

Fysisk inaktivitet: Hva koster det samfunnet?

Steinar Strøm, Ingeborg Rasmussen, Jens Furuholmen

VISTA ANALYSE AS



Dokumentdetaljer

Vista Analyse AS	Rapport nummer 2017/14
Rapporttittel	Fysisk inaktivitet: Hva koster det samfunnet?
ISBN	978-82-8126-329-1
Forfatter	Steinar Strøm, Ingeborg Rasmussen, Jens Furuholmen
Dato for ferdigstilling	14.august 2017
Prosjektleder	Steinar Strøm
Kvalitetssikrer	Tyra Ekhaugen
Oppdragsgiver	Norsk Friluftsliv
Tilgjengelighet	Offentlig
Publisert	www.vista-analyse.no
Nøkkelord	Friluftsliv, fysisk inaktivitet, samfunnsøkonomiske effekter

Forord

Oppdragsgiver for denne rapporten er Norsk Friluftsliv.

Formålet med rapporten er å vise konsekvenser av usunn livsstil på folkehelsen og samfunnsøkonomien. Vi vil understreke at vi ser på de samfunnsmessige konsekvensene av endringer i fysisk inaktivitet og sterk overvekt. Vi ser følgelig ikke på de samlede konsekvensene for samfunnet av en fysisk inaktiv befolkning. Et nytt bidrag til den norske debatten er at vi tar i bruk en samfunnskalkulator som er basert på arbeid ved Uppsala Universitet. Den viser hvordan økninger i fysisk inaktivitet og sterk overvekt i nærmere angitte befolkningsgrupper kan føre til en økning i forventet antall personer med ulike sykdomsdiagnoser. Den viser videre virkninger på omfang av sykefravær og uførhet og de kostnader som disse konsekvensene har på samfunnsøkonomiske kostnader, og budsjetter til stat og kommuner. I tillegg gir vi en beregning av tap av kvalitetsjusterte leveår (QALY) som følge av økningen i fysisk inaktivitet og sterk overvekt. Vi viser forventete verdier og det er viktig å være klar over at ved alle slike anslag hefter det usikkerhet. Vi har tilpasset kalkulatoren til norske forhold. Vi viser beregninger for landet som helhet og for Drammen kommune. Noen av de fysisk inaktive kan ha en begrenset arbeidskapasitet og vi viser ved et eksempel den samfunnsøkonomiske kostnaden som skyldes at arbeidskapasiteten er mindre enn for personer med en sunnere livsstil. Det er viktig å understreke at det trengs mer informasjon om sammenhengene i Norge mellom en usunn livsstil, sykdommer, uførhet, begrenset arbeidskapasitet og samfunnsøkonomiske kostnader. Det er likevel grunnlag for å si at fysisk inaktivitet kan ha betydelige negative konsekvenser for samfunnet.

I denne rapporten har vi begrenset analysen til fysisk inaktivitet og de samfunnsøkonomiske konsekvensene i visse aldersgrupper. Når det gjelder manglende tilknytning til arbeidslivet ser vi på aldersgruppen 15-74 år, og når det gjelder sykdom som følge av fedme og fysisk inaktivitet ser vi på aldersgruppen 20-84 år. Vi ser med andre ord ikke på de samfunnsøkonomiske konsekvensene av fysisk inaktivitet blant barn og unge under 15 år og heller ikke blant eldre over 84 år.

Oslo 14. august 2017

Steinar Strøm

Prosjektleder

Vista Analyse AS

Innhold

Forord	1
Sammendrag.....	7
1. Innledning.....	11
2. Fysisk inaktivitet, overvekt, fedme og helse.....	12
2.1 Fysisk inaktivitet; konsekvenser og antall.....	12
2.2 Overvekt og fedme er nær korrelert	16
2.3 Sosioøkonomiske forskjeller	18
2.4 Opplevd helse og fysisk aktivitet	18
2.5 Oppsummering; andel fysisk inaktive og overvektige	19
3. En potensiell viktig samfunnsøkonomisk kostnad av inaktivitet	21
3.1 Samfunnsøkonomiske kostnader og nasjonalformue	21
3.2 Arbeidsstyrken og sysselsetting	21
3.3 Hva taper landet på redusert arbeidsstyrke?	27
4. Helsekalkulator – kostnaden av usunn livsstil	30
4.1 Den svenske RHS-modellen.....	31
4.2 Helsemodellen tilpasset norske forhold.....	32
4.3 Scenario A – svak økning i inaktivitet på kort sikt	36
4.4 Scenario B – svak økning i inaktivitet på mellomlang sikt.....	37
4.5 Scenario C – sterkere økning i inaktivitet på kort sikt	38
4.6 Scenario D – sterkere økning i inaktivitet på mellomlang sikt.....	39
4.7 Scenario Drammen –økning på mellomlang sikt.....	42
4.8 Svakheter ved helsemodellen.....	43
4.9 Begrenset arbeidskapasitet	43
4.10 Totale samfunnsøkonomiske kostnader.....	45
5. Hvem bærer kostnadene og hvem får gevinstene?	46
5.1 Forebygging og forbedring av helse – en investering	46
5.2 Statlig politikk viser kunnskap og gode intensjoner.....	47
5.3 Svake insentiver for å sikre tilstrekkelig innsats i kommunene	47
5.4 Virkemidlene mangler, hvem skal handle?.....	48
5.5 Hva kan gjøres?.....	49
Referanser	51

Figurer:

Figur 2.1 Hvor ofte vil du si at du driver med fysisk aktivitet i form av trening eller mosjon?	13
Figur 2.2 Hvor intenst trener eller mosjonerer du?	13
Figur 2.3 Andelen lite fysisk aktive (Folkehelseinstituttet). Prosent.....	14
Figur 2.4 Fysisk inaktive etter kjønn og alder. (Statistisk sentralbyrå). Prosent.....	14
Figur 2.5 Prosentandelen som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet stratifisert på kategorier av vekststatus. (N=2068)	17
Figur 2.6 Andel med overvekt og fedme i Norge (prosent).....	17
Figur 2.7 Svært dårlig eller dårlig helse, menn (prosent).....	19
Figur 2.8 Svært dårlig eller dårlig helse, kvinner (prosent).....	20
Figur 3.1 Andel sysselsatte (prosent).....	24
Figur 3.2 Sysselsatte i prosent av befolkningen 15-74 år: Sysselsettingsandelen (prosent)	24
Figur 3.3 Sysselsettingsandelen etter alder (prosent)	25
Figur 3.4 Sysselsettingsandelen blant unge etter kjønn (prosent)	25
Figur 3.5 Sysselsettingsandelen blant eldre etter kjønn (prosent)	26
Figur 3.6 Uføretrygdede (tusen).....	27
Figur 3.7 Uføretrygdede etter alder, unge kvinner	28
Figur 3.8 Uføretrygdede etter alder, gamle kvinner	28
Figur 3.9 Uføretrygdede etter alder, unge menn.....	29
Figur 3.10 Uføretrygdede etter alder, gamle menn.....	29
Figur 4.1 Bildet er fra nettsiden <i>hälsokalkylatorn.se</i> . Det viser nye sykdomstilfeller hvis den norske befolkningens livstil marginalt forverres for alle de fire risikofaktorene.	32
Figur 4.2 Kostnadsfordeling av behandling – scenario D	40
Figur 4.3 Kostnadsfordeling totalt – scenario D	40
Figur 5.1 Friluftsliv: Fra produksjon til utøvelse (konsum) til nytte.....	46
Figur 5.2 Friluftslivets tiltakskjede	49

Tabeller

Tabell 2.1. Gjennomsnittlig fysisk aktivitetsnivå og sedat tid blant deltakere med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn (N=383).....	16
Tabell 3.1 Personer i alderen 15-74 år, etter arbeidsstyrkestatus og kjønn	23
Tabell 4.1. Påviste sammenhenger mellom livsstil og sykdom.....	31
Tabell 4.2 Sykepenger og andel sykefravær/uførhet, årlig per person.....	34
Tabell 4.3. Kommunale kostnader, årlig per person (kr).....	35
Tabell 4.4 Scenario A +1 prosent fedme og +5prosent fysisk inaktivitet, år 5. Andeler i prosent.....	36
Tabell 4.5 Kostnader scenario A, år 5.....	36
Tabell 4.6 Scenario B. +1 prosent fedme og +5 prosent fysisk inaktivitet. År 10. Andeler i prosent.....	37
Tabell 4.7 Kostnader scenario B, mill. kr, år 5-10	37
Tabell 4.8 Scenario C. +2 prosent fedme og +10 prosent fysisk inaktivitet. År 5. Andeler i prosent.....	38
Tabell 4.9 Kostnader scenario C, år 5.....	38
Tabell 4.10 Scenario C. +2 prosent fedme og + 10 prosent fysisk inaktivitet, år 10. Andeler i prosent.....	39
Tabell 4.11 Kostnader scenario D, år 5-10	39
Tabell 4.12 Forventet tap av kvalitetsjusterte leveår (QALY) og forventet tap av antall gode år som følge av nedsatt funksjonsevne (DALY). Scenario D.....	42
Tabell 4.13 Kostnader scenario Drammen, år 5-10	42
Tabell 4.14 Kostnad ved 2 prosent økning i andelen med begrenset arbeidskapasitet.....	44

Tekstboks

Tekstboks 5.1 Bynært friluftsliv i Drammen. Et samarbeidsprosjekt som virker?.....	50
--	----

Sammendrag

I denne rapporten viser vi konsekvenser av fysisk inaktivitet og overvekt på folkehelsen og samfunnsøkonomien. Vi tar i bruk en kalkulator som er basert på arbeid ved Uppsala universitet for å beregne hvordan høyere andeler i befolkningen som er inaktive og overvektige slår ut i sykdomsforekomster. Deretter beregner vi kostnadene for samfunnet, og viser hvordan disse fordeler seg mellom stat og kommune. Det tar tid før en økning i fysisk inaktivitet og sterk overvekt fører til sykdommer. Vi gir et anslag på den samfunnsøkonomiske kostnaden når disse virkningene har oppstått. Økt forekomst av sykdommer fører til at flere mister år med fullgod kvalitet. Verdien av dette tapet blir beregnet. Flere med usunn livsstil kan også føre til at flere får en begrenset arbeidskapasitet. Dette gir et produksjonstap for landet. Verdien av dette tapet blir beregnet. De totale samfunnsøkonomiske kostnadene som følge av en økt andel fysisk inaktive (+10 prosent av befolkningen) og økt andel sterkt overvektige (+2 prosent av befolkningen) i 2017, er for året 2027 anslått til:

- 3 milliarder kr per år som følge av livsstilssykdommer (produksjonstap, behandlingskostnader og skattefinansieringskostnader (aldersgruppen 20-84 år)
- 4,7 milliarder kr per år (QALY, individers tap av leveår med full kvalitet, aldersgruppen 20-84 år)
- 25,5 milliarder kr per år som følge av at personer får en begrenset arbeidskapasitet og kan ikke jobbe som folk flest (produksjonstap, aldersgruppen 15-74 år)
- 9,5 milliarder kr per år som følge av at personer med en begrenset arbeidskapasitet ender opp med uføretrygd (produksjonstap og kostnader ved skattefinansiering av trygd, aldersgruppen 15-74 år)
- Totalt 42,7 milliarder kr per år.

Bare en liten andel av disse kostnadene belastes kommunene, slik at de har forholdsvis svake insentiver til å gjennomføre tiltak for å øke den fysiske aktiviteten. Stat og kommuner dekker kostnadene ved behandling av sykdommer. Disse behandlingskostnadene er imidlertid lave i forhold til det produksjonstap som følger av forventet sykefravær, uførhet og begrenset arbeidskapasitet.

Urovekkende lavt aktivitetsnivå i befolkning

Formålet med rapporten er å vise konsekvenser av fysisk inaktivitet på folkehelsen og samfunnsøkonomien. Anslagene for hvor stor andel i befolkningen i dag som er fysisk inaktive, er usikre. Resultatene fra ulike undersøkelser spriker, både med hensyn til andelen i dag, men også med hensyn på utviklingen de siste årene. Grunnene til dette er flere: Det er stort frafall i utvalgene som er undersøkt, sammensetningen er skjev blant de som svarer ved at personer med høyere utdanning er overrepresentert, og ved kontroll av selvrapportert fysisk aktivitet er det svært mange som overdriver hvor aktive de er. Vårt utgangspunkt når vi øker andelen som er fysisk inaktive, er basert på Statistisk sentralbyrås undersøkelser for 2017. Andelen fysisk inaktive falt frem til 2008. I de siste årene har den steget noe. Et forsiktig anslag er at omlag 15 prosent av den voksne befolkningen (20+ år) er fysisk inaktive i dag. Det er imidlertid grunn til å merke seg at Helsedirektoratet (2015) konkluderer med at: «Samtidig oppfyller fortsatt ikke nær to av tre voksne minimumsanbefalingene relatert til fysisk aktivitet. Det er urovekkende og viser at aktivitetsnivået generelt i befolkningen er lavt og at iverksatte tiltak ikke er tilstrekkelige.» Mye tyder derfor på at andelen i den voksne befolkningen som er fysisk inaktive i dag, er høyere enn 15 prosent.

Overvekt og fysisk aktivitet

Personer som er sterkt overvektige, er klart mindre fysisk aktive enn normalvektige personer. Denne klare sammenhengen og det faktum at det finnes mer eksakte anslag på vekt enn på fysisk aktivitet, gjør at andelen sterkt overvektige i befolkningen gir et nyttig supplement til andelen fysisk inaktive når en skal drøfte virkninger av fysisk inaktivitet på folkehelsen og samfunnsøkonomien. Anslag på andelen sterkt overvektige tyder på at denne i dag er noe over 15 prosent i den voksne befolkningen. Andelen har vært klart stigende de senere årene. Kilden er også her Statistisk sentralbyrå. Noe urovekkende er den høye andelen sterkt overvektige blant barn og unge, som kan innebære at andelen sterkt overvektige i den voksne befolkningen kan øke i årene fremover og mer enn hva utviklingen hittil har vært. Dette kan dermed også tilsa at andelen fysisk inaktive vil stige i årene fremover.

Hva koster det samfunnet om den negative utviklingen får fortsette?

Vi øker andelen i befolkningen som er fysisk inaktive fra nivået i 2017. Vi øker også andelen i befolkningen som er sterkt overvektige fra nivået i 2017. Disse økte andelenene er et eksperiment vi gjør. Men økningene kan også tolkes som forventete økninger i årene som kommer. Kostnadene vi beregner kan derfor også tolkes som hva det vil koste samfunnet dersom myndighetene ikke gjør noe for å begrense forverringen i folkehelsen.

En usunn livsstil knyttet til fysisk inaktivitet og sterk overvekt kan føre til helseproblemer, og i verste fall til alvorlige sykdommer. I denne rapporten benytter vi resultater fra analyser utført ved Uppsala universitet. Disse resultatene gjør det mulig å anslå forventet antall personer i ulike aldersgrupper i en befolkning som får ulike typer alvorlige sykdomsdiagnoser som følge av moderate økninger i fysisk inaktivitet og sterk overvekt. Det tar noe tid før fysisk inaktivitet og sterk overvekt gir seg utslag i sykdomsdiagnoser. I kalkulatoren ser vi på 5-10 år. Modellens anslag for antallet med ulike sykdomsdiagnoser bruker vi til å anslå forventete kostnader for samfunnet knyttet til sykefravær, uførhet og produksjonstap. Fordi det tar tid før sykdommer, sykefravær og uførhet slår inn for fullt, vil kostnadene være størst ved slutten av perioden vi ser på. Etter 10 år er kostnaden anslått til 3 milliarder kr på årsbasis. Denne kostnaden består av behandlingskostnader, produksjonstap på grunn av sykefravær og uførhet, samt skattefinansieringskostnader. Det er god grunn til å forvente at kostnadene per år øker etter 10-årsperioden. Flere kan bli alvorlig syke etter 10 år og flere kan få tilbakefall. Tolkningen av kostnaden per år er at det er den langsiktige kostnaden som følger av en usunn livsstil som etter hvert slår ut i alvorlige sykdommer.

Tap i kvalitetsjusterte leveår

Kalkulatoren gjør det også mulig å beregne tap av kvalitetsjusterte (gjenværende) leveår (QALY) som følge av den moderate økningen i andelen som er fysisk inaktive. En tilsvarende økning i andelen fysisk inaktive og overvektige som over, anslås å gi knappe 3 600 tapte kvalitetsjusterte leveår. I følge Helsedirektoratet (2014) kan et kvalitetsjustert leveår verdsettes til 1,12- 1,29 millioner kr i 2012-priser, avhengig av om personene deltar i arbeidslivet eller ikke. Denne verdsettingen er basert på en rente brukt til å diskontere ned fremtidige verdier på 4 prosent (NOU 2012:16). Verdien for hvert kvalitetsjustert leveår i 2017-priser er omlag 1,2- 1.4 millioner kr. Setter vi verdien til 1,3 millioner kr blir verdien av de 3 600 tapte leveårene 4,7 milliarder kr per år. Dette er et tap som bæres av individene.

Vi understreker at vi ser på virkninger på folkehelsen og samfunnsøkonomien av økninger i andelen som er fysisk inaktive og sterkt overvektige. Vi ser derfor ikke på de samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til dagens totale befolkning av fysisk inaktive.

Stat, kommune og individene deler på kostnadene ved inaktivitet

Vi har også undersøkt hvordan utgiftene fordeler seg på stat og kommune, ved å bruke Drammen kommune som eksempel. Drammen har en befolkning som utgjør omlag 1 prosent

av den norske befolkning. En økning i andelen som er fysisk inaktive og/eller sterkt overvektige, lik den økningen vi gjorde for hele landet, gir en samfunnsøkonomisk kostnad knyttet til økt forekomst av alvorlige sykdommer på 163 millioner kr over en ti-årsperiode. Den største delen av denne kostnaden er knyttet til økninger i andelen av befolkningen på sykepenger og uføretrygd. Dette gir økte utgifter over statsbudsjettet og, viktigst her, et produksjonstap for landet, men belaster Drammen i liten grad. Den direkte kostnadsbelastningen på Drammen kommunes budsjetter er derfor lav. Tiltak som kan gjøre noe med fysisk inaktivitet i befolkningen, er oftest lokale tiltak. Kostnadsbelastningen som vi beregner, gir Drammen svake økonomiske insentiver til å dra i gang slike tiltak. Vi viser likevel til interessante tiltak som er iverksatt i Drammen og som legger til rette for fysisk aktivitet nær der befolkningen bor.

Fysisk aktivitet virker på helsetilstanden og produktiviteten

Ikke alle med en usunn livsstil blir rammet av alvorlige sykdommer i tidlig alder. Mange arbeider eller er i stand til det. Som vist i en tidligere rapport (Vista Analyse 2016), har fysisk inaktivitet virkninger på helsetilstanden som igjen har negative virkninger på antall timer arbeidet og produktivitet. Flere personer med lav fysisk aktivitet kan også være uten arbeid, enten som registrert arbeidsledig eller utenfor arbeidsstyrken. Et stort flertall blant disse personene har i følge Helsedirektoratet (2015) et lavere fysisk aktivitetsnivå enn personer som er i arbeid.

