene som påvirker folkehelsen	14
2.4 Livskvalitet	14
2.5 Globale utviklingstrekk	15
2.5.1 Den geopolitiske situasjonen	15
2.5.2 Svekket tillit til kunnskap og feilinformasjon	16
2.5.3 Digitalisering, skjermbruk og kunstig intelligens	16
2.5.4 Kommersielle interessers påvirkning på folkehelsen	17
2.6 Oppsummering om samfunnsforhold	18
<b>3 De store utfordringene for folkehelsen</b>	<b>19</b>
3.1 Status for levealder og friske leveår	19
3.2 Viktigste årsaker til sykdomsbyrde	20
3.3 Viktige årsaker til helsetap	21
3.4 Viktige årsaker til tapte leveår	21
3.5 Viktige risikofaktorer	22
3.5.1 Risikofaktorer knyttet til levevaner	24
3.5.2 Metabolske risikofaktorer	26
3.5.3 Risikofaktorer knyttet til miljø og yrke	27
3.5.4 Psykososiale risikofaktorer	28
3.6 Nøkkeldata om utvalgte grupper	30
3.6.1 Barn og unge	30
3.6.2 Den voksne befolkningen	31
3.6.3 Eldre	32
3.6.4 Kjønnforskjeller	33

3.6.5	Innvandrerbefolkningen	34
3.6.6	Den samiske befolkningen	34
3.7	Konkrete målsettinger for reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer	35
3.8	Fremtidig sykdomsbyrde	35
3.9	FHIs vurdering av store folkehelseutfordringer	36
<b>4</b>	<b>Helsetrusler</b>	<b>38</b>
4.1	Rammer for helsetrusler i dette oppdraget	38
4.2	Viktige kilder til omtale av helsetrusler	38
4.2.1	Helseberedskapsmeldingen	39
4.2.2	Verdens helseorganisasjon (WHO)	39
4.2.3	EU Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA)	39
4.2.4	Det europeiske smittevernbyrået (ECDC)	40
4.3	FHIs vurdering av de viktigste helsetruslene	40
4.3.1	Klimaendringer og helsekonsekvenser	40
4.3.2	Pandemier og smittsomme sykdommer	41
4.3.3	Antimikrobiell resistens (AMR)	42
4.3.4	Forhold som svekker vaksinasjonsdekning	43
4.3.5	Ny teknologi med syntetisk biologi og KI	44
4.3.6	Forhold som svekker drikkevannsforsyning	44
4.3.7	Kjemikaliehendelser	45
<b>5</b>	<b>Oppsummering, diskusjon og veien videre</b>	<b>46</b>
5.1	Oppsummering av rapporten	46
5.2	Diskusjon	46
5.3	Veien videre: Muligheter for bedre kunnskap for forebygging	47
5.3.1	Avdekke flere risikofaktorer og årsaker til sykdom	47
5.3.2	Bedre kunnskap om effekten av tiltak	48
5.3.3	Videreføre og videreutvikle effektive folkehelseiltak	49
5.3.4	Skape robuste kunnskapssystemer	49
5.3.5	Mer kunnskap om sammenheng mellom trusler og etablerte utfordringer	49
5.3.6	Følge potensielle utfordringer hvor vi har lite kunnskap	50
5.3.7	Utnytte forebyggingspotensialet i helsetjenesten	50
5.4	Avslutning	50
<b>6</b>	<b>Referanser</b>	<b>51</b>

## Sammendrag

I denne rapporten gir FHI en oversikt over helsetilstanden i Norge, og faktorer som påvirker den. Vi går gjennom både overordnede samfunnsforhold, store folkehelseutfordringer, og helsetrusler.

Noen særlig viktige samfunnsforhold som har stor påvirkning på folkehelsen i dag og framover, er at vi har **en aldrende befolkning**, som setter press på helsetjenestene og samfunnets bærekraft både ved at antallet eldre øker, og at andelen øker opp mot den arbeidsføre befolkningen. **Sosial ulikhet i helse** er fortsatt en folkehelseutfordring og blir ytterligere komplisert av innvandring. **Svekket internasjonalt samarbeid** om beredskap, en urolig geopolitisk situasjon, digitalisering av samfunnet og endrede holdninger til kunnskap påvirker folkehelsearbeidet i Norge.

Folkehelsen og livskvaliteten i Norge er god. Vi lever lenge og andelen friske leveår har økt. Lengre levetid bidrar imidlertid til at år levd med helsetap også øker. Ikke-smittsomme sykdommer er hovedårsaken til sykdomsbyrden i Norge. Vi trekker i denne rapporten særlig fram to utfordringer: **Psykiske lidelser blant barn og unge** har økt, særlig etter 2010, og fortsetter å øke. Dette påvirker livskvalitet gjennom hele livsløpet, og samfunnsdeltakelse i utdanning og arbeidsliv. Sosiale ulikheter forsterker disse effektene. Tidlig forebygging av psykiske lidelser hos unge kan gi store gevinster for samfunnsdeltakelse og folkehelse. En annen utfordring er **sykdom i en aldrende befolkning**. En stadig høyere andel lever mange år med sykdom, og oftere med flere sykdommer, hvor hjerte- og karsykdommer, kreft og demens utgjør en vesentlig del. Flere av sykdommene innenfor disse hovedgruppene er i stor grad forebyggbare. Framskrivninger av norske helseutgifter viser at demens, hjerneslag og diabetes vil være de viktigste kostnadsdriverne fram mot 2050.

Helsetrusler omfatter både akutte hendelser og langsiktige utviklingstrekk som kan påvirke folkehelsen. De viktigste truslene fremover er komplekse og henger sammen med globale endringer. **Pandemier og smittsomme sykdommer** vil fortsatt kunne være store utfordringer, forsterket av blant annet global mobilitet, urbanisering og svekket internasjonalt samarbeid. **Antimikrobiell resistens (AMR)** er en langsomt voksende trussel som kan gjøre behandling av infeksjoner vanskelig og true moderne medisinsk praksis. **Forhold som svekker vaksinasjonsdekning** kan bidra til økt risiko for utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, flere sykehusinnleggelse, høyere dødelighet og økt antibiotikabruk. Ellers trekker vi også fram sårbarhet knyttet til drikkevann, faren for kjemikaliehendelser og syntetisk biologi som trusler som krever god beredskapsevne. **Klimaendringer** er vurdert som en forsterker av andre trusler.

Det ligger store muligheter i å forebygge uhelse. Forebygging er den mest kostnadseffektive strategien for å redusere sykdomsbyrden. Det er behov for å **styrke kunnskapen om effektive folkehelseiltak og forebyggende tiltak i helsetjenestene**. For en stor del av sykdomsbyrden er de underliggende risikofaktorene ikke kjent eller forstått, og her ligger det potensial for å forebygge sykdom gjennom å skaffe **kunnskap om risiko- og årsaksfaktorer**. God overvåking og beredskap, internasjonalt og tverrsektorielt samarbeid og forebyggende tiltak er avgjørende for å holde forekomsten av smittsomme sykdommer lav og redusere konsekvensene av helsetrusler. Fremtidens folkehelsearbeid må styrke den tverrsektorielle tilnærmingen og se på etablerte utfordringer og akutte helsetrusler i sammenheng.

# 1 Innledning

## 1.1 Om oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt følgende oppdrag til Folkehelseinstituttet (TB2025-35): «Folkehelseinstituttet skal gje innspel til departementet om «nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne», jf. dei føreslåtte endringane i folkehelselova § 22. Folkehelseinstituttet skal ta omsyn til vurderingar av sjukdomsbyrde, tydinga av ulike risikofaktorar og førebyggingspotensialet. I tillegg skal det leverast innspel som tek utgangspunkt i aktuelle helsetrugs mål, og tek omsyn til erfaringane frå pandemien og den aktuelle geopolitiske situasjonen. Helsedirektoratet og – ved behov – Direktoratet for medisinske produkt, Mattilsynet og Direktoratet for strålevern og atomtryggleik, skal involverast i arbeidet. Frist er innan 31. desember 2025.»

Oppdragets rammer, omfang og innretning er vidare utformet i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

## 1.2 Rammer for oppdraget

Folkehelseloven legger grunnlaget for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I den reviderte loven som trer i kraft 1. januar 2026, konkretiseres kravene til statens systematiske folkehelsearbeid i §22: «Departementet skal ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Departementet skal fastsette de nasjonale folkehelseutfordringene som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk». Denne rapporten er Folkehelseinstituttets innspill til nødvendig oversikt over helse og livskvalitet, og er ment som et faglig grunnlag for å fastsette nasjonale folkehelseutfordringer.

FHI har også vurdert anbefalingene fra NOU 2025:8 *Folkehelse - verdier, kunnskap og prioritering* (1) i arbeidet med denne rapporten. Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet etterspør tydeligere faglige prioriteringer på tvers av fagområder fra etatene, begrunnet i verdien i at etatene gir faglige og politisk uavhengige anbefalinger. Denne rapporten ønsker å følge opp denne anbefalingen, og gi prioriterte, faglig uavhengige vurderinger med utgangspunkt i FHIs rolle og ansvar.

Rapporten er et kunnskapsgrunnlag for Helsedirektoratets videre oppdrag knyttet til neste folkehelsemelding, og avgrensning av det videre arbeidet i direktoratet rundt ny folkehelsemelding jf. Helsedirektoratets tildelingsbrev (TB2025-99): «Helsedirektoratet skal gi innspill til viktige tiltak i stortingsmeldingen. Folkehelseinstituttet skal involveres i arbeidet. Frist er 30. juni 2026.»

Folkehelse rapporten er en jevnlig oppdatert publikasjon på fhi.no med kunnskap og statistikk om helsetilstanden i Norge. I oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet legges det til grunn at både denne rapporten og Folkehelse rapportens nettkapitler inngår i et samlet kunnskapsgrunnlag (TB2025-35): «Det vert lagt til grunn at Folkehelse rapporten vert oppdatert løpande, og at det vert gjort ei samla oppdatering av nettkapitla innan 1. september 2026.» Denne rapporten må derfor sees i sammenheng med at den mer omfattende nettrapporten inneholder utdypende kunnskap om livskvalitet, sykdommer, grupper av befolkningen og levekår, forekomst av sykdom og utvikling over tid, og risikofaktorer og forebygging.

### 1.3 Løsning av oppdraget

Oppdragsteksten beskriver noen elementer som skal høre hjemme i en oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen. På den ene siden pekes det på vurderinger av sykdomsbyrde og forebyggingspotensial. På den andre siden pekes det på aktuelle helsetrusler, erfaringer fra pandemien og den geopolitiske situasjonen. Vår vurdering er at det er hensiktsmessig å skille mellom de store, etablerte folkehelseutfordringene, som vi med stor grad av sikkerhet også vet vil prege folkehelsen fremover, og potensielle helsetrusler, hvor det hersker større usikkerhet rundt risiko på kortere og lengre sikt. De omtalte helsetruslene er valgt ut med bakgrunn i at det er en viss sannsynlighet for at de vil inntreffe, og at de har et potensial for alvorlige folkehelsekonsekvenser. Det antas at vi kan påvirke forekomst og konsekvenser av helsetruslene gjennom beredskapsarbeid og akutte tiltak.

Rapporten er derfor organisert i to deler, som gir oversikt over store utfordringer for folkehelsen, og aktuelle helsetrusler. Tilnærmingen i de to delene er ulik. I beskrivelsen av de store utfordringene for folkehelsen har vi brukt resultatene for Norge fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet (the Global Burden of Disease study (GBD)) som et rammeverk. Beregningene i GBD gjør det mulig å sammenlikne tap av helse i befolkningen som skyldes tidlig død og tid levd med redusert helse, og knytte dette opp mot sykdommer og risikofaktorer. GBD-rammeverket inneholder en fullstendig oversikt over sykdomsbyrde som skyldes sykdommer og skader, og inkluderer 88 risikofaktorer og risikofaktorgrupper. GBD rammeverket har imidlertid noen viktige begrensninger i forhold til usikkerhet rundt estimatene, detaljnivå, utelatelse av sentrale påvirkningsfaktorer for helse og livskvalitet, og manglende beregninger av fordeling av helse i ulike befolkningsgrupper for eksempel etter sosioøkonomisk posisjon og innvandrerbakgrunn. Vi har derfor supplert kunnskapen fra GBD-prosjektet med kunnskap fra andre relevante norske kilder, for å gi den nødvendige oversikten og forståelsen av helse og livskvalitet i befolkningen, fordelingen av dette, og de positive og negative faktorer som påvirker folkehelsen. Basert på sykdomsbyrde, forebyggingspotensial, samfunnskonsekvenser, og sosiale helseforskjeller, peker vi på hva vi mener er de viktigste utfordringene.

I delen om helsetrusler søker vi å etablere en mer helhetlig ramme for begrepet helsetrusler i et folkehelseperspektiv, og påpeker kompleksiteten, sammenhengen med de etablerte folkehelseutfordringene og ytre faktorer som øker sannsynligheten for eller reduserer konsekvensene av en helsetrusel. Innen denne rammen trekker vi fram enkelte helsetrusler vi mener bør prioriteres i det videre arbeidet med forebygging og beredskap.

Til slutt oppsummerer vi hvordan samfunnsforhold, etablerte folkehelseutfordringer og helsetrusler bør sees i sammenheng og vurderes opp mot hverandre. Vi peker også på hvor det ligger muligheter for bedre kunnskap som leder til bedre forebygging av uhelse og forberedelser mot helsetrusler.

### 1.4 Involvering av andre etater

Som en del av oppdragets rammer er Folkehelseinstituttet bedt om å vurdere helsetrusler i lys av den aktuelle geopolitiske situasjonen. Tematikken og ansvaret for den er tverrsektoriell, og det har vært nyttig å innhente faglige innspill fra andre relevante etater. I den forbindelse har vi gjennomført et innspillmøte med bidrag fra Helsedirektoratet, Direktoratet for medisinske produkter, Mattilsynet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, samt Veterinærinstituttet og Miljødirektoratet.

## **1.5 Rapportens innhold**

**Del 2** gir en status for utvalgte overordnede trekk ved befolkningen og samfunnsforhold som påvirker folkehelsen, inkludert demografisk utvikling, sosiale helseforskjeller, og betydningen av internasjonale og geopolitiske forhold.

**Del 3** oppsummerer de store folkehelseutfordringene basert på sykdomsbyrde, risikofaktorer og framskrivinger, og vurderer hvilke som er viktigst.

**Del 4** omhandler trusler mot folkehelsen, trekker fram forhold som påvirker disse og vurderer hvilke som er viktigst i en folkehelseammenheng.

**Del 5** oppsummerer og diskuterer hovedfunnene, og kommer med innspill til viktige muligheter og behov for kunnskap for folkehelsearbeidet.

## 2 Samfunn og levekår

I denne delen beskriver vi overordnede samfunnsforhold og utviklingstrekk både nasjonalt og globalt. Vi har valgt å fremheve noen forhold som vi mener er særlig viktige å ha som bakteppe for de videre beskrivelsene av utfordringer for folkehelsen og helsetrusler i denne rapporten.

### 2.1 Demografi og samfunnsforhold

Norge er kjennetegnet av flere samfunnsforhold som er viktige for god folkehelse, og hvor vi er høyt rangert i global sammenheng. Norge ligger høyest av de nordiske landene i andel av befolkningen med høyere utdanning (2), vi er på tredjeplass globalt i likestilling mellom kjønnene (3), blant topp ti landene i OECD-området i arbeidsdeltakelse (4), og befolkningen i Norge er rangert blant de ti lykkeligste i verden (5). Norge er rangert som verdens nest tryggeste land (6), og befolkningen har høy tillit til myndighetene (7). I 2023 lå Norge på andreplass i FNs Human Development Index (etter Island) (8). Befolkningen har tilgang på et offentlig helsevesen av høy kvalitet med lovfestet rett til behandling, uten store egenandeler. I tillegg har vi et velutbygd velferdssystem, som gir sosial og økonomisk sikkerhet.

#### 2.1.1 Sammensetning av befolkningen

Tre utviklingstrekk vil særlig prege sammensetningen av befolkningen framover; en økning i antall og andel eldre, lav fruktbarhet, og økt andel innvandrere. Det forventes en økning i Norges befolkning fra omtrent 5,5 millioner i 2022 til 6,3 millioner i 2050, med en markant økning i andelen innbyggere over 70 år (9). Økningen i andelen eldre har skjedd over tid, og vil fortsette i mange år fremover. Det henger både sammen med at de store etterkrigskullene nå har kommet inn i alderdommen, at fødselstallene har sunket gjennom en lang periode, og gradvis høyere levealder. I 2050 vil omtrent en av fem nordmenn være 70 år eller eldre. Ifølge SSBs befolkningsframskriving vil antall mennesker over 64 år omtrent dobles over de neste 60 årene sammenlignet med gruppen mellom 20 og 64 år, som i stor utstrekning er i arbeid (10). Antallet under 20 år kommer imidlertid til å endre seg lite. En lavere andel av befolkningen i arbeidsfør alder kan føre til lavere økonomisk vekst. Dessuten kan vridningen i aldersstrukturen gjøre det utfordrende å rekruttere ressurser til helse- og omsorgstjenester i en tid da behovet for personell vil øke. Hvordan befolkningens sykdomsbyrde påvirkes av en aldrende befolkning beskriver vi i del 3.

Fruktbarheten i Norge har de siste årene ligget på rundt 1,4 (11). Selv om foreløpige tall for første halvdel av 2025 viser en økning i fødselstall (11), er det høyst usikkert hvordan fruktbarhetsnivået i Norge vil utvikle seg framover. I en framskriving fra SSB ble det antatt et videre fall til et stabilt nivå lavere enn det noe land hittil har hatt. Landets totale folketall vil da avta fra midten av århundret (10). Det er lite kunnskap om hvilke konsekvenser et eventuelt fall i folketall vil ha for økonomisk utvikling, folkehelse og miljø. Fødselstallsutvalget bemerker i sin delrapport fra 2025 at fødselstallene har stor betydning for samfunnsutviklingen på lang sikt (12).

Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har økt kraftig gjennom de siste tiårene, og utgjør nå om lag en femtedel av befolkningen (13). Språkbarrierer, kulturtilpasning, lav kunnskap om tjenester i Norge, arbeidslivstilpasning og diskriminering er utfordringer som også kan få betydning for helse, og medføre behov for omstillinger og ny kompetanse i helsetjenestene. Det er stor variasjon i utfall på integreringsindikatorer ut fra landbakgrunn,

botid, kjønn, utdanningsbakgrunn med mer (14). Dette kan få vesentlig betydning for helse og livskvalitet for denne gruppa.

### 2.1.2 Familie og oppvekst

Gode oppvekstbetingelser er avgjørende for helse gjennom hele livsløpet. Barn og unge som vokser opp i stabile og trygge boforhold, med trygge omsorgspersoner fritidsaktiviteter og sosial støtte, har bedre forutsetninger for god helse senere i livet. Om lag ett av ti barn vokste opp i en familie med vedvarende lavinntekt i 2023. Barn i familier med vedvarende lavinntekt økte kraftig fram til 2020, men både antallet og andelen har gått ned de senere årene (15). Barn med innvandrerbakgrunn er tungt overrepresentert blant dem som vokser opp i lavinntektsfamilier. Antall barn som har opplevd at foreldre går fra hverandre, har hold seg stabilt siden tidlig på 2000-tallet, og avtatt noe siden 2010 (16).

### 2.1.3 Utdanning og arbeidsliv

Samfunnsdeltakelse, som utdanning og tilknytning til arbeidslivet, er en sentral faktor for god folkehelse. Det store flertallet av ungdom fullfører videregående utdanning, men frafallet er noe større blant gutter enn jenter (20 v. 13 prosent), og er særlig høyt blant gutter som selv har innvandret (42 prosent) (17). Mangel på videregående utdanning øker sannsynligheten for å havne i lavinntektsyrker eller falle utenfor arbeidslivet. Om lag 100 000 mellom 15 og 29 år er verken i arbeid eller utdanning (avhengig av hvilket statistikkgrunnlag som brukes), uten at de nødvendigvis er regnet som uføre (18;19). Andelen utenfor arbeid og utdanning er vesentlig høyere blant unge innvandrere sammenliknet med unge i øvrige befolkning, henholdsvis 23 prosent og 7 prosent (14).

Helsetilstanden har en betydelig innvirkning på individers evne til å delta i arbeidsmarkedet. I Norge er om lag sju av ti voksne inkludert i arbeidsstyrken. Sammenlignet med andre OECD-land er sysselsettingen relativt høy i Norge, men samtidig er forekomsten av sykefravær også relativt høy (20;21). Målt i antall sykefraværsdager per fulltidsansatt har Norge det høyeste sykefraværet i OECD (22). Sykefraværet har økt betraktelig etter 2019, men det har vært en svak nedgang i 2025 (23).

Det er store variasjoner i sykefravær mellom ulike sektorer og yrker. Belastende arbeidsmiljøforhold og risiko for langvarig sykefravær og uføretrygd er vanligere i yrker med lave utdanningskrav og lav lønn (20). Det er også en stor andel som er varig utenfor arbeidsstyrken på grunn av uførhet; 10,5 prosent av befolkningen mellom 18 og 67 år i september 2025 (24). Norge er også blant landene med høyest andel av befolkningen på uføreytelser, og det landet i OECD som bruker en høyest andel av BNP på sykdom- og uføreytelser (22). Sykefravær og uføretrygd kan påvirkes av praksis hos Nav og i helsetjenesten, og av endringer i mønstrene for hvordan vi søker helsehjelp.

Det å ha lav utdanning og inntekt, og eventuelt stå utenfor arbeid, kan få helsemessige konsekvenser. Det er godt dokumentert at arbeid under gitte betingelser fører til bedre helse (25). Arbeid er viktig for helsa fordi det gir tilgang til sosiale relasjoner, identitet og personlig vekst, økonomisk trygghet og andre helsefremmende ressurser (20). Vi omtaler sammenhengen mellom arbeid, sykdom og risikofaktorer nærmere i del 3.

## 2.2 Sosial ulikhet i helse

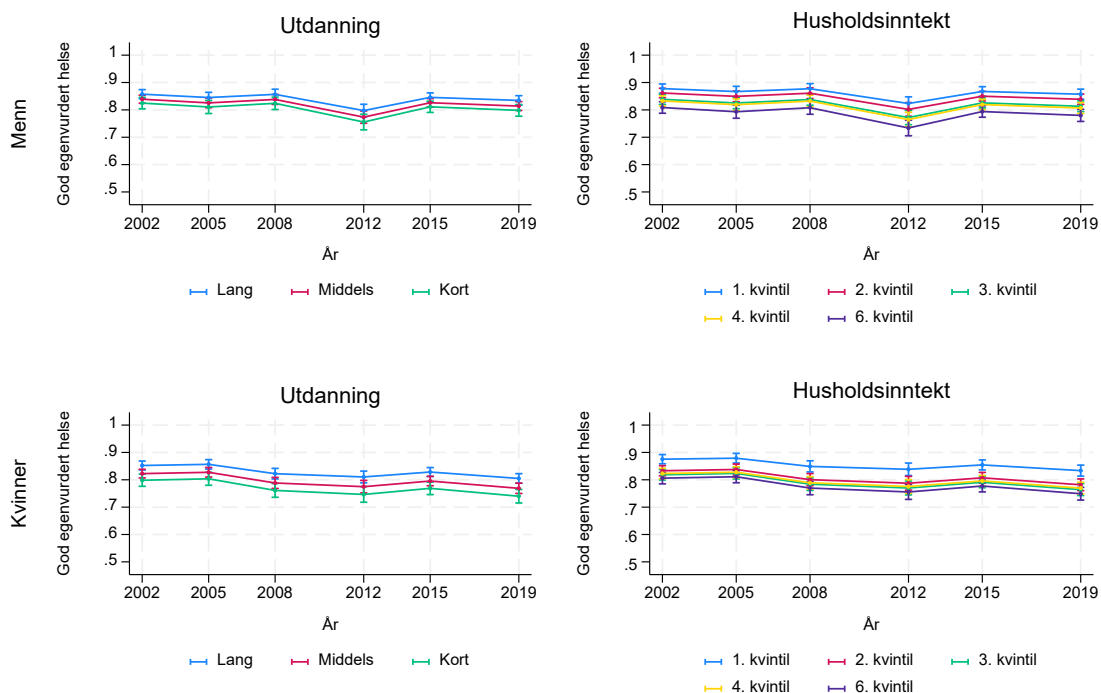
Norge er et samfunn med mindre økonomiske forskjeller enn andre europeiske land, med en høy gjennomsnittsinntekt (26). Likevel er sosial ulikhet i helse en vedvarende utfordring. Sosial ulikhet i helse viser til systematiske forskjeller i helse og helserelaterte faktorer mellom ulike sosiale grupper. Begrepet rommer flere dimensjoner:

- Forskjeller i forutsetninger – ulikheter i materielle rammevilkår (boligkvalitet, lokalmiljø, arbeidsforhold) og i individuelle eller sosiale ressurser som kan fremme helse eller forebygge sykdom. Dette inkluderer økonomiske ressurser, kunnskap, og sosial støtte.
- Forskjeller i levevaner – helserelatert atferd, for eksempel røyking, kosthold, fysisk aktivitet og alkoholbruk varierer med sosioøkonomisk status.

Sosial ulikhet i helse innebærer at noen grupper får dårligere helse enn de kunne hatt, fordi de vokser opp eller lever under betingelser som direkte eller indirekte påvirker helsen. Personer med lav inntekt og utdanning har i gjennomsnitt både kortere levetid og flere helseplager gjennom livet (27). Sosial ulikhet i helse kan også gjenspeile tidlige og vedvarende påvirkninger fra forhold og ressurser under barndom og oppvekst.

De sosiale ulikhetene i helse synes å ha holdt seg ganske stabile de siste tiårene. Sosial ulikhet i selvrapportert helse holder seg stabilt over tid, og gjelder både menn og kvinner, se figur 1 (28;29). Personer med høy utdanning og inntekt, og personer som har yrker som krever høy kompetanse rapporterer gjennomgående bedre helse enn dem med lavere utdanning, lav inntekt og arbeid innenfor yrker uten høye formelle kompetansekrav. De som står utenfor arbeidslivet, har klart lavest selvrapportert helse (28;29).

### Selvrapportert helse etter utdanning og inntekt

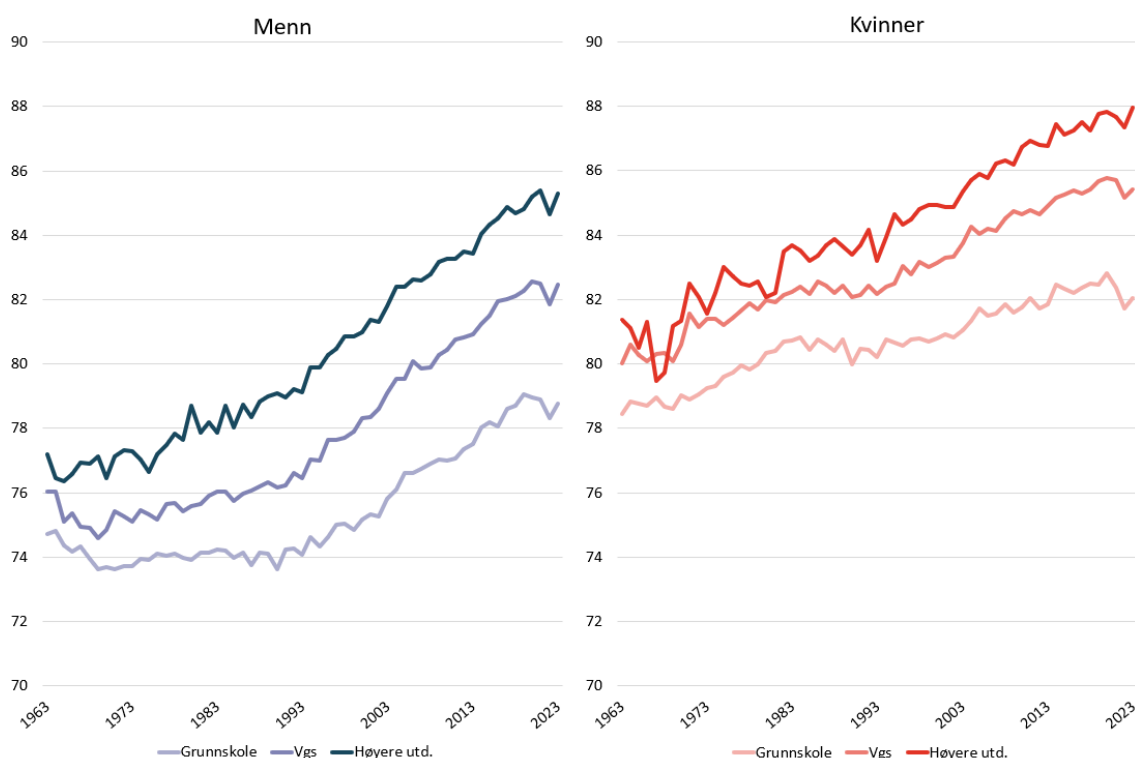


Figur 1. Sannsynlighet for å rapportere god eller svært god helse over år etter utdanning og inntekt. Utdanning er sortert etter lang, middels og kort, og husholdsinntekt er gruppert i kvintiler, der 1. kvintil

er gruppen med høyest inntekt og 5.kvintil lavest. Data fra SSBs levekårsundersøkelse. Kilde: Vedøy et al., 2025

Personer med høy utdanning og inntekt lever i snitt 5–8 år lenger enn dem med lav utdanning og inntekt (figur 2). Som det kommer frem av figuren, har det vært en betydelig økning i levealder på tvers av grupper med lav, middels og høy utdanning, men forskjellen i levealder mellom gruppene består. Imidlertid er gruppen med grunnskole som høyeste utdanning halvert fra 1980 (48,8 prosent) til 2023 (23,4 prosent), mens gruppen med universitets- eller høyskoleutdanning er mer enn tredoblet i størrelse i samme periode (fra 11,3 prosent til 37,4 prosent) ifølge tall fra SSB (30). Denne trenden forventes å fortsette frem mot 2040 (31), slik at gruppen med lavest utdanning forventes å reduseres ned mot 15 prosent.

### Forventet levealder etter utdanning



Figur 2. Forventet levealder for kvinner og menn (ved 35 års alder) i Norge 1963-2023 gruppert etter utdanningsnivå. Kilde: 1963-1989: Steingrimsdottir (2012), 1990-2023: Statistikkbanken Folkehelsestatistikk. Nivået på tallene fra Steingrimsdottir (2012) er lett justert for sammenlignbarhet.

Årsakene til sosiale forskjeller i helse er komplekse. Dårlig somatisk og psykisk helse kan føre til redusert arbeidsdeltakelse, lavere inntekt og sosial marginalisering, og dermed bidra til økt sosial ulikhet. Samtidig er lav sosioøkonomisk status forbundet med helseproblemer, for eksempel som følge av helsebelastende yrker, økonomiske vansker eller dårlige boforhold, som boforhold preget av støy, utendørs luftforurensning, dårlig inneklimate, og dårligere tilgang til urbane grøntområder av god kvalitet. Levevaner som fysisk inaktivitet, dårlig kosthold, røyking og alkoholbruk bidrar også til sosial ulikhet i helse, ved at de som har lengre utdanning og høyere inntekt oftere har gunstigere levevaner enn de som har kortere utdanning og lavere inntekt (27). Sosiale forskjeller knyttet til helseutfall og risikofaktorer er nærmere beskrevet i del 3.

I Norge henger sosiale helseforskjeller tett sammen med innvandring. Innvandrere er overrepresentert blant lavtlønnede, arbeidsløse, personer med lite eller ingen formell utdanning, og blant de som står utenfor arbeidslivet. Det er også vanligere blant innvandrere å ikke ha spart seg opp trygderettigheter. Innvandrere, og særlig de med flyktningbakgrunn, utgjør en stor andel av de som har lav inntekt i Norge (14). Økningen i inntektsulikhet i Norge de siste 30 årene forklares i all hovedsak av økt innvandring (32). Til tross for dette har innvandrere en høyere forventet levealder enn befolkningen for øvrig (33).

Mange av tiltakene for å fremme helse og utjevne ulikhet skjer utenfor helsesektoren – for eksempel innen barnehager, skoler, videre utdanning, arbeidsliv og økonomiske tiltak for å styrke arbeidsdeltakelse og redusere fattigdom, by- og stedsutvikling, samt i tilgangen til grunnleggende infrastruktur og reduisering av luft- og støyforurensning. Foreløpige funn fra en kunnskapsoppsummering viser at det er lite kunnskap om hvilke tiltak og intervensjoner som virker for å utjevne sosiale helseforskjeller i ikke-smittsomme sykdommer (NCD-er) og sosial ulikhet i relaterte risikofaktorer (34). Kunnskapsoppsummeringen fant ingen robuste studier fra Norge. Evidens fra andre nordiske land var også begrenset. Enkelte studier fra andre land har vist at tiltak også kan ha utilsiktet effekt ved å øke, heller enn å redusere, sosiale helseforskjeller. Et av funnene i kunnskapsoppsummeringen var at det i hovedsak var universelle tiltak som ble evaluert. Selv om enkelte tiltak hadde positiv effekt, hadde de fleste tiltakene ingen eller en negativ effekt på sosial ulikhet. Det ser derfor ut til å være behov for å supplere universelle tiltak med proporsjonalt universelle og eventuelt også målrettede tiltak for å redusere helseforskjellene (34).

### **2.3 Utfordringer i helsetjenestene som påvirker folkehelsen**

Helsetjenestene har en viktig rolle i sentrale deler av folkehelsearbeidet, blant annet gjennom vaksinasjon, screening og smittesporing. Helsetjenesten er også viktig for primærforebygging av sykdom gjennom tiltak rettet mot levevaner, for eksempel ved å fremme initiativ til røykeslutt eller øke fysisk aktivitet. Forhold som på ulikt vis svekker helsetjenestene evne eller kapasitet til å utføre sine oppgaver, kan dermed få negative konsekvenser for folkehelsen.

Demografiske endringer med en aldrende befolkning, og flere brukere med mer enn én ikke-smittsom sykdom, har gitt et merkbart større press på personell i helse og omsorgssektoren. Tjenestene står fremfor store utfordringer i årene som kommer, med blant annet antatt reduksjon i tilgang til kvalifisert personell (35). Dersom personellutfordringene ikke blir løst vil dette kunne utgjøre en vesentlig folkehelseutfordring, både ved å svekke det forebyggende arbeidet som gjøres av og i tjenestene, og ved redusert kvalitet og lengre ventetider.

Framskrivninger av norske helseutgifter viser at demens, hjerneslag og diabetes vil være de viktigste kostnadsdriverne fram mot 2050. Også fallskader, sanseorgansykdommer og Parkinsons sykdom forventes å øke betydelig i utgifter. Dette skyldes primært den demografiske utviklingen, med flere eldre. Utgiftene til sykehjem og hjemmesykepleie anslås å øke kraftig, ettersom flere eldre vil trenge omfattende omsorgstjenester. Det ventes noe økte utgifter til psykiske lidelser, hjerte- og karsykdommer og kreft, men her drives veksten i større grad av teknologi og behandlingsforventninger (36).

### **2.4 Livskvalitet**

Livskvalitet, forstått som trivsel, engasjement og livsglede, er gunstig både for den enkeltes helse og levealder, men også for familie-, arbeids- og samfunnsliv. Høy livskvalitet er forbundet med bedre psykisk og fysisk helse, lavere risiko for sykdom, økt mestringsevne og større

motstandskraft i møte med belastninger (37;38). Livskvaliteten i Norge er generelt høy. Befolkningen oppgir i gjennomsnitt 6,9 på en skala fra 0 til 10 når de blir spurt om hvor fornøyd de er med livet alt i alt (39).

Samtidig er livskvaliteten skjevfordelt. Mellom 24 og 28 prosent av befolkningen har rapportert lav livskvalitet i perioden 2020–2025, noe som tilsvarer mellom én og 1,3 millioner voksne. Særlig personer med levekårsrelaterte utfordringer, som dårlig økonomi, arbeidsledighet, uførhet, funksjonsnedsettelse og redusert psykisk eller fysisk helse, rapporterer om dårlig livskvalitet. Jo flere slike risikofaktorer, desto større andel opplever å være lite fornøyd med livet (39).

I økende grad rapporterer også unge om lav livskvalitet. Årsakene er sammensatte og ikke fullt ut forstått, men bekymring, stress og lavere tilfredshet med økonomi trekkes frem som mulige forklaringer (39).

Livskvaliteten øker med alderen, noe som har blitt en tydeligere trend over tid. Eldre i alderen 60–79 år rapporterer høyere livskvalitet enn yngre aldersgrupper, imidlertid øker andelen som opplever ensomhet og lav livskvalitet blant dem over 80 år (40).

Positive faktorer som fremmer livskvalitet inkluderer gode sosiale relasjoner, opplevelse av tilhørighet, tillit til andre mennesker og til samfunnsinstitusjoner, samt mulighet til å delta i meningsfulle fellesskap (39). Sosial støtte og følelsen av å være sett og verdsatt har stor betydning for både psykisk og fysisk helse, og er forbundet med lavere forekomst av depresjon, bedre selvpålevd helse og økt livslengde. Opplevelse av kontroll, mestring og mening i hverdagen bidrar også til økt livskvalitet og kan virke beskyttende mot stress og sykdom. Ensomhet er en sentral komponent i livskvalitet, og har stor betydning for både psykisk og fysisk helse (se del 3.5.4.4.).

Det er små forskjeller i livskvalitet mellom fylkene. I Fylkeshelseundersøkelsene observeres imidlertid signifikante forskjeller i livskvalitet mellom kommuner i Norge. Det samme gjelder for bydeler i f.eks. Oslo og Bergen. I Oslo ser man et øst-vest-skille i livskvalitet. Det sammenfaller med skillet man ser for en rekke helserelaterte og sosioøkonomiske utfall, som sannsynligvis delvis forklarer skjevfordelingen (39).

Norge har tradisjonelt ligget høyt på internasjonale rangeringer av livstilfredshet, sammen med de øvrige nordiske landene. De siste årene har det imidlertid vært en svak nedgang i befolkningens rapporterte livskvalitet, og Norge har falt noe på de internasjonale listene (5).

## 2.5 Globale utviklingstrekk

### 2.5.1 Den geopolitiske situasjonen

Siden forrige folkehelsemelding har det skjedd store endringer i internasjonale forhold. Det er økte geopolitiske spenninger og pågående krig i Europa, i tillegg til krig og konflikter andre steder i verden. Omprioritering av statens økonomiske ressurser over til forsvar gir mindre midler til helse, både i eget land og til internasjonal bistand. Dette har betydning for folkehelsearbeidet i Norge og vårt internasjonale samarbeid. Den geopolitiske situasjonen svekker internasjonalt samarbeid på global helse. Det kan også gi økt usikkerhet rundt tilgang til kritisk informasjon, ressurser og forsyningsikkerhet. Ondsinnede handlinger som biosikkerhetstrusler, digitale angrep, desinformasjonskampanjer, konvensjonell krig og terror kan påvirke helse også i Norge.

Det internasjonale samarbeidet innen helse og beredskap har den senere tid blitt utfordret, blant annet ved at USA har trukket seg fra flere internasjonale samarbeidsarenaer. Dette kan svekke den globale evnen til å forebygge, oppdage og respondere ved internasjonale helsekriser, som nye pandemier, og påvirke global og nasjonal beredskap, tilgang til informasjon, ekspertise, ressurser og infrastruktur. Internasjonal bistand til helse er halvert fra 2021 til 2025. Underfinansiering av og kutt i globale helseprogram vil føre til store negative helsekonsekvenser for landene som er direkte påvirket, men kan også få konsekvenser for Norge, for eksempel knyttet til økt risiko for spredning av smittsomme sykdommer. I denne situasjonen er det risiko for at forebyggende tiltak nedprioriteres ytterligere.

### *2.5.2 Svekket tillit til kunnskap og feilinformasjon*

Tillit i befolkningen til kunnskapen som fremskaffes og deles fra helsemyndighetene, er avgjørende for at befolkningen kjenner til risikofaktorene for egen helse, tar gode helsevalg og følger helserådene som gis. For eksempel er høy vaksinasjonsdekning både et resultat av høy tillit fra befolkningen til helsemyndighetene, og et godt samarbeid mellom de lokale helsetjenestene, både kommunehelsetjeneste generelt og skolehelsetjeneste spesielt, og FHI. Økt usikkerhet rundt vaksineanbefalinger i flere land, inkludert toneangivende land som USA, kan gi en økning i vaksinenøling også i Norge. I USA kan dette skyldes at landets nye helsemyndigheter viser at de ikke stoler på etablert kunnskap og vil revurdere flere anbefalinger. Forhold som svekker vaksinedekning, er videre omtalt i del 4 om helsetrusler.

Den geopolitiske situasjonen gjør det nødvendig med økt årvåkenhet for både desinformasjon og andre tiltak som er spesielt egnet til å svekke og destabilisere myndighetene. Det europeiske smittevernbyrået ECDC har i en periode overvåket og delt informasjon om desinformasjon i sosiale medier i Europa. Dette deles også med Norge. Foreløpig ser man størst spredning av falske nyheter om vaksiner. Desinformasjon og konspirasjonsteorier deles i internasjonale og norske fora.

### *2.5.3 Digitalisering, skjermbruk og kunstig intelligens*

Digitalisering og teknologisk utvikling er globale drivkrefter som påvirker folkehelsen på komplekse måter. På den ene siden gir teknologiske fremskritt, for eksempel innenfor kunstig intelligens (KI), nye muligheter for helsefremmende tiltak, lettere tilgang til informasjon om helse, bedre diagnostikk og mer tilgjengelige helsetjenester. Digitalt utenforskap – knyttet til alder, utdanning eller sosioøkonomisk status – kan imidlertid forsterke eksisterende helseforskjeller, dersom evne til å finne helseinformasjon eller benytte seg av helsetjenester avhenger av digital tilgang og kompetanse. Digitalisering og teknologisk utvikling kan også føre med seg utfordringer knyttet til personvern, feilinformasjon og algoritmisk skjevhet. Det kan bidra til å svekke tillit til helseinformasjon, og stiller økende krav hos den enkelte til kompetanse og evne til kritisk tenking i møte med ny teknologi.

Økt skjerm- og smarttelefon bruk og bruk av sosiale medier er globale trender som vi også har sett i Norge de siste 15 årene. I et folkehelseperspektiv er de mulige konsekvensene skjermbruk har på barn og unge særlig viktige. Bruken av digitale enheter har endret hvordan barn og unge bruker fritiden sin, sosialiserer, lærer og slapper av. Disse endringene kan bidra til positive virkninger som for eksempel ved at sosiale medier kan bidra til læring, utfoldelse og deltakelse i sosiale fellesskap. Mulige negative virkninger som omtales av Skjermbruksutvalget er blant annet utfordringer med konsentrasjon og læring som en mulig konsekvens ved bruk av digitale enheter som smarttelefon (41). Sosiale medier har også blitt

pekt på som en kommersiell determinant for helse fordi forretningsmodellen er basert på annonseinntekter, som krever en opprettholdelse av bruk og engasjement (42).

Sammenhengen mellom psykiske plager og lidelser, og bruk av sosiale medier og skjermbruk synes å være sammensatt. Noen studier finner en positiv assosiasjon eller ingen assosiasjon, mens andre finner en negativ assosiasjon. FHI gjorde en gjennomgang av forskningen knyttet sannsynlige årsaker til økningen i psykiske plager blant barn og unge i Folkehelse rapportens temautgave om barn og unges psykiske helse. Oppsummeringen viser at det er vanskelig å slå fast en klar årsakssammenheng mellom skjermbruk eller sosiale medier og psykisk uhelse hos barn og unge. Det er likevel mulig at bruk av sosiale medier og skjermbruk generelt kan henge sammen med og forsterke andre risikofaktorer som kroppspress, ensomhet og søvnproblemer. De forskjellige forskningsfunnene indikerer at skjermbruk og sosiale medier sin innvirkning på psykiske vansker og lidelser er sammensatt. Man må også se på sammenhengen med faktorer som familieforhold, søvn, skolemiljø, ensomhet, sosiale relasjoner og andre livshendelser (43). Gitt kompleksiteten i de mulige sammenhengene og det raske tempoet i den teknologiske utviklingen på dette området, er dette et kunnskapsfelt som vil det vil være krevende å kunne få svar på.

#### *2.5.4 Kommersielle interessers påvirkning på folkehelsen*

Kommersielle interesser og aktører kan påvirke folkehelsen både positivt og negativt. Verdens helseorganisasjon peker på at kommersielle interesser virker inn på en rekke risikofaktorer og helseutfall, og at barn er særlig utsatt (44). Det er beregnet at produkter fra fire store industrier (tobakk, alkohol, ultraprosessert mat og fossile brensler) anslagsvis bidrar til ca. 19 millioner dødsfall årlig, om lag en tredel av dødsfallene globalt (45). Det er godt etablert at tobakks- og alkoholindustrien arbeider mot innføring av tiltak for å redusere konsumet av alkohol og tobakk som er begrunnet i hensyn til folkehelse, for eksempel oppstillingsforbudet for tobakk (46) og advarselsmerking på alkoholholdig drikke (47). Kommersielle aktører bruker flere og sammensatte strategier for å påvirke politikktutformingene som politisk påvirkning, omdømme- og alliansebygging og finansiering av forskning (45). Økt grad av grenseoverskridende netthandel øker risiko for import av produkter som inneholder miljøkjemikalier som er forbudt/strengt regulert i Norge/EU. Nettplattformer for direktehandel med produsenter representerer et særlig problem for forbrukersikkerhet (48). En undersøkelse utført av det Europeiske Kjemikaliebyrået (ECHA) i 2021, fant at 78 prosent av produkter solgt på nett brøt med EUs kjemikalie Lovgivning, og inneholdt blant annet kreftfremkallende stoffer og andre helsefarlige kjemikalier (49).

Matvarebransjen spiller en sentral rolle for nordmenns kosthold. Norsk matvarebransje preges av å ha et tett nettverk av matvarebutikker med godt utvalg både av sunne og usunne alternativer. Men den består også av aktører som markedsfører og selger produkter som kan ha en negativ innvirkning på folkehelsen. Matvarebransjen kan påvirke kostholdet negativt gjennom aktiv markedsføring av usunne mat og drikkeprodukter, men også ved å motarbeide regulatoriske tiltak som f.eks. sukkeravgift og regulering av markedsføring av usunn mat og drikke. Det har vært en rekke forsøk på å etablere samarbeid mellom myndigheter og matvarebransjen, men disse har gitt blandede resultater. En evaluering av Intensjonsavtalen for et sunnere kosthold mellom helsemyndigheter og matbransjen 2016-2025 viste ingen tegn til reduksjon av salt, tilsatt sukker og mettet fett i produktene (50).

Kosthold kan også påvirkes av prisutvikling. Rapporten «Utvikling i norsk kosthold» viser at trender som reduksjon i inntak av grønnsaker, frukt, bær og fisk i 2025 sammenlignet med tidligere år (51) trolig kan knyttes til økte matpriser.

## 2.6 Oppsummering om samfunnsforhold

En aldrende befolkning vil øke presset på helsetjenestene og utfordre samfunnets bærekraft, både fordi antallet eldre øker og fordi forholdet mellom eldre og arbeidsfør befolkning endres. Sosial ulikhet i helse er en vedvarende utfordring. En økende innvandrerbefolkning har også betydning, særlig gjennom sammenheng med levekår og ulikhet. I tillegg ser vi at internasjonale utviklingstrekk, som svekket samarbeid om beredskap, en urolig geopolitisk situasjon, digitalisering og endrede holdninger til evidensbasert kunnskap, i økende grad påvirker Norge. Disse faktorene understreker behovet for en helhetlig og tverrsektoriell folkehelsepolitikk som kombinerer forebygging, beredskap og tiltak for sosial utjevning.

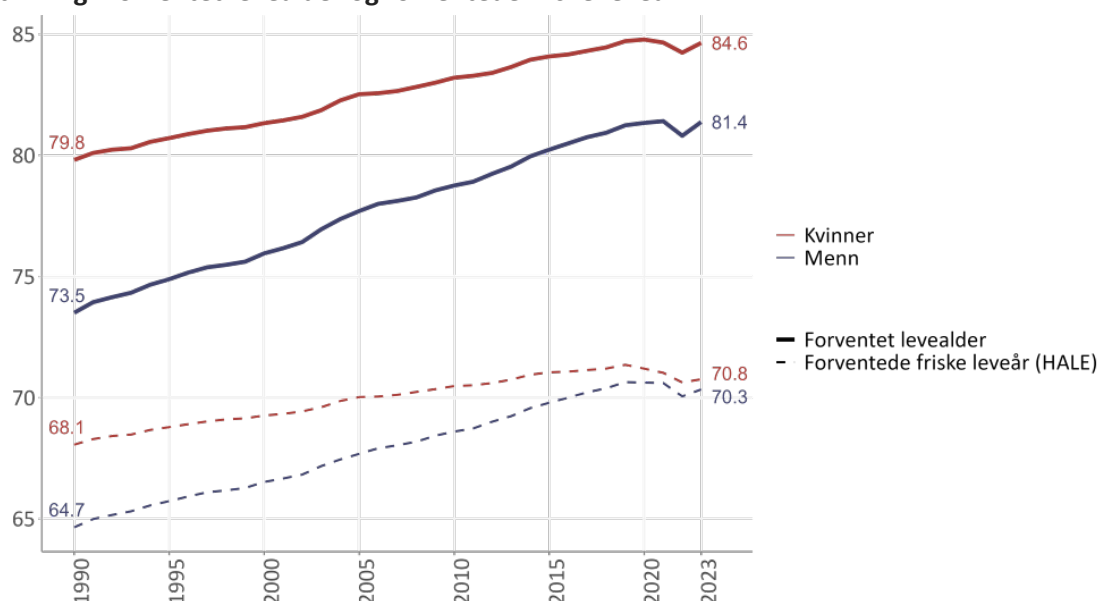
### 3 De store utfordringene for folkehelsen

I denne delen beskrives status for de brede folkehelseutfordringene. Det overordnede bildet av de store folkehelseutfordringene endrer seg sakte. Vi beskriver i stor grad etablerte utfordringer som har utviklet seg over tid, og som det har vært iverksatt en rekke tiltak for å møte.

#### 3.1 Status for levealder og friske leveår

Generelt er folkehelsen i Norge preget av at mange lever lange liv med god helse. Forventet levealder og forventede friske leveår er sentrale mål på folkehelsetilstanden. Norge har hatt en vedvarende positiv utvikling i forventet levealder og forventede friske leveår (figur 3). Nylig oppdatert tall fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD) viser at Norge i 2023 var blant landene i verden med høyest forventet levealder (nummer 13 av 204 land for begge målene). Forventet levealder i Norge i 2023 var 84,6 år for kvinner og 81,3 år for menn, en økning på henholdsvis 4,8 år og 7,8 år siden 1990, ifølge GBD (figur 3). Levealderen i Norge er over gjennomsnittet i EU (52).

#### Utvikling i forventet levealder og forventede friske leveår



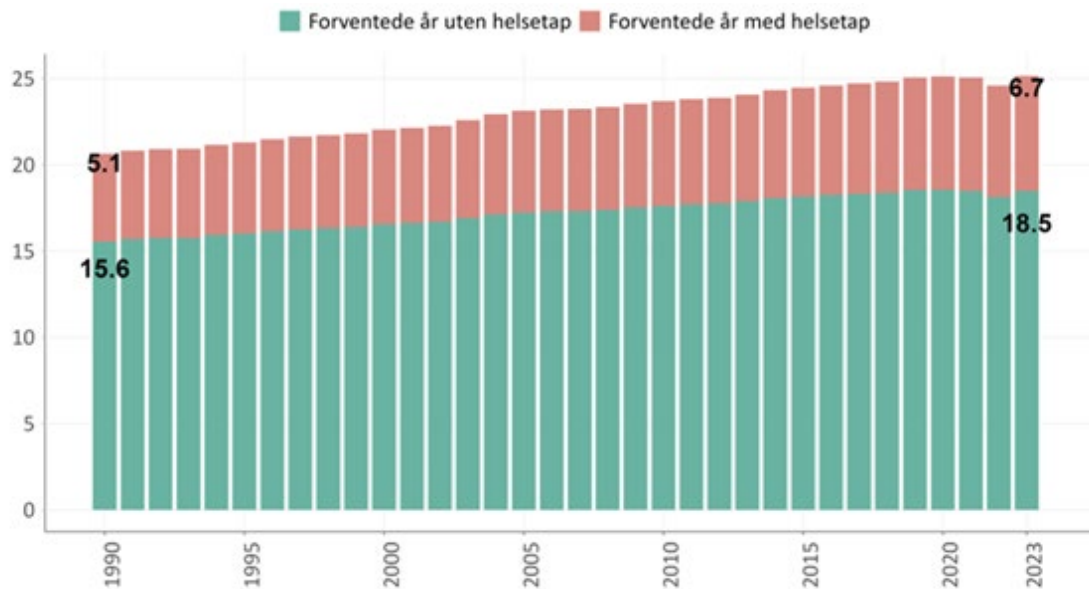
Figur 3. Forventet levealder og forventede friske leveår (HALE) for kvinner og menn i Norge, 1990-2023. Kilde: GBD 2023.