Fall i arbeidsstyrken er alvorlig for samfunnsøkonomien

Siden 2008 har det vært en klar økning i andelen i befolkningen som ikke er i arbeidsstyrken, det vil si som verken er registrert sysselsatt eller arbeidsledig. Dette fallet i arbeidsstyrken er alvorlig for samfunnsøkonomien. Det er selvsagt mange grunner til at personer ikke er med i arbeidsstyrken. Usunn livsstil i form av fysisk inaktivitet og sterk overvekt kan bidra til at personer kommer i denne kategorien eller forsterke virkningen av andre faktorer. Vi har derfor beregnet produksjonstapet av en moderat økning i antall personer som kommer i denne gruppen av arbeidstakere med helseproblemer. I eksempelet antar vi at 2 prosent i aldersgruppen 20-64 år går over i en marginalisert gruppe, og med 40-50 prosent sannsynlighet for å fortsette i arbeidslivet. En slik reduksjon i arbeidsinnsatsen viser seg å gi kostnader for samfunnet på om lag 25,5 milliarder kr per år. De andre med 60-50 prosent sjans for ikke å fortsette i arbeidslivet, men ender opp som uføre, gir et tap for samfunnet beregnet til 9,5 milliarder kr per år.

Fysisk inaktivitet koster og bidrar til en negativ utvikling

Med våre eksempler kan en økt andel fysisk inaktive og/eller sterkt overvektige i den voksne del av befolkningen (20+) gi økte kostnader i en fremtidig likevekt for samfunnet på 42,7 milliarder kr per år. Kostnaden blir høyere dersom en tar med virkningen av en moderat økning i andelen fysisk inaktive og sterkt overvektige blant barn og unge, som kan gi konsekvenser for dem og samfunnet senere i livet. Anslagene er usikre.

Hva kan gjøres?

«Vi vet hva som virker, og vi må handle nå for å sikre fremtidens helse og velferd», skriver Helsedirektoratet. Likevel er det ingen ting som tyder på at den negative utviklingen er i ferd med å snu. Vi viser at kommunene, som er den aller viktigste tilretteleggeren, har svake budsjettmessige insentiver for å tilrettelegge for fysisk aktivitet i tilstrekkelig grad. Regjeringen vil at friluftsliv i nærmiljøet skal prioriteres i det offentlige friluftslivsarbeidet. Det er mange enkelttiltak som bekrefter at tilrettelegging av arealer, skilting og merking av stier i nærmiljøet *virker*. Friluftslivsorganisasjonene har kompetanse og har vist at de kan skape aktivitet, men har som frivillige organisasjoner begrensede ressurser og muligheter til å prioritere tiltak som går langt utover tilbud for egne medlemmer og potensielle nye

medlemmer. Dagens fragmenterte virkemiddelapparat og manglende langsiktighet i rammebetingelsene, har vist seg å ikke sikre tilstrekkelig aktivitet til å trygge fremtidens helse og velferd.

1. Innledning

Fysisk inaktivitet kan bidra til at muskler som ikke stimuleres blir svekket, derunder hjertemuskulaturen. Leddenes funksjon nedsettes, vekt bærende ledd kan bli svekket, kalktap kan gi benskjørhet, blodomløp kan bli dårligere, det kan hyppigere oppstå fordøyelsesproblemer, overvekt og fedme kan utvikle seg, ulike kreftformer kan forekomme, diabetes 2 kan inntreffe, blodtrykk kan øke og det kan hyppigere oppstå depresjoner (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000). Fysisk inaktivitet kan med andre ord bidra til en svekket helse i befolkningen. En svekket helse kan gi individer et dårligere liv og mest alvorlig er dette hvis helseproblemene inntreffer tidlig i livet.

En kan selvsagt mene at det bør være opp til den enkelte å foreta avveiningen på den ene siden mellom et inaktivt liv med kanskje kortvarige gevinster i form av fet mat, usunn drikke, stillesittende opplevelser, og på den annen side et mer fysisk aktivt og, på lengre sikt, sunnere liv. Et slikt synspunkt forutsetter at individene er mer eller mindre godt informerte om konsekvensene på kort, og ikke minst på lang, sikt av sine handlinger. Selv om de er noenlunde godt informerte, kan det være innslag av nåtidsskjevhet¹ som gjør at et mer fysisk aktivt og sunnere liv utsettes til i morgen, til i overmorgen, osv.

Mer informasjon om konsekvensene av fysisk inaktivitet og tilrettelegging for fysisk aktivitet, allerede fra individene er unge, kanskje spesielt nær der individene bor, kan bidra til at flere blir fysisk aktive og at færre vil angre på sin nåtidsskjevhet.

Det er heller ikke slik at individet selv bærer den fulle kostnaden ved sin fysiske inaktivitet. Den fysiske inaktiviteten kan føre til at individene må tas hånd om av helsevesenet. Dette er ressurskrevende og hvor individet selv, i alle fall i Norge, ikke betaler den fulle kostnaden ved behandlinger, sykefravær og eventuell (tidlig) uførhet og pensjonering. Dessuten kan helseproblemer i befolkningen gjøre at det arbeides mindre og dårligere. Det kan oppstå et produksjonstap for landet. Det er derfor grunner til at myndighetene i et land bør engasjere seg i å gjøre folk mer fysisk aktive.

I kapittel 2 vil se nærmere på tilstanden i landet med hensyn til fysisk inaktivitet. I kapittel 3 vil vi drøfte konsekvensene for samfunnet av at flere forlater arbeidsmarkedet. Dette «utenforskapet» har mange grunner, fysisk inaktivitet, fedme og dårligere folkehelse kan være noen av grunnene. I kapittel 4 presenterer vi en samfunnsøkonomisk kalkulator som kan vise hvordan fysisk inaktivitet og overvekt kan lede til sykdommer og dermed til sykefravær og uføretrygd og hvordan dette kan påvirke samfunnsøkonomien, samt stats- og kommunale budsjetter. Vi viser beregninger for landet som helhet og for Drammen kommune. Kalkulatoren er basert på en modell utviklet av svenske helseøkonomer på svenske data, men vi prøver å utvide den noe, samt gjøre den relevant for Norge. Ikke alle som er fysisk inaktive og/eller som er overvektige blir så syke at de ikke kan arbeide. Noen kan imidlertid ha en begrenset arbeidskapasitet og vi viser ved et eksempel den samfunnsøkonomiske kostnaden som skyldes at arbeidskapasiteten er mindre enn for personer med en sunnere livsstil. I kapittel 4 tar vi opp hvem som bærer kostnadene ved en fysisk inaktiv befolkning, hvem som får gevinstene ved å gjøre befolkningen mer fysisk aktive, og hvilke insentiver stat, kommuner og frivillige organisasjoner har for å gjøre befolkningen mer fysisk aktiv.

¹ Se Vista Analyse (2016) for en beskrivelse av nåtidsskjevhet

2. Fysisk inaktivitet, overvekt, fedme og helse

2.1 Fysisk inaktivitet; konsekvenser og antall

Sosial- og Helsedirektoratet (2000) definerer fysisk aktivitet som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå. Dermed vil personer bli karakterisert som fysisk inaktive dersom de beveger seg lite på jobb og i fritid, sitter og ligger mye, og benytter i stor grad motoriserte transport- og hjelpemidler. Direktoratet antar at en betydelig helsegevinst kan oppnås ved at de fysisk inaktive blir moderat mer aktive, eksemplifisert ved å gjennomføre daglig 30 minutter rask gange. Det er tilsynelatende ikke mye som skal til for å oppnå en betydelig helsegevinst, likevel er det en ikke liten del av befolkningene i flere land som ikke gjør dette. Direktoratet viser til anslag for USA som indikerer at hele 23 prosent av alle dødsfall kan tilskrives fysisk inaktivitet. Andre viktige årsaker til dødsfall i USA som trekkes frem er røyking (33 prosent), høyt kolesterol (23 prosent) og overvekt (24 prosent). Andelen summerer seg i prosent til over 100 og skyldes at flere personer kan høre til i flere risikokategorier. En viktig kombinasjon i den forbindelse er overvekt og fysisk inaktivitet.

Anslag på andelen i befolkningen i dag som er fysisk inaktive er usikker. Resultatene fra ulike undersøkelser spriker, både med hensyn til andelen i dag, men også med hensyn på utviklingen de siste årene. Andelen inaktive varierer mellom 9 prosent (Ipsos), 14 prosent (FHI) og 16 prosent (SSB). Det er kun Ipsos og SSB som har utfyllende tidsseriedata.

Andelen med stillesittende arbeid har økt de siste ti-årene. Fra 1970- til 1990-årene økte andelen fra 20 til 30-40 prosent for menn og fra 10 til 30 prosent for kvinner. Det er usikkert om økningen i fysisk aktivitet på fritiden har kompensert for endringen i arbeidslivet.

2.1.1 Ikke samsvar mellom selvrapporing og målinger

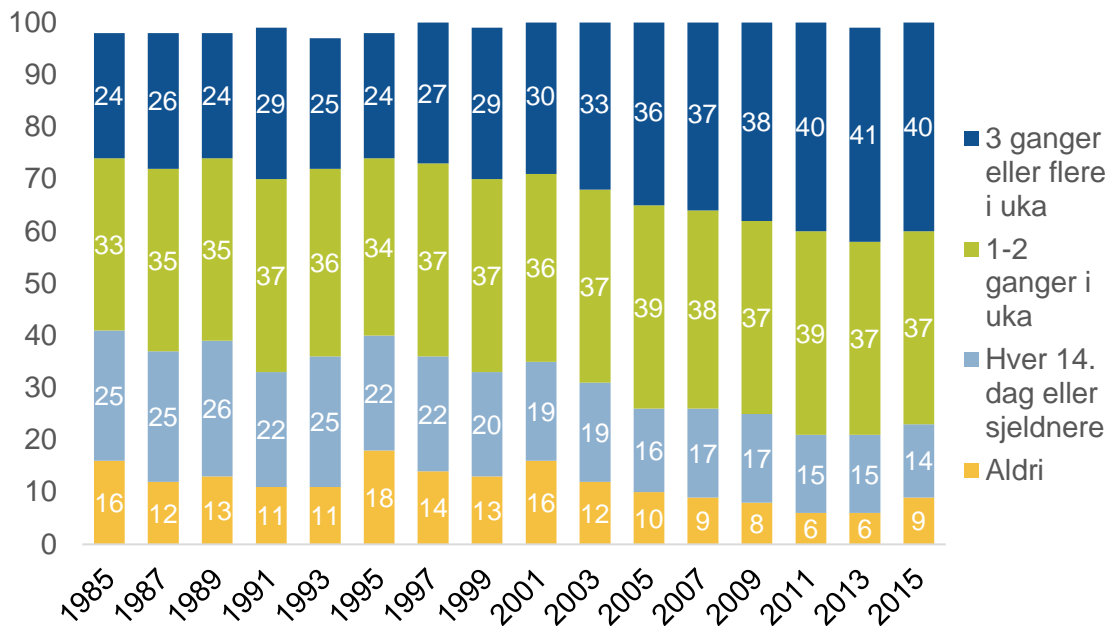
Det er viktig å stille spørsmål ved gyldigheten til resultatene i selvrapporterte undersøkelser. I en undersøkelse (Kan2) finner Helsedirektoratet at 66 prosent oppgir at de oppfyller Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet, men ved målinger finner man at bare 32 prosent oppfyller anbefalingene. Det peker i retning av betydelig overdrevne estimater for befolkningens aktivitetsnivå. Og dermed et for lavt anslag på andelen i befolkningen som er fysisk inaktive.

I Figur 2.1 viser vi andeler som svarer hvor ofte de driver med fysisk aktivitet, kilden er Ipsos, MMI. Vi ser at andelen som svarer at de *aldri* driver med fysisk aktivitet i form av trening og mosjon, har *sunket* de senere år fra over 10 prosent i siste del av 1980-årene til under 10 prosent de siste årene. Legger en til andelen som svarer at de driver med trening og mosjon hver 14. dag eller sjeldnere, så ser vi at summen av disse to andelen har sunket fra rundt 40 prosent i siste del av 1980-årene til rundt 25 prosent i de senere årene.

Om «trening og mosjon» inkluderer rask gange som Helsedirektoratet angir som moderat fysisk aktivitet, vet vi ikke. I 2015 blir imidlertid deltakerne i spørreundersøkelsen spurt om intensiteten i den trening og mosjon de foretar. Andelen er vist i

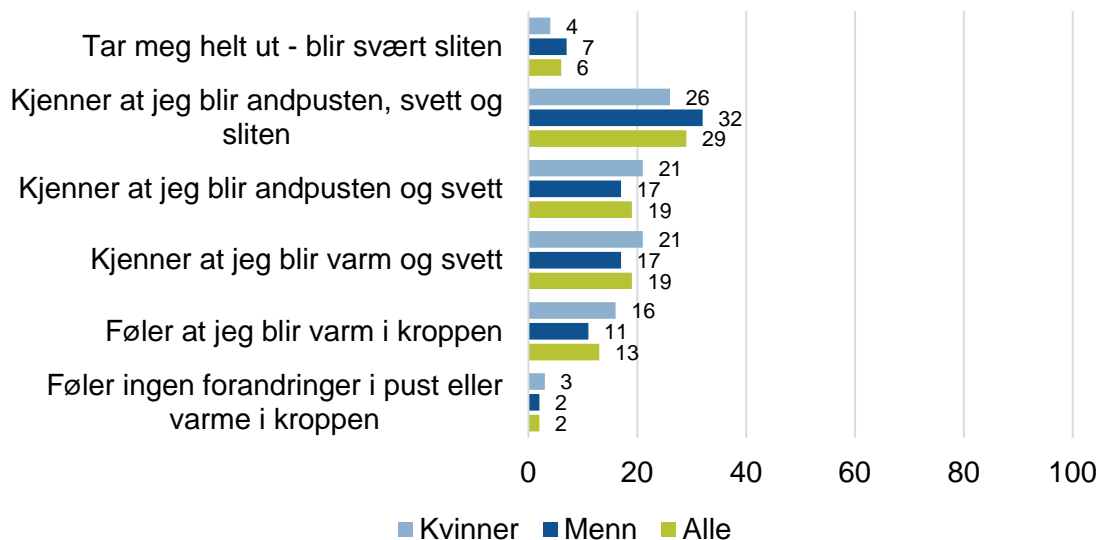
Figur 2.2. Hvis vi antar at rask gange vil innebære at en minst blir varm og svett, ser vi at omlag 15 prosent av menn og kvinner sett samlet ikke trener så intenst som rask gange skulle tilsi. I følge disse dataene kan dette tyde på at andelen i den voksne del av befolkningen i Norge som i dag er fysisk inaktive, er over 10 prosent

Figur 2.1 Hvor ofte vil du si at du driver med fysisk aktivitet i form av trening eller mosjon?



Kilde: Ipsos MMI, fysisk aktivitet og idrett i Norge (2016)

Figur 2.2 Hvor intenst trener eller mosjonerer du?



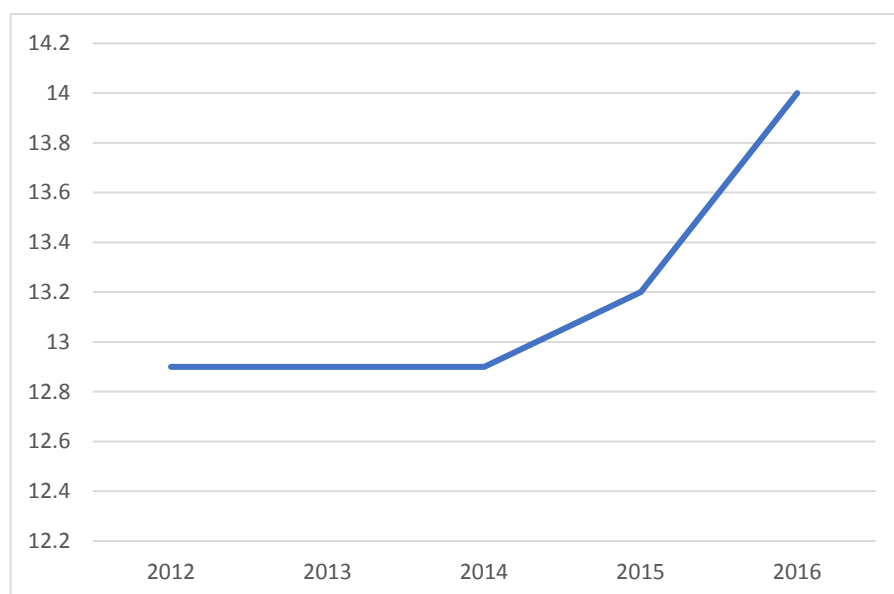
Kilde: Ipsos MMI, fysisk aktivitet og idrett i Norge (2016)

2.1.2 Fysisk inaktivitet øker med alder

Ipsos sine data tyder på at den fysiske inaktiviteten øker med alderen. Gitt alder, så viser data fra Ipsos at den fysiske inaktiviteten er noe høyere blant menn enn blant kvinner, og jo lavere utdanning og inntekten er.

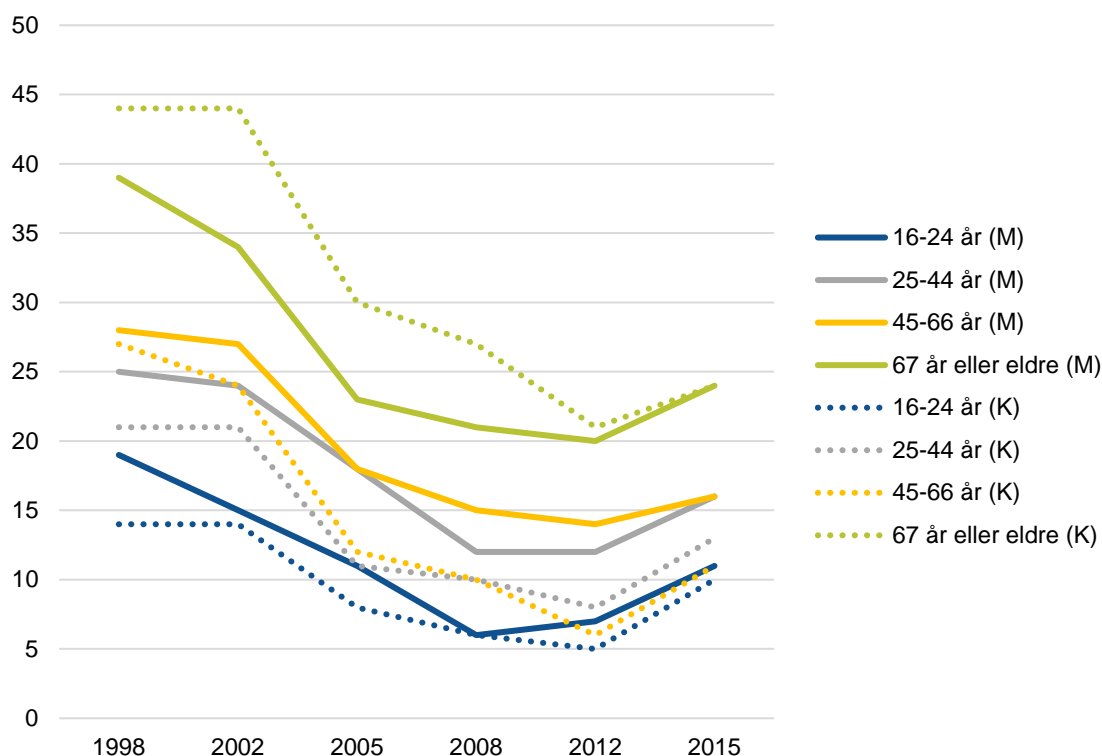
I Figur 2.3 viser vi Folkehelseinstituttets anslag på andelen lite fysisk aktive fra 2012 til 2016. Vi ser at anslaget viser en svak vekst i andelen i denne perioden.