Mens forventet levealder gir informasjon om utviklingen i dødelighet i befolkningen, gir forventede friske leveår informasjon om utviklingen i både dødelig og sykkelighet. Forventede friske leveår var av GBD beregnet til 70,7 år for kvinner og 70,3 år for menn i 2023, tilsvarende en økning på 2,7 år for kvinner og 5,7 år for menn siden 1990. Økningen i forventede friske leveår var dermed lavere enn økningen i forventet levealder mellom 1990 og 2023. Dette kan tyde på at vi ikke har hatt like stor suksess med å redusere sykkelighet i befolkningen som vi har hatt med å redusere tidlig død. Den lavere utviklingen i friske leveår rammer flere aldersgrupper, både unge, arbeidsføre og eldre.

Samtidig er det viktig å være klar over at økningen i friske leveår har vært større enn økningen i år levd med helsetap i denne perioden. År levd med helsetap økte med 2,1 år hos begge kjønn,

fra 11,8 til 13,9 blant kvinner, og 8,9 til 11,0 blant menn fra 1990 til 2023. Denne forskjellen er enda større i befolkningen over 60 år, hvor antall forventede friske leveår økte med 2,9 år i perioden 1990 til 2023, mens antall forventede leveår med helsetap økte med 1,6 år i samme periode (figur 4). Dette betyr at befolkningen relativt sett har fått flere leveår med god helse enn med dårlig helse de siste 33 årene, selv om den forlengede levealderen også medfører at mer levetid blir tilbrakt med redusert helse og sykdom nå enn for 35 år siden.

### Forventede år med og uten helsetap ved 60 års alder



Figur 4. Utvikling i antall forventede leveår med og uten helsetap ved 60 års alder for begge kjønn i Norge 1990-2023. Kilde: GBD 2023.

### 3.2 Viktigste årsaker til sykdomsbyrde

Sykdomsbyrdeanalyser gir oversikt over folkehelsen gjennom å vise hvordan sykdommer, skader og risikofaktorer bidrar til tidlig død og helsetap i en befolkning. Hovedmålet for sykdomsbyrde er DALY (Disability-Adjusted Life-Years), som kan forstås som antall tapte friske leveår i en befolkning. Sykdomsbyrde (DALY) består av to komponenter:

- Helsetap mens man lever, som beregnes ved å multiplisere forekomst av sykdom eller skade i befolkningen med alvorlighetsgrad.
- Tapte leveår, som beregnes ved å summere tapt forventet gjenstående levetid for dødsfall ved ulike aldre.

Norge er blant landene i verden med lavest sykdomsbyrde når man tar hensyn til befolkningsstørrelse og alderssammensetning. Den totale sykdomsbyrden i befolkningen økte med omtrent 11 prosent i perioden 2010 til 2023, beregnet som økning i antall DALY. Denne økningen skyldes først og fremst aldring i befolkningen. Justerer man for befolkningsvekst og aldring, ser man en reduksjon i sykdomsbyrden på rundt 7 prosent, noe som tyder på en viss forbedring i folkehelsen over tid.

Når vi ser på årsaker til sykdomsbyrde i befolkningen, domineres disse av de **ikke-smittsomme sykdommene**, som stod for 83 prosent av den totale sykdomsbyrden i Norge i 2023. **Kreft, hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og nevrologiske lidelser** var de fem største årsakene, og stod samlet sett for 58 prosent av sykdomsbyrden.

På den andre siden står **infeksjonssykdommer** i dag for om lag 3,5 prosent av sykdomsbyrden i Norge. Luftveisinfeksjoner er den viktigste blant disse. Målrettede og effektive tiltak over tid har ført til at forekomsten av smittsomme sykdommer i Norge generelt er lav.

Det er imidlertid viktige forskjeller i hvilke sykdommer som bidrar til helsetap mens man lever, og hvilke sykdommer som bidrar til tidlig død. I det følgende vil vi gi en oversikt over de viktigste årsakene til helsetap og tapte leveår i Norge totalt, mens vi i del 3.6 vil gi en mer detaljert beskrivelse av de viktigste årsakene fordelt på aldersgrupper.

### 3.3 Viktige årsaker til helsetap

En stadig større andel av den totale sykdomsbyrden er nå knyttet til helsetap mens man lever, framfor tapte leveår. Helsetap utgjorde 52 prosent av den totale sykdomsbyrden i Norge i 2023, en økning fra 38 prosent i 1990. Andelen av sykdomsbyrden som tilskrives helsetap er noe høyere i Norge enn i Norden samlet (52 vs. 49 prosent). GBD beregnet at de fem største årsakene til helsetap i Norge i 2023 var muskel- og skjelettsykdommer (18 prosent), psykiske lidelser (18 prosent), utilsiktede skader (12 prosent), samlekategorien «andre ikke-smittsomme sykdommer» (9 prosent), og nevrologiske lidelser (9 prosent).

Innenfor **psykiske lidelser** er det særlig angstlidelser og depressive lidelser som forårsaker stort helsetap i befolkningen. Beregningene i GBD tyder på at sykdomsbyrden fra disse lidelsene har økt over tid, og særlig under pandemiårene. Økningen ser ut til å være mest markant blant unge. Mens GBD-prosjektet kun beregner sykdomsbyrde tilskrevet psykiske lidelser som tilfredsstillende diagnostiske kriterier, viser både norske og internasjonale data at også psykiske plager er svært utbredt i befolkningen, og at det har vært en betydelig økning i dette over tid, særlig blant unge voksne (53;54).

Korsryggsmerter er den største enkeltårsaken til helsetap innenfor sykdomsgruppen **muskel- og skjelettlidelser**. Det store helsetapet i befolkningen skyldes først og fremst at lidelser som gir korsryggsmerter er svært utbredt. Andre langvarige smertetilstander som forårsaker stort helsetap er hodepinesykdommer, som er den største enkeltårsaken til helsetap innenfor kategorien **nevrologiske sykdommer**. Samlet sett utgjør ulike smertetilstander en betydelig andel av helsetapet i befolkningen. Befolkningsundersøkelser viser at langvarig smerte er vanlig i alle aldre, og at om lag hver tredje voksne nordmann oppgir å ha langvarig smerte (55). I samlekategorien «Andre ikke-smittsomme sykdommer» er tann- og munnsykdommer og gynekologiske lidelser store undergrupper.

**Utilsiktede skader** omfatter blant annet fallskader og trafikkulykker, og fallskader er den dominerende årsaken til helsetap innenfor denne kategorien. Sykdomsbyrden fra fallskader har økt over tid, noe som henger sammen med et større antall eldre i befolkningen. Osteoporotiske brudd, som hoftebrudd, er en viktig konsekvens av slike skader.

Utover at de er sentrale årsaker til helsetap, har psykiske lidelser, muskel- og skjelettsykdommer og andre årsaker til langvarig smerte, og utilsiktede skader også det til felles at de er viktige årsaker til nedsatt livskvalitet, nedsatt arbeidsevne og uførhet (54-57). De kan påvirke helse og funksjon hos alle aldersgrupper og gjennom livsløpet.

### 3.4 Viktige årsaker til tapte leveår

Kreft, hjerte- og karsykdom, nevrologiske sykdommer, kroniske luftveissykdommer, og skader og selvskaade, er viktige årsaker til tapte leveår i befolkningen. Til sammen stod disse fem

dødsårsakskategoriene for over tre fjerdedeler (76,4 prosent) av antall tapte leveår i Norge i 2023, ifølge GBD. De siste 20 årene har det vært en nedgang i for tidlig død, definert som død før fylte 70 år, av de ikke-smittsomme sykdommene hjerte-karsykdommer, kreft, diabetes og lungesykdommer. Utviklingen er imidlertid i ferd med å flate ut etter 2019 (58). Det er store og vedvarende sosiale forskjeller i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, for både menn og kvinner (59).

Før fylte 80 år har rundt fire av ti nordmenn fått minst én **kreftdiagnose**. Antall nye krefttilfeller som oppdages årlig har økt, og vil øke i årene som kommer. Dette har bla. sammenheng med økt befolkning og en høyere andel eldre. Risikoen for kreft (målt som antall tilfeller per 100 000) ser imidlertid ut til å gå ned blant menn. Nedgangen er størst for lunge-, prostata- og testikkelkreft. Blant kvinner er risikoen i ferd med å flate ut. Det er historisk lav forekomst av livmorhalskreft, men fremdeles en økning av brystkreft. Hud- og føflekkreft øker for både menn og kvinner (60). Dødeligheten av kreft har gått ned de siste årene, men kreft har vært den hyppigste dødsårsaken i Norge siden 2017 (61).

For **hjerne- og karsykdommer** har dødeligheten over tid gått betydelig ned. Nedgangen i dødelighet fra hjerte- og karsykdom skyldes antagelig både forebygging, med nedgang i viktige risikofaktorer som blodtrykk, totalkolesterol og røyking, og bedre behandling. En femtedel av den norske befolkningen får forebyggende behandling mot eller lever med en hjerte- og karsykdom (62). Tall fra Hjerte- karregisteret viser at antall pasienter som mottar behandling for hjertekarsykdom økte i perioden 2016-2024. Samtidig er antallet pasienter diagnostisert med hjerteinfarkt blitt betydelig redusert (63) .

Innenfor kategorien nevrologiske sykdommer er **Alzheimers sykdom** den største årsaken til tapte leveår, og i takt med aldring av befolkningen har det blitt en vanligere dødsårsak.

Totalt døde 2 933 personer av **skader** i 2024 (61). Ser man på utviklingen over tid, har dødsfall av skader og ulykker gått kraftig ned siden 70-tallet, mens dødelighetsraten av skader og ulykker har vært mer stabil de siste 10 årene (57). Selvmord er den største årsaken til tapte leveår innenfor skader, etterfulgt av fallskader, i GBD. I 2024 var det 739 selvmord i Norge. Antallet er noe høyere enn foregående år, men innenfor den variasjonen vi forventer av tilfeldige svingninger fra år til år (64) .

**Infeksjonssykdommer** rammer et stort antall mennesker i Norge hvert år, men gir først og fremst akutt sykdom med lite helsetap over tid. Den store majoriteten av infeksjonsdødsfallene i Norge skyldes nedre luftveisinfeksjoner hos personer over 70 år (65) . Under pandemien ble covid-19 en sentral årsak til infeksjonsdødsfall (66). I inneværende influensasessong ser man foreløpig en lavere forekomst av dødsfall assosiert med covid-19, men en noe høyere forekomst av dødsfall assosiert med influensa. Totalt sett er det en lavere forekomst av dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner enn i forutgående sesonger (siden 22/23) (67) .

### 3.5 Viktige risikofaktorer

Beregninger fra GBD tyder på at minst en tredjedel av sykdomsbyrden i befolkningen i Norge kan forklares av velkjente risikofaktorer som kan påvirkes. For eksempel er ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom og diabetes i stor grad forklart av kjente risikofaktorer som høyt blodtrykk, røyking, høyt blodsukker og høyt kolesterol.

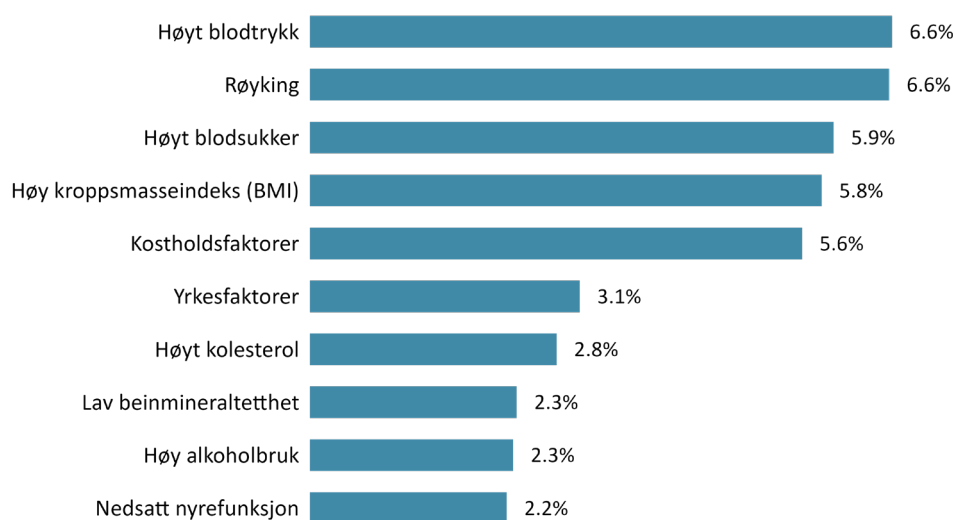
Selv om GBD-prosjektet baserer seg på eksisterende evidens om risikofaktor-sykdomsutfalls par, er det fortsatt mange risikofaktorer som ikke er inkludert i oversikten fra dette

prosjektet. De 88 risikofaktorene inkludert i GBD er knyttet opp mot til sammen 159 sykdomsutfall. Imidlertid er risikofaktorer for sykdommer som primært gir helsetap, slik som muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser, dårligere dekket i GBD. For slike tilstander, og for mange andre, er årsaks- og risikofaktorene sammensatt og kompliserte. En betydelig del av den uforklarte sykdomsbyrden antas imidlertid å skyldes miljøfaktorer og levevaner som kan påvirkes (68), selv om vi i enkelte tilfeller mangler kunnskap både om effekten de har på sykdomsutfall, og data på eksponering i befolkningen. Et eksempel på dette er effekt av miljøgifter.

En oversikt som viser risikofaktorer hver for seg, kan skjule at risikofaktorer sjelden virker alene. Både på individ- og befolkningsnivå ser man at risikofaktorer opptrer samtidig, eller hopper seg opp, hos en person eller en gruppe (69). Opphopning av enkelte risikofaktorer henger også sammen med sosioøkonomi og levekår. I del 2 av rapporten ble sosiale forhold og samfunnsforhold som virker på folkehelsen på et overordnet nivå omtalt.

Når vi i det videre omtaler risikofaktorer, har GBD-rammeverket bidratt til utvelgelsen av viktige risikofaktorer knyttet til levevaner og metabolske faktorer, mens omtale av risikofaktorer knyttet til atferd og psykososiale forhold, som en del av de miljømessige risikofaktorene, også hviler på andre kilder. Figur 5 under viser de ti største risikofaktorene for sykdomsbyrde i Norge i 2023 ifølge GBD.

#### Topp 10 risikofaktorer for sykdomsbyrde (DALY) i 2024



Figur 5. Prosentandel av den totale sykdomsbyrden målt som antall DALY som tilskrives de ti største risikofaktorene i Norge i 2023. Det prosentvise bidraget viser til det teoretiske potensialet for forebygging av sykdomsbyrde knyttet til disse risikofaktorene. Det vil si den reduksjonen i sykdomsbyrde som kan oppnås dersom alle i befolkningen var eksponert på et optimalt nivå (for eksempel at ingen røykte eller noensinne hadde røykt). Kilde: GBD 2023.

### 3.5.1 Risikofaktorer knyttet til levevaner

#### 3.5.1.1 Røyking, snusbruk og bruk av andre nikotinprodukter

Alle tobakks- og nikotinprodukter medfører en risiko for helseskade ved bruk. Røyking av sigaretter er det tobakksproduktet i Norge som medfører høyest risiko for sykdom, men også bruk av snus og e-sigaretter med og uten nikotin i e-væsken medfører risiko for helseskade (70-73).

Til tross for at det har vært en markant nedgang i andel dagligrøykere i Norge, er røyking fremdeles en av de største risikofaktorene for sykdomsbyrde. Dette skyldes blant annet at helseskade fra langvarig røyking vedvarer og er til dels irreversibel, slik at risiko for sykdom og for tidlig død er økt også lenge etter røykeslutt (74). Andelen dagligrøykere har sunket fra over 40 til under 10 prosent fra tidlig 1970-tall til 2020-tallet, og andelen røykere er nå høyest blant de eldste aldersgruppene. Siste tall fra SSBs undersøkelse av røykevaner viste at 7 prosent blant voksne røyker daglig (75). Dette er historisk lavt, og også lavt sammenliknet med nesten alle andre europeiske land (76). Også blant unge voksne er andelen som røyker daglig historisk lav. Samtidig har andelen som rapporterer røyking av og til økt, særlig blant unge voksne, og særlig blant unge menn (20 prosent blant menn 16-24 år i perioden 2021-2025 mot 13 prosent blant kvinner) (75).

Bruk av andre nikotin- og tobakksprodukter har på sin side økt betydelig, først og fremst bruk av snus. I de senere årene har andelen snusbrukere vært størst i aldersgruppa 25-49, hvor rundt 30 prosent nå bruker snus daglig. Bruk av e-sigaretter/vapes har også økt i løpet av de siste årene. Andelen som svarte at de brukte e-sigaretter av og til i aldersgruppa 16-24 år var oppunder 10 prosent i 2025 (75). WHO/IARC anbefaler å unngå slike produkter for å redusere risikoen for kreft (77).

Det er betydelig sosial ulikhet i andelen som røyker, og dagligrøyking er vesentlig mer utbredt blant de med kort enn de med lang utdanning (27). Det er også store forskjeller i røykevaner mellom ulike innvandrergupper, men sett under ett er det langt mer vanlige å røyke daglig blant innvandrere sammenliknet med befolkningen for øvrig, særlig for menn (78).

#### 3.5.1.2 Kostholdsfasorer

Usunt kosthold er rangert som den femte største risikofaktoren for sykdomsbyrde i Norge. Et sunt kosthold i tråd med kostrådene fra Helsedirektoratet er viktig for helsen, og reduserer risikoen for blant annet hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, høyt blodtrykk, flere former for kreft, beinskjørhet, tannr te, overvekt og fedme. En betydelig andel av befolkningen har imidlertid et kosthold som ikke er i tråd med nasjonale kostholdsanbefalinger. Inntaket av grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og b r, og fisk er hos mange lavere enn anbefalt, mens inntaket av bearbeidet og ubearbeidet rødt kjøtt, samt matvarer med mye mettet fett, salt og sukker er høyere enn anbefalt (79).

Grupper med lang utdanning har generelt et sunnere kosthold enn grupper med kort utdanning (80;81). Undersøkelser blant utvalgte innvandrergupper viser at de undersøkte gruppene har et kosthold som skiller seg fra den øvrige befolkningen, med både gunstige og ugunstige avvik fra anbefalingene. For eksempel har enkelte grupper med bakgrunn utenfor Europa høyere konsum av grønnsaker, men lavere konsum av fisk (82).

Energidrikker har et høyt innhold av koffein, som barn tåler mindre av enn voksne. Siden 2019 har det vært en markant økning i bruk av energidrikker blant ungdom i Norge (83). Kosthold er også den viktigste kilden til miljøgifteksponering.

### 3.5.1.3 Alkoholbruk

Alkoholbruk er en viktig årsak til helsemessige og sosiale problemer, og problemer for tredjepart som pårørende, arbeidsliv og samfunnet for øvrig (84). Det registrerte alkoholforbruket i Norge gikk ned fra 1980 til 1993, økte så kraftig fram til 2008, og har deretter gått noe ned. Med unntak av en nedgang i pandemiårene, har andelen unge voksne i alderen 16-30 år som oppgir å drikke alkohol vært forholdsvis stabil i perioden 2012-2024. Andelen unge voksne med et risikofylt alkoholbruk økte imidlertid mellom 2021 og 2024. (85) I 2024 oppga 47 prosent av 15-16-åringene at de hadde drukket alkohol siste 12 måneder, mot 86 prosent av 16-30-åringene (81). Flere eldre i Norge, spesielt eldre kvinner, oppgir å drikke alkohol nå sammenlignet med tidligere (86). Rundt 1 av 4 personer i alderen 60-79 år drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (40). Innvandrere har i snitt et vesentlig lavere alkoholforbruk enn befolkningen for øvrig, men det er store forskjeller etter landbakgrunn (78). Antallet registrert med kronisk alkoholmisbruk har økt jevnt i perioden 2017-2024, med en tydeligere økning blant menn (87).

Drikkefrekvens og årlig alkoholforbruk er høyere i grupper med lang utdanning og høy inntekt, mens risikofylt alkoholbruk og alkoholrelaterte skader er mer utbredt blant dem med kort utdanning og lav inntekt. Likevel har alkoholbruk gjennomgående en mer negativ innvirkning på helsen til grupper med lav sosioøkonomisk status (88;89). Dette såkalte alkoholskade paradokset omfatter også direkte alkoholrelaterte helseeffekter som leverskader, og antas bare delvis å skyldes forskjeller i drikkemønster og risikofylt alkoholbruk (90;91). Trolig bidrar andre levevaner som røyking, kosthold og fysisk aktivitet til å dempe eller forsterke helseeffektene av alkohol (92).

### 3.5.1.4 Fysisk inaktivitet

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet fremmer helse og kan forebygge og behandle sykdom (93). Samtidig er inaktivitet og mye stillesitting knyttet til økt risiko for flere folkesykdommer og for tidlig død. Blant voksne (20-85 år) tilfredsstilte om lag halvparten Helsedirektoratets reviderte anbefalinger for fysisk aktivitet i 2020-22. Andelen er noe høyere blant unge voksne, og noe lavere blant eldre. Mens de fleste 6-åringene oppfylte minimumsanbefalingene til fysisk aktivitet i 2018, gjorde under halvparten (45 prosent) av 15-åringene det (93). Fysisk inaktivitet er mer utbredt i en rekke innvandrergupper, og særlig blant kvinner (78).

Manglende oppdatering av datagrunnlag er antakelig en årsak til at fysisk inaktivitet ikke kommer høyt opp på lista over viktige risikofaktorer i det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD), og det antas at sykdomsbyrden er høyere enn det som vises i tallene derfra.

### 3.5.1.5 Bruk av illegale rusmidler

I 2024 var det 8 prosent av ungdom og 12,5 prosent av unge voksne som oppga cannabisbruk siste 12 måneder. Mellom 2019 og 2024 økte andelen ungdom i alderen 15-16 år som oppga noen gangs bruk av cannabis. Noen gangs bruk av kokain og ecstasy/MDMA økte også blant ungdom i denne perioden, fra 3,2 til 5,7 prosent (85).

Det har vært en økning i narkotikautløste dødsfall i Norge i perioden 2012-2024. I 2024 ble det registrert 342 narkotikautløste (overdoser) dødsfall. De fleste overdosedødsfallene var knyttet til opioider og syntetiske opioider (94).

### 3.5.2 *Metabolske risikofaktorer*

Høyt blodtrykk, høyt blodsukker, høy kroppsmasseindeks (BMI) og høyt kolesterol er de fire største bidragsyterne til sykdomsbyrde i Norge innenfor de metabolske risikofaktorene ifølge beregningene fra GBD. Disse risikofaktorene regnes som viktige for utvikling av de største ikke-smittsomme sykdommene. Risikofaktorer knyttet til miljø og levevaner anses som viktigste årsak til metabolske risikofaktorer. Det er også en betydelig grad av samvariasjon mellom ulike metabolske risikofaktorer, slik at for eksempel høy BMI er forbundet med økt risiko for høyt blodtrykk, høyt blodsukker, og/eller høyt kolesterol.

#### 3.5.2.1 **Overvekt og fedme**

Høy kroppsmasseindeks (ofte forkortet til BMI) er ifølge GBD blant de viktigste risikofaktorene for sykdomsbyrden i befolkningen. Fedme er en risikofaktor for bl.a. hjerte- og karsykdom, diabetes, flere kreftformer og muskel- og skjelettlidelser. Størstedelen av landets voksne befolkning har overvekt eller fedme (95). Andelen med overvekt eller fedme i befolkningen er større hos menn enn kvinner, og har økt over tid, men det er tegn til mindre bratt økning de siste årene (96). Hos barn og unge ser det ut til at den negative utviklingen har stagnert, og andelen har vært relativt stabil de siste 10 årene. Til sammen har om lag 1 av 6 av barn og ungdom i alderen 8-15 år overvekt og fedme (95).

Forekomsten av fedme og overvekt varierer etter landsdel og utdanningsnivå (95). Fedme er mer utbredt i visse innvandrergupper, og særlig blant innvandrerkvinner (82).

I løpet av de siste årene har det vært en stor økning i bruken av de nye vektreduserende legemidlene, GLP1-analogene. Forbruket er særlig høyt blant kvinner i alderen 50–59 år, hvor anslagsvis 8,5 prosent benytter vektreduserende legemidler (97).

#### 3.5.2.2 **Andre viktige metabolske risikofaktorer**

Over tid har andelen med høyt blodtrykk gått ned i alle aldergrupper i den voksne befolkningen (98). Samtidig har det vært økning i andel som bruker legemidler som senker blodtrykket (62). Når man tar hensyn til befolkningsvekst og aldring, har sykdomsbyrden fra høyt blodtrykk gått litt ned siden 2010 (99). Til tross for denne positive utviklingen er høyt blodtrykk rangert som den største risikofaktoren for sykdomsbyrde i Norge av GBD, sammen med røyking.

Høyt blodsukker er først og fremst en risikofaktor for diabetes, men er også forbundet med en rekke andre ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, kronisk nyresykdom, demens og ulike krefttyper. Data fra Tromsøundersøkelsen tyder på at andelen som lever med diabetes har økt over tid (100).

Andelen med høyt kolesterol har gått ned fra midten av 1990-tallet i alle aldersgrupper i den voksne befolkningen (101). Det har vært en økning over tid i andelen som bruker kolesterolsenkende legemidler, spesielt i de eldste aldersgruppene (99).

### 3.5.3 Risikofaktorer knyttet til miljø og yrke

Det finnes en rekke ulike risikofaktorer for sykdom og tidlig død knyttet til miljøet, men av de som er omtalt her, er det kun tilskrivbar sykdomsbyrde fra luftforurensning som er beregnet i GBD-prosjektet. Resten av de omtalte faktorene er basert på andre kunnskapskilder, men det er per nå ikke mulig å beregne hvilken påvirkning disse faktorene har på sykdomsbyrden.

#### 3.5.3.1 Yrkesfaktorer

Innenfor kategorien yrkesfaktorer er de viktigste faktorene yrkesskade (som transportskader og fall), eksponering for kreftfremkallende stoffer og ergonomiske faktorer. Landbruk, skogbruk og fiskeri, bygg/anlegg, industri og servicenæringen trekkes fram som steder med høyere risiko for å bli utsatt for både kreftfremkallende stoffer og ulykker (20;102). Eksponering i arbeidslivet for slike risikofaktorer kan øke risikoen for sykdom og uføretrygd (103). Skiftarbeid kan øke risikoen for enkelte kreftformer (102). De siste tiårene er det rapportert inn mellom 20-23 000 arbeidsulykker årlig. Av disse fører omtrent halvparten til langvarig sykemelding. Det har vært en sterk nedgang i dødsulykker i forbindelse med arbeid (104;105).

#### 3.5.3.2 Luftforurensning

Luftforurensning er den nest viktigste risikofaktoren for tapte leveår og sykdomsbyrde på verdensbasis (106), og er assosiert med økt risiko for utvikling og forverring av luftveissykdommer, hjerte- og karsykdom, type-II diabetes, og demens. Norge har hatt en betydelig forbedring av luftkvalitet, og gjennomsnittlig eksponering for fint svevestøv (PM2.5) i den norske befolkningen er mer enn halvert siden starten av 1990-tallet. Luftforurensning har gått fra å være den 7. viktigste risikofaktoren for tap av leveår i Norge i 1990, til den 16. viktigste risikofaktoren i dag (107). Luftforurensning er likevel den viktigste enkeltfaktoren i miljøet som påvirker helse, og representerer fremdeles en helserisiko for deler av den norske befolkningen, særlig i de større byene og for dem som bor nær trafikkerte veier. Mer enn 90 prosent av Oslos befolkning eksponeres for luftforurensningsnivåer over det nasjonale miljømålet for luftkvalitet, der sårbare grupper er spesielt utsatt (108).

#### 3.5.3.3 Miljøgifter

Eksponering for miljøgifter skjer gjennom luft, vann, mat og produkter. Siden 1950 er mer en 140 000 nye kjemikalier kommet på markedet, og produksjonsvolumet forsetter å øke og forventes å tredobles i perioden 2010-2050. Helsefare er bare avklart for en liten andel av disse. Etterslep i kjemikalietesting er betydelig, særlig i forhold til effekter på immunforsvar og nevrouvikling. Barn er sårbare for effekter av miljøgifter. Eksponering i tidlig faser av livet, særlig under fosterutviklingen, kan gi alvorlige og varige effekter som påvirker risiko for sykdomsutvikling i voksen alder (109;110). WHO anslår at et fåtall godt beskrevne kjemikalier alene forårsaker 2 millioner dødsfall og 53 millioner DALY på verdensbasis (110;111).

Norge mangler systematisk overvåkning av miljøgifteksponering i befolkningen. Selv stoffgrupper med velkjente og alvorlige helseeffekter kan ikke inkluderes i sykdomsbyrdeberegningene på grunn av manglende kunnskap om faktiske eksponeringsnivåer. En studie utført av Folkehelseinstituttet i 2023 viste at nesten alle barn undersøkt hadde høyere nivåer av bisfenol A (BPA) enn det som ansees som trygt, og nær en tredjedel hadde for høye nivåer av polyfluoralkyl stoffer (PFAS) i kroppen (112). Både BPA og PFAS påvirker immunsystemet og har hormonforstyrrende effekter. Enkelte PFAS er også

klassifisert som kreftfremkallende (113). Det er et betydelig etterslep i testing, overvåkning og regulering av kjemikalieeksponering.

#### **3.5.3.4 Støy**

Støy er den miljøfaktoren som rammer flest nordmenn. I overkant av 2 millioner er utsatt for støy over anbefalt nivå utenfor bolig. Vegtrafikk er den klart største kilden til miljøstøy, og antallet som utsettes for støy øker med økt grad av urbanisering og fortetning. Støy er en stressfaktor som forstyrrer kommunikasjon, konsentrasjon, hvile og søvn. Dette bidrar til støyplage og mistrivsel for dem som er støyutsatt. Langvarig eksponering for støy øker risikoen for søvnforstyrrelser og ulike helsevirkninger som hjertekarsykdom og diabetes. Støyeksponering knyttet til fritidsaktiviteter og yrkesliv er den vanligste årsaken til hørselstap sett bort fra aldring (114).

#### **3.5.3.5 Inneklima**

Mellom 80-90 prosent av døgnet tilbringes innendørs. Innemiljø har derfor stor betydning for helse og livskvalitet. En rekke faktorer i inneklima kan påvirke helse. Fuktskader og muggsopp er det mest utbredte problemet i Norge og er assosiert med økt risiko for forverring og/eller utvikling av en rekke allergier og luftveislidelse. Andre viktige inneklimafaktorer omfatter legionellasmitte, skadedyr, allergener, asbest og syntetiske mineralfibre, flyktige organiske forbindelser, og ozon (115). Barn er mer utsatt for helseeffekter fra luftveiseksponeringer, og inneklima er et problem ved en rekke norske skolebygg (116). Innendørs luftsmitte er viktigste smittevei for influensa og covid-19, og pandemien økte fokuset på betydning av ventilasjon og luftrensning for smittespredning (117).

#### **3.5.3.6 Radon**

Radon er fremdeles et problem i norske husstander, og øker risiko for lungekreft (118;119). Norge har generelt høye nivåer av radon på grunn av geologiske forhold, og kaldt klima kan bidra til mindre lufting og økte innendørskonentrasjoner (120).

#### **3.5.3.7 Utilstrekkelig beskyttelse fra UV-stråling**

UV-stråling fra sol og solarier er den viktigste årsaken til både melanom og ikke-melanom hudkreft. Dette er kreftformer som i stor grad kan forebygges, men som har økt mest i Norge på 2000-tallet. Helseundersøkelser og jevnlig spørreundersøkelser fra Kreftforeningen og Direktoratet for Strålevern og Atomsikkerhet indikerer at nordmenn i utilstrekkelig grad beskytter seg mot sterk UV-stråling (121). I tillegg øker reising til solrike land den totale eksponeringen.

#### *3.5.4 Psykososiale risikofaktorer*

Psykososiale risikofaktorer øker særlig risikoen for å utvikle psykiske lidelser, men er også forbundet med en rekke andre sykdomsutfall. Med unntak av partnervold, seksuell vold mot barn og mobbing, som blant annet forklarer rundt 18 prosent av sykdomsbyrden fra psykiske lidelser, er det per nå ingen andre psykososiale risikofaktorer som er inkludert i GBD. Det er dermed vanskelig å få en helhetlig oversikt over deres bidrag til sykdomsbyrden sammenliknet med andre, inkluderte risikofaktorer. Gjennomgangen nedenfor baserer seg derfor hovedsakelig på andre kilder enn GBD.

### 3.5.4.1 Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i barndommen

Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i barndommen er viktige risikofaktorer for alvorlige fysiske og psykiske helseplager (122). Norske undersøkelser tyder på at om lag 3-7 prosent barn og unge har opplevd alvorlig fysisk vold (slag med gjenstand, spark, banket opp) fra en omsorgsperson i oppveksten, mens rundt 12-15 prosent av barn og unge har opplevd mindre alvorlig fysisk vold (klyping, lugging, slag med flat hånd) i oppveksten (123-125). GBD har beregnet at rundt fire prosent av den totale sykdomsbyrden i befolkningen mellom 10 og 24 år kan forklares av seksuelle overgrep/vold i barndom, og denne risikofaktoren er rangert av GBD som den tredje viktigste risikofaktoren i denne aldersgruppen.

### 3.5.4.2 Mobbing

Mobbing, har lenge vært en kjent og viktig risikofaktor for angst, depresjon og lav selvfølelse (126). Ifølge GBD forklarer mobbing nesten 5 prosent av sykdomsbyrden fra angst og depresjon blant barn og unge i Norge. Mobbing er sammen med seksuelle overgrep i barndom de eneste inkluderte risikofaktorene i GBD-prosjektet som gir kunnskap om forebyggingspotensialet for barn og unges psykiske helse. Mobbing har økt over tid, og digital mobbing har blitt mer utbredt siden 2000-tallet (126). Elevundersøkelsen viser at i 2024 stoppet økningen opp, og i 2025 er det en tydelig nedgang i mobbing (127).

### 3.5.4.3 Vold og partnervold i voksen alder

Å ha vært utsatt for vold er vanlig i voksen alder, særlig blant menn. Samtidig er det flere kvinner enn menn som blir utsatt for alvorlig partnervold (128). GBD har beregnet at partnervold (inkludert både fysisk og seksuell vold) er den nest største risikofaktoren for sykdomsbyrde (etter seksuelle overgrep i barndom) blant kvinner i alderen 20 til 54 år i Norge (129).

Personer med innvandrerbakgrunn er, målt i anmeldte tilfeller, oftere utsatt for vold og mishandling (130). Undersøkelser viser også at vold i nære relasjoner og vold mot barn er mer utbredt blant personer med innvandrerbakgrunn (125). Vi vet ikke hvor mange som er ofre for tvangsekteskap, æresrelatert vold, negativ sosial kontroll eller kjønnslemlestelse i Norge. Bufdir antar at mørketallene er store (131) .

### 3.5.4.4 Ensomhet

Ensomhet regnes som en av de viktigste folkehelseutfordringene av blant annet OECD og WHO, fordi langvarig ensomhet er knyttet til økt risiko for psykiske lidelser, hjerte- og karsykdommer, redusert livskvalitet og høyere dødelighet. Samtidig har det samfunnsmessige konsekvenser gjennom økt press på helse- og omsorgstjenester og svekket sosial deltakelse (132;133).

Ensomhet blant ungdom har økt markant de siste tiårene, og fremstår som en sentral faktor for økningen i psykiske plager i denne aldersgruppen (43). Ensomhet er også en viktig faktor i livskvalitet hos eldre: En av fire i alderen 60–79 år og én av tre over 80 år rapporterer at de er ensomme. De fleste rapporterer mild ensomhet. Ensomhet er mest utbredt blant kvinner, aleneboende og personer med dårlig helse (40). Ensomhet synes også å være mer utbredt blant innvandrere (78).

### 3.5.4.5 Psykososiale forhold på arbeidsplassen

Flere studier viser at psykososiale og organisatoriske forhold på arbeidsplassen henger sammen med helse, særlig psykisk helse. Tidspress, rollekonflikter og lav kontroll over egen arbeidssituasjon er vist å øke risikoen for muskel- og skjelettplager, mens rollekonflikter, høye emosjonelle krav, begrenset beslutningsfrihet, mobbing og jobbusikkerhet øker risikoen for psykiske helseproblemer (20). Samtidig er positive psykososiale forhold på arbeidsplassen, som meningsfulle arbeidsoppgaver, medbestemmelse og et godt sosialt klima knyttet til høy jobbtilfredshet, bedre psykisk helse og lavere risiko for langvarig sykefravær (103).

## 3.6 Nøkkeldata om utvalgte grupper

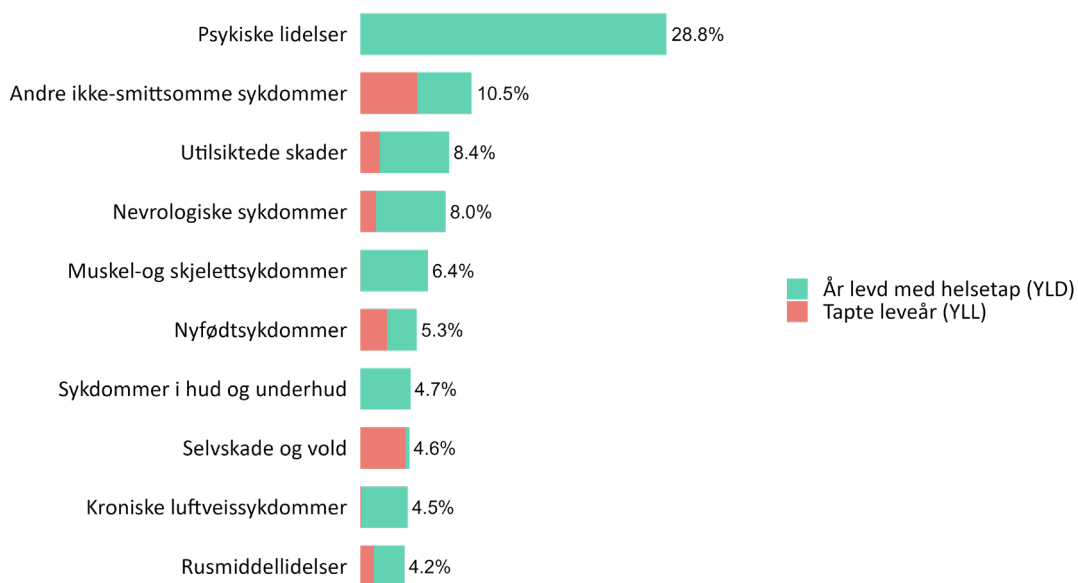
I denne delen vil vi beskrive hva som preger folkehelsen i ulike aldersgrupper, innvandrerbefolkningen, den samiske befolkningen, og etter geografi. Her vil vi utdype mer om sykdomsbyrde og risikofaktorer som preger de ulike gruppene.

### 3.6.1 Barn og unge

I et historisk perspektiv har barn født i Norge i dag gode utsikter til et langt liv med god helse. Spedbarnsdødeligheten er svært lav, forekomsten av skader og ulykker hos barn har sunket betraktelig, og flesteparten har en god levestandard (134). Majoriteten av barn og unge rapporterer om god livskvalitet og god psykisk helse. Samtidig er det også mange som oppgir psykiske og fysiske plager, mistriksel på skolen, mobbing, vold eller trakassering (135).

Nesten en tredjedel av sykdomsbyrden blant barn og unge skyldes psykiske lidelser (figur 6), i all hovedsak angst og depresjon. For aldersgruppen 10-24 år utgjør psykiske lidelser nærmere 40 prosent av sykdomsbyrden. GBD-resultatene tyder også på en markant økning i sykdomsbyrde fra angstlidelser og depressive lidelser, særlig i perioden etter 2010.

### Årsaker til sykdomsbyrde under 25 år



Figur 6. Andel (%) av total sykdomsbyrde (målt i antall DALY) for de ti største sykdomsgruppene (nivå 2), delt opp i andel som skyldes tapte leveår (YLL) og år levd med helsetap (YLD) for befolkningen under 25 år i 2023. Kilde: GBD 2023.

Et annet viktig utviklingstrekk er en økning i autismediagnoser de siste ti årene, primært blant barn i førskolealder og blant tenåringsjenter; og ADHD-diagnoser etter 2020 (136). Økningen i ADHD-diagnoser gjelder særlig jenter i tenårene og ung voksen alder, mens andelen gutter med ADHD-diagnoser har økt jevnt over de siste 10-15 årene (137) .

Det har også vært en økning i selvrapporterte psykiske plager over tid, spesielt blant tenåringsjenter. I en gjennomgang av mulige årsaksfaktorer for økningen i psykiske plager hos unge i Folkehelse rapportens temautgave 2025, fremstår ensomhet, skolerelatert stress, og søvnvansker som sannsynlige bidragsyttere (43). En betydelig andel (rundt 25 prosent) unge og unge voksne har søvnvansker (138). I en nasjonal studie av norske ungdommer rapporterte 23 prosent av jentene og 14 prosent av guttene høy grad av ensomhet i 2021, med en ytterligere økning observert gjennom pandemien (139).

Foreldres sosioøkonomiske status har betydning for barns helse gjennom hele livsløpet. Barn som vokser opp med foreldre med lav sosioøkonomisk status, har høyere risiko for å bli diagnostisert med både somatiske og psykiske lidelser i voksen alder (140). Lavere sosioøkonomisk status er knyttet til økt risiko for at barn oppsøker helsetjenesten for psykiske helseproblemer. Dette gjelder særlig blant gutter, og i størst grad for ADHD (141).

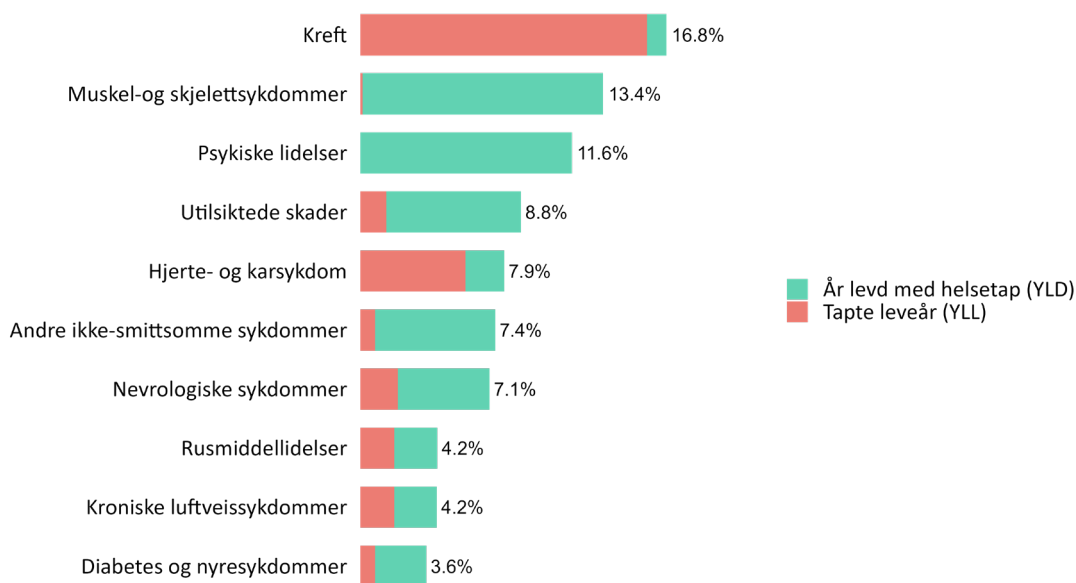
Tidlig debut av psykiske lidelser er forbundet med høyere risiko for gjentatte episoder med psykiske lidelser i voksen alder. Psykiske lidelser i barndommen kan øke risikoen for dårligere tilknytning til skole og utdanning. Psykiske lidelser i ung alder er også knyttet til en økt risiko for å falle ut av arbeidslivet eller til å ha redusert yrkesaktivitet senere i livet, samt forbundet med lavere inntekt i ung voksenalder (141).

Enkelte barn og unge er eksponert for risikofaktorer som kan føre til dårligere somatisk helse senere i livet, som ugunstig kosthold, mangel på fysisk aktivitet, og forekomst av overvekt og fedme. Også disse risikofaktorene er sosialt skjevfordelt (134).

### 3.6.2 Den voksne befolkningen

I den voksne, arbeidsføre befolkningen er kreft den viktigste årsaken til sykdomsbyrde, men først og fremst fordi kreftdødsfall i denne aldersgruppen gir mange tapte leveår (figur 9). De viktigste sykdommene som gir helsetap i denne delen av befolkningen, er psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer. Blant yngre voksne (om lag 25–50 år) utgjør disse tilstandene den største delen av sykdomsbyrden. Også utilsiktede skader, hjerte- og karsykdom og nevrologiske sykdommer – for denne aldersgruppen i hovedsak hodepinesykdommer – er viktige bidrag til sykdomsbyrde. Antall år levd med helsetap i den voksne befolkningen i Norge er på linje med størrelsen i de andre nordiske landene (106;142).

### Årsaker til sykdomsbyrde 25–69 år



Figur 7. Andel (%) av total sykdomsbyrde (målt i antall DALY) for de ti største sykdomsgruppene (nivå 2), delt opp i andel som skyldes tapte leveår (YLL) og år levd med helsetap (YLD) for befolkningen i arbeidsfør alder (25 til 69 år) i 2023. Kilde: GBD 2023.

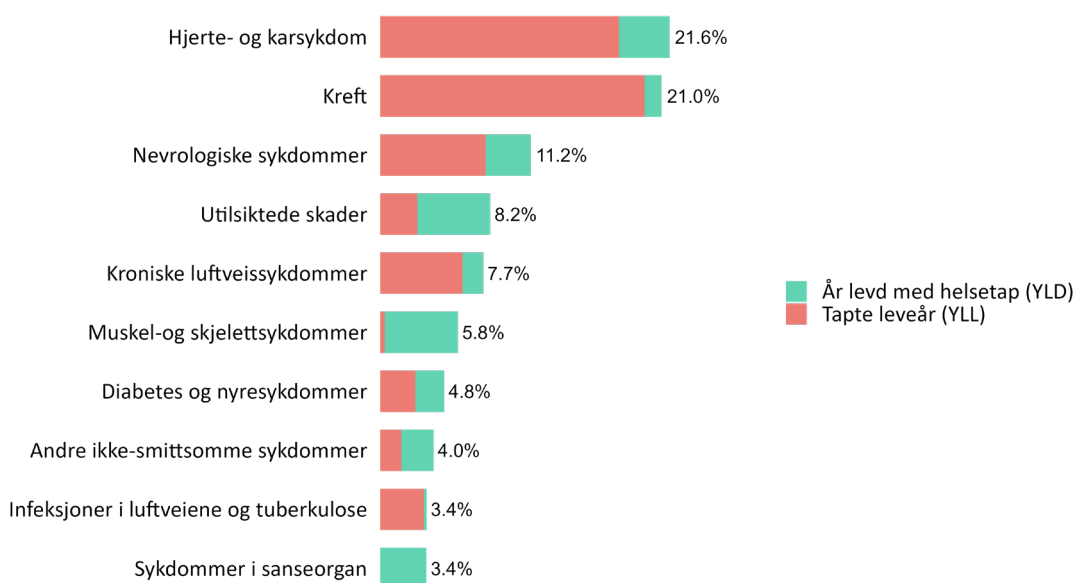
Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon er også de viktigste årsakene til sykmeldinger og langvarige trygdeytelser (20). I 2024 var muskel- og skjelettsykdommer den viktigste årsaken til sykefravær, og stod for nær en tredel av tapte dagsverk (21). Arbeidsmiljø og organisering av arbeidet, inkludert mekaniske og psykososiale belastninger, er også viktige risikofaktorer for både muskel- og skjelettlidelser og psykiske plager (20). Levevaner som røyking (143;144) og rusmiddelbruk, særlig alkoholbruk, er også forbundet med korttids- og langtids sykefravær (43;145;146) og nedsatt arbeidsevne (145;147;148).

Alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse forekommer sjeldnere enn angst- eller depressive lidelser. Imidlertid er alvorlige psykiske lidelser forbundet med langvarig, uttalt funksjonstap og lavere forventet levealder. Disse lidelsene oppstår typisk i tidlig voksenalder. Alvorlige psykiske lidelser er forbundet med omtrent ti tapte leveår (149;150), og samsykelighet med rusmiddellidelser kan redusere antall leveår ytterligere (151;152). Mesteparten av tapte leveår ved disse lidelsene kan tilskrives fysiske sykdommer som for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes og kroniske lungesykdommer (149).

#### 3.6.3 Eldre

En stor andel av sykdomsbyrde blant eldre skyldes tapte leveår. De viktigste årsakene til sykdomsbyrde i denne aldersgruppa er hjerte- og karsykdom og kreft.

### Årsaker til sykdomsbyrde 70+ år



Figur 8. Andel (%) av total sykdomsbyrde (målt i antall DALY) for de ti største sykdomsgruppene (nivå 2), delt opp i andel som skyldes tapte leveår (YLL) og år levd med helsetap (YLD) for befolkningen i pensjonistalder (over 70 år) i 2023. Kilde: GBD 2023.

For nevrologiske sykdommer dominerer Alzheimer og andre demenssykdommer. Selv om risikoen for å utvikle demens for den enkelte har gått noe ned, vil det totale antallet personer med demens øke i takt med at befolkningen eldes (153).

Sykdomsgruppen utilsiktede skader er dominert av fallskader, som for de to yngre aldersgruppene. Beinskjørhet (osteoporose) er en medvirkende faktor ved de fleste brudd hos eldre. I Norge rammes cirka 9000 voksne personer av hoftebrudd hvert år. Hos eldre er den vanligste årsaken en kombinasjon av fall og beinskjørhet (154).

Eldre i dag klarer seg i større grad selv og har bedre iboende kapasitet, bedre hørsel, samt bedre fysisk og kognitiv funksjonsevne enn tidligere generasjoner. Mange opplever høy livskvalitet, og blant de over 70 år har andelen med depresjon sunket de siste tiårene. For de over 80 år øker imidlertid forekomsten av depressive symptomer og ensomhet (40). Det er særlig blant de eldste at helse- og funksjonsproblemer med behov for hjelp er mest utbredt. Det er også store sosiale ulikheter i helse, funksjonsdyktighet og levealder blant eldre. Resultater fra både internasjonale og norske studier viser at eldre med lengre skolegang i snitt har bedre helse og bedre funksjonsevne enn eldre med kortere skolegang (153).

Flere og flere overlever og lever med kroniske sykdommer. Når kreftdødeligheten går ned, rammes flere kreftpasienter av andre sykdommer etter kreftdiagnosen. Over halvparten av kreftoverlevende hadde minst én sykdom i tillegg til kreft (153).

Legemiddelbruken blant eldre er høy, ofte med bruk av flere legemidler samtidig. Bruken av vanedannende legemidler har også gått opp i denne gruppa (153).

#### 3.6.4 Kjønnforskjeller

Menn har lavere forventet levealder enn kvinner, men økningen i både levealder og antall friske leveår har vært større for menn enn for kvinner de siste 35 årene. Kvinner lever nå en

noe større del av livet med helsetap (16 prosent eller 14 år) sammenliknet med menn (14 prosent eller 11 år) (se også avsnitt 3.1.)

Sykdomsbyrdedata viser at selv om det er mange felles årsaker til sykdomsbyrde hos kvinner og menn - kreft og hjerte- og karsykdommer rangerer for eksempel øverst for begge kjønn - er det også noen klare forskjeller: Blant menn skyldes en større andel av sykdomsbyrden tapte leveår som følge av for tidlig død, mens år levd med helsetap utgjorde den største andelen blant kvinner (99).

En høyere andel menn enn kvinner dør tidlig (i alderen 30-69 år) av ikke-smittsomme sykdommer. Det skyldes i hovedsak høyere dødelighet av hjerte- og karsykdommer hos menn (155). Menn har totalt sett 20 prosent høyere risiko for kreft enn kvinner, men det er stor variasjon mellom kreftformene (156). Menn har også høyere sykdomsbyrde fra utilsiktede skader. I alle aldersgrupper er det flere menn enn kvinner som dør i ulykker (57). Rusmiddellidelser er mer utbredt hos menn, og en viktigere årsak til sykdomsbyrde enn hos kvinner (99). Tre av fire som tar sitt eget liv, er menn (64). Menn har høyere alkoholbruk (157), og høyere forekomst av overvekt og fedme (95).