Figur 2.3 Andelen lite fysisk aktive (Folkehelseinstituttet). Prosent.



I Figur 2.4 viser vi andeler som er fysisk inaktive etter alder. Kilden er Statistisk sentralbyrå. Vi ser at andelen har falt frem til 2012 for deretter å stige noe.

Figur 2.4 Fysisk inaktive etter kjønn og alder. (Statistisk sentralbyrå). Prosent.



2.1.3 Lavare aktivitetsnivå blant folk med ikke-vestlig bakgrunn

I Tabell 2.1 viser vi tall for fysisk aktivitet blant folk med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn. Kilden er Helsedirektoratet (2015). Grunnen til at vi trekker frem dette forholdet er at innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn har problemer med å bli integrert i det norske

arbeidsmarkedet. Årsakene til dette kan være mange. Fysisk inaktivitet kan forsterke disse problemene. Vi ser at det er en signifikant forskjell i fysisk aktivitet; personer med ikke-vestlig bakgrunn er mindre fysisk aktive enn personer med vestlig bakgrunn. Det kan være flere grunner til at innvandrere er mindre fysisk aktive enn innfødte i Norge. Grunnene kan være manglende integrering i arbeidslivet og mer stillesittende liv, kultur som gjør at fysisk aktivitet i form av turer i skog og mark ikke finner sted så ofte (den meste benyttete treningsform i følge data til Ipsos), mat-og drikkeskikker, mm.

Tabell 2.1. Gjennomsnittlig fysisk aktivitetsnivå og sedat tid blant deltakere med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn (N=383)

	Vestlige	Ikke-vestlige	Forskjell (95prosent KI)	P-verdi
Kvinner				
Fysisk aktivitet (telling/er/min)	354 (4)	302 (10)	51 (30,72)	<0.001
Skritt/dag	8461(81)	7263 (221)	1198 (728, 1667)	<0.001
Sedat tid (min/dag)	532 (2)	555 (5)	23 (11,34)	<0.001
Lett intensitet FA (min/dag)	302 (2)	284 (5)	18 (7, 29)	0.001
Sammenhengende FA med moderat-til- høy-intensitet (min(dag))	18 (1)	12 (1)	6 (3, 9)	<0.001
Oppfyller FA- anbefalingene	35	24	11	<0.001
Menn				
Fysisk aktivitet (telling/er/min)	357 (4)	347 (12)	10 (-15, 35)	0.43
Skritt/dag	8048 (81)	7699 (242)	349 (-163, 860)	0.18
Sedat tid (min/dag)	532 (2)	561 (7)	0 (-13, 14)	0.94
Lett intensitet FA (min/dag)	302 (2)	277 (6)	1 (-11, 14)	0.81
Sammenhengende FA med moderat-til- høy-intensitet (min(dag))	18 (1)	14 (1)	1 (-3, 2)	0.50
Oppfyller FA- anbefalingene	35	23	7	0.003

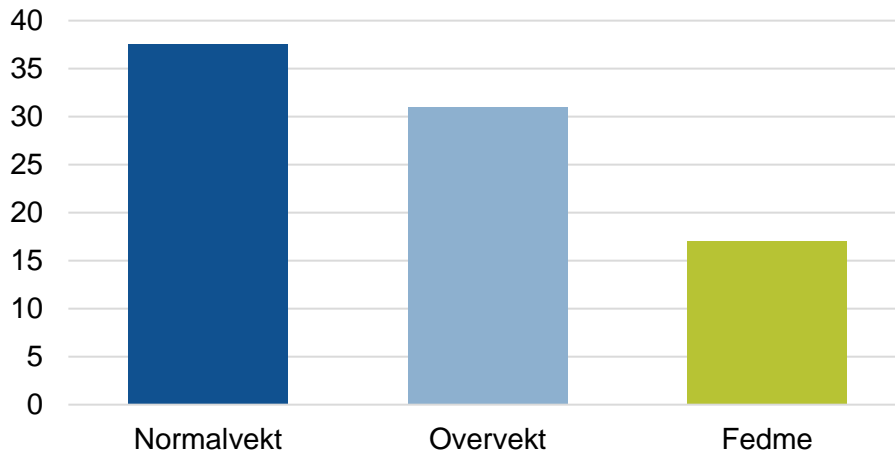
FA = fysisk aktivitet. Kilde: (Helsedirektoratet, 2015)

2.2 Overvekt og fedme er nær korrelert

Overvekt og fedme kan bidra til at folk er fysisk inaktive. Kombinasjonen av liten fysisk aktivitet og overvekt/fedme kan forsterke de negative helseeffektene av de to kategoriene sett hver for seg. I Figur 2.5 viser vi fysisk aktivitet for tre kategorier av vekt i den voksne norske befolkningen (Helsedirektoratet, 2015). Vi ser at overvektige personer, og spesielt

personer med fedme, har et klart lavere fysisk aktivitetsnivå enn personer med normal vekt. Hva som er årsak og virkning er ikke helt klart: Overvektige kan ha større problemer med å holde seg fysisk aktive, samtidig som lav fysisk aktivitet kan føre til overvekt og fedme, med andre ord en ond sirkel.

Figur 2.5 Prosentandelen som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet stratifisert på kategorier av vektsatus. (N=2068)

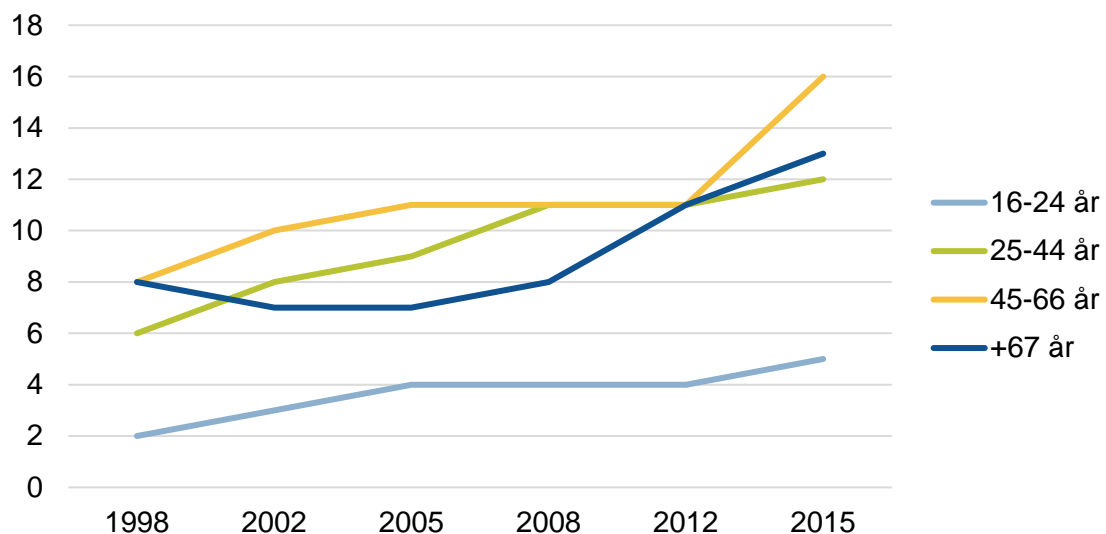


Kilde: Helsedirektoratet, 2015

I følge Helsedirektoratet (2015) har andelen kvinner og menn mellom 40-42 år med overvekt/fedme økt fra begynnelsen av 1960 til 1999. Samtidig viser kostholdsundersøkelser at energi-inntaket i den voksne befolkningen har vært forholdsvis stabilt i perioden. Tendensen med økt grad av overvekt og fedme i Norge har fortsatt siden 1999. I Figur 2.6 viser vi utviklingen i andelen med overvekt/fedme etter alder fra 1998 til 2015. Vi ser at andelen med overvekt/fedme har steget sterkt de senere årene. Det norske folk er rett og slett i ferd med å bli tynge.

Basert på resultater fra undersøkelsene etter 2000 kan vi si at vel 15 prosent av befolkningen er i dag sterkt overvektige.

Figur 2.6 Andel med overvekt og fedme i Norge (prosent)



Kilde: SSB

2.3 Sosioøkonomiske forskjeller

Det er sosioøkonomiske forskjeller i utviklingen av fedme og overvekt. 40-åringene med høy utdanning har i mindre grad fedme enn grupper med lavere utdanning. I Oslo er den voksne befolkningen tyngre i østlige enn i vestlige bydeler, særlig kvinner (Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001).

Blant innvandrere i Oslo varierer forekomsten av overvekt og fedme med etnisk bakgrunn. Andelen med KMI over 30 er størst blant kvinner fra Tyrkia og lavest blant menn fra Vietnam. Kvinner fra Sri Lanka og Pakistan har høyest liv-hofte-ratio. Dette viser helseundersøkelser blant innvandrere fra Asia og Afrika som ble gjennomført før 2005 (Kumar, 2005).

Overvekt og fedme er ikke bare et fenomen blant voksne (16+ år), også blant barn og unge kan overvekt og fedme være utbredt. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet definisjoner av overvekt og fedme for voksne. I mange land brukes det grenseverdier for kroppsmasseindekser, også tilpasset for barn og unge. De fleste overvektige barn er friske, men svært høy vekt og fedme kan gi helseproblemer i barne- og ungdomsårene. Overvektige barn og unge har en viss risiko for å utvikle overvekt og fedme i voksen alder. Spesielt vil dette kunne være tilfelle for barn med overvektige foreldre.

Årsakene til overvekt og fedme kan være mange og sammensatte som gener, kosthold og fysisk aktivitet. Folkehelseinstituttet viser til en barnevekststudie fra 2012. Denne studien viser at blant åtteårige gutter var 14 prosent overvektige, og blant jenter 18 prosent. Andelen med fedme blant disse barna (begge kjønn) var 3-4 prosent.

En undersøkelse av Helsedirektoratet fra 2011 viser at om lag 16-17 prosent av gutter og jenter i 15-16 års-alderen var overvektige. Andelen med fedme var om lag 2 prosent for jenter, og 3 prosent for gutter.

Vekt og høydemålinger fra Bergen og Tromsø viser at andelen særlig tunge barn hadde økt i perioden 1970-2006 (Bergen) og 1980-2005 (Tromsø). Årsaken til vektøkningen er en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Det er mange faktorer som påvirker denne ubalansen som arv, miljø, og økonomiske forhold, men også fysisk inaktivitet er en faktor som kan bidra til vektøkning blant barn og unge.

2.4 Opplevd helse og fysisk aktivitet

I Figur 2.7 og Figur 2.8 viser vi hva folk mener om sin egen helse. Data er basert på Levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå. Figurene viser andeler i befolkningen som mener at de har en dårlig eller svært dårlig helse. Vi ser at denne andelen øker klart med alderen. Andelen har holdt seg stort sett uendret siden slutten av 1990-tallet. For den voksne befolkningen sett under ett er andelen på 6-8 prosent, noe høyere for kvinner enn for menn. I Levekårsundersøkelsen spør de også om fysisk aktivitet. I de senere årene innebærer svarene i undersøkelsen at andelen som er lite fysisk aktive er 13-14 prosent.

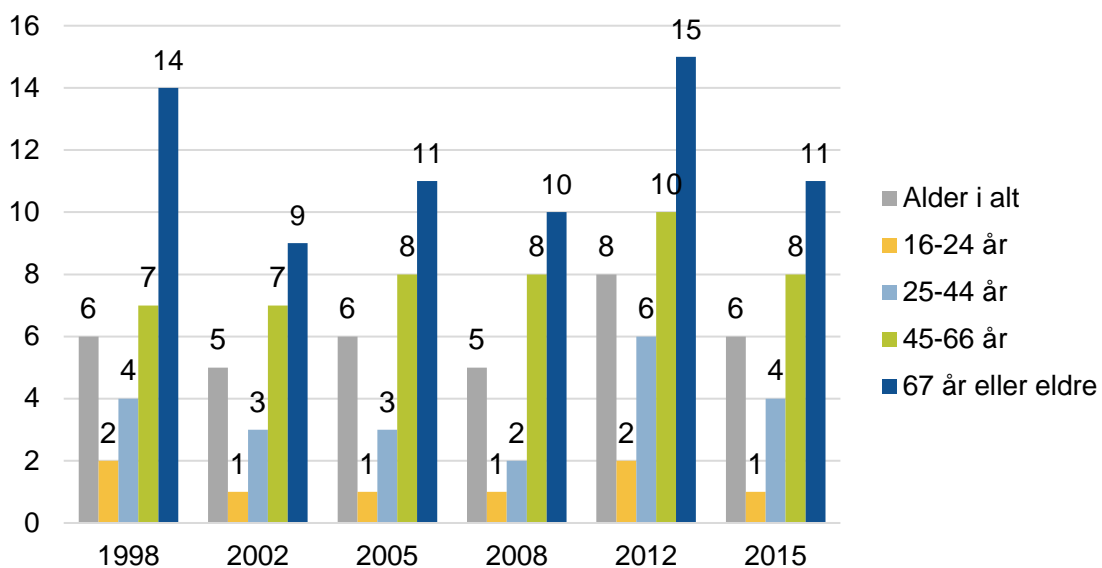
Levekårsdataene fra 2005 gjør det mulig å estimere de simultane sammenhengene mellom selvopplevd helse og fysisk aktivitet i minutter per dag. Det har tidligere blitt gjort av Vista analyse (Vista analyse, 2016). Estimaten innebærer at 10 minutters *reduksjon* i fysisk aktivitet per dag kan gi en *reduksjon* i andelen med meget god helse i befolkningen på rundt 3-4 prosentpoeng, dvs i snitt fra 42 prosent til 39 prosent for menn, og fra 45 prosent til 41 prosent for kvinner. Kategoriene som er under meget god helse er god helse, dårlig helse og svært dårlig helse, mens kategoriene over er svært god helse.

2.5 Oppsummering; andel fysisk inaktive og overvektige

For å oppsummere kan vi si at fysisk inaktivitet er en av mange viktige risikofaktorer for å få flere ulike typer alvorlige sykdommer. Grunnene til den fysiske inaktiviteten kan være flere, den er mer utbredt blant personer med lav utdanning og lav inntekt, mer blant menn og mer blant innvandrere. En viktig grunn til lav fysisk aktivitet er overvekt og fedme, samtidig som lav fysisk aktivitet kan bidra til overvekt og fedme.

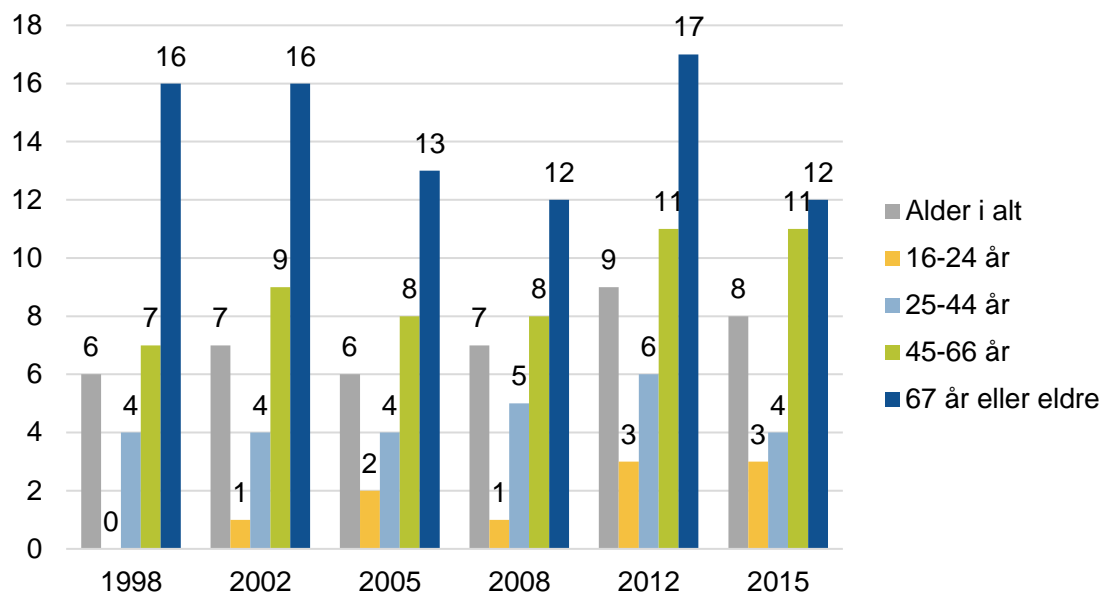
Anslag på andelen i befolkningen i dag som er fysisk inaktiv er usikker, men som vist foran omlag 15 prosent. Andelen overvektige/med fedme er i dag noe over 15 prosent i den voksne befolkningen. Andelen har vært klart stigende de senere årene. Noe urovekkende er den høye andelen overvektige/med fedme blant barn og unge, noe som kan innebære at andelen overvektige/med fedme i den voksne befolkningen kan øke i årene fremover og mer enn hva utviklingen hittil har vært.

Figur 2.7 Svært dårlig eller dårlig helse, menn (prosent)



Kilde: SSB

Figur 2.8 Svært dårlig eller dårlig helse, kvinner (prosent)



Kilde: SSB

I kapittel 4 legger vi til grunn SSBs anslag på andeler for fysisk inaktive og sterkt overvektige.

3. En potensiell viktig samfunnsøkonomisk kostnad av inaktivitet

3.1 Samfunnsøkonomiske kostnader og nasjonalformue

Kostnaden for samfunnet av at befolkningen er lite fysisk aktiv, er overvektig og har helseproblemer er:

- Helsesektoren blir belastet, noe som er ressurskrevende
- Sykefravær og uførhet kan gi produksjonstap
- Lavere timeinnsats og lavere produktivitet
- Flere år med nedsatt livskvalitet i befolkningen

Skattefinansiering av pensjoner, uføretrygd: syketrygd og dagpenger vil innebære høyere skatter og avgifter, økte skatter og avgifter kan gi negative virkninger på individers og bedrifters atferd og gir opphav til skattefinansieringskostnader. I dette kapitlet vil vi trekke frem sider ved samfunnsøkonomien, spesielt arbeidsmarkedet, som kan bli svekket dersom helsetilstanden i befolkningen blir dårligere. Resultatene i Vista Analyse (2016) viste at dette kan være en aktuell og viktig problemstilling.

Et lands formue består av:

- Kunnskapskapital; dvs. befolkningens størrelse og sammensetning, utdanningsnivå, hvor mange timer de arbeider og hvor produktive de er
- Realkapital, dvs. maskiner, bygninger, installasjoner av ulikt slag mm
- Naturressurser
- Fordringer på andre land; dvs. finans- og realinvesteringer i utlandet

Avkastningen på denne formuen er landets brutto nasjonalinntekt. Norge er for tiden et av verdens rikeste land. En hovedgrunn til det er at vi er en verdens største eksportører av olje og gass. Våre fiske- og vannkraftressurser er også betydelige i et internasjonalt perspektiv. I tillegg har landet vært så fremsynt at det i senere tid har investert en stor andel av olje- og gassinntektene i utlandet. Dermed er det realøkonomiske rommet for norsk økonomi blitt betydelig utvidet gjennom våre andeler i andre lands formuer.