Muskel- og skjelettsykdommer er høyere rangert som årsak til sykdomsbyrde blant kvinner enn blant menn, og utgjør en større andel av kvinners sykdomsbyrde. Langvarige smertetilstander er vanligere blant kvinner (158). Psykiske lidelser utgjør også en større andel av sykdomsbyrden for kvinner enn for menn, i tillegg til at gynekologiske sykdommer utgjør en betydelig sykdomsbyrde blant kvinner (99). To av tre hoftebrudd rammer kvinner (154).

### 3.6.5 Innvandrerbefolkningen

Personer med innvandrerbakgrunn utgjør omtrent 21 prosent av befolkningen i Norge, hvorav 17 prosent har innvandret selv og 4 prosent er etterkommere (13). Om lag én av fire har bodd i Norge i mindre enn fem år. Innvandrerbefolkningen har lavere inntekt, utdanning og arbeidsdeltakelse enn øvrig befolkning, og utgjør en stor andel av dem med dårligst levekår. For eksempel lever 60 prosent av barn av innvandrere i vedvarende lavinntekt (14).

Resultater fra folkehelseundersøkelsen i Oslo viser stor variasjon både mellom og innad i ulike grupper. Personer født i østlige Europa, Asia eller Afrika kommer vesentlig dårligere ut på en rekke områder. For mange innvandrergrupper er selvrapportert helse, tannhelse, psykiske plager, fysisk aktivitet og røyking dårligere enn for majoritetsbefolkningen (78). Dette er i tråd med funn fra andre tidligere undersøkelser (159;160), men undersøkelsen fra Oslo kan indikere at forskjellene har blitt større.

Grunnleggende folkehelse har historisk stått høyt på agendaen i de skandinaviske landene, noe som gjør at flertallet av befolkningen over generasjoner har internalisert en grunnforståelse av temaer som kosthold, fysisk aktivitet, inn klima, tannhygiene mm. Dette er ikke i samme grad internalisert kunnskap i alle innvandrergrupper. Det er derfor et betydelig forebyggingspotensial i de gruppene der denne kunnskapen ikke er godt internalisert.

For enkelte levevaner er det forskjell mellom enkelte innvandrergrupper og den øvrige befolkningen, både i positiv og negativ retning. Se også omtale under enkelte risikofaktorer.

### 3.6.6 Den samiske befolkningen

Samer har mange av de samme folkehelseutfordringene som befolkningen generelt (161). Når det gjelder ulike indikatorer for livskvalitet, ligger samer relativt likt som, eller litt lavere enn øvrig befolkning.

Samer rapporterer i litt større grad om dårlig fysisk helse enn ikke-samer, og personer med samisk bakgrunn rapporterer om mer psykiske plager enn de uten samisk bakgrunn i de samme geografiske områdene.

Personer med samisk bakgrunn rapporterer i større grad enn personer med ikke-samisk bakgrunn å ha vært utsatt for vold i barndom og/eller voksen alder. Samer rapporterer også hyppigere å ha vært utsatt for diskriminering enn ikke-samisk befolkning, og samisk bakgrunn rapporteres å være den hyppigst opplevde årsaken til diskriminering (161). En kunnskapsoppsummering fra 2024 tyder på at diskriminering av samer fortsatt er et utstrakt problem som skjer på mange samfunnsarenaer. Diskriminering påvirker samenes fysiske og psykiske helse negativt, og har en negativ påvirkning på deres hverdagsliv og livstilfredshet (162)

### 3.7 Konkrete målsettinger for reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer

Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i 2012 et mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent i perioden 2010 til 2025. Dette målet er senere endret til 33 prosent reduksjon i perioden 2015 til 2030, og inngår i FN sine globale mål for bærekraftig utvikling. I tillegg har WHO åtte andre mål, som blant annet inkluderer reduksjon i de fire viktigste felles risikofaktorene for ikke-smittsomme sykdommer - tobakksbruk, usunt kosthold (i denne forbindelse definert som saltinntak), fysisk inaktivitet og skadelig alkoholforbruk - samt redusere høyt blodtrykk og stoppe økningen i fedme og diabetes. De to siste målene omhandler å sikre tilgang til behandling for ikke-smittsomme sykdommer til alle som trenger det (163;164). Norske myndigheter har sluttet seg til disse målene (165).

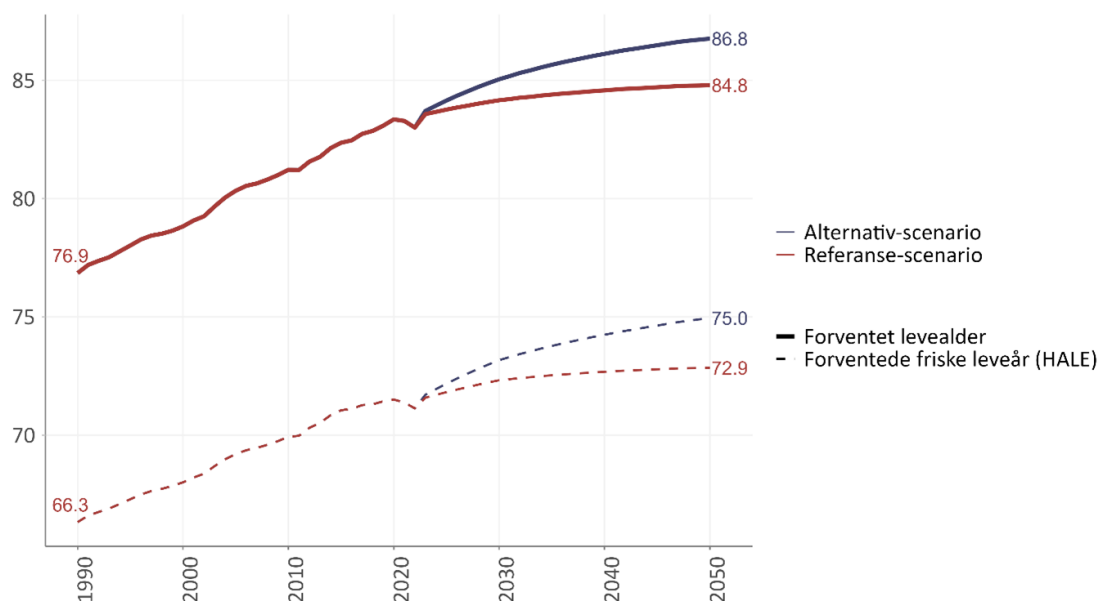
FHI følger utviklingen i de ikke-smittsomme sykdommene i Norge gjennom jevnlig oppdateringer av 25 indikatorer foreslått av WHO (166). Noen av indikatorene er direkte knyttet til de ni målene, andre er tilleggsindikatorer som mer indirekte bygger opp under målene for ikke-smittsomme sykdommer (kalt NCD-målene). Endringer over tid gir et mål på vår samlede innsats for forebygging over tid.

Status for Norge er at utviklingen ser ut til å være positiv for fire av de ni målene (58): Redusere for tidlig død knyttet til ikke-smittsomme sykdommer og reduksjon i andelen med høyt blodtrykk samt de to målene om å sikre tilgang til behandling. For tre mål har vi ikke klart å snu utviklingen. Det gjelder 15 prosent nedgang i fysisk inaktivitet, 30 prosent nedgang i saltinntak og målet om å stanse økningen i fedme og diabetes. Når det gjelder målet om 20 prosent nedgang i skadelig bruk av alkohol, ser vi ingen sikre tegn til nedgang. Målet om 30 prosent nedgang i samlet tobakksbruk innen 2025 ble ikke nådd, med det har vært en betydelig og svært positiv nedgang i daglig røyking.

### 3.8 Fremtidig sykdomsbyrde

I GBD-prosjektet gjøres det også framskrivinger av forventet levealder, forventede friske leveår og sykdomsbyrden frem mot 2050. Framskrivinger som viser det mest sannsynlige scenarioet (referansescenarioet), basert på historisk utvikling og framskrivinger av befolkning, sosiodemografi og risikofaktorer, tyder på at både forventet levealder og forventede friske leveår vil øke med rundt 1,8 år fra 2022 til 2050 (figur 9). Imidlertid er det et potensial for ytterligere 2 års økning fra referansescenarioet, dersom man lykkes med å eliminere viktige risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer frem til 2050.

### Framskriving av forventet levealder og forventede friske leveår (HALE)



Figur 9. Framskrivinger i forventet levealder og forventede friske leveår fra 2022 til 2050 med referanse og alternativt scenario for hele befolkningen. Tall fra GBD 2021.

Befolkningsøkning og aldring vil medføre at den samlede sykdomsbyrden vil øke fremover, selv om den aldersstandardiserte raten faller. Framskrivingene tyder på at ikke-smittsomme sykdommer vil fortsette å dominere, og at kreft og nevrologiske lidelser vil utgjøre en større andel av sykdomsbyrden fremover. Den kraftige nedgangen vi har sett i sykdomsbyrde fra hjerte- og karsykdom fra 1990-tallet og frem til i dag, er framskrevet å flate ut, sykdomsbyrden fra muskel- og skjelettlidelser er framskrevet å øke, mens psykiske lidelser er framskrevet å holde seg stabilt frem mot 2050. Alzheimers sykdom og andre former for demens er framskrevet å bli den største årsaken til sykdomsbyrde i 2050, med over 54 prosents økning i sykdomsbyrde fra 2022. Flere kreftformer, kols, fallskader og diabetes er også framskrevet å øke, mens iskemisk hjertesykdom – som lenge har vært den største dødsårsaken – vil falle på rangeringen.

### 3.9 FHIs vurdering av store folkehelseutfordringer

Vurderingene av folkehelseutfordringer i denne rapporten må sees i lys av folkehelseloven, og folkehelsepolitikkenes mål om bedre helse og livskvalitet for alle. De faglige vurderingene er ment som innspill til nasjonale folkehelseutfordringer. Dette vurderes adskilt fra helsetruslene, som behandles for seg, blant annet fordi graden av sannsynlighets/usikkerhetsmomentet er ulikt mellom de to kategoriene.

I vurderingen av de viktigste folkehelseutfordringene, legger vi til grunn det overordnede bildet av helsetilstanden i Norge, sykdomsbyrde, trender og variasjon mellom grupper, som beskrevet over. I tillegg har vi tatt hensyn til samfunnskonsekvenser og konsekvenser for helsetjenester. På den bakgrunnen vurderer vi følgende som de mest sentrale folkehelseutfordringene:

#### Psykiske lidelser hos unge og unge voksne

Andelen barn og unge med psykiske helseproblemer er høy, og har vært økende over lang tid. Psykiske lidelser er også en sentral årsak til helsetap i den arbeidsføre voksenbefolkningen.

Tidlig debut av psykiske lidelser er forbundet med gjentatte episoder gjennom livet, og risiko for å utvikle andre og mer alvorlige psykiske lidelser. Med bakgrunn i betydningen psykiske helse har for utdanning, arbeidsdeltakelse og livskvalitet gjennom livet, mener vi psykiske lidelser hos barn, ungdom og unge voksne er en sentral folkehelseutfordring. Sosial ulikhet i psykisk helse henger videre sammen med foreldres sosioøkonomiske status, noe som også begrunner hvorfor utfordringen bør prioriteres i folkehelsearbeidet.

Psykiske lidelser har mange og sammensatte risikofaktorer, og helhetlig tenking og tverrsektorielt samarbeid vil være vesentlig for å lykkes i å snu den trenden vi har sett de siste tiårene. Samtidig er det mange spesifikke risikofaktorer for psykisk uhelse som er velkjente, og som bør være sentrale for målrettet innsats. Forebyggingspotensialet er stort i at tiltak for å redusere og behandle psykiske plager og lidelser hos barn og unge vil kunne forebygge videre sykdom gjennom livsløpet.

### **Sykdom og funksjon i aldrende befolkning**

Den største andelen av sykdomsbyrden i befolkningen er hos de eldste, og skyldes de store ikke-smittsomme sykdommene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes og kols. Over tid har det vært økning i Alzheimers sykdom og annen demens, som også er framskrevet å fortsette de neste årene. Samfunnskonsekvensene av en aldrende befolkning og et økende press på helsetjenestene vil fortsette å øke. Multimorbiditet av flere ikke-smittsomme sykdommer hos eldre belaster kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det gjør det særlig viktig å løfte hvordan man kan redusere «gapet» mellom forventet levealder og forventede friske leveår, slik at flere bevarer god funksjon og livskvalitet også i høy alder. Her finnes det et forebyggingspotensial.

En stor andel av sykdomsbyrden fra ikke-smittsomme sykdommer i den eldre befolkningen kan knyttes opp mot veletablerte risikofaktorer, slik som levevaner og metabolske risikofaktorer, i tillegg til miljøfaktorer som luftforurensing. Det er viktig å fortsette arbeidet med å forebygge de viktigste risikofaktorene gjennom livsløpet, og videreføre allerede gode tiltak, særlig med blick på bedre funksjon gjennom livet. Forebygging av kroniske sykdommer utsetter forekomsten og forkorter dermed tiden som eldre lever med flere kroniske sykdommer. For mange viktige risikofaktorer for uhelse gjennom livet er det sosiale ulikheter, for eksempel for røyking, overvekt og fedme, kosthold og alkoholbruk. Det tilsier fortsatt høy oppmerksomhet rundt hvordan samfunnet kan legge til rette for sunne levevaner. Målrettet innsats mot disse risikofaktorene vil kunne forebygge en rekke av de ikke-smittsomme sykdommene og helsetapet knyttet til disse.

## 4 Helsetrusler

I denne delen av rapporten gir vi innspill som tar utgangspunkt i aktuelle helsetrusler, med særlig vekt på erfaringene fra pandemien og den geopolitiske situasjonen. Den geopolitiske konteksten er omtalt i del 2 av denne rapporten, og vil også inngå som en sentral del av vurderingen av helsetrusler.

### 4.1 Rammer for helsetrusler i dette oppdraget

Begrepet *helsetrusler* kan forstås bredt og omfatte det meste, både biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale/strukturelle faktorer som påvirker helsen negativt. En helsetrussel kan forstås som akutte eller potensielle hendelser som for eksempel en pandemi, men kan også være langsiktige utviklingstrekk som påvirker folkehelsen over lengre tid, som klimaendringer, antimikrobiell resistens, stråling og kjemikalier i omgivelsene. Helsetrusler kan påvirke folkehelsen direkte som for eksempel ved utbrudd av smittsomme sykdommer, forurenset drikkevann og atomulykker, mens andre påvirker folkehelsen mer indirekte gjennom å ramme helsesektoren, for eksempel ved manglende tilgang på medisiner, cyberangrep på helsetjenesten og krig.

De etablerte, store folkehelseutfordringene omtalt i del 3, omkringliggende samfunnsforhold og helsetrusler henger ofte sammen, er overlappende og påvirker hverandre gjensidig. For eksempel kan fattigdom, tilgang på helsetjenester og befolkningens fysiske og psykiske helse i seg selv vurderes som helsetrusler, eller påvirke sannsynligheten for eller utfallet av andre mer akutte eksterne helsetrusler.

Det er ofte kompleksiteten i truslene som er utfordrende, snarere enn hver enkelt faktor. Klimaendringer, naturtap og forurensning regnes globalt blant de største truslene mot helse og livskvalitet. Norge vil også bli berørt, men trolig mindre enn mange andre land, på grunn av geografisk plassering, samfunnsmessig organisering og sosioøkonomiske forhold som gir lavere sårbarhet. Likevel kan konsekvenser i andre deler av verden påvirke Norge, for eksempel gjennom redusert matsikkerhet eller økt migrasjon. Det er vist at naturtap, som avskoging, øker risikoen for pandemier (86), mens intakte økosystemer er viktig for å redusere sårbarheten for ekstreme værhendelser. Samtidig truer klimaendringer både natur og økosystemer. Dette illustrerer hvordan slike overordnede trusler henger sammen.

De større helsetrusslene av betydning for helseberedskap omtales i helseberedskapsmeldingen, der truslene sees i sammenheng med det bredere arbeidet med å styrke helseberedskapen (167). Her løfter vi i stedet fram det løpende arbeidet med smittevern og miljørettet helsevern som er sentralt for å holde sykdomsbyrden lav. Det løpende arbeidet med smittevern og miljørettet helsevern gir også grunnlaget for å kunne håndtere mer alvorlige hendelser knyttet til miljøeksponeringer og alvorlige smittehendelser og pandemier, og er en viktig del av beredskapsarbeidet. Gode systemer for å følge med på risikofaktorer og smittesituasjonen i det daglige gir grunnlaget for raskt å kunne oppdage alvorlige hendelser og trusler, samt oppfølging og håndtering av smittsomme sykdommer.

### 4.2 Viktige kilder til omtale av helsetrusler

Under trekker vi fram noen viktige kilder til omtaler av helsetrusler i nasjonale og internasjonale dokumenter. Begrepet *helsetrusler* forstås bredt i de ulike dokumentene. Det er en felles erkjennelse av at helsetrusler ikke bare handler om akutte hendelser, men også utviklingstrekk som påvirker folkehelsen over lengre tid, som klimaendringer. Alle

dokumentene vektlegger behovet for tverrsektorielt og internasjonalt samarbeid, særlig med bakgrunn i erfaringene fra covid-19-pandemien.

Siden mange helsetrusler går på tvers av landegrenser, er det relevant å se til hvilke vurderinger som er gjort internasjonalt. Av kommende arbeider vil også Lancet-kommisjonen om helsetrusler i det 21. århundre, som er ventet å legge fram sine vurderinger i 2026, bli en viktig referanse (168).

#### 4.2.1 Helseberedskapsmeldingen

I regjeringens helseberedskapsmelding løftes det frem seks risikoområder som krever særskilt oppmerksomhet i årene som kommer for å redusere sannsynlighet for og/eller redusere konsekvenser av hendelser (167). Disse seks risikoområdene er videreført i risiko- og sårbarhetsanalysen for helsesektoren fra 2025 (169):

- sammensatte trusler og krig
- digitale trusler og sårbarheter
- forsyningssikkerhet med vekt på tilgang til medisinske mottiltak
- pandemi og smittsomme sykdommer
- trygg vannforsyning
- atomhendelser som truer liv og helse

Helseberedskapsmeldingen understreker at klimaendringer har alvorlige konsekvenser også for helse- og omsorgssektoren. Selv om klima ikke der ble definert som et eget risikoområde, ble det slått fast at helseberedskapsarbeidet må omfatte hendelser og konsekvenser av klimaendringer på alle nivåer, både nasjonalt og lokalt.

#### 4.2.2 Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO har i de senere år blant annet fremhevet følgende som de viktigste globale helsetruslene (170):

- Antimikrobiell resistens (AMR)
- Svake og sårbare helsesystemer og beskyttelse mot helsekriser
- Klima og miljørelaterte helseeffekter
- Pandemier og smittsomme sykdommer (inkludert influensa, høyriskopatogener, infeksjoner i frammarsj, vektorbårne infeksjoner og hivinfeksjon)
- Vaksinenøling
- Ulikhet i helse og global dekning av helsetjenester
- Ikke-smittsomme sykdommer

#### 4.2.3 EU Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA)

EU HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority) ble etablert i 2021 etter covid-19-pandemien for å styrke Europas evne til å håndtere grensekryssende helsetrusler. HERAs vurdering av prioriterte helsetrusler med tanke på beredskap med medisinske mottiltak er oppsummert slik (171):

- Patogener med høyt pandemipotensial. F.eks. nye influensavirus, koronavirus, andre zoonotiske virus.
- Kjemiske, biologiske, radiologiske og nukleære (CBRN) trusler. Inkluderer tilsiktede og utilsiktede hendelser.
- Trusler fra antimikrobiell resistens (AMR). Økende globalt problem som svekker behandling av infeksjoner og kompliserer helsetjenester.

#### 4.2.4 Det europeiske smittevernbyrået (ECDC)

ECDC framhever kompleksiteten og usikkerheten rundt framtidens helsetrusler og betydningen av fleksible systemer og tversektorielt og internasjonalt samarbeid for å styrke beredskapen.

Flere viktige utfordringer trekkes frem, blant annet ulikhet i tilgang til helsetjenester, internasjonal migrasjon og reisevirksomhet, klimaendringer, en aldrende befolkning, ny fordeling av rikdom og global innflytelse, desinformasjon, urbanisering, datasikkerhet og AMR (172).

### 4.3 FHIs vurdering av de viktigste helsetruslene

Her vil vi beskrive hva vi mener er de viktigste helsetruslene i dag, etter rammene for oppdraget.

#### 4.3.1 Klimaendringer og helsekonsekvenser

Verdens helseorganisasjon (WHO) omtaler klimaendringer som den største helsetrusselen globalt (173). Allerede i dag ser vi negative effekter på fysisk og psykisk helse, inkludert dødsfall som følge av ekstrem varme, økt forekomst av infeksjoner som smitter via mat og vann, og psykiske belastninger knyttet til ekstremvær, tap av livsgrunnlag og fremtidsangst. Det er viktig å understreke at klimaendringer ikke representerer ny helsetrussel i seg selv, men heller bør anses som en faktor som påvirker en rekke andre kjente determinanter for helse. De mer direkte effekten av klimaendringer på helse omfatter blant annet hetebølger, tørke/vannmangel, ekstremvær (stormer og flom), skogbranner, og økte havnivå.

Klimaendringer påvirker samtidig flere andre helsetrusler og forsterker deres konsekvenser. Økt nedbør, flom og ekstremvær kan føre til forurensning av drikkevannskilder og distribusjonsnett, med økt risiko for både mikrobiologiske og kjemiske farer. Klimaendringer i form av økt temperatur og fuktighet påvirker forekomsten av vektorer og vektorbårne sykdommer og kan gi bedre forhold for skadedyr, parasitter, bakterier og virus, og kan bidra til etablering av nye sykdommer i Norge. Fuktigere vær kan også gi mer muggsopp. Mattryggheten kan også bli påvirket når endringer i klima og geopolitikk påvirker forsyningslinjer i matsystemene. Dette øker risikoen for utrygge varer og matbårne sykdommer. Også forsyningskjeder for kritiske innsatsfaktorer som fôr, vannbehandling kjemikalier og legemidler kan bli påvirket.

Klimaendringer kan også påvirke spredningen av smittsomme dyresykdommer som fugleinfluenza, og kan svekke kontrollen med antibiotikabruk globalt, med konsekvenser for antimikrobiell resistens (AMR). Det kan også gi økt risiko for spredning av skadedyr og påvirke utbredelsen av nye invaderende vektorarter, samt øke risiko for overføring av smittestoffer hos vektorarter som allerede er etablert i Norge (174). Klimaendringer bidrar til å forsterke utfordringene knyttet til miljøgifter. Økt nedbør og ekstremvær kan føre til utvasking av

kjemiske stoffer i vannkilder, den globale spredningen av miljøgifter med luft- og havstrømmer kan endres, skogbranner kan føre til episoder med ekstrem luftforurensning, og endringer i matproduksjon og kostholdsvaner kan påvirke eksponeringen for miljøgifter.

Den direkte effekten av temperaturøkning og hetebølger på helse i Norge antas å være begrenset. En ny kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet viser imidlertid at andre direkte og indirekte effekter av klimaendring på helse er svært lite studert (175). Hvordan klimaendringer vil påvirke folkehelsen i Norge i et lengre perspektiv er derfor uklart. Klimaendringer kan også føre til utilsiktede helseeffekter gjennom klimatiltak. Eksempler på dette er økt luftforurensning i norske og europeiske byer utover 1990-tallet som følge av en aktiv politikk for å fremme dieselmotorer (pga. lavere CO<sub>2</sub>-utslipp) (176). Det er derfor viktig at mulige negative effekter på helse og velvære vurderes nøye før nye teknologiske løsninger implementeres.

#### 4.3.2 *Pandemier og smittsomme sykdommer*

Smittsomme sykdommer vil være en viktig trussel mot helse og samfunn også i tiden som kommer. Smittsomme sykdommer kan bli en økende utfordring, som følge av en rekke faktorer, blant annet klima og miljøendringer, urbanisering, intensivt husdyrproduksjon og globalisert handel med dyr og mat. Utbrudd skjer oftere og spres seg raskere. Migrasjon og reisemønstre påvirker hvor raskt og hvor omfattende smittsomme sykdommer spres. Svekket oppslutning om vaksinasjonsanbefalinger og andre tiltak kan også endre forekomsten av smittsomme sykdommer.

Mange nye smittestoffer har zoonotisk opprinnelse. Det er derfor viktig med en helhetlig tilnærming hvor menneskers, dyrs og miljøets helse ses i sammenheng (177). God beredskap, overvåking, god kunnskap om smitteverntiltak både i befolkningen og helsetjenesten, samarbeid på tvers av landegrensene, høy vaksinasjonsdekning og tillit i befolkningen er faktorer som bidrar til å holde sykdomsbyrden av smittsomme sykdommer lav og som gjør oss bedre rustet til å håndtere smittsomme sykdommer og pandemier.

##### 4.3.2.1 **Pandemier**

Koronapandemien viste hvordan pandemier kan ramme både folkehelsen og samfunnet på svært kort tid, og gi store og langsiktige ringvirkninger for befolkningens helse på kort og lang sikt, for samfunn og for økonomi. Flere ekspertmiljøer og internasjonale organisasjoner vurderer at det er sannsynlig at vi vil kunne få en ny pandemi i løpet av det neste tiåret (178). Dette skyldes en kombinasjon av biologiske, sosiale, teknologiske, økonomiske og politiske faktorer som forsterker hverandre.

God beredskap gjennom solide planer og robuste systemer i hverdagen som raskt kan oppskaleres i krise og internasjonalt samarbeid er viktig for å redusere konsekvensene av pandemier og større utbrudd av smittsomme sykdommer. Svekket internasjonalt samarbeid og kunnskapsdeling, blant annet som følge av utviklingen i USA og økt geopolitisk spenning, påvirker trusselbildet globalt og i Norge og svekker den globale responsevnen på smittevernhendelser. Det er sentralt at Norge og andre land støtter opp under initiativer i regi av blant annet EU og WHO. I mangel av nasjonal vaksine (og andre biologiske tiltak) forskning, utvikling og produksjonskapasitet, må det lages avtaler som sikrer tilgang i god tid før neste pandemi.

#### 4.3.2.2 Infeksjoner i fremmarsj – vektorbårne sykdommer og zoonoser

Endrede klimatiske forhold som temperatur, nedbørsmønstre og andre klimavariabler påvirker potensialet for spredning av vektor- og vannbårne infeksjonssykdommer. Overvåkning viser at klimasensitive vektorbårne infeksjonssykdommer som vestnilvirus, dengue, chikungunya, Zika-virus, malaria og TBE er på fremmarsj globalt (179) også i Europa (180). I Norge er det registrert noe økning av skogflåttencefalitt (TBE), mens myggbårne sykdommer foreløpig er importtilfeller (181;182). Det er en utfordring at vi har liten oversikt over utbredelse av myggarter i Norge. Dette er blant annet løftet frem i gjennomgangen av beredskapen for folkehelsekriser av det europeiske smittevernbyrået (Public Health Emergency Assessment - PHEPA).

Vedvarende høye temperaturforhold medfører økt smittefare av klimasensitive vannbårne infeksjoner ved bading i salt- og brakkvann (183). I den varme sommeren 2018 førte dette til et utbrudd av ikke-kolera vibrio-infeksjoner (184).

Økt flomfare i urbane områder øker også risikoen for leptospirose dersom personer kommer i kontakt med forurenset vann (183). Det rapporteres kun sporadiske tilfeller av leptospirose i litteraturen i Norge, men sykdommen anses som en økende helsefare ("emerging"), også i Europa, som følge av klimaendringer (185).

Klimaendringer skaper usikkerhet om hvordan sykdomsbildet av vektor- og vannbårne infeksjoner vil utvikle seg (179). Forebygging av det som er «ukjent» er utfordrende, og stiller derfor ekstra krav til overvåkning og beredskap. Overvåkningstrategi for de sykdommene som ikke er meldepliktige for å følge trender kan også være en utfordring.

#### 4.3.3 Antimikrobiell resistens (AMR)

Antimikrobiell resistens (AMR) utgjør en alvorlig og langsomt voksende helsetrussel. WHO trekker dette fram som en av de viktigste helsetrusslene (170). I 2021 var antimikrobiell resistens (AMR) assosiert med ca. 7,7 millioner dødsfall, og var direkte årsak til rundt 1,3 millioner dødsfall. AMR er nå blant de ledende dødsårsakene i verden. Dersom trenden fortsetter, forventes en kraftig økning i AMR-byrden globalt, særlig blant eldre (186). Når mikrober utvikler resistens mot antimikrobielle midler, øker risikoen for at vi ikke lenger har effektive legemidler til å behandle infeksjoner. Dette reduserer mulighetene for å begrense spredning av smittsomme sykdommer og for å gi pasienter nødvendig behandling. AMR vanskeliggjør også avansert medisinsk behandling, som kirurgiske inngrep og kreftbehandling, der effektiv antibiotika gitt forebyggende eller som behandling er avgjørende.

Utviklingen og spredning av resistens påvirkes av en rekke faktorer, blant annet reisemønstre, kvaliteten på antibiotikastyring og smitteverntiltak både i og utenfor helseinstitusjoner. Oppfølging av ulike smitteverntiltak som vaksinasjonsdekning i befolkningen spiller også en viktig rolle, ettersom god vaksinasjonsdekning kan redusere behovet for antibiotikabruk. Selv om forekomsten av AMR i Norge fortsatt er lav sammenlignet med mange andre land, har vi også i Norge har vi sett en kraftig økning i AMR de siste årene.

Krig gir økt risiko for utvikling av AMR gjennom overbelastning på sykehus, dårlig sanitærforhold, uregulert bruk av antibiotika og reduksjon i overvåkingskapasitet (187). At personer flykter fra eller evakueres fra krigsområder kan innebære en økt risiko for spredning av AMR globalt og i Norge.

Et endret globalt risikobilde, med svekket internasjonalt samarbeid, kan føre til raskere spredning av resistente bakterier. En helhetlig tilnærming basert på prinsippet om Én-helse –

som ser menneskers, dyrs og miljøets helse i sammenheng – er avgjørende for å forebygge og begrense konsekvensene av AMR.

#### 4.3.4 Forhold som svekker vaksinasjonsdekning

Høy vaksinasjonsdekning bidrar til god folkehelse ved å holde sykdomsbyrden av alvorlige smittsomme sykdommer lav. Vaksinasjon kan både forebygge sykdom hos enkeltpersoner og redusere eller endre forekomst av sykdom i befolkningen. Vaksinasjon bidrar til færre sykehusinnleggelseser og komplikasjoner, mindre antibiotikabruk og bidrar dermed også til å forebygge resistensutvikling. Vaksiner til voksne har fått stadig mer oppmerksomhet og voksenvaksinasjonsprogrammet ble lansert i 2025. Med en aldrende befolkning vil det bli stadig viktigere å forebygge sykdom og sørge for at eldre lever lengre med god helse.

Selv om oppslutningen om vaksiner er god i Norge, er det internasjonalt en økende bekymring for at vaksinenøling kan true vaksinasjonsopptak og sykdomskontroll. Verdens helseorganisasjon har vurdert vaksinenøling som en av de 10 største truslene mot den globale helsen (170). I 2025 har det vært flere utbrudd med meslinger i USA, per november er det meldt over 1600 smittetilfeller og tre bekreftede dødsfall. Blant de smittede var 92 prosent uvaksinert eller hadde ukjent vaksinasjonsstatus. Undersøkelser tyder på at støtte til MMR-vaksine i USA har falt siden i fjor (188).

Tidligere undersøkelser i Norge har vist at om lag 1 av 5 foreldre nøler angående vaksiner til egne barn, men vanligvis likevel vaksinerer barna sine, og at enkelte grupper har lavere tillit til vaksiner (189).

Oppslutningen om vaksinasjon er avhengig av flere faktorer, hvor tillit i befolkningen, god organisering, og et vaksinetilbud og informasjon som er lett tilgjengelig for alle målgrupper står sentralt (190-193). Barnevaksinasjonsprogrammet er en godt forankret og integrert del av det forebyggende helsetilbudet til barn og unge, og viste seg å være robust under koronapandemien. Koronavaksinasjonsprogrammet var vellykket grunnet blant annet tydelige roller og god organisering i kommunene, et gratis tilbud, høy tillit til myndighetene og åpen og ærlig kommunikasjon fra myndighetene (193). Selv om det i Norge generelt er en høy oppslutning om vaksiner i barnevaksinasjons- og, under pandemien, koronavaksinasjonsprogrammet, er det fortsatt forskjeller etter geografi og sosioøkonomi, og mellom ulike grupper i befolkningen (194-197).

Kontinuerlig innsats er nødvendig for å opprettholde en høy oppslutning. Når flere av sykdommene det vaksineres mot ikke lenger er utbredt, kan det medføre økt fokus på bivirkninger og at både riktig og uriktig informasjon om vaksinesikkerhet tillegges større vekt i forbindelse med egne vaksinevalg.

Holdninger til og oppslutning om anbefalte vaksiner kan påvirkes av organiseringen av tilbudet. En ny kvalitativ studie om vaksinasjon av voksne understreker behovet for tydelige anbefalinger, fordeling av roller og ansvar, og lav terskeltilgang for vellykket implementering av vaksinasjonsprogram (191). Klar ansvarsfordeling og integrering i svangerskapsomsorgen ved innføringen av kikhostevaksine til gravide bidro til høy oppslutning. For andre vaksiner til voksne, som influensa-, korona- og pneumokokkvaksine, mangler det tilsvarende klarhet og lett tilgjengelighet. Tillit til helsepersonell er høy blant både gravide og eldre, men begge målgrupper etterlyser klare råd og et enkelt system (191).

En høy og stabil vaksinasjonsoppslutning bidrar til å styrke befolkningens helse, og velfungerende vaksinasjonsprogram gir et godt utgangspunkt for å beskytte sårbare grupper, redusere sykdomsbyrden og bli bedre rustet ved framtidige helsekriser.

#### 4.3.5 Ny teknologi med syntetisk biologi og KI

Teknologisk utvikling kan utvide trusselbildet. Syntetisk biologi og kunstig intelligens kan gjøre det mulig å produsere helsefarlige kjemikalier og gifter, både for enkeltpersoner og trusselaktører.

Manglende sikring av laboratorier som håndterer skadelige smittestoffer kan føre til risiko for utilsiktede uhell og utslipp til miljøet. I tillegg kan smittestoffer spres med vilje for å fremkalle frykt og skade mennesker, dyr, planter og miljø.

Bioteknologiske fremskritt, inkludert syntetisk biologi, kan revolusjonere medisinsk forskning, diagnostikk og behandling og gir mulighet for stadig mer presis manipulering av biologiske systemer. Samtidig kan teknologien misbrukes med vilje eller føre til utilsiktede uhell. Ettersom kunnskapen og utstyret som kreves for å redigere og syntetisere biologiske stoffer blir stadig lettere tilgjengelig, øker risikoen for både tilsiktede hendelser og utilsiktede uhell. Teknologien kan for eksempel benyttes til å skape nye mikroorganismer, gjenskape utdødde mikroorganismer, eller endre kjente mikroorganismer slik at de blir mer smittsomme eller motstandsdyktige mot vaksiner.

Den akselererende utviklingen innen andre flerbruksteknologier, som kunstig intelligens, forsterker risikoen for misbruk. Økt oppmerksomhet og tiltak for å ivareta biosikring (biosecurity) og biosikkerhet (biosafety) er sentrale elementer i det forebyggende og risikoreduserende arbeidet. I tillegg er det viktig med robuste overvåkingssystemer, effektiv laboratoriediagnostikk, og forskning på medikamentelle mottiltak slik at hendelser kan oppdages tidlig og potensielle skadevirkninger minimeres.

Internasjonalt samarbeid er også avgjørende for å forhindre misbruk av biologiske agens og teknologi (198;199).

#### 4.3.6 Forhold som svekker drikkevannsforsyning

Trygg tilgang til rent drikkevann er en grunnleggende forutsetning for god folkehelse. Intensivering av værhendelser, som for eksempel ekstrem nedbør, øker risikoen for forurensning av drikkevann, særsilt i aldrende systemer (200;201), som igjen kan føre til utbrudd og enkelttilfeller av vannbårne infeksjoner forårsaket av *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Campylobacter* og andre patogener som smitter via drikkevann (183). Vannbårne utbrudd i drikkevann vil alltid være lokale, men kan være vanskelig å oppdage (202) og har store konsekvenser i form av sykdom, tap av arbeidsdager og byrde på helsevesenet (203-205). Sikre drikkevannssystemet mot forurensning er derfor spesielt viktig for å forebygge slike utbrudd.

Vannkvaliteten i Norge overholder kravene i regelverket i stor grad, men vannforsyningssystemene er aldrende og sårbart for forurensning (167). I 2019 ble 1500 syke av *Campylobacter* i vannbårent utbrudd som forurenset et vannbasseng etter en episode med ekstrem nedbør (206). Ekstremværet Hans i sør-øst Norge i august 2023, påvirket for eksempel drikkevannskvaliteten negativt og understreker viktigheten av god beredskap som tar utfordringer knyttet til klimaendringer inn i beredskapsplanleggingen (207). Begge disse hendelsene viser sårbarheter i vannforsyningen mot ytre påvirkning, særsilt aldrende

distribusjonssystemer. Mer kunnskap om påvirkning av vannforsyningen som følge av ekstremvær bør innhentes for å redusere sårbarheter, jfr Helseberedskapsmeldingen (167).

I tillegg er cybersikkerhet en voksende utfordring for vanninfrastrukturen (208). Digitale angrep eller svikt i leveringskjeder for vannbehandlingskjemikalier kan true både forsyning og kvalitet. Små vannverk og perifere områder er særlig utsatt for å håndtere nye utbrudd.

#### *4.3.7 Kjemikaliehendelser*

God kjemikalieberedskap er nødvendig for håndtering av større kjemikaliehendelser som industriulykker, gassutslipp, transportulykker med farlig gods, og større branner. Norge har en rekke industrianlegg der større kjemikaliehendelser kan oppstå, med betydelige konsekvenser for arbeidere eller befolkning i området. Et eksempel er Vest-Tank ulykken i Gulen kommune 2007 som rammet et område med 1000 innbyggere. Den nasjonale sikkerhetssituasjonen har de siste årene vært preget av økt terrortrussel, som også representerer en trussel for folkehelsen og økt risiko for kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære og eksplosive (CBRNE) hendelser.

For å være best mulig forberedt og minimere helseskader ved kjemikaliehendelser er det viktig å sikre nasjonal kompetanse. Koordinering og samhandling er også viktig for å møte behovet for tverrsektorielt samarbeid. Kommunene bør også forbereder seg på større kjemikaliehendelser, med øvelser og lokalt planverk, inkludert kontaminering av drikkevann. Det er også behov for at helsesektoren involveres sterkt i oppdateringen av CBRNE-strategien, og for nasjonale føringer for antidotlagre ved helseforetakene.

## 5 Oppsummering, diskusjon og veien videre

### 5.1 Oppsummering av rapporten

I del 2 har vi trukket fram ulike samfunnsforhold som har betydning for folkehelsen. I lys av hva som særlig påvirker store folkehelseutfordringer og helsetrusler, vurderer vi at det særlig er behov for oppmerksomhet fremover på en aldrende befolkning, vedvarende sosial ulikhet i helse, og geopolitiske forhold.

I del 3 har vi gått gjennom levealder og friske leveår, sykdomsbyrde, årsaker til helsetap og tapte leveår, og forskjeller i ulike deler av befolkningen. Vi har også gått gjennom risikofaktorer som påvirker helsetilstanden. Basert på oversikten har vi trukket fram psykiske lidelser blant barn og unge, samt sykdommer i en aldrende befolkning, som særskilte utfordringer.

I del 4 har vi beskrevet en rekke viktige helsetrusler som møtes av det løpende folkehelsearbeidet innen smittevern og miljørettet helsevern. Det er viktig å se disse helsetruslene i sammenheng med samfunnsforhold og de etablerte folkehelseutfordringene, og forstå kompleksiteten i utfordringene. På bakgrunn av dette, mener vi at pandemier og smittsomme sykdommer, antimikrobiell resistens, forhold som svekker vaksinedekningen, trusler mot trygg drikkevannsforsyning, syntetisk biologi og kjemikaliehendelser er sentrale helsetrusler. Klimaendringer påvirker og forsterker de øvrige helsetruslene.

### 5.2 Diskusjon

Norge har i dag god folkehelse sett både i et historisk og globalt perspektiv. Vi har opplevd økning i både forventet levealder og forventede friske leveår, og nedgang i sykdomsbyrden. For mange av de viktigste risikofaktorene for dårlig helse har vi lyktes godt med forebyggende tiltak og effektivt folkehelsearbeid. For eksempel er den røykerelaterte sykdomsbyrden redusert med over 45 prosent siden år 2000, og vi har langt lavere sykdomsbyrde tilskrevet høy alkoholbruk enn de andre nordiske landene (209).

Likevel står vi ovenfor både gamle og nye utfordringer. Psykisk uhelse øker, og rammer både barn, unge og voksne. Vi er et stykke unna målsetningen om å redusere ikke-smittsomme sykdommer og sentrale NCD-indikatorer frem mot 2030 – samtidig som vi langt på vei har oppnådd indikatorene for smittsomme sykdommer (210;211). Sosial ulikhet vedvarer. Helse- og omsorgstjenestene utfordres både av flere med sammensatte behov, og press på personalressurser. Klimaendringer, teknologi og geopolitiske forhold gir oss nye utfordringer som vi foreløpig vet lite om hvordan vil ramme folkehelsen i Norge. Både eksisterende utfordringer og nye helsetrusler samfunnet vårt møter vil kunne håndteres bedre dersom vi har en fortsatt god folkehelse som grunnlag. God folkehelse er nødvendig for å kunne få til både gode liv, økonomisk vekst, god sikkerhet, og motstandsdyktighet i møte med nye og ukjente helsetrusler. God folkehelse er derfor blant samfunnets viktigste verktøy for gode samfunn og god beredskap.

Helsefremmende tiltak og sykdomsforebygging er den viktigste årsaken til at folk kan leve og eldes med god helse, og essensielt for å redusere sykdomsbyrden fra både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer. Forebyggende folkehelseiltak omfatter også overvåkning og beredskap som er nødvendig for å håndtere helsekriser. Ikke-smittsomme sykdommer er anslått å utgjøre opp mot 80 prosent av helsetjenestekostandene i Europa, men kan i stor grad forebygges (212). Primærforebygging er den mest kostnadseffektive strategien for å redusere sykdomsbyrden, men utgjør bare om lag 3 prosent av helsebudsjettet i Norge og andre

europiske land (212;213). EU og OECD påpeker at samfunnssystemer basert på behandling innenfor helsevesenet fremfor forebygging vil vanskelig kunne takle utfordringene som kommer med økende andel eldre, samtidig som de også vil være sårbare for større helsekriser (212;214). Det er derfor et behov for å styrke forebygging av sykdom og helsefremmende tiltak for å møte fremtidige utfordringer og redusere belastningen på helsetjenestene. Samtidig er det viktig å være klar over at vellykket forebygging ikke nødvendigvis vil medføre en reduksjon i helsetjenestekostnader (36). For eksempel har vellykket forebygging av tidlig død også medført at mange lever lengre med sykdom og dertil behov for helsetjenester. Flere leveår i seg selv, selv om disse lever med redusert helse eller sykdom, trekkes fram som et selvstendig ønsket resultat fra forebyggingsarbeidet i NOU 2025:8 *Folkehelse - verdier, kunnskap og prioritering* (1).

Den internasjonale utviklingen som vi beskrev i del 2 knyttet til svekket internasjonalt samarbeid og økt desinformasjon, bør i større grad tas med i betraktningen i arbeidet med norsk folkehelsepolitikk, og særlig knyttet til helsetrusler og beredskap. Det vil være behov for å styrke egen nasjonal overvåking, samt nordisk og europeisk samarbeid, særlig innen smittsomme sykdommer, miljømedisin og andre fagfelt som understøtter helseberedskap. Samlet sett stiller den internasjonale situasjonen nye krav til nasjonale beredskap, kompetansebygging og våre bidrag til å styrke internasjonal innsats til å håndtere globale helseutfordringer. Det er sentralt at norsk folkehelseinnsats og -beslutninger forankres i internasjonale prosesser.

### 5.3 Veien videre: Muligheter for bedre kunnskap for forebygging

God folkehelse bygger på god kunnskap. Vi må vite hva de store helseutfordringene er, hvordan de er fordelt i befolkningen, hva som påvirker utviklingen av disse, og hva som er gode måter å møte dem på.

Beregninger av forebyggingspotensialet kan vise hvor stor del av folkehelseutfordringene og -truslene som kan unngås gjennom tiltak rettet mot samfunnsfaktorer og risikofaktorer. Dette forutsetter kunnskap om hva som er påvirkbare risikofaktorer. Eksisterende kunnskap om risikofaktorer og tilhørende forebyggingspotensial bygger på hva som har vært prioriterte forskningsområder. Selv om det forskes betydelig på sykdommer knyttet til helsetap mens man lever, som psykiske og nevrologiske lidelser samt muskel- og skjelettsykdommer, har forskningen til nå i større grad vært fokusert på å identifisere risikofaktorer for tidlig død, særlig knyttet til de klassiske ikke-smittsomme sykdommene (NCD-ene). Dette gjør at det er viktige kunnskapshull som må dekkles hvis vi skal lykkes med forebyggingsarbeid for å øke friske leveår i befolkningen.

Norge er kjennetegnet av en godt utarbeidet infrastruktur av helsedata med høy kvalitet som kan sammenstilles på individnivå. Dette gir store muligheter i å skaffe mer kunnskap som kan legge grunnlag for bedre folkehelse. Innsatsen bør rettes mot:

#### 5.3.1 Avdekke flere risikofaktorer og årsaker til sykdom

Det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD) beregner sykdomsbyrde tilskrevet 88 risikofaktorer og risikofaktorgrupper. Beregninger fra GBD-prosjektet har vist at minst en tredjedel av sykdomsbyrden i Norge kan knyttes til kjente risikofaktorer som kan forebygges. De inkluderte risikofaktorene i GBD forklarer til sammen 29 prosent av det ikke-dødelige helsetapet, mot 43 prosent av dødelighet. En stor del av helsetapet i Norge er altså ikke forklart gjennom de risikofaktorene som så langt er inkludert i GBD. Innenfor GBDs rammeverk for beregning av

risikofaktorer defineres metabolske risikofaktorer som en egen gruppe risikofaktorer. Disse kan også forstås som egne sykdomsprosesser, og møtes ofte med sekundærforebyggende tiltak. Vi har med andre ord enda mindre kunnskap om sykdomsbyrden knyttet til underliggende risikofaktorer som kan være aktuelle for primærforebyggende tiltak enn tallene fra GBD-prosjektet kan gi inntrykk av.

Et ytterligere potensial for forebygging ligger derfor i å fremskaffe kunnskap om de resterende to tredjedelene av sykdomsbyrden, der bidraget fra underliggende risikofaktorer fremdeles ikke er kvantifisert på en måte som gjør at vi kan sammenlikne dem, og dermed også få en rettesnor på hva som vil være de viktigste å prioritere for forebygging. Dette representerer et stort utnyttet potensial for utvikling av nye helsefremmende tiltak og forebygging av sykdom

For mange potensielle risikofaktorer mangler vi kunnskap og sikker dokumentasjon på hvordan de virker kausalt på helsen, eksempelvis mulige sammenhenger mellom skjermbruk og bruk av sosiale medier på psykisk helse blant unge. Vi har også relativt begrenset kunnskap om hvordan ulike risikofaktorer virker på hverandre, og hvordan de samlet innvirker på helseutfall. Det er derfor et stort behov for forskning som kan belyse hvordan slike faktorer virker opp mot og i sammenheng med andre faktorer som påvirker folkehelsen.

For andre risikofaktorer mangler vi god nok kunnskap om eksponering i befolkningen, som for miljøgifter og mikroplast. Mer kunnskap om eksponering vil også kunne gi kunnskap om utsatte grupper, de enkelte stoffene, mulige årsakssammenhenger, behov for regulering og mulige tiltak.

### 5.3.2 *Bedre kunnskap om effekten av tiltak*

Vi trenger bedre kunnskap om tiltak som virker og vellykket implementering av disse, for eksempel tiltak rettet mot levevaner som fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking og alkoholbruk. Det er nødvendig å optimalisere effekten av slike tiltak, og styrke forståelsen av eventuelle uønskede effekter av tiltak, og hvordan disse kan begrenses. I takt med ny kunnskap om risikofaktorer av betydning for folkehelsen, bør man også sikre at kunnskapen informerer utviklingen og implementeringen av tiltak rettet mot disse.

Det er særlig viktig å skaffe mer kunnskap om hvordan folkehelse tiltak påvirker sosial ulikhet i helse. Norge mangler empirisk grunnlag for å dokumentere virkningene av nasjonale tiltak for å redusere helseulikheter. Dette gjør det per dags dato ikke mulig å måle fremgang eller utforme proporsjonale universelle intervensjoner. Uten slike evalueringer og følgeforskning er det ikke mulig å vite om implementerte retningslinjer reduserer eller utilsiktet øker sosial ulikhet i helse. Evalueringer av tiltak for sosial utjevning er metodisk krevende, siden effektene ofte kommer senere i livsløpet. For å styrke kunnskapsgrunnlaget trengs det mer forskning på befolkningseffekter både på mellomliggende faktorer og på endelige utfallsmål. Det er viktig å ha et systemperspektiv der en ser på endringer i et bredere spekter og på mange faktorer samtidig, og i samspill med andre tiltak. Dette innebærer vurdering av eventuelle utilsiktede negative systemiske effekter tiltak kan ha, som utilsiktede fordelingseffekter. Vi henviser også til anbefalingene i NOU2025:8 (Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering) om å utvide perspektivet på kunnskap om folkehelse tiltak ved å gjøre bruk av forskningsmetoder og effektmål som egner seg gitt de ofte lange tidsløp for å oppnå forebyggingseffekter og de tidvis svært sammensatte årsaksforhold som tiltakene retter seg mot.

### 5.3.3 Videreføre og videreutvikle effektive folkehelse tiltak

Det er viktig å videreføre tiltak som allerede er implementert, og som vi vet har effekt. For en del ikke-smittsomme sykdommer med høy sykdomsbyrde foreligger det kunnskap om tiltak som virker. Rammeverk som WHO's Best Buys (215) og Quick Buys (216) oppsummerer tiltak med dokumentert effekt. Flere av disse er allerede i bruk i Norge med gode resultater. Det er viktig at slike tiltak videreutvikles og justeres i tråd med evalueringer og ny kunnskap. I de fleste tilfeller vil det være samfunnsøkonomisk mer lønnsomt å bygge videre på eksisterende evidensbaserte tiltak enn å etablere nye.

Å videreføre innsatsen for å holde smittsomme sykdommer under kontroll gjennom vaksinasjon, overvåking og andre effektive smitteverntiltak er svært viktig for å unngå at smittsomme sykdommer igjen blir en stor folkehelseutfordring. Særlig viktig er dette i lys av det internasjonale utfordringsbildet.

Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er særlig viktig å løfte i arbeidet med forebygging. Det finnes for eksempel god evidens for at innsats mot psykisk uhelse hos barn og unge bør settes inn på brede arenaer som barnehage og skole. Institusjoner som barnehagen og skolen har derfor viktige roller i forebygging og kan også fungere som helsefremmende institusjoner, på samme måte som livsarenaer som arbeid, sosiale fellesskap og nettverk kan være helsefremmende.

### 5.3.4 Skape robuste kunnskapssystemer

Covid-19-pandemien viste tydelig hvordan en smittsom sykdom også kan bli en samfunnskrise, med konsekvenser både for helsetjenestene, folkehelsen og samfunnet for øvrig. FHI har tidligere spilt inn erfaringer fra pandemien, blant annet i arbeidet med helseberedskapsmeldingen og forrige folkehelsemelding. I likhet med tidligere innspill, fremhever FHI også i denne rapporten at de systemene vi bruker i det daglige arbeidet, også er de viktigste i kriser. Beredskap bør derfor bygges inn i utviklingen av nye løsninger, fremfor å basere seg på særordninger for enkeltkriser.

Når en ny helsekrise truer, er det behov for raskt å skaffe kunnskap om den nye trusselen. Da må vi i forkant ha etablert gode forsknings- og kunnskapsmiljøer på viktige, forhåndsidentifiserte fagområder. Disse bør ha ressurser og være aktive mellom kriser, slik at de raskt kan oppskalere arbeidet sitt ved kriser. Beredskapen inkluderer å styrke regelverk, infrastruktur, overvåkingssystemer, helseregistre, organisering, digital samhandling og godt samarbeid mellom kunnskapsmiljøer nasjonalt og internasjonalt.