Likevel er kunnskapskapitalen den klart viktigste delen av formuen, både med hensyn til størrelse og hva vi kan leve av på lang sikt. I dette perspektivet er fysisk inaktivitet og helsetilstanden i befolkningen viktig. Fysisk inaktivitet og helseproblemer kan ha negative virkninger på deltakelse i arbeidslivet og dermed på samfunnsøkonomien.

3.2 Arbeidsstyrken og sysselsetting

Tabell 3.1 er hentet fra Arbeidskraftundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå. *Arbeidsstyrken* er summen av sysselsatte og arbeidsledige. Personer som er utenfor arbeidsstyrken er dermed personer som ikke var sysselsatte eller arbeidsledige i undersøkelsesuken.

Sysselsatte omfatter personer som utførte inntektsgivende arbeid av minst en times varighet i den uken undersøkelsen foregikk, og personer som har slikt arbeid, men er fraværende pga sykdom, ferie, lønnet permisjon e.l. Personer som avtjener førstegangsmilitærtjeneste regnes som sysselsatte. Ufrivillig permitterte med lønn, og personer på sysselsettingstiltak med lønn fra arbeidsgiver, regnes også som sysselsatt, mens personer på andre typer tiltak finansiert av kursstønader er ikke inkludert i arbeidsstyrken.

Arbeidsledige er personer uten inntektsgivende arbeid som forsøkte å skaffe seg slikt arbeid i løpet av de siste fire ukene, og som kunne ha påtatt seg slikt arbeid i løpet av undersøkelsesuken eller de to påfølgende ukene. Ufrivillig permitterte som har vært ledige i inntil tre måneder, regnes som arbeidsledige.

Av Tabell 3.1 ser vi at arbeidsstyrken i landet, for personer 15-74 år, er på 2 753 000 personer i 1. kvartal 2017. Dette utgjorde 69,6 av befolkningen i disse aldersgruppene. Andelen for menn (72,4 prosent) er noe større enn for kvinner (66,7 prosent).

Antall sysselsatte var 2 628 000 personer i 1. kvartal 2017, som utgjorde 66,5 prosent av befolkningen i disse aldersgruppene, igjen noe høyere for menn (68,7 prosent) enn for kvinner (64,1 prosent). Antall sysselsatte i prosent av befolkningen i alderen 15-74 kaller vi *sysselsettingsandelen*.

Antall arbeidsledige er 124 000 personer, som utgjorde 4,5 prosent av *arbeidsstyrken*, noe høyere for menn (5,1 prosent) enn for kvinner (3,9 prosent).

3.2.1 Fysisk inaktivitet betyr noe for helsen, og kan virke på arbeidsstyrken

Fysisk inaktivitet og eventuelt tilknyttete helseproblemer kan påvirke disse størrelsene på ulike måter.

For det første kan fysisk inaktive personer falle utenfor arbeidsstyrken og bidra til at sysselsettingsandelen blir lavere enn den ellers ville ha blitt. Dette utenforskapet kan for noen inntreffe tidlig i livet og være et resultat av mangelfull skolegang, mobbing på skolen og i fritid, samt motløshet i leting etter jobber. Utenforskapet kan i verste fall føre til tidlig uføretrygning. For det andre kan problemene inntreffe senere i livet og føre til lange sykefraværsperioder med påfølgende uføretrygning og tidlig pensjonering. For det tredje kan fysisk inaktive med helseproblemer lettere bli arbeidsledige. Marginale arbeidsgrupper er ofte de som først blir rammet i nedgangstider i økonomien. Fordi det er lettere for disse å miste jobben enn å finne en ny jobb, kan et arbeidsledighetssjokk i økonomien få varige konsekvenser for disse gruppene. For det fjerde kan marginaliserte individer arbeide færre timer enn andre, gitt at de er sysselsatte. For det femte kan produktiviteten være lavere i marginaliserte grupper enn i andre grupper i befolkningen.

Figur 3.1 viser at sysselsettingsandelen har vært fallende siden finanskrisen i 2008 og bekrefter at et negativt sjokk som rammer økonomien og dermed arbeidsmarkedet, kan ha langvarige virkninger.

Figur 3.2 viser at fallet i sysselsettingsandelen de senere årene har vært noe større for menn enn for kvinner.

Figur 3.3 viser at fallet i sysselsettingsandelen har vært mest markant for tre aldersgrupper

- 15-19 år
- 20-24 år
- 67-74 år

Figur 3.4 viser kanskje tydeligere at det har vært en klar nedgang i sysselsettingsandelen i de aller yngste aldersklasser. Det virker som om nedgangen har vært nokså lik for unge menn og kvinner.

Figur 3.4 viser også en klar nedgang de senere årene for menn mellom 25 og 39 år. Grunnene til nedgangen kan være mange, blant annet at unge trekker seg ut av arbeidsstyrken i nedgangstider og starter opp/går tilbake til utdanning.

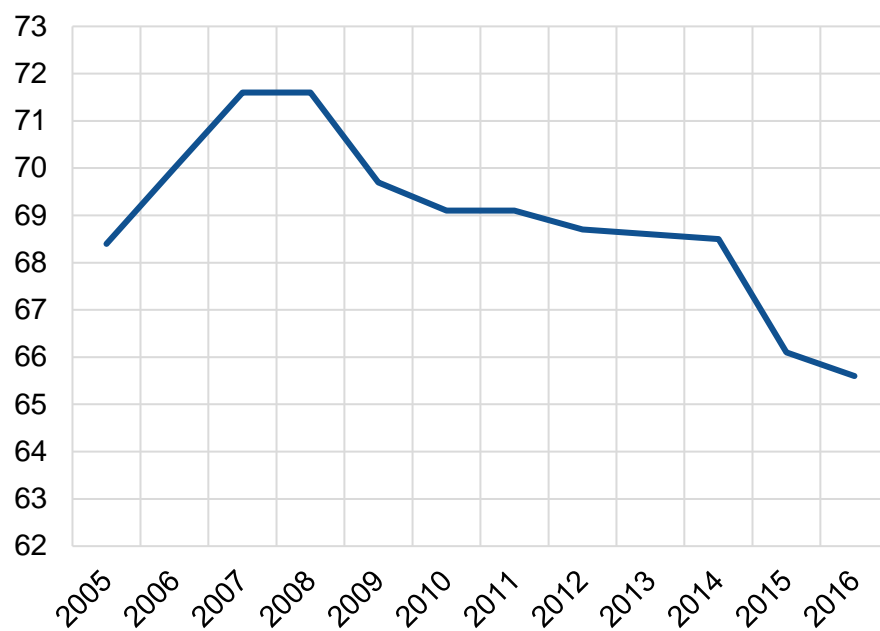
Figur 3.5 viser at eldre menn har hatt et fall i sysselsettingsandelen etter 2013/2014. Dette kan ha sammenheng med tilpasning til den nye pensjonsreformen som kom i 2011. Den gjorde det mulig å ta ut pensjon, inklusive AFP, og samtidig arbeide mer eller mindre ved siden av, uten avkortning av pensjon, da i hovedsak i privat sektor. Dette skjedde i stor utstrekning umiddelbart etter reformen. Etter 2013/2014 kan flere ha valgt å pensjonere seg helt. Fall i oljeprisen og sysselsettingsproblemer på Vestlandet kan være en grunn til den økte pensjoneringen.

Men det kan også være andre grunner enn overgang til skole og utdanning for de unge, og til pensjon for de eldre, som er årsaken til nedgangen i sysselsettingsandelen.

Tabell 3.1 Personer i alderen 15-74 år, etter arbeidsstyrkestatus og kjønn

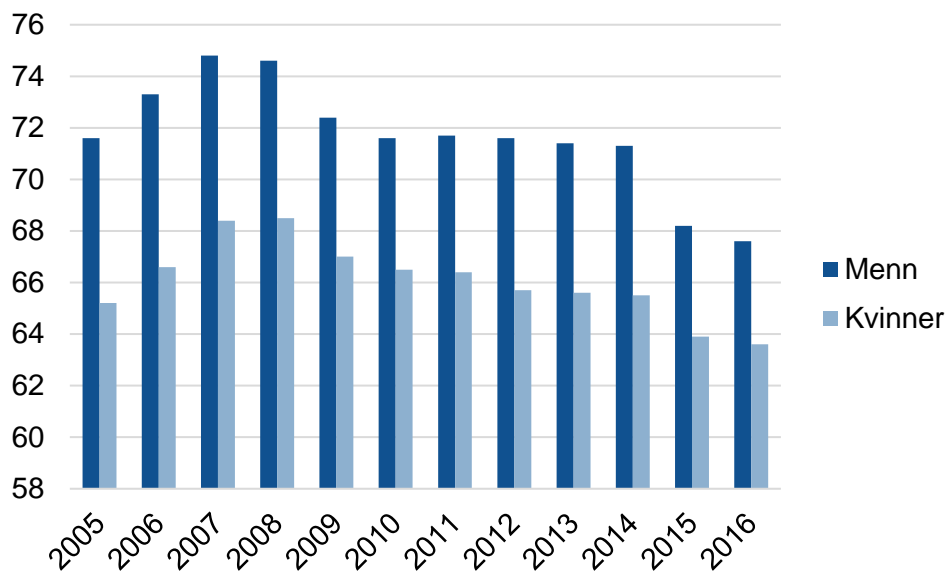
	1. kvartal 2017		1. kvartal 2016 - 1. kvartal 2017	
	Absolutte tall	Prosent	Endring i absolutte tall	Endring i prosentpoeng
Arbeidsstyrken:				
Begge kjønn	2 753 000	69,6	-25 000	-1,2
Menn	1 461 000	72,4	-13 000	-1,2
Kvinner	1 291 000	66,7	-13 000	-1,2
Sysselsatte:				
Begge kjønn	2 628 000	66,5	-14 000	-0,9
Menn	1 387 000	68,7	-3 000	-0,7
Kvinner	1 242 000	64,1	-10 000	-1,1
Arbeidsledige:				
Begge kjønn	124 000	4,5	-11 000	-0,4
Menn	75 000	5,1	-9 000	-0,6
Kvinner	50 000	3,9	-2 000	

Figur 3.1 Andel sysselsatte (prosent)



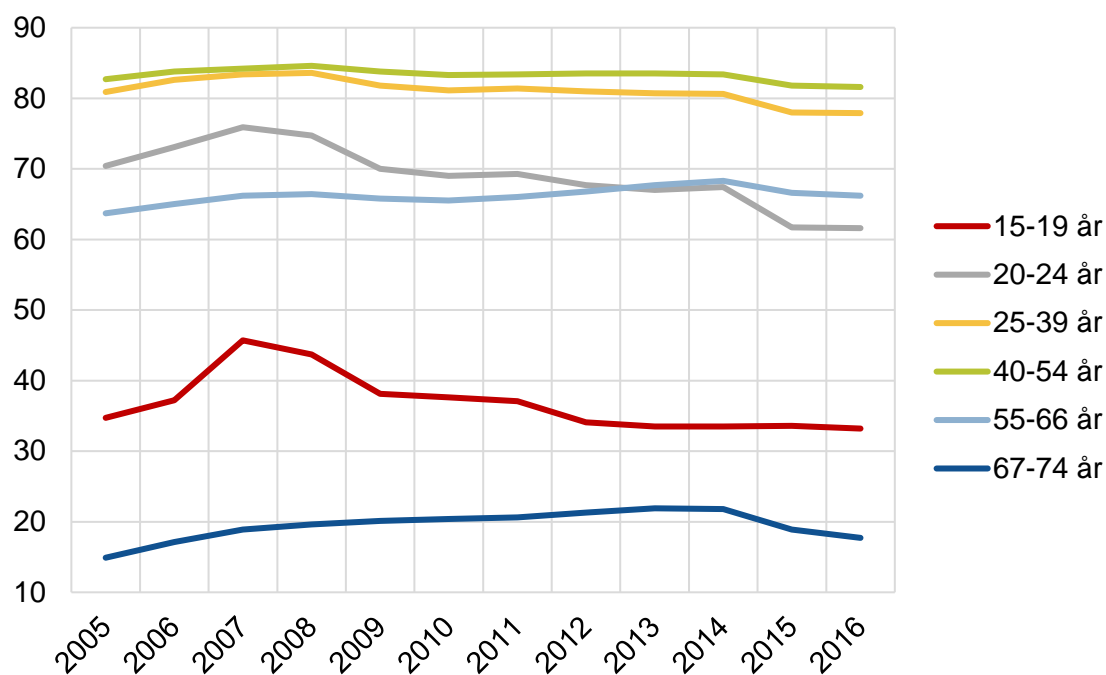
Kilde: SSB

Figur 3.2 Sysselsatte i prosent av befolkningen 15-74 år: Sysselsettingsandelen (prosent)



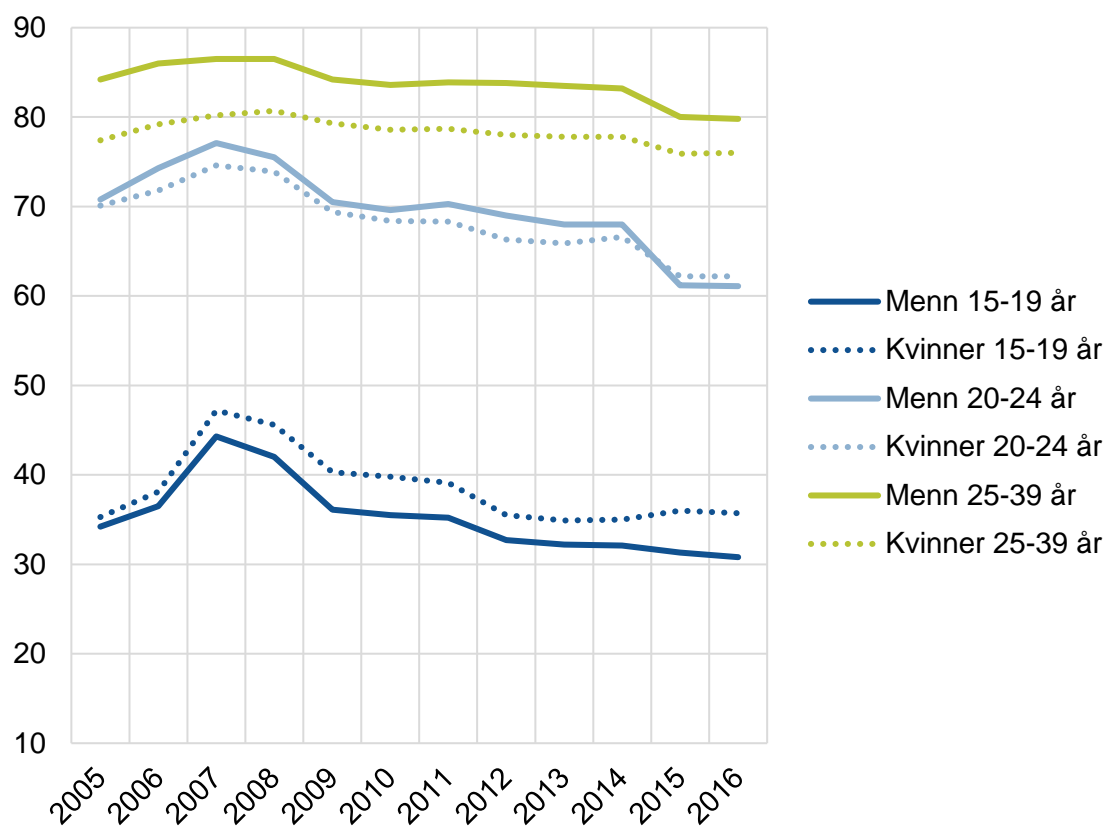
Kilde: SSB

Figur 3.3 Sysselsettingsandelen etter alder (prosent)

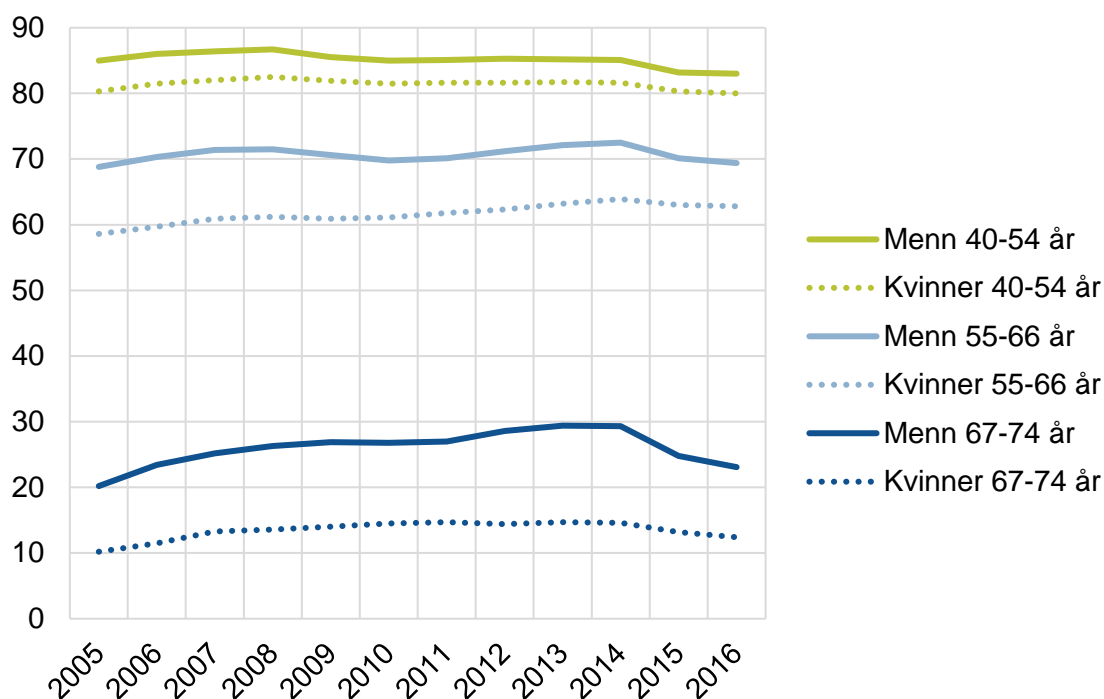


Kilde: SSB

Figur 3.4 Sysselsettingsandelen blant unge etter kjønn (prosent)



Kilde: SSB

Figur 3.5 Sysselsettingsandelen blant eldre etter kjønn (prosent)

Kilde: SSB

3.2.2 Utviklingen i antall uføretrygdede

I Figur 3.6 viser vi utviklingen i antall uføretrygdede fra 2007 og frem til i dag. Det skjedde en klar økning rett etter finanskrisen, det var en dipp ned i antall uføre rundt 2011-2012 (omtrent samtidig med tidspunktet for pensjonsreformen), men senere har antall uføretrygdede fortsatt å øke. Figur 3.7 -

Figur 3.10 viser utviklingen i antall uføre etter alder og kjønn. Vi ser at økningen i antall uføre som skjedde etter finanskrisen i hovedsak var en økning blant unge kvinner og menn i aldersgruppene 20-39 år.

Utviklingen illustrerer at et sjokk som påvirker samfunnsøkonomien og arbeidsmarkedet kan ha langsiktige virkninger. Til å begynne med kan ledigheten øke og det var lenge drøftet i fagmiljøet at slike sjokk kunne gjøre det lettere å få ledigheten opp, men vanskeligere å få den ned igjen. Langtidsledige kan i mange tilfeller gå tilbake til en jobb. Mer alvorlig er det at flere kan bli uføretrygdede, noe som er en absorberende tilstand inntil de går over til pensjon etter fylte 67 år. Økningen i antall uføretrygdede blant unge mennesker er i den forbindelse et alvorlig problem, i og med at landet går glipp av arbeidskraft i mange år. Økningen i antall uføretrygdede de senere år har bidratt til at sysselsettingsandelen har gått ned.