### 5.3.5 Mer kunnskap om sammenheng mellom trusler og etablerte utfordringer

Det er også behov for mer kunnskap om samspillet mellom etablerte folkehelseutfordringer og akutte helsetrusler. Erfaringene fra pandemien har vist at befolkningens generelle helsetilstand har stor betydning for hvordan smittsomme sykdommer rammer ulike grupper, og hvordan samfunnet som helhet tåler belastningen. Denne sammenhengen er høyst relevant også for andre mulige akutte kriser. Det er for eksempel behov for bedre innsikt i hvordan akutte kriser, og vedvarende framtidusikkerhet knyttet til blant annet klimautfordringer og økonomisk ustabilitet, påvirker den psykiske helsen i befolkningen over tid. Evnen til å forstå og håndtere psykososiale konsekvenser, som økt forekomst av psykiske helseplager i krisesituasjoner, er avgjørende for å stå bedre rustet ved fremtidige hendelser.

### 5.3.6 Følge potensielle utfordringer hvor vi har lite kunnskap

Det er store potensielle utfordringer for folkehelsen fremover som vi har lite kunnskap om både når det gjelder årsakssammenhenger, konsekvens og hva som kan gjøres for å dempe eller forhindre negative virkninger. Samfunnet endrer seg raskere enn det forskningen greier å holde tritt med, og vi blir utsatt for en rekke forhold som vi ikke vet om og i hvilken grad vil kunne påvirke folkehelsen. Dette gjelder i særlig grad konsekvensene av ny teknologi som KI, smartteknologi og sosiale medier, men også endringer i matvareindustri og prosessindustri som endrer eksponeringen for nye og ukjente stoffer. Bruk av e-sigaretter er også et eksempel der vi ennå ikke kjenner helse- og samfunnsmessige konsekvenser.

### 5.3.7 Utnytte forebyggingspotensialet i helsetjenesten

Kapasiteten i helsetjenesten utfordres av langsiktige demografiske endringer og rekrutteringsutfordringer, særlig med økende andel eldre med sammensatte lidelser. Mye viktig forebyggingsarbeid finner allerede sted i helsevesenet: Vaksinasjon er en av de mest effektive strategiene for å hindre smittsomme sykdommer og beskytte befolkningen. Screening bidrar til tidlig oppdagelse av sykdommer og helsetilstander før symptomer oppstår. Dette gjør det mulig å sette inn tiltak på et tidlig stadium, noe som kan føre til bedre prognose og mer effektive behandlingsforløp.

Samtidig er det et potensial for å styrke forebygging i helsetjenestene. Gjennom møter med befolkningen i alle livsfaser og med stor tillit, har tjenestene et betydelig forebyggingspotensial gjennom ansikt-til-ansikt-kontakt og individuelt tilpassede råd og tiltak. Et eksempel på styrking av potensialet er at kreftscreening i større grad kan benyttes som en mulighet for å opplyse om risikofaktorer og gi råd til befolkningen om levevaner som reduserer risikoen for den enkelte kreftformen og andre kroniske sykdommer (217). Et annet eksempel er helsestasjons- og skolehelsetjenestene som møter nært alle barn gjennom hele oppveksten, og har et stort uutnyttet potensial for å drive mer helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom disse tjenestene. Videre kan rask og adekvat hjelp ved helsemessige utfordringer beskytte mot lange sykefraværperioder og redusere risikoen for at enkeltpersoner faller ut av arbeidsmarkedet.

For å realisere forebyggingspotensialet er det viktig å fremskaffe mer kunnskap om hvordan helsetjenestene kan bidra mest mulig effektivt i det forebyggende folkehelsearbeidet. Det trengs systematisering av hvordan dette gjøres i dag, og forskning og evaluering, blant annet av reformer i tjenestene, for å finne ut hva som har effekt, hva som bør prioriteres, og om det er praksiser som i liten grad er virksomme og kan nedprioriteres eller avvikles.

## 5.4 Avslutning

I denne rapporten har Folkehelseinstituttet søkt å gi et helhetlig bilde av folkehelseutfordringene og de helsetruslene som kan påvirke befolkningens helse i årene fremover. Både utfordringsbildet og kunnskapsgrunnlaget vil fortsette å utvikle seg også på kort sikt. Vi håper at rapporten gir et godt faglig fundament for det videre arbeidet med neste folkehelsemelding, og for utforming av strategier og tiltak som kan møte de største utfordringene.

## 6 Referanser

1. Utvalg om prioritering av folkehelse tiltak. Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9b65cb8f848c4d47ac29bac053bdf73e/nou-2025-8-folkehelse-verdier-kunnskap-og-prioritering.pdf>
2. The Nordic Council. Level of Education [nettdokument]. København: The Nordic Council [oppdatert 29.09.2023; lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.norden.org/en/statistics/level-education>
3. World Population Review. Gender Equality by Country 2025 [nettdokument]. Lancaster, PA: World Population Review [oppdatert 10.12.2025; lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/gender-equality-by-country>
4. OECD. Labour Market Situation – Updated: October 2024 [nettdokument]. Paris: OECD [oppdatert 11.12.2025; lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd.org/en/data/insights/statistical-releases/2024/10/labour-market-situation-updated-october-2024.html>
5. Helliwell J, F., Layard R, Sachs J, D. Sachs, Neve J-ED, Aknin L, B., Wang S. The World Happiness Report 2025. Oxford: University of Oxford, Wellbeing Research Centre; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.worldhappiness.report/>
6. World Population Review. Safest Countries in the World [nettdokument]. Lancaster, PA: World Population Review [lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/safest-countries-in-the-world>
7. World Population Review. Trust in Government by Country [nettdokument]. Lancaster, PA: World Population Review [oppdatert 11.12.2025; lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/trust-in-government-by-country>
8. United Nations Development Programme. Human Development Index (HDI) [nettdokument]. New York, NY: UNDP [oppdatert 2026; lest 19.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
9. SSB. Vi blir flere, men også eldre [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 05.06.2024; lest 24.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivinger/artikler/vi-bli-flere-men-ogsaa-mye-eldre>
10. Kravdal Ø. Should we be concerned about low fertility? A discussion of six possible arguments. Demogr Res 2025;53(14):373-418. DOI: 10.4054/DemRes.2025.53.14
11. SSB. Frukthet går opp [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 11.03.2025; lest 11.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/fruktheten-gar-opp>
12. Fødselstallsutvalget. Fallende fødselstall i Norge: utvikling og mulige tiltak for unge voksne. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/65e2b59e934640dfb7015fe295bc72e5/no/pdfs/q-1262-fallende-fodselstall-i-norge.pdf>
13. SSB. Statistikk om innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 07.03.2025; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
14. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Hvordan går det med integreringen i Norge 2025. Oslo: IMDi; 2025. Tilgjengelig fra: [https://www.imdi.no/globalassets/rapporter/2025/imdi-hvordan-gar-det-med-integreringen-i-norge-2025\\_nuc-v5.pdf](https://www.imdi.no/globalassets/rapporter/2025/imdi-hvordan-gar-det-med-integreringen-i-norge-2025_nuc-v5.pdf)
15. SSB. Lavere andel barn med vedvarende lavinntekt i 2023 [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 05.02.2025; lest 24.11.2025]. Tilgjengelig fra:

- <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/lavere-andel-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2023>
16. Bufdir. Statistikk om barn og samlivsbrudd [nettdokument]. Oslo: Bufdir [oppdatert 2024; lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/statistikk-om-familievernet/barn-og-samlivsbrudd/>
  17. Helsedirektoratet. Inkludering av barn og unge med innvandrerbakgrunn [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 09.04.2025; lest 11.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/inkludering-av-barn-og-unge-med-innvandrerbakgrunn>
  18. SSB. Unge som faller utenfor og deres inntektsutvikling [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 29.11.2021; lest 24.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/unge-som-faller-utenfor-og-deres-inntektsutvikling>
  19. SSB. Tilknnytning til arbeid, utdanning og velferdsordninger [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 09.09.2025; lest 24.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknnytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger>
  20. Smith R, Vedaø, Klungsøyr K, Knapstad M, Knudsen AKS, Skogen JC. Arbeid og helse. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 20.05.2022; lest 24.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/arbeid-og-helse/>
  21. Nav. Legemeldt sykefravær etter diagnosegruppe. År 2024 [nettdokument]. Oslo: Arbeids- og velferdsetaten [oppdatert 29.08.2025; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: [https://www.nav.no/\\_/attachment/inline/ecbfd550-e47b-4759-971e-2ec69925a903:3fce2b89af53ea4aa6d548fee10c8c888cd1aab7/SYFRA%20300%20Legemeldt%20sykefravar%C3%A6r%20etter%20diagnosegruppe.%20%C3%85r\\_2024.xlsx](https://www.nav.no/_/attachment/inline/ecbfd550-e47b-4759-971e-2ec69925a903:3fce2b89af53ea4aa6d548fee10c8c888cd1aab7/SYFRA%20300%20Legemeldt%20sykefravar%C3%A6r%20etter%20diagnosegruppe.%20%C3%85r_2024.xlsx)
  22. Regjeringen. Helse relaterte ytelser – Delrapport 1. Oslo: Regjeringen; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/cd3d5bef8fb84c9e967b7edee656509e/helse-relaterte-ytelser-delrapport-1.pdf>
  23. Nav. Sykefravær [nettdokument]. Oslo: Arbeids- og velferdsetaten [oppdatert 27.11.2025; lest 11.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
  24. SSB. Uføretrygdede [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 24.06.2025; lest 24.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/trygd-og-stonad/statistikk/uforetrygdede>
  25. Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry* 2016;24(4):331-6. DOI: 10.1177/1039856215618523
  26. Eurostat. Median equivalised disposable income and magnitude of social transfers, 2024 (PPS per inhabitant) [nettdokument]. Luxembourg: Eurostat [oppdatert 20.06.2024; lest 18.12.2025]. Tilgjengelig fra: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Fig1\\_Median\\_equivalised\\_disposable\\_income\\_and\\_magnitude\\_of\\_social\\_transfers\\_2024\\_\(PPS\\_per\\_inhabitant\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Fig1_Median_equivalised_disposable_income_and_magnitude_of_social_transfers_2024_(PPS_per_inhabitant).png)
  27. Syse A, Grøholt EK, Madsen C, Aarø LE, Strand BH, Næss ØE. Sosiale helseforskjeller. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 16.09.2022; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>

28. Baravelli CM, Vedøy TF, Hart RK, Kinge JM, Syse A. Inequalities in health outcomes by income and education: The case of Norway. *Vienna yearb popul res* 2025(23):231-53. DOI: 10.1553/p-d6az-d2j6
29. Vedøy TF, Grøtvedt L, Syse A. Changes over time in social inequality in adult self-rated health: the case of Norway 2002-2019. *BMC Public Health* 2025;25(1):3894. DOI: 10.1186/s12889-025-25248-w
30. SSB. Befolkningens utdanningsnivå [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 11.06.2025; lest 15.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>
31. Cappelen Å, Dapi B, Gjefsen HM, Stølen NM. Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2020. Rapporter 2020/41. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/436239?ts=1758cde9da8>
32. SSB. Innvandring og inntektsulikhet i Norge 1993–2022. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2025. Tilgjengelig fra: [https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/innvandring-og-inntektsulikhet-i-norge-1993-2022/\\_attachment/inline/60019bd5-b14d-40e6-8e88-17a97410d863:02d7c618a5c408a8c7ce18e81d8f527b6a74cc24/RAPP2025-04.pdf](https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/innvandring-og-inntektsulikhet-i-norge-1993-2022/_attachment/inline/60019bd5-b14d-40e6-8e88-17a97410d863:02d7c618a5c408a8c7ce18e81d8f527b6a74cc24/RAPP2025-04.pdf)
33. Syse A, Dzamarija MT, Kumar BN, Diaz E. An observational study of immigrant mortality differences in Norway by reason for migration, length of stay and characteristics of sending countries. *BMC Public Health* 2018;18(1):508. DOI: 10.1186/s12889-018-5435-4
34. Flodgren GM, Samorinha C, Teixeira R, Waldhauer J, Krog NH, Chakraverty D, Leinsalu M, Robsahm TE, Reile R, Syse A. Impact of national and supranational policies on social inequalities in major NCDs and their related risk factors in Europe: a scoping review. . Under publisering 2026. The JAPreventNCD project.
35. Helsepersonellkommissjonen. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. NOU 2023:4. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
36. Kinge JM, Øien H, Dieleman JL, Reme BA, Knudsen AKS, Godager G, et al. Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022-2050. *BMC medicine* 2025;23(1):116. DOI: 10.1186/s12916-025-03917-2
37. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull* 2005;131(6):803-55. DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.803
38. Pressman SD, Jenkins BN, Moskowitz JT. Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? *Annu Rev Psychol* 2019;70:627-50. DOI: 10.1146/annurev-psych-010418-102955
39. Nes RB, Hansen T, Eilertsen M, Røysamb E, Nilsen TS. Livskvalitet i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 10.12.2025; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
40. Folkehelseinstituttet. En kartlegging av psykisk helse og livskvalitet blant eldre i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2025/en-kartlegging-av-psykisk-helse-og--livskvalitet-blant-eldre-i-norge/>
41. Skjermbrukutvalget. Det digitale (i) livet – Balansert oppvekst i skjermenes tid [nettdokument]. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2024. NOU 2024: 20. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-20/id3073644/>

42. Zenone M, Kenworthy N, Maani N. The Social Media Industry as a Commercial Determinant of Health. *Int J Health Policy Manag* 2023;12(1):1-4. DOI: 10.34172/ijhpm.2022.6840
43. Skogen JC, Sivertsen B, Smith R, Knapstad M, Vedaa Ø. Mulige årsaker til økningen i psykiske plager hos barn og unge. I: Folkehelse rapportens temautgave 2025: Barn og unges psykiske helse [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 28.05.2025; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/del-1-7/mulige-arsaker-til-okningen-i-psykiske-plager-hos-barn-og-unge/>
44. World Health Organization. Commercial determinants of health [nettdokument]. Genève: WHO [oppdatert 21.03.2023; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
45. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang H-J, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet* 2023;401(10383):1194-213. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2
46. Miller CL, Brownbill AL, Dono J, Ettridge K. Presenting a strong and united front to tobacco industry interference : a content analysis of Australian newspaper coverage of tobacco plain packaging 2008-2014. *BMJ Open* 2018;8(9):e023485. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023485
47. Barlow P, Gleeson D, O'Brien P, Labonte R. Industry influence over global alcohol policies via the World Trade Organization: a qualitative analysis of discussions on alcohol health warning labelling, 2010-19. *The Lancet Global health* 2022;10(3):e429-e37. DOI: 10.1016/s2214-109x(21)00570-2
48. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: A comprehensive EU toolbox for safe and sustainable e-commerce. Brussel: European Commission; 2025. Document 52025DC0037. Tilgjengelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52025DC0037>
49. European Chemicals Agency. REF-8 Project Report on Enforcement of CLP, REACH and BPR Duties Related to Substances, Mixtures and Articles Sold Online. Helsinki: European Chemicals Agency; 2021. Tilgjengelig fra: [https://echa.europa.eu/documents/10162/17088/project\\_report\\_ref-8\\_en.pdf/ccf2c453-da0e-c185-908e-3a0343b25802?t=1638885422475](https://echa.europa.eu/documents/10162/17088/project_report_ref-8_en.pdf/ccf2c453-da0e-c185-908e-3a0343b25802?t=1638885422475)
50. Abel MH, Paulsen MM, Brantsæter AL. Evaluering av Intensjonsavtalen for et sunnere kosthold 2016-2025 – Endringer i matvarer i markedet og befolkningens kosthold. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2025/evaluering-av-intensjonsavtalen-for-et-sunnere-kosthold-2016-2025-endringer-i-matvarer-i-markedet-og-befolkningens-kosthold/>
51. Helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold 2025 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 26.11.2025; lest 18.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold-2025>
52. OECD EOoHSaP. State of Health in the EU: Norway: Country Health Profile 2025. . Paris og Brussel: OECD Publishing og European Observatory on Health Systems and Policies; 2025. Tilgjengelig fra: [https://health.ec.europa.eu/document/download/68189c85-6d31-48cd-acff-900bd1d85f0f\\_en?filename=2025\\_chp\\_no\\_english.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/68189c85-6d31-48cd-acff-900bd1d85f0f_en?filename=2025_chp_no_english.pdf)
53. Bang L, Surén P, Odsbu I, Støle HS, Handal M, Furu K, et al. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11.03.2024; lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

54. Tesli MS, Kirkøyen B, Handal M, Torvik FA, Odsbu I, Knudsen AKS. Psykiske plager og lidelser hos voksne. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 17.08.2023; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-voksne/>
55. Steingrimsdóttir OA, Nielsen CS, Handal M, Odsbu I, Skurtveit SO. Langvarig smerte i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 14.03.2023; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/smerte/>
56. Clarsen B, Steingrimsdóttir Ó A, Holvik K, Ørstavik RE. Muskel- og skjeletthelse i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 29.03.2022; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
57. Ohm E. Skader og ulykker i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 02.12.2022; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/skader/skader-og-ulykker-i-norge/>
58. Folkehelseinstituttet. Hovudpunkt. I: Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 3.12.2025; lest 11.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/sammendrag/langt/>
59. Folkehelseinstituttet. Noen hovedresultater fra NCDNOR [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 14.11.2025; lest 18.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/studier/ncdnor/noen-hovedresultater/>
60. Larsen IS, red. Cancer in Norway 2024. Oslo: Cancer Registry of Norway, Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/en/publ/2025/cancer-in-norway-2024/>
61. Strøm MS, Sveen KA, Slungård GF, Reistad SR. Dødsårsaker i Norge 2024. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/f0c4a47c54784e5bbad9cb2e3f675ffd/rapport-dodsarsaksregisteret.pdf>
62. Ariansen IKH, Selmer R, Olsen K, Sulo G, Kvåle R. Hjerte- og karsykdommer i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 26.11.2021; lest 11.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
63. Folkehelseinstituttet. Hjerte- og karregisteret. Total forekomst: Utvalgte diagnoser, antall pasienter. I: Statistikk fra Folkehelseinstituttet [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 01.12.2025; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://statistikk.fhi.no/hkr/SEZoMlr4ryp8CdJYcOwQ8uG06CIQmVIN>
64. Stene-Larsen K, Øien-Ødegaard C, Straiton ML, Reneflot A, Zahl PH, Myklestad I, et al. Selvmord i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 03.12.2025; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/>
65. Bruun T, Brandal L, Eriksen-Volle H-M, Greve-Isdahl M, Heldal E, Hyllestad S, et al. Smittsomme sykdommer. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 12.09.2022; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/smitte/smittsomme/>
66. Forthun I, Madsen C, Gulseth HL, Dahl J, Knudsen AKS. Dødelighet. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 13.10.2025; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/dodelighet/>

67. Folkehelseinstituttet. Statusrapport for luftveisinfeksjoner 2025-48. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdbf381ab52e6157/vedlegg/0.-ukerapporter-2025/statusrapport-for-luftveisinfeksjoner\\_2025-48.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdbf381ab52e6157/vedlegg/0.-ukerapporter-2025/statusrapport-for-luftveisinfeksjoner_2025-48.pdf)
68. Rappaport SM. Genetic Factors Are Not the Major Causes of Chronic Diseases. PLoS One 2016;11(4):e0154387. DOI: 10.1371/journal.pone.0154387
69. Dalene KE, Lergenmuller S, Sund ER, Hopstock LA, Robsahm TE, Nilssen Y, et al. Clustering and trajectories of key noncommunicable disease risk factors in Norway: the NCDNOR project. Sci Rep 2023;13(1):14479. DOI: 10.1038/s41598-023-41660-x
70. European Commission. Electronic cigarettes [nettdokument]. [oppdatert 16.04.2021; lest]. Tilgjengelig fra: [https://health.ec.europa.eu/publications/electronic-cigarettes\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/electronic-cigarettes_en)
71. Folkehelseinstituttet. Helseerisiko ved snusbruk. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/helserisiko-ved-snusbruk-rapport-2019-v2.pdf>
72. Folkehelseinstituttet. Adverse health effects of electronic cigarette use: an umbrella review and toxicological evaluation. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2022/adverse-health-effects-of-electronic-cigarette-use-an-umbrella-review-and-t/>
73. National Academies of Sciences Engineering aM. Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS). Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2016. 17.12.2025. Tilgjengelig fra: <https://www.nationalacademies.org/projects/HMD-BPH-16-02>
74. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. N Engl J Med 2014;370(1):60-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1308383>
75. SSB. Røyk, alkohol og andre rusmidler [nettdokument]. [oppdatert 23.10.2025; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>
76. Eurostat. Tobacco consumption statistics [nettdokument]. [oppdatert 01.05.2022; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco\\_consumption\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco_consumption_statistics)
77. International Agency for Research on Cancer. European Code Against Cancer [nettdokument]. [oppdatert 01.06.2024; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/>
78. Vedaa Ø, Knapstad M, Nilsen TS, Aarø LE, Bang Nes R, Hussaini L, et al. Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2025/folkehelseundersokelsen-i-oslo-2024-fremgangsmate-og-utvalgte-resultater>
79. Helsedirektoratet. Norkost 4. Oslo: Helsedirektoratet; 2024. 12.12.2025. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/norkost-4>
80. Abel MH, Totland TH. Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Rapport 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-nhus-2020.pdf>
81. Nordic Council of Ministers, Secretary of the Nordic Council of Ministers. NORMO 2025 – Nordic Monitoring 2014–2024 [nettdokument]. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.norden.org/en/publication/normo-2025-nordic-monitoring-2014-2024>
82. Spilker RS, Kumar BN, Labberton AS, Olsen AO, Syse A, Hussaini L, et al. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge

- [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 26.08.2022; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>
83. Abel MH, Lund-Iversen K, Torheim LE, Brantsæter AL. Bruk av energidrikker i aldersgruppen 10-18 år – Resultater fra landsrepresentative spørreundersøkelser i perioden 2015-2023. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2023/bruk-av-energidrikker-i-aldersgruppen-10-18-ar-resultater-fra-landsrepresentative-sporreundersokelser-i-perioden-2015-2023/>
  84. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and public policy: Oxford University Press; 2003. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1093/oso/9780192632616.001.0001>
  85. Bye EK, Moan IS. Bruk av alkohol og illegale rusmidler blant ungdom og unge voksne i Norge (1995-2024). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/cbbc3ae00feb45549834fb2ac0edc2ae/bruk-av-alkohol-og-illegale-rusmidler-blant-ungdom-og-unge-voksne.pdf>
  86. Bye EK, Moan IS. Trends in older adults' alcohol use in Norway 1985–2019. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2020;37(5):444-58. DOI: 10.1177/1455072520954325
  87. Folkehelseinstituttet. Alkoholrelaterte skader og sykdommer registrert hos legevakt [nettdokument]. [oppdatert 01.06.2024; lest]. Tilgjengelig fra: [https://statistikk.fhi.no/kpr/arcEpCyFqkEyXIP\\_22yF6b8ExU-KP128?AAR=2017,2018,2019,2020,2021,2022,2023,2024&TILSTANDSGRUPPE=P15,P16&KJONN=1,2,9000&MEASURE\\_TYPE=ANT\\_PAS&DIAGRAM\\_TYPE=line](https://statistikk.fhi.no/kpr/arcEpCyFqkEyXIP_22yF6b8ExU-KP128?AAR=2017,2018,2019,2020,2021,2022,2023,2024&TILSTANDSGRUPPE=P15,P16&KJONN=1,2,9000&MEASURE_TYPE=ANT_PAS&DIAGRAM_TYPE=line)
  88. Petrovic D, de Mestral C, Bochud M, Bartley M, Kivimäki M, Vineis P, et al. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Prev Med* 2018;113:15-31. DOI: 10.1016/j.ypmed.2018.05.003
  89. Rossow I. Alkoholskade paradokset. I: nettdokument]. Oslo: Cappelen Damm Akademisk / CDForskning [oppdatert 15.09.2023; lest 10.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://cdforskning.no/cdf/catalog/book/233#chapters>
  90. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet Public Health* 2020;5(6):e324-e32. DOI: 10.1016/s2468-2667(20)30052-9
  91. Weichselbaum L, Kupferman J, Kwong AJ, Moreno C. "The alcohol-harm paradox": Understanding socioeconomic inequalities in liver disease. *JHEP Rep* 2025;7(9):101480. DOI: 10.1016/j.jhepr.2025.101480
  92. Burton R, Fryers PT, Sharpe C, Clarke Z, Henn C, Hydes T, et al. The independent and joint risks of alcohol consumption, smoking, and excess weight on morbidity and mortality: a systematic review and meta-analysis exploring synergistic associations. *Public Health* 2024;226:39-52. DOI: 10.1016/j.puhe.2023.10.035
  93. Ekelund U, Nystad W. Fysisk aktivitet. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/levevaner/fysisk-aktivitet/>
  94. Helsedirektoratet. Narkotikautløste dødsfall i Norge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28.10.2025; lest 12.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/narkotikautloste-dodsfall-i-norge>
  95. Meyer HE, Bergh IH. Overvekt og fedme. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 20.10.2023; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
  96. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme blant voksne (indikator 14). I: Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert

- 16.02.2021; lest 12.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/overvekt/voksne/>
97. Folkehelseinstituttet. Legemiddelregisteret statistikk: GLP-1 analoger for vektreduksjon, kvinner og menn, aldersgruppe 5 [nettdokument]. [oppdatert 31.3.2025; lest]. Tilgjengelig fra: [https://statistikk.fhi.no/lmr/i-3NIQfIDgNWOTjctjzkDijvN\\_WDV4fu?Legemiddelgruppe\\_Verdi=GLP1AnalogerForVektreduksjon&Kjonn\\_Verdi=2,1&Aldersgruppe\\_Verdi=5&Utlevering\\_Ar=2020,2021,2022,2023,2024&MEASURE\\_TYPE=Brukere\\_Per1000\\_Innbyggere](https://statistikk.fhi.no/lmr/i-3NIQfIDgNWOTjctjzkDijvN_WDV4fu?Legemiddelgruppe_Verdi=GLP1AnalogerForVektreduksjon&Kjonn_Verdi=2,1&Aldersgruppe_Verdi=5&Utlevering_Ar=2020,2021,2022,2023,2024&MEASURE_TYPE=Brukere_Per1000_Innbyggere)
98. Folkehelseinstituttet. Høyt blodtrykk (indikator 11) [nettdokument]. [oppdatert 16.02.2021; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/blodtrykk/hoyt-bt/>
99. Forthun I, Madsen C, Schwinger C, Knudsen AKS. Sykdomsbyrde i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 13.10.2025; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/sykdomsbyrde/>
100. Folkehelseinstituttet. Diabetes (indikator) [nettdokument]. [oppdatert 05.12.2024; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/dodelighet-sykkelighet/diabetes/>
101. Folkehelseinstituttet. Høyt kolesterol (indikator 17) [nettdokument]. [oppdatert 16.02.2021; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/kolesterol/kolesterol/>
102. Folkehelseinstituttet. Forebygging og risikofaktorer – Beskytt deg mot kreftfremkallende stoffer [nettdokument]. [oppdatert 15.05.2025; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kreft/forebygging-av-kreft/#beskytt-deg-mot-kreftfremkallende-stoffer>
103. STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk. (STAMI-rapport). nr. 4. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt. 2021.
104. SSB. Statistikkbank tabell 10914: Rapporterte arbeidsulykker, etter kjønn, alder, fravær og næring (SN2007) 2014 - 2024 [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 10.12.2025; lest 12.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10914>
105. SSB. Statistikkbank tabell 10913: Arbeidsulykker med dødelig utfall, etter tilsynsmyndighet og næring (SN2007) 2000 - 2024 [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 10.12.2025; lest 12.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10913>
106. GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990&#x2013;2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet 2025. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01637-X
107. Institute for Health M, Evaluation. GBD Compare [nettdokument]. [oppdatert 12.12.2025; lest]. Tilgjengelig fra: <http://ihmeuw.org/7bm2>
108. Låg M, Kocbach Bølling A. Luftforurensning i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11.02.2022; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/miljo/luftforureining--i-noreg/>
109. Bessems J, Buekers J, Engelmann N, Kienzler S, Martucci C, Plass D, et al. Environmental health risks to children and adolescents: an umbrella review on chemicals [report]. Copenhagen: European Topic Centre on Human Health and the Environment (ETC-HE); 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.eionet.europa.eu/etcs/etc-he/products/etc-he-products/etc-he-reports/etc-he-report-2023-14-environmental-health-risks-to-children-and-adolescents-an-umbrella-review-on->

- [chemicals/@download/file/ETC\\_HE\\_Report\\_2023-14\\_task\\_3.2.6.2\\_final%20to%20publish%2029-02-2024.pdf](#)
110. Landrigan PJ, Goldman LR. Children's vulnerability to toxic chemicals: a challenge and opportunity to strengthen health and environmental policy. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(5):842-50. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0151
  111. World Health Organization. Regional Office for Europe. Chemical safety [nettdokument]. [oppdatert 29.06.2023; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/chemical--safety>
  112. Husøy T, Knutsen HK, Haug LS, Lindeman B. Miljøgifter og helse i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 12.10.2023; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/miljo/miljogifter/>
  113. Iarc Monographs Working Group. Perfluorooctanoic Acid (PFOA) and Perfluorooctanesulfonic Acid (PFOS): IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans Volume 135 [nettdokument]. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2025. Tilgjengelig fra: <https://publications.iarc.who.int/636>
  114. Aasvang GM, Engdahl BL, Krog NH. Støy, helseplager og hørselstap. I: nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 03.02.2022; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/miljo/stoy/>
  115. Folkehelseinstituttet. anbefalte faglige normer for inneklime. Revisjon av kunnskapsgrunnlag og normer – 2015 [report]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. 978-82-8082-655-8. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/anbefalte-faglige-normer-for-innekl/>
  116. Folkehelseinstituttet. Inneklime i skoler og barnehager [report]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/74f7feab709b4ef4a79b0e8176c984f0/inneklime-i-skoler-og-barnehager.pdf>
  117. Folkehelseinstituttet. Ventilasjon og SARS-CoV-2: Oppsummering av kunnskap og anbefalinger [report]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/contentassets/0660e9e250164afdbc338074f064e0ae/2021\\_12\\_20\\_ventilasjon\\_sars\\_cov\\_2\\_finalr\\_sj\\_.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/0660e9e250164afdbc338074f064e0ae/2021_12_20_ventilasjon_sars_cov_2_finalr_sj_.pdf)
  118. Hassfjell CS, Grimsrud TK, Standing WJF, Tretli S. Lungekreftforekomst knyttet til radoneksponering i norske boliger. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017;137(14-15):1038-42. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0127
  119. Hong Y, Jang KS, Xie H. Meta-analysis of the association between indoor environmental pollution and lung cancer risk in never-smokers. *Am J Transl Res* 2025;17(8):5779-98. DOI: 10.62347/mkbq5855
  120. Direktoratet for strålevern og a. Nasjonalt aktsomhetskart for radon [nettdokument]. Oslo: Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet [oppdatert 20.06.2023; lest 18.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.dsa.no/radon/nasjonalt-aktsomhetskart-for-radon>
  121. Støle HS, Nilsen LTN, Joranger P. Beliefs, attitudes and perceptions to sun-tanning behaviour in the Norwegian population: a cross-sectional study using the health belief model. *BMC Public Health* 2019;19(1):206. DOI: 10.1186/s12889-019-6503-0
  122. Flor LS, Stein C, Gil GF, Khalil M, Herbert M, Aravkin AY, et al. Health effects associated with exposure of children to physical violence, psychological violence and neglect: a Burden of Proof study. *Nature Human Behaviour* 2025;9(6):1217-36. DOI: 10.1038/s41562-025-02143-3
  123. Augusti E-M, Hansen JT, Hellevik PM, Bergerud-Wichstrøm M, Ferschmann L, Asphjell MK. Utsatthet og bekymring for lovbrudd – sammenhenger med ungdommers helse

- (Trygg og ung-studien). Oslo ISBN - 978-82-8122-196-3 (print); 978-82-8122-194-9 (PDF) ISSN - 0809–9103: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2025. Tilgjengelig fra: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2025/10/NKVTS\\_Rapport\\_3-25\\_web\\_v3.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2025/10/NKVTS_Rapport_3-25_web_v3.pdf)
124. Frøyland LR, Lid S, Schwencke EO, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2023. Oslo: OsloMet - storbyuniversitetet; 2023. NOVA rapport 11. 23. Tilgjengelig fra: <https://nva.sikt.no/registration/0198cc5d66c3-b60747b5-eb0f-4fa8-8aac-0349a3252239>
125. Hafstad GS, Augusti E-M. Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS); 2019. Tilgjengelig fra: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport\\_4\\_19\\_UEVO.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf)
126. Breivik K, Larsen MH. Mobbing i skolen: Grunnleggende fakta og tiltak med vekt på Olweusprogrammet. I: Klepp K-I, Skogen JC, Aarø LE, red. Ungdom, livsstil, og helsefremmende arbeid, 5 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2023.
127. Utdanningsdirektoratet. Færre elever opplever mobbing og flere er motiverte [nettdokument]. [oppdatert 11.12.2025  
lest 15.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/analyser/2025/elevundersokelsen-farre-opplever-mobbing-flere-motiverte/>
128. Aakvaag HF, Hafstad GS, Hjemdal OK, Sandmoe A, Stene LE, Stensland SØ, et al. Vold og seksuelle overgrep. I: nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 03.01.2020; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/skader/vold/#om-vold>
129. GBD 2023 Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Children Collaborators. Disease burden attributable to intimate partner violence against females and sexual violence against children in 204 countries and territories, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet 2025. DOI: 10.1016/s0140-6736(25)02503-6
130. SSB. Innvandrere som ofre for anmeldte lovbrudd [nettdokument]. [oppdatert 01.02.2024; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen/artikler/innvandrere-som-ofre-for-anmeldte-lovbrudd>
131. Bufdir. Rekordår for saker om tvangsekteskap, æresrelatert vold og negativ sosial kontroll [nettdokument]. [oppdatert 3.3.2025; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/aktuelt/rekordar-for-saker-om-tvangsekteskap-aeresrelatert-vold-og-negativ-sosial-kontroll/>
132. OECD. Social Connections and Loneliness in OECD Countries. Paris: OECD Publishing; 2025. Tilgjengelig fra: [https://www.oecd.org/en/publications/social-connections-and-loneliness-in-oecd-countries\\_6df2d6a0-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/social-connections-and-loneliness-in-oecd-countries_6df2d6a0-en.html)
133. World Health Organization. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies – Report of the WHO Commission on Social Connection. Geneva: World Health Organization; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/978240112360>
134. Surén P, Abel MH, Bye EK, Solberg SL, Methi F, Bruun T, et al. Barn og unges fysiske helse [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 03.06.2022; lest 09.05.2025].
135. Bakken A. Ungdata 2024. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA/OsloMet; 2024. NOVA rapport. 6. 24. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/3145138>

136. FHI. Folkehelse rapportens tema utgave 2025: Barn og unges psykiske helse [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/>
137. Aase H, Pettersen JH, Bang L, Havdahl A, Biele G. Tidstrender i forekomst av ADHD-diagnoser. I: nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 28.05.2025; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/del-1-7/del-3-tidstrender-i-adhd-diagnoser-i-norge/>
138. Sivertsen B, Hysing M. Søvn og søvnevansker hos ungdom. I: Klepp K-I, Skogen JC, Aarø LE, red. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid, 5 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2023.
139. Hysing M, Petrie K, Harvey A, Lønning K-J, Sivertsen B. Loneliness Across the COVID-19 Pandemic: Risk Factors in Norwegian Young People. *Clinical Psychology in Europe* 2023;5. DOI: 10.32872/cpe.10483
140. Evensen M, Klitkou ST, Tollånes MC, Øverland S, Lyngstad TH, Vollset SE, et al. Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC medicine* 2021;19(1):152. DOI: 10.1186/s12916-021-02022-4
141. Andersen ML, Reme B-A, Wörn J. Sosial ulikhet i psykisk helse hos barn og unge. I: nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2025/05/28; lest 2025/11/26]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/del-1-7/del-4-sosial-ulikhet-i-psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
142. Institute for Health Metrics Evaluation. GBD Compare [nettdokument]. [oppdatert 25.11.2025; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <http://ihmeuw.org/7axv>
143. Lund I, Moan IS. The role of alcohol use and cigarette smoking in sickness absence: Are there social inequalities? *International Journal of Drug Policy* 2021;94:103190. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103190>
144. Lund I, Moan IS, Edvardsen HME. The relative impact of smoking, alcohol use and drug use on general sickness absence among Norwegian employees. *BMC Public Health* 2019;19(1):500. DOI: 10.1186/s12889-019-6891-1
145. Edvardsen HM, Moan IS, Christophersen AS, Gjerde H. Use of alcohol and drugs by employees in selected business areas in Norway: a study using oral fluid testing and questionnaires. *J Occup Med Toxicol* 2015;10:46. DOI: 10.1186/s12995-015-0087-0
146. Schou L, Moan IS. Alcohol use-sickness absence association and the moderating role of gender and socioeconomic status: A literature review. *Drug Alcohol Rev* 2016;35(2):158-69. DOI: 10.1111/dar.12278
147. Moan IS, Halkjelsvik T. Socio-demographic differences in alcohol-related work impairment. *Addiction* 2021;116(4):771-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.15202>
148. Thørrisen MM, Bonsaksen T, Hashemi N, Kjekken I, van Mechelen W, Aas RW. Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review. *BMJ Open* 2019;9(7):e029184. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029184
149. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019;394(10211):1827-35. DOI: 10.1016/s0140-6736(19)32316-5
150. Tesli M, Degerud E, Plana-Ripoll O, Gustavson K, Torvik FA, Ystrom E, et al. Educational attainment and mortality in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2022;145(5):481-93. DOI: 10.1111/acps.13407
151. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One* 2018;13(8):e0202028. DOI: 10.1371/journal.pone.0202028

152. Plana-Ripoll O, Musliner KL, Dalsgaard S, Momen NC, Weye N, Christensen MK, et al. Nature and prevalence of combinations of mental disorders and their association with excess mortality in a population-based cohort study. *World Psychiatry* 2020;19(3):339-49. DOI: 10.1002/wps.20802
153. Strand BH, Berg CL, Syse A, Nielsen CS, Skirbekk VF, Hansen T, et al. Helse hos eldre. I: nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 13.03.2023; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/eldre/>
154. Meyer HE, Holvik K. Beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd) [nettdokument]. [oppdatert 27.03.2025; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/>
155. Folkehelseinstituttet. For tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (indikator 1) [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 26.11.2025; lest 18.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/dodelighet-sykelighet/for-tidlig-dod/>
156. Larsen IK, Kjerpeseth LJ. Kreft i Norge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 4.9.2025; lest 14.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/#forskjeller-i-befolkningen>
157. Folkehelseinstituttet. Alkoholbruk i den voksne befolkningen [nettdokument]. [oppdatert 15.12.2025; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholnorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>
158. Steingrimsdottir OA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2017;158(11):2092-107. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001009
159. Blom S. Innvanderers helse 2005/2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/innvanderers-helse-2005-2006>
160. Kjøllesdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R, et al. Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvandrere-i-norge-levekarsundersokelse-blant-innvandrere-2016/>
161. Torheim LE, Broderstad AR, Melhus M, Nilsen TS, Leino T, Tvedten HM, et al. Helse i den samiske befolkningen. I: nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 07.03.2024; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/helse-i-den-samiske-befolkningen/>
162. Folkehelseinstituttet. Hets og diskriminering av samer: En systematisk hurtigoversikt [report]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/be3ab627824c47198c6837c61596dd30/hets-og-diskriminering-av-samer-en-systematisk-hurtigoversikt-rapport-2024.pdf>
163. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 [nettdokument]. Geneva: World Health Organization; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
164. World Health Organization. WHO NCD Accountability Framework for NCD Implementation Roadmap. Geneva: World Health Organization; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/m/item/who-ncd-accountability-framework-for-ncd-implementation-roadmap>
165. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringens strategi for ikke-smittsomme sykdommer 2013–2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra:

- [https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd\\_strategi\\_060913.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf)
166. Folkehelseinstituttet. Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer knyttet til den nasjonale og globale NCD-strategien [nettdokument]. [oppdatert 07.01.2025; lest 12.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/>
  167. Helse- og omsorgsdepartementet. En motstandsdyktig helseberedskap – fra pandemi til krig i Europa [stortingsmelding]. Oslo: Regjeringen; 2023. Meld St 5 (2023–2024). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20232024/id3015776/>
  168. Kanem N, Murray CJL, Horton R. The <em>Lancet</em> Commission on 21st-Century Global Health Threats. *The Lancet* 2023;401(10370):10-1. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02576-4
  169. Helse- og omsorgsdepartementet. Risiko- og sårbarhetsanalyse for helse- og omsorgssektoren. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/4766164a9cb84668a438bb6fe72901dd/no/pdfs/risiko-og-sarbarhetsanalyse-for-helse-og-omsorgs.pdf>
  170. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019 [nettdokument]. [oppdatert 14.01.2019; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
  171. European Commission. HERA factsheet: Health threats and medical countermeasures [nettdokument]. [oppdatert 15.07.2022; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-07/hera\\_factsheet\\_health-threat\\_mcm.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-07/hera_factsheet_health-threat_mcm.pdf)
  172. European Centre for Disease P, Control. Future challenges for infectious disease prevention and control. Stockholm: ECDC; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/future-challenges-infectious-disease-prevention-control.pdf>
  173. World Health Organization. Health and climate change [nettdokument]. [oppdatert 05.12.2018; lest 25.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-and-climate-change#:~:text=Climate%20changes%20threatens%20access%20to%20clean%20air%2C%20safe,and%20increased%20spread%20of%20mosquito-borne%20diseases%20like%20malaria.>
  174. Comont R. Climate change effects on urban pest insects. *CABI* 2017:1–14. DOI: 10.1079/9781780645377.0001
  175. Rødland EK, Valen H, Vist GE, von Krogh A, Krog NH, Fernández LV. Helsekonsekvenser av klimaendringer i Norden: en kunnskapskartlegging. . 2026 (upubl.). HI Rapport - forventet publisert Januar 2026.
  176. Cames M, Helmers E. Critical evaluation of the European diesel car boom - global comparison, environmental effects and various national strategies. *Environmental Sciences Europe* 2013;25(1):15. DOI: 10.1186/2190-4715-25-15
  177. Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Klima- og miljødepartementet, Utenriksdepartementet. Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033 [nettdokument]. Oslo: Regjeringen [oppdatert 25.09.2024; lest 15.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-en-helse-strategi-mot-antimikrobiell-resistens-20242033/id3054035/>
  178. Global Preparedness Monitoring Board. The Changing Face of Pandemic Risk – 2024 Report. Genève: Global Preparedness Monitoring Board; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.gpmb.org/reports/m/item/the-changing-face-of-pandemic-risk-2024-report>

179. van Daalen KR, Romanello M, Rocklöv J, Semenza JC, Tonne C, Markandya A, et al. The 2022 Europe report of the *Lancet* Countdown on health and climate change: towards a climate resilient future. *The Lancet Public Health* 2022;7(11):e942-e65. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00197-9
180. Romanello M, Napoli Cd, Green C, Kennard H, Lampard P, Scamman D, et al. The 2023 report of the *Lancet* Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *The Lancet* 2023;402(10419):2346-94. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)01859-7
181. Folkehelseinstituttet. Mulige trusler fra smittsomme sykdommer [lest 25. januar]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/3.-mulige-trusler-fra-smittsomme-sykdommer?term=#klima-og-miljendringer-kan-gi-mer-smittsomme-sykdommer>
182. Cotes-Perdomo A, Soleng A, Alfsnes K, Andreassen Å. First report of the taiga tick *Ixodes persulcatus* in Norway. *Ticks Tick Borne Dis* 2025;16(4):102508. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2025.102508>
183. Semenza JC, Ko AI. Waterborne Diseases That Are Sensitive to Climate Variability and Climate Change. *New England Journal of Medicine* 2023;389(23):2175-87. DOI: 10.1056/NEJMra2300794
184. Folkehelseinstituttet. Vibrio- og Shewanellainfeksjoner - veileder for helsepersonell [lest 26. januar]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/vibrionaceaeinfeksjoner-diverse-art/?term=#om-vibrioninfeksjoner>
185. Dupouey J, Faucher B, Edouard S, Richet H, Kodjo A, Drancourt M, et al. Human leptospirosis: An emerging risk in Europe? *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2014;37(2):77-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cimid.2013.12.002>
186. Naghavi M, Vollset SE, Ikuta KS, Swetschinski LR, Gray AP, Wool EE, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990&#x2013;2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. *The Lancet* 2024;404(10459):1199-226. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01867-1
187. Pallett SJC, Boyd SE, O'Shea MK, Martin J, Jenkins DR, Hutley EJ. The contribution of human conflict to the development of antimicrobial resistance. *Communications Medicine* 2023;3(1):153. DOI: 10.1038/s43856-023-00386-7
188. The Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania. Public Not Highly Knowledgeable About Safety of MMR Vaccine or Risks of Getting Measles [nettdokument]. [oppdatert 30.10.2025; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.annenbergpublicpolicycenter.org/public-not-highly-knowledgeable-about-safety-of-mmr-vaccine-or-risks-of-getting-measles/>
189. Steens A, Stefanoff P, Daae A, Vestrheim DF, Riise Bergsaker MA. High overall confidence in childhood vaccination in Norway, slightly lower among the unemployed and those with a lower level of education. *Vaccine* 2020;38(29):4536-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.011>
190. World Health Organization Regional Office for Europe. Tailoring Immunization Programmes (TIP). Copenhagen: World Health Organization; 2019. 9789289054492. Tilgjengelig fra: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329448/9789289054492-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
191. Gleditsch RN, Breines MR, Bråten B. Vaksinerings i voksen alder: Barrierer og drivere sett fra perspektiver til vaksinetilbydere og vaksinemottakere. Oslo: Fafo; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/vaksinerings-i-voksen-alder>
192. Folkehelseinstituttet. Verktøykasse for et likeverdig vaksinasjonstilbud – håndbok for helsepersonell [nettdokument]. [oppdatert 06.06.2025; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksinasjon/verktoykasse/>

193. Folkehelseinstituttet. Erfaringer fra koronapandemien: Lærdommer og anbefalinger for FHI og den nasjonale beredskapen. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. 978-82-8406-381-2. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/e3ba9cf5d77b4454911b9c4813a1d7e7/erfaringer-fra-koronapandemien---rapport-2023---staende.pdf>
194. Dong L, Nygård M, Hansen BT. Sociodemographic Correlates of Human Papillomavirus Vaccine Uptake: Opportunistic and Catch-Up Vaccination in Norway. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2021; 13(14):[3483 s.].
195. Feiring B, Laake I, Molden T, Cappelen I, Håberg SE, Magnus P, et al. Do parental education and income matter? A nationwide register-based study on HPV vaccine uptake in the school-based immunisation programme in Norway. *BMJ Open* 2015;5(5):e006422. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006422
196. Bentsdal YE, Berild JD, Bergsaker MR, Bruun T, Dvergsdal E, Einhaug A, et al. Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge: Rapport for 2024. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. 978-82-8406-505-2. Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/contentassets/553098060f47435196470e83b285985b/barnevaksinasjonsprogrammet-i-norge\\_rapport-2024-rev.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/553098060f47435196470e83b285985b/barnevaksinasjonsprogrammet-i-norge_rapport-2024-rev.pdf)
197. Orderud GI, Ruud ME, Wiig H, Tronstad KR. Covid-19: informasjon, etterlevelse og vaksinasjon blant innvandrere – en kunnskapsoppsummering. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet; 2021. 978-82-8309-344-5. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2761809/2021-11.pdf?sequence=1>
198. JA Terror Project. Literature review of state-of-the-art of synthetic biology. Brussel: JATerror Consortium; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.jaterror.eu/wp-content/uploads/2024/11/8.1-Literature-review-of-state-of-the-art-of-synthetic-biology.pdf>
199. JA Terror Project. Risk assessments and recommendations on governance guidelines of the use of synthetic biology. Brussel: JATerror Consortium; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.jaterror.eu/wp-content/uploads/2024/11/8.2-Risk-assessments-and-recommendations-on-governance-guidelines-of-the-use-of-synthetic-biology.pdf>
200. Renwick DV, Heinrich A, Weisman R, Arvanaghi H, Rotert K. Potential Public Health Impacts of Deteriorating Distribution System Infrastructure. *J Am Water Works Assoc* 2019;111(2):42-53. DOI: 10.1002/awwa.1235
201. Levy K, Woster AP, Goldstein RS, Carlton EJ. Untangling the Impacts of Climate Change on Waterborne Diseases: a Systematic Review of Relationships between Diarrheal Diseases and Temperature, Rainfall, Flooding, and Drought. *Environ Sci Technol* 2016;50(10):4905-22. DOI: 10.1021/acs.est.5b06186
202. Hyllestad S, Amato E, Nygård K, Vold L, Aavitsland P. The effectiveness of syndromic surveillance for the early detection of waterborne outbreaks: a systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2021;21(1):696. DOI: 10.1186/s12879-021-06387-y
203. Chyzheuskaya A, Cormican M, Srivinas R, O'Donovan D, Prendergast M, O'Donoghue C, et al. Economic assessment of waterborne outbreak of cryptosporidiosis. *Emerg Infect Dis* 2017;23(10):1650-6. DOI: 10.3201/eid2310.152037
204. Larsson C, Andersson Y, Allestam G, Lindqvist A, Nenonen N, Bergstedt O. Epidemiology and estimated costs of a large waterborne outbreak of norovirus infection in Sweden. *Epidemiol Infect* 2014;142(3):592-600. DOI: 10.1017/S0950268813001209
205. Huovinen E, Laine J, Virtanen MJ, Snellman M, Hujanen T, Kiiskinen U, et al. Excess healthcare costs of a large waterborne outbreak in Finland. *Scandinavian journal of public health* 2013;41(7):761-6. DOI: 10.1177/1403494813490450
206. Hyllestad S, Iversen A, MacDonald E, Amato E, Borge B, Bøe A, et al. Large waterborne *Campylobacter* outbreak: use of multiple approaches to investigate contamination of

- the drinking water supply system, Norway, June 2019. *Eurosurveillance* 2020;25(35):2000011. DOI: doi:<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.35.2000011>
207. Bekkelund A, Langlete P, Nordheim CF, Ziesler TA, Madslie EH, Hyllestad S. Extreme weather and drinking water safety: impacts of the 2023 flood Hans in Norway. *Int J Hyg Environ Health* 2025;270:114677. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2025.114677>
208. Nasjonal sikkerhetsmyndighet. NSM oppfordrer virksomheter til å styrke egen sikkerhet [nettdokument]. [oppdatert 21.05.2025; lest 26.11.2025]. Tilgjengelig fra: <https://nsm.no/aktuelt/nsm-oppfordrer-virksomheter-til-a-styrke-egen-sikkerhet/>
209. Knudsen AK, Allebeck P, Tollånes MC, Skogen JC, Iburg KM, McGrath JJ, et al. Life expectancy and disease burden in the Nordic countries: results from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *The Lancet Public Health* 2019;4(12):e658-e69. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30224-5
210. Folkehelseinstituttet. Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge: Oppfølging av den nasjonale strategien mot virale hepatitter. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/contentassets/f35ea65ab2694b408f0957fc4a9d695b/statusrapport\\_fhi\\_hdir\\_eliminasjon-hepatitt-b-og-c-norge\\_2023.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/f35ea65ab2694b408f0957fc4a9d695b/statusrapport_fhi_hdir_eliminasjon-hepatitt-b-og-c-norge_2023.pdf)
211. Whittaker R. Using linked national registry data and the ECDC HIV modelling tool to estimate HIV incidence and the proportion diagnosed in Norway up to 2023. *BMC Infectious Diseases* 2025;25(1):1115. DOI: 10.1186/s12879-025-11541-x
212. European C. State of Health in the EU: Companion Report 2017 [report]. Brussels: European Commission; 2017. Tilgjengelig fra: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-11/2017\\_companion\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-11/2017_companion_en_0.pdf)
213. SSB. 83 100 kroner per innbygger til helse i 2022 [nettdokument]. [oppdatert 01.06.2023; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap/artikler/83-100-kroner-per-innbygger-til-helse-i-2022>
214. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators [report]. Paris: OECD Publishing; 2025. Tilgjengelig fra: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_8f9e3f98-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html)
215. World Health Organization. Tackling NCDs. Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. . Geneva: World Health Organization; 2024. Tilgjengelig fra: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f6f90d96-8688-42e9-87ba-5c86e7f8e0e1/content>
216. Galea G, Ekberg A, Ciobanu A, Corbex M, Farrington J, Ferreira-Bores C, et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health – Europe* 2025;52. DOI: 10.1016/j.lanep.2025.101281
217. International Agency for Research on C. European Code Against Cancer: Cancer Screening Factsheet [nettdokument]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2025. Tilgjengelig fra: <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/08/14-european-code-against-cancer-cancer-screening-factsheet.pdf>

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Mars 2026  
Postboks 222 Skøyen  
NO-0213 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)