Det har vært forsket mye på årsaker til korte og lange ledighetsperioder. Det har i senere tid også kommet flere analyser av sykefravær og overgang til uføretrygd. Men det er åpenbart at det trengs mer informasjon og forskning om konsekvenser av nedgangstider og de langvarige virkningene disse kan ha på folkehelsen, samfunnsøkonomien og arbeidsmarkedet. Av stor betydning er det å finne ut hvem som blir rammet mest av nedgangstidene og som forlater arbeidsmarkedet for godt.

Sysselsettingsandelen har vært fallende i Norge etter finanskrisen. Noe av fallet kan skyldes at flere, da særlig unge, benytter anledningen til å utdanne seg mer. Noe av fallet kan også

skyldes befolkningsendringer. Flere har i den forbindelse pekt på flere innvandrere til Norge og vanskeligheten med å integrere dem i arbeidsmarkedet. Andre har pekt på arbeidsinnvandring fra EØS land som har trengt ut norsk arbeidskraft. Det er imidlertid klart at det er sårbare grupper som lettere blir marginaliserte og som ender opp i et utenforskap når økonomien blir utsatt for ledighetssjokk. Det trengs mer forskning om årsakene til det klare fallet i sysselsettingsandelen i Norge de senere år.

Tiltak som kan gjøre noe med dette fallet er dels tiltak som settes i verk når skaden har skjedd, i form av arbeidsmarkedstiltak, omskolerings- og utdanningstiltak mm. Dels kan forebyggende tiltak settes i verk, også i tider hvor samfunnsøkonomien går bra. I den sammenheng kan tiltak som gjør at folk bli mer fysisk aktive, og som gjør at folkehelsen blir bedre, spille en rolle.

Det er rimelig å anta at tapet i sysselsettingsandel siden 2008 dreier seg om potensiell arbeidskraft som har en lavere produktivitet og dermed lønn enn gjennomsnittet i landet.

3.3 Hva taper landet på redusert arbeidsstyrke?

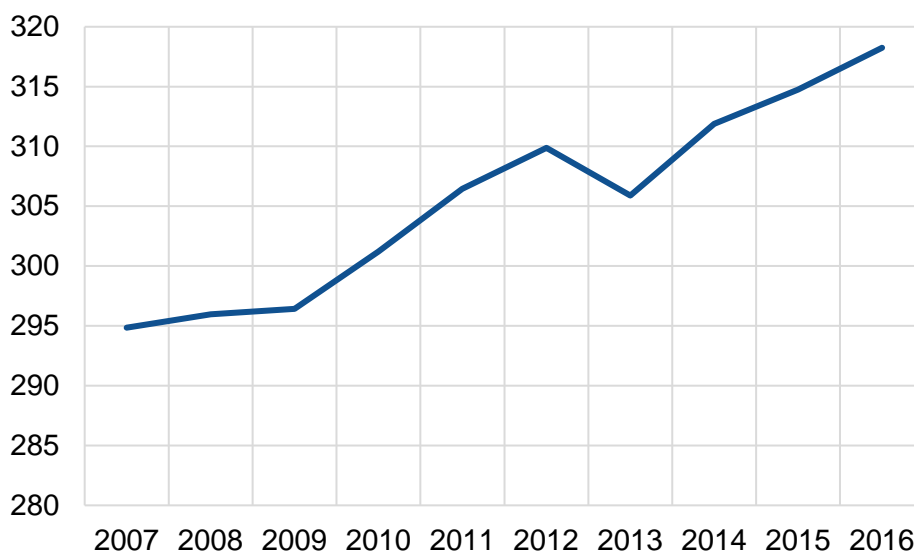
Hva taper da landet på hver prosentandel som forlater arbeidsstyrken? I følge Tabell 3.1 er antall personer mellom 15 og 74 år i dag i underkant av 4 millioner. En lav timelønn før skatt er omlag 200-250 kr. Timeinnsatsen i marginale grupper i arbeidsmarkedet er trolig lavere enn gjennomsnittet (som i internasjonal sammenheng også er lav). Anta at den er 1000 timer per år. For hver prosentandel som arbeidsstyrken går ned og som kunne ha vært sysselsatt, taper landet da

- 8 milliarder kr per år når timelønnen er 200 kr
- 10 milliarder kr per år når timelønnen er 250 kr

Siden 2007 har sysselsettingsandelen gått ned med 5 prosentpoeng, noe som ifølge regnestykket over gir et tap i verdiskaping på 40-50 milliarder kr per år.

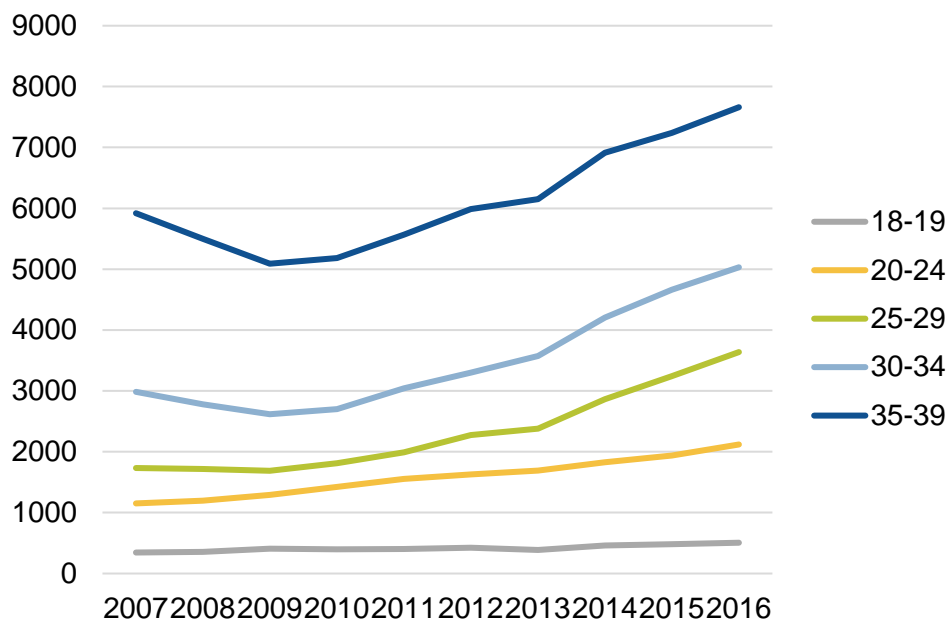
I tillegg kommer økte kostnader i helse- og omsorgssektoren og skattefinansieringskostnader knyttet til de stønader og trygder som det offentlige betaler.

Figur 3.6 Uføretrygdede (tusen)



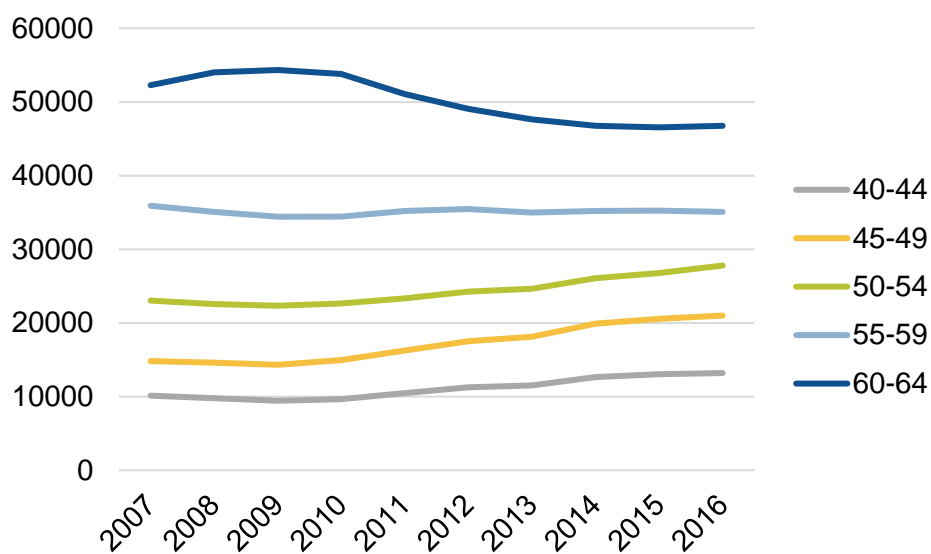
Kilde: NAV

Figur 3.7 Uføretrygdde etter alder, unge kvinner



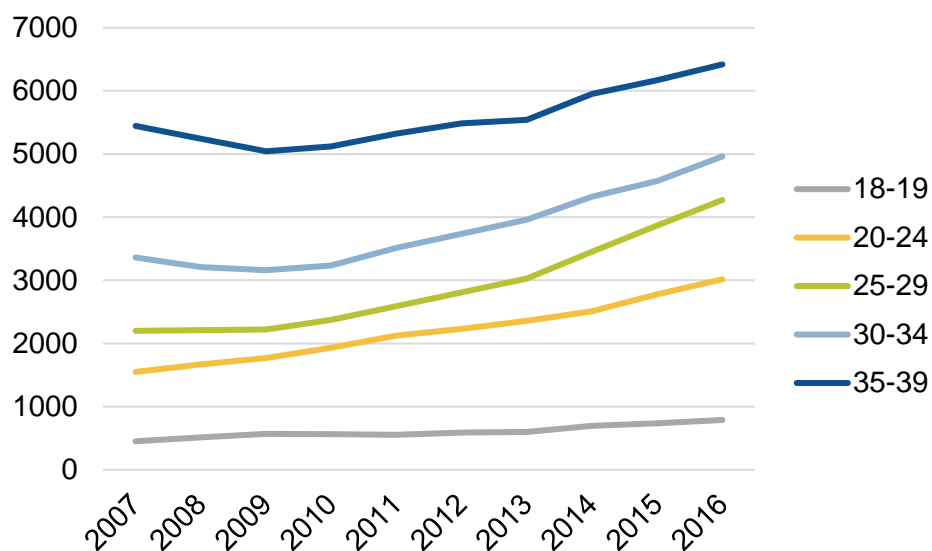
Kilde: NAV

Figur 3.8 Uføretrygdde etter alder, gamle kvinner



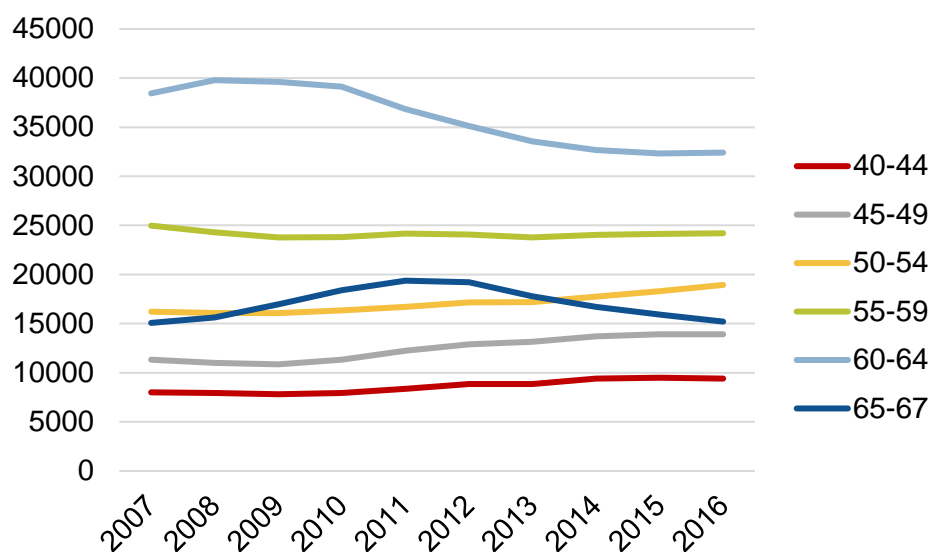
Kilde: NAV

Figur 3.9 Uføretrygdete etter alder, unge menn



Kilde: NAV

Figur 3.10 Uføretrygdete etter alder, gamle menn



Kilde: NAV

4. Helsekalkulator – kostnaden av usunn livsstil

Vi viser fire fremtidsscenarioer hvor vi antar en økning i andelen fysisk inaktive og overvektige i ulike aldersklasser over 20 år. Som vist til foran er fysisk inaktivitet og sterk overvekt positivt korrelerte i befolkningen, Vi tar utgangspunkt i andelen som er fysisk inaktive og sterkt overvektige i 2017. Kilden er Statistisk sentralbyrå. Befolkningen er delt inn etter aldersgrupper (20-44, 45-64 og 65-84) og kjønn.

Ved starten av 2017 var det i alt om lag 3,8 millioner kvinner og menn i disse aldersgruppene. I det første alternativet øker andelen sterkt overvektige (målt i prosent) med 1 ekstra prosent og andelen fysisk inaktive med ekstra 5 prosent, for alle befolkningsgruppene og begge kjønn. Dette tilsvarer om lag 230 000 kvinner og menn. I det andre alternativet øker andelen (målt i prosent) med henholdsvis 2 og 10 prosent. Dette tilsvarer om lag 460 000 kvinner og menn. Fordi virkninger av disse endringene på folkehelsen tar tid, ser vi på virkninger etter 5 år (i 2022) og 10 år (i 2027).

Disse økningene kan sees på som en økning i andelen i befolkningen som er fysisk inaktive og sterkt overvektige fra og med 2017. Dette eksperimentet er en tilnærming til hva vi kan forvente dersom befolkningens livsstil forverres. Som vist i kapittel 2, og basert på SSBs tall, har andelen fysisk inaktive steget noe i de senere årene fra et lavt punkt i 2008-2012. Andelen sterkt overvektige har steget mer. Vår tilnærming kan gi en indikasjon på hvordan det vil gå med folkehelsen i tiden som kommer hvis det ikke settes inn tiltak som bedrer folkehelsen.

Vi tar i bruk en svensk helsemodell, som vi utvider og tilpasser til norske forhold (Feldman og Johansson (2016)). Modellen beregner forventet antall ulike sykdomstilfeller for en gitt befolkning, avhengig av befolkningens livsstil. Denne forventingen beregner vi som andelen i befolkningen som får en sykdom multiplisert med størrelsen på befolkningen. En andel i befolkningen som får en sykdom, er et anslag på den gjennomsnittlige sannsynligheten i befolkningen for å få en sykdom.

Dette er sykdomstilfeller som kommer i tillegg til sykdom som oppstår ved referansebanen på dagens nivå (SSB tall). For personer med helseskadelig livsstil finnes det anslag på sannsynligheter for en rekke sykdommer. Anslagene er basert på dokumenterte sammenhenger fra internasjonal medisinsk forskning.

Til hver sykdom er det kostnader knyttet til behandling, sykefravær, kommunal omsorg og uførhet. Denne informasjonen bruker vi til å beregne samfunnets kostnad av usunn livsstil og fordelingen av denne kostnaden. Hvor lenge sykefraværet antas å vare ved de ulike sykdommene er forklart nedenfor, samt uførhetsandeler. Det er viktig å merke seg at den største kostnaden for samfunnet er kostnaden knyttet til tap av produksjon som følge av flere uføre og flere med sykefravær. Vi har tilpasset modellen til den norske befolkningens størrelse og sammensetning, til norske syke- og uføretrygderegler, norsk kostnadsnivå (Iversen 2012) og norsk lønnsnivå.

Kalkulatoren gjør det også mulig å beregne det forventete tap av livskvalitet for de personer som får en sykdom.

Ikke alle som er fysisk inaktive og sterkt overvektige får alvorlige sykdommer. Noen kan få en begrenset arbeidskapasitet. Av disse fortsetter noen i jobber til lavere lønn og kortere arbeidstid. Andre kan falle ut av arbeidsstyrken og bli uføretrygdet. Men mange kan arbeide til en lønn og med en arbeidstid som folk flest. Vi kommer tilbake til disse tre gruppene til slutt i kapitlet.

4.1 Den svenske RHS-modellen

Modellen er utviklet av helseøkonomene Inna Feldman og Pia Johansson ved Uppsala universitet. Det er en modell som beregner sykdomstilfeller i en gitt befolkning, basert på utbredelsen av fire risikofaktorer. Disse faktorene beskriver andelen av befolkningen som er:

1. Kraftig overvektige (BMI over 30)
2. Daglig røykere
3. Fysisk inaktive
4. Alkoholbrukere i risikosonen

En større andel personer innenfor disse gruppene vil føre til flere sykdomstilfeller i befolkningen. Sannsynligheten for sykdom gitt utbredelsen av risikofaktorer, er basert på svensk og internasjonal epidemiologisk forskning.

Videre beregner modellen hvor mye hvert enkelt sykdomstilfelle koster og hvordan kostnaden fordeler seg på ulike aktører. Sykdom fører blant annet til tapt produksjon, tapte skatteinntekter, sykehusopphold og pleie- og omsorg. Det er en kostnad for både arbeidsgiver, stat og kommune.

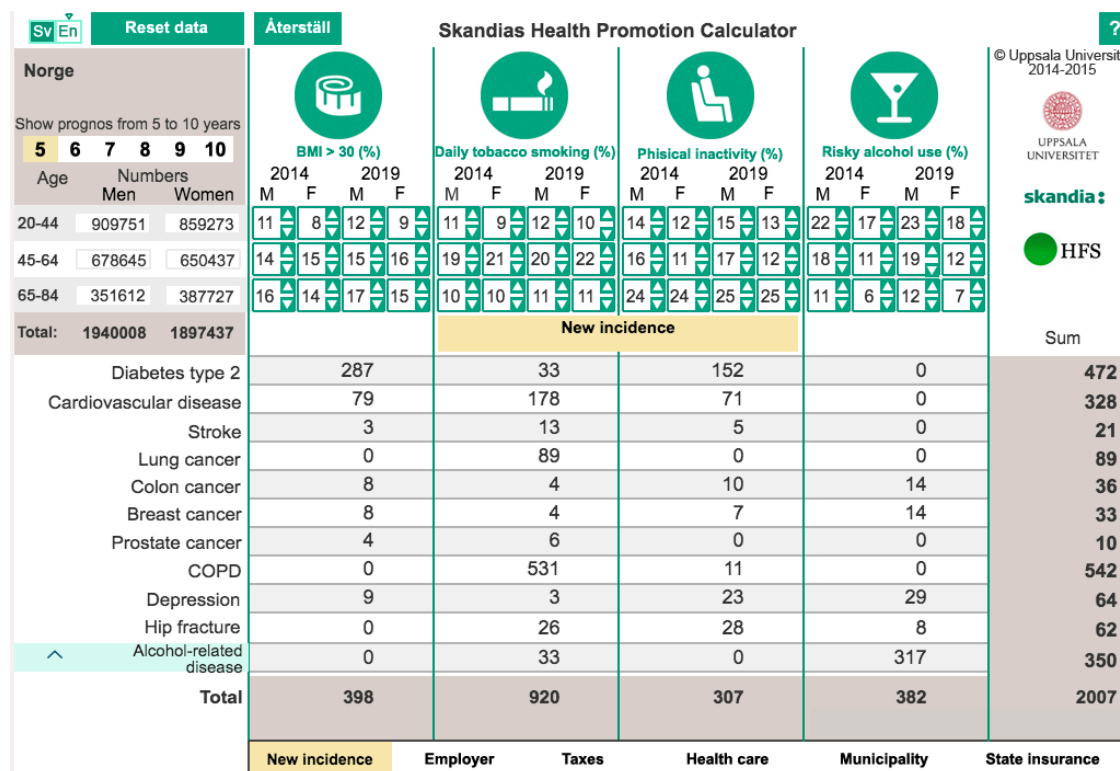
Modellen har ved to anledninger blitt tilgjengeliggjort via nettsider. Den første gangen i samarbeid med *Det svenska nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård* (HFS), den andre gangen med bank og forsikringsselskapet Skandia. Begge nettsidene gir muligheten til å regne på kostnadene av endret livsstil for en valgfri befolkning.

Tabell 4.1. Påviste sammenhenger mellom livsstil og sykdom

Sykdom	Fedme (KMI>30)	Fysisk inaktivitet
Diabetes type 2	x	x
Hjerte- og karsykdom	x	x
Hjerneslag	x	x
KOLS		x
Depresjon	x	x
Brudd		x
Kreft:		
Tarm	x	x
Prostata	x	
Bryst	x	

Kilde: Feldman og Johansson (2016)

Figur 4.1 Bildet er fra nettsiden *hälsokalkylatorn.se*. Det viser nye sykdomstilfeller hvis den norske befolkningens livstil marginalt forverres for alle de fire risikofaktorene.



4.2 Helsemodellen tilpasset norske forhold

Vista har bygget videre på den svenske modellen og tilpasset den til norske forhold. Vi presenterer i slutten av dette kapittelet fire scenarier for den norske befolkningen. I alle fire scenariene har vi antatt at nordmenns livsstil forverres i mer eller mindre grad. Det fører til nye sykdomstilfeller i befolkningen, som igjen medfører en kostnad for arbeidsgiver, stat og kommune.

Simuleringene er basert på andelen av befolkningen som kategoriseres innenfor fire helseskadelige livsstiler: (1) kraftig overvekt; (2) daglig røyking; (3) fysisk inaktivitet; (4) risikabel alkoholbruk. Her holdes røyking og alkoholbruk på dagens nivå. En økning i andelen av befolkningen som kategoriseres som sittestillende eller kraftig overvektig vil føre til sykdomstilfeller som ellers ikke ville funnet sted. Det dreier seg om ni sykdommer som har dokumenterte sammenhenger med usunn livsstil.

Befolkningen i modellen deles inn etter kjønn og tre aldersgrupper (20-44 år, 45-64 år og 65-84 år). Kjønn og alder avgjør sannsynligheten for sykdom ved inaktivitet og fedme. Inaktive menn har for eksempel høyere sannsynlighet for diabetes enn inaktive kvinner. Inaktive kvinner har på sin side større sannsynlighet for kreft. Sannsynligheten for å bli syk, gitt at man er fysisk inaktiv, øker jo eldre man blir. Et unntak er depresjon, som forekommer oftere hos unge inaktive og fedmeutsatte. Stort sett er det altså farligere å være inaktiv jo eldre man blir. På den annen side vil inaktivitet og overvekt i ung alder trolig føre til økt sykdomsfare senere i livet. Det er ikke tatt hensyn til i vår relativt kortsiktige modell.

Kjønn og alder påvirker også samfunnskostnaden av sykdom. Det er fordi menn tjener mer enn kvinner og middelaldring tjener mer enn unge. De over 64 i modellen regnes

utelukkende som pensjonister. Hvis de gamle blir syke, fører det derfor ikke til tapt produksjon, tapte skatteinntekter eller økt sykefravær. I modellen er de dyreste sykdomstilfellene de som rammer middelaldrende menn. På lengre sikt vil det trolig være dyrere med sykdom hos unge, fordi de har et langt arbeidsliv foran seg. Vistas tilpassede helsemodell har et mellomlangt tidsperspektiv og egner seg for å gjøre prognoser opptil ti år frem i tid.

4.2.1 Arbeidsgivers kostnad og produksjonstapet

Sykdommene i modellen fører til økt sykefravær. I Norge må arbeidsgiver betale sykelønn i de første 16 dagene av sykefraværet. I tillegg mister arbeidsgiver merverdien av arbeidet utover selve lønna, med andre ord overskuddet som skapes av arbeid. Det overskuddet er vanskelig å beregne og inngår derfor ikke i modellen.

RHS-modellen regner med at arbeidsgiver må ansette vikarer ved sykdom. Det anses som en kostnad for arbeidsgiver. Da antar man at lønna til vikaren er et en-til-en tap for arbeidsgiver, og at vikaren ikke produserer noe. Derfor synes vi det er mer hensiktsmessig å se på kostnaden til vikar som produksjonstapet ved sykefravær. Produksjonstapet er tapet av verdien av arbeidet til den som er syk.

Det beste målet vi har på verdien av arbeid er lønn. Produksjonstapet ved en ukes sykefravær er derfor en gjennomsnittlig norsk ukelønn på 10 000. Det er et tap som tilfaller hele samfunnet, i den grad vi får færre varer og tjenester å benytte oss av.

Det oppstår produksjonstap både ved sykefravær og uførhet.

4.2.2 Statens kostnad

Sykepenger for fravær utover 16 dager blir finansiert av NAV og kostnaden tilfaller dermed staten. Mange av sykdommene forbundet med inaktivitet og fedme er alvorlige og medfører høyt sykefravær. Sykdommene i modellen er klassifisert etter IADL-avhengighet (*Instrumental Activities of Daily Living*). Helsepersonell bruker ofte en persons evne til å utføre dagligdagse oppgaver (IADLs) som et mål på funksjonsevne. Andelen årlige sykefraværsdager for ulike sykdommer er i modellen bestemt av hvor mange dagligdagse oppgaver de syke ikke klarer selv. Depresjon blir for eksempel antatt til å føre til 25 prosent fravær, hjerneslag til 50 prosent fravær og hoftebrudd til 100 prosent fravær.

Tabell 4.2 Sykepenger og andel sykefravær/uførhet, årlig per person

Sykdom	Årlig kostnad sykefravær (kr)	Andel sykefravær/ uførhet
Diabetes type 2	0	0
Hjerte- og karsykdom	119 000	25 prosent
Hjerneslag	237 000	50 prosent
KOLS	119 000	25 prosent
Depresjon	119 000	25 prosent
Hoftebrudd	474 000	100 prosent
Kreft:		
Tarm	474 000	100 prosent
Prostata	474 000	100 prosent
Bryst	474 000	100 prosent

Kilde: Vista og Feldman og Johansson 2016

Staten bærer også kostnaden for at noen syke blir uføre. Sannsynlighet for å bli ufør, gitt en type sykdom, beregner vi på bakgrunn av IADL-avhengighet, på samme måte som for sykefravær¹. I Norge er det påvist en sterk sammenheng mellom uførhet og både inaktivitet og fedme. Holtedahl (2006) fant i en studie av 200 søkere av uføretrygd at så mye som 59 prosent var fysisk inaktive, og en av fire hadde fedme. Uførhet fører til tapt produksjon, i tillegg til utgifter til uføretrygd på 2/3 av inntekt.

Både uførhet og sykefravær fører til tapte skatteinntekter for staten. For uføre er skattetapet differansen mellom skatten de betalte ved full inntekt og skatten de betaler av uføretrygden.

4.2.3 Kommunenes kostnad

Helse- og omsorgstjenester utgjør en tredel av budsjettene til norske kommuner (KMD, 2014). Kommunene er blitt tillagt nye oppgaver, slik at utgiftspostene til helse og omsorg har økt over tid, også målt som andel av de totale kommunale utgiftene (Christensen et al, 2014).

I modellen beregnes kostnaden av hver enkelt sykdom ut i fra et vist behov for kommunale tjenester. Det muliggjøres av en studie som rapporterer sammenhengen mellom kostnad og funksjonalitetsnivå (IADL) i Sverige (Lindhom et al, 2013).

Kommunenes kostnadsnivå er tilpasset norske forhold ved at vi har justert for norsk kostnadsnivå og norsk valuta. Ellers er primærhelsetjenesten i stor grad sammenlignbare mellom Norge og Sverige (Grimsø & Magnussen, 2015) (Kristiansen & Pedersen, 2000). I begge land har kommunene ansvar for sykehjem og hjemmesykepleie. Disse tjenestene utgjorde 83 prosent av norske kommuners helseutgifter i 2014 (SSB, 2014).

Både Norge og Sverige har gjennomgått omfattende reformer av helsetjenesten. I Norge har samhandlings-reformen økt ansvaret til norske kommuner. Man har også økt rammetilskuddet til kommunene. Samhandlingsreformen innebærer: (1) Kommunenes plikt

¹ Unntatt for diabetes hvor vi regner med 25 prosent uføregrad

til øyeblikkelig døgnopphold, og (2) Kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Samhandlingsreformen førte også med seg ordningen med *kommunal med-finansiering*. Det innebar at kommunene fikk økte rammetilskudd, mot at de ble med å betale for sykehusinnleggelse. Det skulle gi økte incentiver for kommunene til å drive forebyggende arbeid. Kommunal med-finansiering ble av ulike grunner avvirket i 2015.

Samlet sett endrer ikke samhandlingsreformen ansvarsforholdet mellom stat og kommune i stor nok grad, til at vi synes at Norge og Sveriges helsetjenester ikke er sammenlignbare. Øyeblikkelig døgnopphold og betaling for utskrivningsklare pasienter utgjør for liten del av kommunes helsebudsjett til å endre på forutsetningene for modellen.

I simuleringene som følger utgjør kommunale kostnader en liten andel av samfunnets totale tap. I alle simuleringene er kommunenes andel av kostnadene under 10 prosent. Det er fordi kostnader knyttet til tap av arbeidskraft er høyere enn kostnadene knyttet til behandling. Som andel av behandlingens kostnader i modellen utgjør kommunes del rundt en tredel, de resterende to tredelene tilknyttes sykehus. For øvrig er den empiriske fordelingen i helseutgifter mellom kommune og stat henholdsvis 42 prosent og 58 prosent (SSB, 2014). Det betyr ikke at kommunene bør ende opp med 42 prosent av kostnadene i modellen. Kommunenes helseutgifter er i stor grad sykehjemstjenester og hjemmesykepleie (83 prosent) (SSB, 2014). Mange i vår modell får ikke behov for disse tjenestene og disse blir derfor ikke årsak til en kommunal utgift. Kommunenes andel av samfunnskostnaden reflekterer at behandling utgjør en liten andel av samfunnets tap.

Det lave tallet på kommunenes andel av kostnadene er et tegn på at kommunene høster lite av kostnadene ved sykdom, men dermed også lite av gevinstene ved forebygging. Kommunene har hovedansvaret for å forebygge sykdom. Ikke bare gjennom tiltak som vises som helseforebyggende arbeid i kommunens budsjett, men også gjennom andre utgifter som får folk i aktivitet. Likevel er det lite å spare for kommuner når de lykkes med å forbedre folks helse. Gevinsten tilfaller i stor grad det øvrige samfunnet gjennom økt arbeidsdeltagelse.

Tabell 4.3. Kommunale kostnader, årlig per person (kr)

Sykdom	Årlig kostnad
Diabetes type 2	0
Hjerte- og karsykdom	30 000
Hjerneslag	73 500
KOLS	30 000
Depresjon	36 000
Hoftebrudd	134 000
Kreft:	0
Tarm	134 000
Prostata	134 000
Bryst	134 000

Kilde: Lindhom et al, 2013

4.3 Scenario A – svak økning i inaktivitet på kort sikt

I den første simuleringen antar vi en svak økning i andelen av den norske befolkningen som er fysisk inaktive og andelen som har fedme i 2017. Fordi livsstilsendringer bruker tid på å slå ut i helseeffekter, lager vi en prognose for ett år, fem år frem i tid.

Tabell 4.4 Scenario A +1 prosent fedme og +5prosent fysisk inaktivitet, år 5. Andeler i prosent

	KMI > 30 (prosent)				Fysisk inaktivitet (prosent)			
	2017		2022		2017		2022	
Alder	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
20-44	11	8	12	9	14	12	19	17
45-64	14	15	15	16	16	11	21	16
65-84	15	13	16	14	24	24	29	29

Kilde: Tall for 2017 er fra SSBs levekårsundersøkelse.

En svak økning i inaktivitet og fedme vil i 2022 forårsake i underkant av to tusen nye sykdomstilfeller, hvorav halvparten er diabetes og en fjerdedel er hjerte- og karsykdommer. Det vil igjen føre til at 360 personer blir uføre det samme året. De uføre gir ikke utslag i store kostnader i 2022. Derimot vil kostnaden av uførhet samle seg opp, og vokse over tid.

Den samfunnsøkonomiske kostnaden i år 5 er 821 millioner kr. Det er ikke medregnet kostnaden for de syke og deres pårørende. Det tapet er trolig langt høyere fordi de fleste av oss er villige til å betale mye for å unngå alvorlig sykdom.

Tabell 4.5 Kostnader scenario A, år 5



Sykdom	Sykdomstilfeller	Uføre	Stat (mill kr)	Kommune (mill kr)	Produksjonstap (mill kr)	Samfunn (mill kr)
Diabetes	1047	167	71,3	0,0	88,9	160,1
Hjerte- og karsykd.	436	62	129,9	12,9	142,9	285,7
Hjerne-slag	25	6	9,2	1,8	10,9	21,9
Kreft	106	42	30,9	14,2	46,1	91,3
KOLS	56	8	13,9	1,7	12,4	28,0
Depresjon	124	25	54,4	4,5	65,7	124,6
Brudd	139	50	47,5	18,6	43,5	109,6

Totalt	1933	360	357,0	53,8	410,4	820,5
---------------	-------------	------------	--------------	-------------	--------------	--------------

Noter: Samfunnskostnaden er fratrukket skattetapet for å unngå dobbelttelling. Dermed utgjør samfunnets kostnad mindre enn den samlede kostnaden for stat, kommune og arbeidsgiver.

4.4 Scenario B – svak økning i inaktivitet på mellomlang sikt

Tabell 4.6 Scenario B. +1 prosent fedme og +5 prosent fysisk inaktivitet. År 10. Andeler i prosent

Alder	KMI > 30 (prosent)				Fysisk inaktivitet (prosent)			
								
	2017		2027		2017		2027	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
20-44	11	8	12	9	14	12	19	17
45-64	14	15	15	16	16	11	21	16
65-84	15	13	16	14	24	24	29	29

Kilde: Tall for 2017 er fra SSBs levekårsundersøkelse.

På mellomlang sikt ser vi på sykdomstilfellene som akkumuleres mellom 2022 og 2027, en periode på seks år. En svak økning i inaktivitet og fedme fører til 8700 nye sykdomstilfeller, 1620 av disse blir uføre. De som blir uføre tidlig fortsetter å være det i årene frem til 2027. Samlet sett gir det en betydelig kostnad for samfunnet på over 6,2 milliarder kr. Omtrent en tredel tilfaller staten (1,7 mrd kr) som får høye utgifter i form av stønader. En annen stor kostnad er produksjonstapet til de syke. Kommunenes andel av kostnadene utgjør 243 millioner kr. Det er en relativt liten andel på 4 prosent av de totale kostnadene. På den annen side utgjør det 30 prosent av behandlingkostnadene. Sykehusopphold på sin side utgjør de resterende 70 prosentene av kostnadene til behandling. Produksjonstapet er den største kostnaden.



Tabell 4.7 Kostnader scenario B, mill. kr, år 5-10

Sykdom	Sykdomstilfeller	Uføre	Stat (mill kr)	Kommune (mill kr)	Produksjonstap (mill kr)	Samfunn (mill kr)
Diabetes	4 708	749	371,2	0,0	1 504,4	1 875,7
Hjerte- og karsyk.	1 954	275	594,7	57,9	1 046,2	1 698,8
Hjerne- slag	111	27	41,4	8,1	85,0	134,4
Kreft	482	192	150,7	64,8	476,2	691,6

KOLS	252	36	63,9	7,5	108,3	179,6
Depresjon	561	120	253,2	20,6	485,9	759,7
Brudd	631	227	226,7	84,6	536,0	847,3
Totalt	8 699	1 620	1 701,7	243,4	4 241,9	6 168,8

4.5 Scenario C – sterkere økning i inaktivitet på kort sikt

Tabell 4.8 Scenario C. +2 prosent fedme og +10 prosent fysisk inaktivitet. År 5. Andeler i prosent

	KMI > 30 (prosent)				Fysisk inaktivitet (prosent)			
								
	2017		2022		2017		2022	
Alder	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
20-44	11	8	13	10	14	12	24	22
45-64	14	15	16	17	16	11	26	21
65-84	15	13	17	15	24	24	34	34

Kilde: Tall for 2017 er fra SSBs levekårsundersøkelse.

Økningen i inaktivitet og fedme i dag fører til 3867 nye sykdomstilfeller i 2022. Samme år vil 720 personer gå ut i uførhet. Det vil ikke gi så høye kostnader på ett år, men kostnadene vil samle seg opp over tid. Den årlige kostnaden for samfunnet er 1,6 milliarder kr. Omtrent halvparten av det skyldes statlige utgifter til sykefravær og sykehus. Den dyreste sykdommen er hjerte- og karsykdommer, for eksempel hjerteinfarkt og stabil angina. Disse forekommer hyppig og er alvorlige. Til sammen utgjør hjerte- og karsykdommer over en tredel av kostnadene som følge av forverret livsstil.



Tabell 4.9 Kostnader scenario C, år 5

Sykdom	Sykdomstilfeller	Uføre	Stat (mill kr)	Kommune (mill kr)	Produksjonstap (mill kr)	Samfunn (mill kr)
Diabetes	2 093	333	142,4	0,0	177,3	319,7
Hjerte- og karsykd.	867	122	244,8	25,7	283,5	554,0
Hjerne-slag	48	11	29,0	2,6	19,9	51,6

Kreft	214	85	187,9	28,7	93,4	310,0
KOLS	113	16	33,2	3,3	24,9	61,5
Depresjon	251	51,25	105,8	16,8	133,3	255,9
Brudd	281	102	96,4	37,7	88,8	222,9
Totalt	3 867	720	839,6	114,9	821,1	1 619,3

4.6 Scenario D – sterkere økning i inaktivitet på mellomlang sikt

Tabell 4.10 Scenario C. +2 prosent fedme og + 10 prosent fysisk inaktivitet, år 10. Andeler i prosent

	KMI > 30 (prosent)				Fysisk inaktivitet (prosent)			
								
	2017		2027		2017		2027	
Alder	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
20-44	11	8	13	10	14	12	24	22
45-64	14	15	16	17	16	11	26	21
65-84	15	13	17	15	24	24	34	34

Kilde: Tallene for 2017 er fra SSBs levekårsundersøkelse

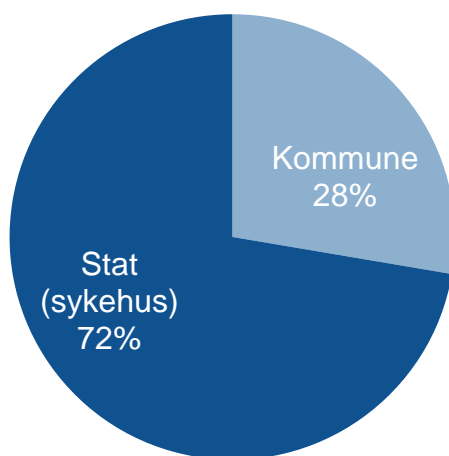
Av simuleringene som blir utført i rapporten er det denne som fører til de kraftigste effektene. En moderat forverring av nordmenns livsstil, vil i årene 2022-2027 føre til 17 312 alvorlige sykdomstilfeller som ellers ikke ville oppstått. Av disse blir 3 237 uføre i løpet av perioden. Totalt vil det føre til et tap på **11,6 mrd kr** for samfunnet i løpet av denne 10-årsperioden. Den største andelen av det er produksjonstapet av arbeid som ikke lenger blir utført (8,5 mrd kr). Kostnadene til kommuner i form av pleie og omsorg øker med 486 millioner kr. Det er en relativt liten andel av samfunnets totale kostnad (4,2 prosent), men samtidig utgjør det 28 prosent av behandlingskostnadene. Sykehusopphold utgjør på sin side 72 prosent av kostnadene til behandling.

Tabell 4.11 Kostnader scenario D, år 5-10

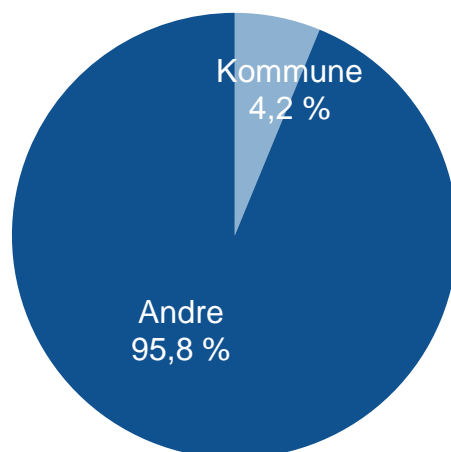
Sykdom	Sykdomstilfeller	Uføre	Stat (mill kr)	Kommune (mill kr)	Produksjonstap (mill kr)	Samfunn (mill kr)
Diabetes	9 414	1 497,5	738	0	3 008,7	3 746,9
Hjerte- og karsyk.	3 909	550,3	1 189	115,8	2 090,6	3 395,5

Hjerne- slag	219	51,0	81	16,1	167,0	264
Kreft	961	382,0	300	128,8	993,7	1 442,4
KOLS	419	71,0	271	14,9	215,6	501,6
Depresjon	1 128	230,3	509	41,4	938,8	1 489,2
Brudd	1 262	455,0	453	169,2	1 068,6	1 691,1
Totalt	17 312	3 237,0	3 542	486,3	8 482,9	11 593,3

Figur 4.2 Kostnadsfordeling av behandling – scenario D



Figur 4.3 Kostnadsfordeling totalt – scenario D



I 2027 er det gått ti år fra vi økte andelene som er fysisk inaktive og sterkt overvektige. Denne perioden kan være tilstrekkelig lang til at økningen i usunn livsstil slår ut i at mange får livsstilssykdommer. Flere vil kunne få livsstilssykdommer etter 2027. Det er selvsagt også mulig at fysisk inaktivitet og sterk overvekt gjør at andre livsstilsendringer kan få økte sjanser til å gi alvorlige sykdommer.

Merk at de 3 867 (fra 2017 til 2022) og 17 312 sykdomstilfellene (fra 2022 til 2027) utgjør om lag 0,5 prosent av befolkningen i de aldersgruppene vi ser på her. Det er derfor et lite fåtall i forhold til den totale befolkningen i 2017 som forventes å ende opp med alvorlige sykdommer de neste 5-10 år som følge av at 10 prosent flere av befolkningen i 2017 blir fysisk inaktive og 2 prosent flere blir sterkt overvektige.

Hva er så den samfunnsøkonomiske kostnaden akkurat i året 2027?

Kalkulatoren anslår den til 3 milliarder kr per år i 2027.

Denne kostnaden fordeler seg med

- 2,231 milliarder kr knyttet til tap av produksjon,
- 0,521 milliarder kr i behandlingskostnader
- 0.238 milliarder kr i skattefinansieringskostnader.

4.6.1 Kvalitetsjusterte leveår (QALY) og år med nedsatt funksjonsevne (DALY)

Helsekalkulatoren gjør det også mulig å beregne tap av kvalitetsjusterte (gjenværende) leveår (QALY) som følge av den moderate økningen i andelen som er fysisk inaktive og antall gjenværende år med nedsatt funksjonsevne (DALY).

QALY ble første gang introdusert i en artikkel av Zeckhauser og Shepard (1976). Til tross for at modellen er noe omstridt og det empiriske grunnlaget ikke alltid er godt nok, har QALY blitt mye brukt i helseøkonomi og i nytte-kostnadsanalyser. Grunnlaget for begrepet er at et leveår med plager, sykdom eller funksjonshemninger antas å gi tap av livskvalitet i forhold til et liv uten slike problemer. Et leveår med smerter kan for eksempel gis verdien 0,7. Tallet 1 representerer fullgod helse og tallet 0 representerer død. Dersom behandling av sykdom forlenger et liv med smerter, med vekt 0,7, blir forlengelsen i kvalitetsjusterte leveår 0.7. I og med at flere gjenværende leveår inngår, må en gjøre disse årene sammenliknbare. Fordi nære år teller mer enn fjerne år blir gjenværende kvalitetsjusterte leveår neddiskonterte med en rente, se Sassi (2006). Se også NOU 2012:16 for en presentasjon og kritisk diskusjon av QALY.

DALY er leveår justert for funksjonshemming og kombinerer informasjon om sykkelighet og dødelighet. Begrepet ble lansert av Verdensbanken og fulgt opp av WHO i 1990 årene. For å beregne DALY trenger en opplysninger om forventet gjenstående levealder og sykkelighet som så justeres med et mål for grad av funksjonshemming. Hver tilstand vektet på en skal fra 0 (fullgod helse) til 1 (død). Også ved DALY må en bruke en rente for å neddiskontere fremtidige år.

Sassi (2006) drøfter sammenhengen mellom QALY og DALY.

Anslaget her er basert på Helsekalkulatoren, Scenario D, med om lag 3591 tapte kvalitetsjusterte leveår (QALY). Dette er en langsiktig virkning av en økning i andelen som er fysisk inaktive.

I følge Helsedirektoratet (2014) kan et kvalitetsjustert leveår verdsettes til 1,12-1.29 millioner kr i 2012-priser, avhengig av om personene deltar i arbeidslivet eller ikke. Denne verdsettingen er basert på at verdien av et liv er 30 millioner kr og en rente brukt til å diskontere ned fremtidige verdier på 4 prosent (NOU 2012:16).

Verdien for hvert kvalitetsjustert leveår i 2017-priser er omlag 1,2-1.4 millioner kr.

Setter vi verdien til 1,3 millioner kr blir nåverdien av de 3591 tapte kvalitetsjusterte leveårene i 2027 4,7 milliarder kr per år..

Tabell 4.12 Forventet tap av kvalitetsjusterte leveår (QALY) og forventet tap av antall gode år som følge av nedsatt funksjonsevne (DALY). Scenario D.

Sykdom	QALY	DALY
Diabetes type 2	-2037	-180
Hjerte- og karsykdom	-880	-132
Hjerneslag	-49	-8
KOLS	-77	-54
Depresjon	-295	-378
Hoftebrudd	-150	-141
<i>Kreft:</i>		
Tarm	-41	-36
Prostata	-3	-3
Bryst	-58	-70
Total	-3591	-1002

4.7 Scenario Drammen –økning på mellomlang sikt

Så langt har vi brukt modellen til å måle landsomfattende endringer i sykdomstilfeller som følge av livsstilsendringer. For å illustrere hvordan livsstilsendringer utarter seg i mindre skala, lager vi et scenario for Drammen kommune. Simuleringen innebærer 2 prosents økning i fedme og 10 prosents økning i andelen stillesittende. Vi antar at livsstilen i Drammen er lik den for Norge som helhet, og ser på effektene 5-10 år fra i dag.

Drammen har 51 000 innbyggere i aldersgruppene vi studerer. Av disse utvikler 225 stykker alvorlige sykdommer som ellers ikke ville inntruffet. For samfunnet medfører det en kostnad på 163 millioner kr over en seksårsperiode. Av den summen tilfaller kun 3,7 prosent Drammen kommune.

Tabell 4.13 Kostnader scenario Drammen, år 5-10

Sykdom	Sykdomstilfeller	Uføre	Stat (mill kr)	Kommune (mill kr)	Produksjonstap	Samfunn (mill kr)
Diabetes	122	19	9,6	0,0	39,0	48,6
Hjerte- og karsykdom	51	7	15,4	1,5	27,1	44,0
Hjerneslag	3	1	1,1	0,2	2,2	3,4
Kreft	12	5	3,9	1,7	12,9	18,7
KOLS	5	1	3,5	0,2	2,8	6,5
Depresjon	15	3	6,6	0,5	12,2	19,3
Brudd	16	6	5,9	2,2	13,9	21,9
Totalt	225	42	46	6	110	163

4.8 Svakheter ved helsemodellen

Beregningene i modellen er grove anslag av kostnaden av helseskadelig livsstil i den norske befolkningen. Vi kan ikke utelukke at de sanne verdiene både er høyere eller lavere enn i våre beregninger. Modellen bygger på den svenske RHS-modellen og er i stor grad tilpasset norske forhold. Likevel er deler av modellen fortsatt tilpasset Sverige. Blant annet er det ikke justert for små forskjeller i det svenske og norske systemet for sykefravær. Behandlingskostnadene er en skalering av svenske kostnader til norske kostnadsnivå, og er ikke beregnet etter faktiske norske kostnader ved sykehus og omsorgsinstitusjoner.

Modellen lager prognoser ti år frem i tid. Det betyr at den ikke regner på den fullstendige kostnaden av alvorlig sykdom, som varer livet ut. Det er også grunnen til at barn ikke er inkludert i modellen. Livsstilsvalg hos barn vil i liten grad føre til sykdom i et tiårsperspektiv. Flere studier tyder på at fedme øker risikoen for hjerte- og karsykdommer og type 2 diabetes, først og fremst i voksen alder (FHI, 2016), (Garnett, 2008), (Maffeis, 2008). På lengre sikt derimot, er det trolig inaktivitet hos barn som medfører høyest kostnad for samfunnet. Det var også konklusjonen i Vistas rapport om gevinsten av friluftsliv (Vista analyse, 2016). Et annet poeng er at selv om ti år er et relativt kortsiktig perspektiv, reflekterer det tidsrammen beslutningstagere ofte planlegger i.

4.9 Begrenset arbeidskapasitet

Mange er ikke så syke eller inaktive at de ikke kan arbeide. Som eksempel vil vi anta at to prosent av befolkningen har en begrenset arbeidskapasitet som følge av økninger i en usunn livsstil (10 prosent flere fysisk inaktive og 2 prosent flere sterkt overvektige). Vi vet ikke om dette er et eksakt anslag, Det kan være flere eller færre som har en begrenset arbeidskapasitet som følge av fysisk inaktivitet og/eller sterk overvekt. To prosent er ment som et ikke urealistisk anslag på personer med en usunn livsstil og som er, eller kan være i arbeid.

Dette betyr at 10 prosent flere fysisk inaktive og 2 prosent flere sterkt overvektige av befolkningen i 2017 er antatt å føre til at:

- 0,5 prosent av befolkningen i 2017 får alvorlige sykdommer i perioden 2017-2027
- 2 prosent får begrenset arbeidskapasitet i 2027

Det betyr at av de 12 prosent ekstra med usunn livsstil er det hele 9,5 prosent som kan ha et normalt arbeidsliv. Disse anslagene er selvsagt usikre.

Når de som følge av sin livsstilsendring, ender opp med begrenset arbeidskapasitet, antar vi at lønnen, dvs. produktiviteten, og timeinnsatsen blir lavere, se Vista Analyse (2016) for en økonometrisk analyse av disse sammenhengene.

Begrensninger i folks arbeidskapasitet vil føre til et produksjonstap for samfunnet. Vi ser på to tilfeller.

Noen kan ha en rest arbeidsevne og kan potensielt ha fortsatt i en vanlig jobb.

Andre har ikke det, de fortsetter en stund i en lavt betalt jobb og kan bli uføretrygdet etter å ha blitt sykemeldt uten å ha fått de alvorlige sykdommene vi har sett på foran eller av andre grunner (fullføring av å ha gått på arbeidsavklaringspenger uten å ha fått jobb).

I den første gruppen blir tapet for samfunnet målt som differansen i lønnsinntekt per år for en gjennomsnittlig person og en med begrenset arbeidskapasitet. Denne differansen varierer med kjønn og alder.

For en gjennomsnittlig person kjenner vi lønnsinntekten per år. I Tabell 4.14 er den kalt alternativlønn per person.

Derimot vet vi ikke hva personer med begrenset arbeidskapasitet tjener, men vi kan gjøre en antagelse.

Vi antar at de har en sannsynlighet for arbeid på 50 prosent for menn og 40 prosent for kvinner. Gitt at de arbeider, antar vi at menn arbeider 1200 timer i året og kvinner 800 timer i året. Dette kan virke som lave timetall, men realiteten er at gitt arbeid, så arbeider norske kvinner og menn relativt få timer per år i forhold til i andre OECD land. Timelønna antar vi er henholdsvis 270 og 230 kr. Disse lønssatsene er klart lavere enn gjennomsnittslønnen i landet. Med disse forutsetningene får vi årlige forventete lønnsinntekter som vi ser i Tabell 4.14. Eksempelvis: Forventet lønn per år til en mann 20-44 år er $0.5 \times (1200 \times 270) = 162\,000$ kr.

Basert på gjennomsnittlig lønnsinntekt per år for vanlige arbeidstagere og anslaget på forventet gjennomsnittlig lønnsinntekt per år for en marginalisert person, kan vi beregne kostnaden for samfunnet av personer som har en begrenset arbeidskapasitet men med 40-50 prosent sjanser for arbeid.

Kostnaden for samfunnet er differansen mellom inntekten til en vanlig arbeidstager og inntekten til en i den marginaliserte gruppa, multiplisert med det forventete antall individer som får en begrenset arbeidskapasitet som følge av usunn livsstil. Vi ser da at tapet for samfunnet av denne overgangen fra et potensielt vanlig yrkesliv til et arbeidsliv med begrenset arbeidskapasitet er på hele 25,5 mrd kr per år.

Tabell 4.14 Kostnad ved 2 prosent økning i andelen med begrenset arbeidskapasitet.

Status	Kjønn	Aldersgruppe	Forventet lønn (kr per år) som marginalisert	Alternativlønn pr person (kr per år)	Total kostnad (mrd kr per år)
Begrenset arbeidskap.	Mann	20-44	162 000	367 500	6,9
Begrenset arbeidskap.	Mann	45-64	162 000	463 200	6,3
Begrenset arbeidskap.	Kvinne	20-44	73 600	397 400	6,8
Begrenset arbeidskap.	Kvinne	45-64	73 600	439 700	5,7
Begrenset arbeidskap.	Total	Total	-	-	25,5

Noter: Totalkostnaden i mrd kr per år er alternativlønnen i kr per år per person fratrukket forventet lønn i kr per år som marginalisert, multiplisert med det forventete antallet i hver aldersgruppe (2 prosent) som kan tilskrives usunn livsstil og begrenset arbeidskapasitet. Anslaget på forventet lønn blant personer med begrenset arbeidskapasitet er selvsagt usikker, men virker rimelig i forhold til de lønninger vi observerer i landet, Andelen på 2 prosent er ment som en illustrasjon, trolig ikke urealistisk, men her trengs mer kunnskap.

I den andre gruppen har vi kvinner med begrenset arbeidskapasitet og med 60 prosent sjanse for ikke en engang å opprettholde en lavt betalt jobb. Det vil si at blant de 2 prosent kvinnene som er antatt å få en begrenset arbeidskapasitet som følge av en usunn livsstil er

det 60 prosent sjans for å ende opp med uføretrygd. Denne trygden er knyttet til lønnsinntekter per år for personer med begrenset arbeidskapasitet (en timelønn på 230 kr og 800 timer arbeidet per år). Tilsvarende kan vi gjøre for menn hvor det da er 50 prosent sjans, blant de 2 prosentene med begrenset arbeidskapasitet, for å ende opp med uføretrygd.

De samfunnsøkonomiske kostnadene er da produksjonstapet knyttet til en arbeidsinnsats med begrenset kapasitet (8,4 milliarder kr i 2027) og skattefinansieringskostnader knyttet til finansiering av uføretrygd (1,1 milliarder kr i 2027), totalt 9,5 milliarder kr i 2027.

4.10 Totale samfunnsøkonomiske kostnader.

De totale samfunnsøkonomiske kostnadene som følge av en økt andel fysisk inaktive (+10 prosent av befolkningen) og økt andel sterkt overvektige (+2 prosent av befolkningen) i 2017, er for året 2027 anslått til:

- 3 milliarder kr per år som følge av livsstilssykdommer (produksjonstap, behandlingskostnader og skattefinansieringskostnader)
- 4,7 milliarder kr per år (QALY, individers tap av leveår med full kvalitet)
- 25,5 milliarder kr per år som følge av at personer får en begrenset arbeidskapasitet og kan ikke jobbe som folk flest (produksjonstap)
- 9,5 milliarder kr per år som følge av at personer med en begrenset arbeidskapasitet ender opp med uføretrygd (produksjonstap og kostnader ved skattefinansiering av trygd)
- Totalt 42,7 milliarder kr per år.

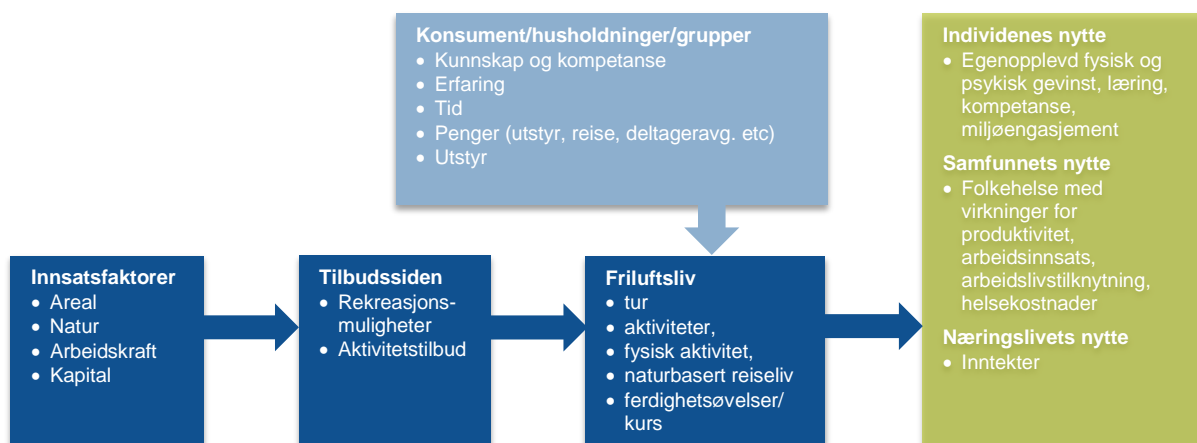
5. Hvem bærer kostnadene og hvem får gevinstene?

5.1 Forebygging og forbedring av helse – en investering

Fysisk aktivitet og en sunn livsstil er for mange forbundet med velvære og noe som prioriteres i hverdagen. Samtidig kan både aktiviteter og kosthold være forbundet med kostnader i form av prioritering av tid, varer og tjenester, transport eller andre ting. Utøvelse av friluftsliv kan brukes som en illustrasjon. Friluftsliv dekker alt fra lavterskelaktiviteter i nærområdet til aktiviteter som krever både kompetanse, utstyr og prioritering av tid.

Figur 5.1 viser produksjonskjeden bak utøvelse av friluftslivsaktiviteter. De mørkeblå boksene illustrerer innsatsen, eller investeringene som kreves for at utøvelse av friluftsliv skal kunne finne sted. Gevinstene er vist i den grønne boksen. Samfunnets nytte inkluderer gevinster (eller kostnader) over offentlige budsjetter, dvs kommune og stat.

Figur 5.1 Friluftsliv: Fra produksjon til utøvelse (konsum) til nytte



Den første boksen viser nødvendige innsatsfaktorer for at friluftsliv skal kunne finne sted. Dette er i store trekk kommunenes ansvar, og dermed også kommunene som bærer kostnadene. Høy «hverdagsaktivitet» med deltagelse fra hele befolkningen krever tilrettelagte og tilgjengelige arealer. Erfaringer fra Danmark viser at nærheten til turveier, sykkelveier, parkområder eller naturområder stimulerer til fysisk aktivitet. Der befolkningen har tilgang til gode tur- og aktivitetsområder innenfor en grense på 300 m, øker aktivitetsnivået. Dette ser dermed ut til å være et godt virkemiddel for å stimulere de gruppene som i utgangspunktet er tilbøyelige til å være fysisk inaktive. Sikring og tilrettelegging av areal krever ofte investeringer fra kommunen. I tillegg er det driftskostnader knyttet til vedlikehold av arealene. Kommunene vil som vi har vist foran, få besparelser over kommunebudsjettene ved at en større andel av befolkningen går fra å være inaktive til å bli aktive. Det er likevel grunn til å anta at investeringskostnadene som kreves for å sikre og tilrettelegge områder i nærområdet, er større enn de økonomiske gevinstene som tilfaller kommunen.

I tillegg til tilgjengelige områder å utøve aktivitet på, vil deler av befolkningen også ha behov for et aktivitetstilbud, informasjon, eller opplæring for å kunne utøve fysisk aktivitet. Dette gjøres i dag delvis av frivillige organisasjoner, hvorav noen aktiviteter er finansiert gjennom prosjektmidler fra stat og kommune. Andre aktiviteter gjøres gjennom frivillig, ubetalt innsats, i tillegg kan det også være aktiviteter som finansieres gjennom medlemsinntekter.

Kommunene kan påvirke innholdet i barnehager og skoler, og dermed bidra til læring og fysisk aktivitet. I tillegg har mange kommuner andre tiltak som er rettet mot inaktive grupper.

Individene (konsumentene) må ha en egeninnsats for at aktiviteter skal finne sted. I utgangspunktet vil individene kreve at nytten av aktiviteten overstiger kostnadene for at de skal investere tid og penger på fysisk aktivitet. Kunnskap og motivasjon er viktige elementer for at befolkningen skal utøve tilstrekkelig med fysisk aktivitet.

5.2 Statlig politikk viser kunnskap og gode intensjoner

Både Folkehelsemeldingen (Meld.St.34, 2012-2013) og Friluftslivsmeldingen (Meld.St. 18, 2015-2016) viser til fysisk aktivitet som en viktig del av folkehelsearbeidet. Folkehelsemeldingen understreker at fysisk aktivitet er en kilde til helse og livskvalitet, og er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Fysisk aktivitet som helsefremmende faktor er en «ferskvarer» som må vedlikeholdes gjennom daglig bevegelse og aktiv bruk av kroppen.

Begge meldingene viser til at Regjeringen vil at friluftsliv i nærmiljøet skal prioriteres i det offentlige friluftslivsarbeidet. Dette innebærer at friluftsliv i og ved byer og tettsteder skal prioriteres i tilskuddsordninger til friluftsliv, i sikring av friluftslivsområder, opparbeiding og tilrettelegging, formidling og aktivitet.

Folkehelsedirektoratet peker i sin rapport om folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2010) på at trekk ved dagens helsetilstand, helseatferd og demografi varsler om store utfordringer i årene som kommer. Det pekes videre på at grunnlaget for samfunnets helseutfordringer om 20-30 år legges i dag, på samme måte som dagens helseutfordringer er et resultat av de siste 20-30 års levevaner. «*Vi vet hva som virker, og vi må handle nå for å sikre fremtidens helse og velferd*», skriver Helsedirektoratet.

Friluftslivsmeldingen viser til friluftslivets helsebringende virkninger, men er svært lite konkret på hvordan mulighetene som ligger innenfor friluftslivet kan utløses gjennom det offentlige virkemiddelapparatet for å nå målet om fremtidens helse og velferd.

Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og myndighetene er i følge Folkehelsemeldingen avgjørende for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner når ut til mange vi ikke når gjennom offentlige tilbud og tjenester. Regjeringen vil bygge opp under det frivillige engasjementet i folkehelsearbeidet, blant annet i samarbeid med friluftsråd og frivillige organisasjoner: *Vi vil legge til rette for et sterkere samarbeid med frivillige organisasjoner på flere samfunnsområder, for eksempel i forebyggende arbeid overfor barn og unge, aktivisering av eldre, i kriminalomsorg, kultur, idrett, friluftsliv, og når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet.*

Vista Analyse (2016) viser at det er milliarder å tjene på å få den inaktive delen av befolkningen mer aktive slik at de følger helsemyndighetenes anbefalinger. I denne rapporten har vi vist hva helsekostnadene og produksjonstapet ved inaktivitet kan koste samfunnet, kommunene og individene. Det er kjent og erkjent at inaktivitet er en av de største driverne for vekst i helsekostnader.

5.3 Svake insentiver for å sikre tilstrekkelig innsats i kommunene

I kapittel 4 viste vi at det er staten og individene som bærer de største kostnadene ved inaktivitet. Kommunene får også noen kostnader. Selv om andelen som tilfaller kommunen er liten, kan kostnadene likevel være en belastning over kommunens budsjetter. Kommunen har derfor et direkte økonomisk insentiv til å tilrettelegge for fysisk aktivitet og lavterskeltilbud. Det kan imidlertid være utfordrende for kommunene å prioritere denne type investeringer

innenfor årlige kommunale budsjetter. Investeringene vil framkomme som en utgiftspost, mens besparelsene ikke vil være synlig i budsjettene. Besparelsene, eller gevinstene vil også komme over tid, hvorav noen svært langt fram i tid, og i hovedsak tilfalle stat og individer.

I kapittel 4 brukte vi Drammen som et eksempel på kostnadsvirkninger av en moderat økning i andelene som er fysisk inaktive og sterkt overvektige. Den direkte kostnaden for Drammen som følge av denne økningen var relativt lav i forhold til den kostnaden som belastes stat og individene selv. Det gir Drammen kommune svake insentiver til å aktivisere sine innbyggere for å forebygge sykdom. Kostnaden av lavterskeltilbud for å aktivisere stillesittende grupper faller i all hovedsak på Drammen kommune, men de fleste gevinstene vises ikke over kommunebudsjettet. Kommuner har først og fremst insentiver til å forebygge omsorgsbehov hos eldre på kort sikt. Et eksempel er å forhindre at eldre faller, et tiltak som kan spare kommunen for kostnader innenfor en tidsramme hvor det er mulig å se gevinster. Kommuner har derimot lite eller ingen økonomiske insentiver til å forebygge livsstilssykdom hos yngre grupper langt frem i tid.

5.4 Virkemidlene mangler, hvem skal handle?

Staten peker på kommunene og frivillig sektor i folkehelsearbeidet. Fysisk aktivitet og friluftsliv er identifisert som et satsningsområde, men ansvaret for å gjøre noe med det, er spredt på et stort antall aktører som også har andre viktige oppgaver. Gevinstene ved økt aktivitet ligger noe frem i tid, og blir derfor ikke prioritert høyt nok av de som kan gjøre noe med det, men som aldri ser regningen som følge av manglende investeringer. Som vi har vist, tilfaller også kun en liten andel av folkehelsegevinsten kommunebudsjettene, mens kommunene bærer en stor del av tilretteleggingskostnadene.

Frivillige organisasjoner er i utgangspunktet til for sine medlemmer. Organisasjonene er basert på frivillighet og demokrati og det er medlemmene – ikke stat eller kommune – som bestemmer hvordan ressursene skal benyttes. Frivillige kan heller ikke «dirigeres» til en innsats utover det de selv ønsker å bidra med. Den norske turistforening (DNT) har eksempelvis et stort antall medlemmer som bruker fritid og engasjement på å merke turstier og tilrettelegge turløyper. Dette er ressurser som ikke uten videre kan omdisponeres til å aktivisere inaktive personer som trenger motivasjon, kompetanse eller praktisk hjelp for å utøve helsebringende fysisk aktivitet. Skiforeningen har vært tro mot sitt opprinnelige hovedformål; nemlig å tilrettelegg for bruk av Marka i og rundt Oslo. Medlemmene finansierer selv en stor andel av dette arbeidet gjennom medlemsinntekter, og også frivillig arbeid. I tillegg tilbyr foreningen kurs- og opplæring for barn, unge og voksne, delvis ved hjelp av frivillig innsats, og delvis gjennom betalte kurs på kommersielle betingelser. Overskuddet går tilbake til organisasjonen og til hovedoppdraget; tilrettelegging av Marka. Flere frivillige organisasjoner har også aktiviteter for å rekruttere nye medlemmer til et aktivt friluftsliv, og vi finner også organisasjoner som har tilrettelagte aktiviteter for å hjelpe inaktive til å bli aktive, og til å holde målgrupper som potensielt er lite aktive på et tilfredsstillende aktivitetsnivå. Denne type aktiviteter er stort sett finansiert gjennom prosjektmidler, der det også benyttes lønnet personell, i tillegg til noen ildsjeler som ser verdi i å bruke egen fritid på å utvikle tilbud til inaktive. Ny teknologi i form av apper og delingsmuligheter gjør at flere nåes og at flere frivillige initiativer kan få en tilstrekkelig minimumsmengde til å utgjøre et bærekraftig tilbud. Det er likevel grenser for hvor mye frivillige organisasjoner med mandat fra egne medlemmer, kan utrette for inaktive grupper uten at de tilføres ressurser.

Vista Analyse (2016) viser at det er betydelige positive eksterne virkninger av organisasjonenes aktiviteter og tilrettelegginger. Stier, kompetanseutvikling, kunnskap om turer og aktiviteter, er fellesressurser som alle nyter godt av. Utfordringen med å få alle til å ta naturen i bruk innenfor et folkehelseperspektiv er likevel ikke løst.

5.4.1 Vi vet at et fragmentert og kortsiktig virkemiddelapparat ikke virker

Det settes årlig av ressurser fra ulike offentlige budsjetter som organisasjoner og kommuner kan søke på for å tilrettelegge for, eller stimulere til fysisk aktivitet gjennom friluftsliv. Små prosjektmidler for aktivitet, distribuert gjennom flere ulike kanaler, med krav om kortsiktig leveranse og liten forutsigbarhet for videreføring, svekker effekten av ressursene. En samordning av virkemidlene der det gis langsiktige og forutsigbare rammebetingelser er en forutsetning for å få effekt av tiltak innenfor forebyggende helse og fysisk aktivitet. Dette var et sentralt resultat i Vista Analyse sin evaluering av handlingsplan for fysisk aktivitet i 2009 (Vista Analyse, 2009). Fremdeles ser vi et svært fragmentert virkemiddelapparat, der alle gis muligheter til å peke på hverandre, men ikke sitter med rammer som gjør det mulig å gjøre det som Helsedirektoratet og andre vet virker. Det er utallige eksempler på tiltak som virker, og som får i gang inaktive, selv innenfor begrensede ressursrammer og korte tidsperspektiver. Det samlede bildet viser likevel at andelen fysisk inaktive i samfunnet fortsatt forventes å øke, med de kostnadene det gir samfunnet på kort og lang sikt. Dersom det virkelig er et mål å komme lengre, må det også iverksettes tiltak og utvikles virkemidler som i større grad enn i dag gir langsiktige rammebetingelser og forutsigbarhet.

5.5 Hva kan gjøres?

Norsk friluftsliv og friluftslivsrådene deler virkemidlene inn i sikring av areal, tilrettelegging av areal, motivasjon og aktivitet. Dette skal gi deltagelse på organiserte og uorganiserte aktiviteter. Det er resultatet av den samlede tiltakskjeden som gir effekter for samfunnet (se Figur 5.2).

Figur 5.2 Friluftslivets tiltakskjede



I Vista Analyse (2016) viser vi hvilke aktører som er sentrale i hver del av tiltakskjeden.

Kommunene har en sentral rolle gjennom hele kjeden, og vi ser også at mange kommuner benytter friluftsliv og utvikling av aktivitetstilbud som et innsatsområde på andre politikkområder.

Hvis vi går tilbake til Drammen kommune ser vi at fysisk aktivitet brukes som en innsatsfaktor på følgende områder:

- Aktivitetsskolen / SFO. Fysisk aktivitet er en innsatsfaktor for å realisere andre mål innenfor utdanningspolitikken.
- Stimulere egne ansatte til fysisk aktivitet
- Tilrettelegge turområder og gode, trygge sykkel og gangområder.
- Øke Drammens attraktivitet som bostedskommune gjennom å tilrettelegge for, og markedsføre gode tur- og aktivitetsområder

Gjennom en helhetlig tilnærming kan deler av tilrettelegging finansieres over andre budsjetter, samtidig som avkastningen av investeringen over andre budsjetter øker når det samtidig tas hensyn til folkehelseperspektivet. Når en samferdselsinvestering samtidig sørger for at det blir hyggelige og trygge gang- og sykkelveier slik at flere går og sykler, øker verdien av investeringen gjennom virkninger på folkehelsen.

De frivillige organisasjonene har en viktig rolle, de har unik kompetanse, nettverk og disponerer en stor ressursbase av frivillige som kan bidra, gitt at det tilrettelegges på riktige premisser. Skal organisasjonene kunne bidra til å skape aktivitet i befolkningsgrupper langt utenfor egen medlemsmasse, må de tilføres ressurser og også gis langsiktige rammebetingelser.

Tekstboks 5.1 Bynært friluftsliv i Drammen. Et samarbeidsprosjekt som virker?

Vi viste foran at kommunenes budsjettmessige insentiver til å tilrettelegge for fysisk aktivitet er svake. Dette ble blant annet vist gjennom å bruke Drammen som eksempel. Likevel observerer vi at Drammen kommune gir en relativt høy prioritet til friluftsliv og idrett ved at de bruker av sine frie midler til å investere i infrastruktur, og å stimulere til aktivitet. Det betyr at det er andre hensyn enn budsjettøkonomiske som ligger til grunn. Det kan være et ønske om å skape økt trivsel blant innbyggerne og øke tilflytningen til kommunen. Drammen kommune opplyser også at de har et ønske om å bedre folkehelsen uavhengig av hvilke økonomiske gevinster det gir.

Et tiltak som ble satt i gang i 2011 er «bynært friluftsliv». I prosjektet er det etablert samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner (Norsk friluftsliv, DNT Drammen og omegn). Prosjektet består av tre faser. I den første fasen ble det laget en prosjektbeskrivelse og dannet et kunnskapsgrunnlag. Det bidro til å aktualisere friluftsliv for ansatte i kommunen. Andre fase besto av: (1) å lage en områdeplan som inkorporerte bynært friluftsliv, (2) rekruttering til friluftsliv, og (3) strakstiltak med blant annet skilting av turtraséer inne i byen. Fase tre var å evaluere prosjektet og kommunisere resultatene til fagmiljøene i kommunen slik at man kunne lære av det.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet støttet prosjektet med 1,6 millioner kr. På den måten er storsamfunnet med på å finansiere en investering som får virkninger for andre enn bare innbyggerne i Drammen kommune. Vi viser i kapittel 4 at dersom innbyggerne i Drammen blir syke, får det øvrige samfunnet mesteparten av kostnaden. Det oppstår en vridning mot underinvesteringer i tiltak som aktiviserer befolkningen når kommunen ikke høster den fulle gevinsten av investeringer. Statlig støtte er med på å rette opp i den vridningen og flytter den totale investeringen nærmere det som er optimalt for samfunnet.

Referanser

- Anderssen, S. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Dalen, E., & Holbæk-Hanssen, J. (2016). *Norsk monitor 2015/16: Rapport utarbeidet for Norges Idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité*. Ipsos.
- Feldman, I. and P. Johansson (2016): *The Swedish RHS-model (Risk Factors, Health and Societal Costs)*, Technical Report, Uppsala Universitet.
- FHI. (2016, 05 18). *Barnevekststudien*. Hentet fra <https://www.fhi.no/studier/barnevekststudien/>
- Garnett. (2008). Waist-to-height ratio: a simple option for determining excess central adiposity in young people. *Int J Obesity*, 32(6), 1028-30.
- Graff-Iversen. (2001). Trends when it comes to occupational physical activity among Norwegians aged 40-42 years during the period 1974-94. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 22(121), 2584-2588.
- Grimsmo, A; Magnussen, J. (2015). Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. *Insittutt for samfunnsmedisin NTNU*.
- Helsedirektoratet. (2014). *Innspill til ny oppdatering av reduserte helsekostnader for gående og syklende, samt konsistensvurderinger av verdsetting av liv og helse anvendt i ulike sammenhenger i Statens vegvesensHåndbok 140*. Notat av 29.01. 2014, Helsedirektoratets avdeling for finansiering og DRG
- Helsedirektoratet. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge: Nasjonal kartlegging 2014-2015*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse*.
- Helsedirektoratet. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge: Nasjonal kartlegging 2014-2015*. Oslo.
- Iversen, T. (2012). *Rapport om problemer i helsesektorene i Norden*. Helseøkonomis forskningsprogram ved Universitetet i Oslo. Oslo
- Kristiansen, I.S; Pedersen, K.M. (2000). Helsevesenet i de nordiske land – er likhetene større enn ulikhetene? *Tidsskr Nor Legeforen*.
- Kumar, B. e. (2005, august). Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *Int J Obesity*.
- Maffeis. (2008). Obesity Study Group of the Italian Society of Pediatric, E and Diabetology. Waist-to-height ratio, a useful index to identify high metabolic risk in overweight children. *J Pediatr*, 152(2), 207-13.
- Midthjell, K. (1999). Rapid changes in the Prevalence of Obesity and Known Diabetes in an Adult Norwegian Population. The Nord-Trøndelag health Surveys. *Diabetes Care*, 22, 1813-1820.
- NOU 2012:16. Samfunnsøkonomiske analyser. Statens forvaltningstjeneste. Oslo
- Sassi, F. (2006): *Calculating QALYs, Comparing QALY and DALY Calculations*, Oxford University Press.

SSB. (2015). *Levekårsundersøkelsen*.

Vista Analyse. (2009). *Samspill uten retning og midler? Hvem skal aktivere hvem? Evaluering av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*.

Vista Analyse. (2016). *Samfunnsøkonomiske virkninger av friluftsliv*. Steinar Strøm, Ingeborg Rasmussen, Øystein Hernæs og Hanne Toftdahl.

Zeckhauser, R. and D. Shepard (1976): Where Now for Saving Lives, *Law and Contemporary Problems*, Vol 40, no 4, 5-45

Vista Analyse AS

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk forskning, utredning, evaluering og rådgivning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder omfatter klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, byutvikling og velferd.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Vista Analyse AS

Meltzersgate 4

0257 Oslo

post@vista-analyse.no

vista-analyse.no