



Regional plan for folkehelse i Nord-Trøndelag 2015 - 2020

Vedtatt av Fylkestinget 11. juni 2015



Nord-Trøndelag
fylkeskommune

Innhold

Forord.....	2
1. Innledning	3
2. Vegvalg og mål	12
3. Kunnskapsgrunnlaget	16
4. Strategiske temaområder.....	25
4.1. Temaområde 1: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	25
4.2. Temaområde 2: Gode levevaner i Nord-Trøndelag.....	26
4.3. Temaområde 3: Alle skal med i Nord-Trøndelag.....	30
4.4. Temaområde 4: Samhandling i folkehelsearbeidet	33
5. Gjennomføring av planen.....	35
6. Nasjonale og regionale føringer som grunnlagsmateriale for folkehelsearbeidet	37
7. Referanseliste	39
8. Vedlegg.....	41

Forord

Regional plan for folkehelse skal bidra til flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller i Nord-Trøndelag.

Helse og trivsel er en forutsetning og en investering for gode liv. Nordtrøndere med god helse er et mål i seg selv og samtidig en av fylkets viktigste ressurser. God helse er av stor betydning både for livskvaliteten til den enkelte og for å sikre nordtrøndersamfunnet en «frisk» og produktiv befolkning som kan bidra til vekst og velstandsutvikling.

Helse skapes og utvikles der hvor folk samhandler over tid. Det vil si der hvor folk bor, lærer, leker, arbeider og eldes. Med andre ord ligger det et stort potensiale i å bedre folks helse innen familien, i barnehager, skoler, arbeidsliv og lokalsamfunn. Politikken som blir ført i ulike samfunnssektorer har derfor stor påvirkning på helsetilstand og fordeling av helse i befolkningen.

Planen viser at vi i fylket vårt har et godt kunnskapsgrunnlag for både ledelse og politisk beslutning og handling allerede. Det gjelder å ta planen i bruk. Det offentlige, private og frivillige Nord-Trøndelag må samarbeide for å nå målene.

Fylkeskommunen ønsker med planen å videreutvikle rollen som pådriver og samordner av folkehelsearbeidet i fylket. Gjennom å bygge allianser og ulike former for partnerskap med aktørene, ønsker vi at fylkeskommunen skal bli en hovedaktør og premissleverandør for folkehelsearbeidet i fylket.

Vi har god kunnskap om folkehelsa i Nord-Trøndelag. Men vi skal fortsatt stimulere til økt kunnskap om årsakssammenhenger og om gjennomføring og effekt av tiltak. Fylkeskommunen er i førersetet på å drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Både i kraft av egen kompetanse, men også som samarbeidsaktør med kunnskapsmiljøene i begge trøndelagsfylkene som HUNT, HiNT og NTNU. Planen sørger for en videreutvikling av utøvelsen av kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Vi ønsker at planen skal være til hjelp, nytte og støtte for alle aktørene i folkehelsearbeidet. Men ikke minst ønsker vi at planen skal bidra til motivasjon, engasjement og aktivitet for å fremme folkehelsa i Nord-Trøndelag.

Nord-Trøndelag fylkeskommune



Anne Marit Mevassvik, fylkesrådsleder

1. Innledning

Bakgrunn for plandokumentet

Regional plan for folkehelse 2015-2020 er forankret i *Regional planstrategi for Nord-Trøndelag 2012-2016*, hvor folkehelse er ett av de prioriterte områdene i den fylkeskommunale planleggingen. Regional planstrategi fastslår at planen skal erstatte og ta utgangspunkt i *Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014*, og suppleres med andre områder som er viktige for folkehelsearbeidet (Regional planstrategi for Nord-Trøndelag, 2012)

Planen er en regional plan etter plan- og bygningsloven (PBL, 2009, § 8-3). Som regional plan skal den legges til grunn for både fylkeskommunens, kommunenes og statlige organ sitt folkehelsearbeid i planperioden (PBL, 2009, § 8-2). Planen er utarbeidet i tråd med prosessreglene i plan- og bygningsloven (PBL, 2009, § 8).

Planprosessen

Planprosessen startet opp i juni 2013 og planprogrammet ble vedtatt i fylkestinget i desember 2013. Regionplanutvalget for Nord-Trøndelag har vært styringsgruppe for planarbeidet. En plangruppe, bestående av representanter fra fylkeskommunen, kommunene og fylkesmannen har koordinert arbeidet med planen.

Fylkeskommunen, ved avdeling tannhelse og folkehelse, har vært plangruppas sekretariat.

Fylkeskommunen har lagt vekt på å få til god forankring og medvirkning i planarbeidet. Det ble nedsatt fire arbeidsgrupper knyttet til planprogrammets fire strategiske temaområder; *kunnskapsbasert folkehelsearbeid, gode levevaner i Nord-Trøndelag, alle skal med i Nord-Trøndelag og samhandling i folkehelsearbeidet*. Gruppene har vært samlet til flere arbeidsverksteder i perioden april 2014 til april 2015. I overkant av tretti personer har deltatt i samlingene. Deltakerne har representert kommunene, fylkeskommunen, fylkesmannen, eldrerådet, kunnskap- og kompetansemiljø som HUNT, HiNT og KoRus, rådet for likestilling av funksjonshemmede, innvandrerådet, ungdommen, ulike frivillige organisasjoner som Idrettskretsen og Norske Kvinners Sanitetsforening samt frivilligsentralene. Målsettingen med arbeidsverkstedene har vært å komme fram til målsettinger, strategier og handlinger innenfor de fire temaområdene.

I tillegg har det vært gjennomført ulike andre medvirkningsopplegg rettet mot ungdommen (Ungdomskonferansen), til representanter for seksjoner i NTFK og deltakelse i ulike møter i råd og andre fora med folkehelse som tema.

Nasjonale og regionale rammer og føringer

En rekke lover, stortingsmeldinger, statlige handlingsplaner, regionale planer, strategier og rapporter gir føringer og grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket. Oversikt over disse følger under kapittel 6; Nasjonale og regionale føringer som grunnlagsmateriale for folkehelsearbeidet.

Virkninger av planen

Planen inneholder overordnet mål for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag. I tillegg mål og strategier for de strategiske temaområdene; *kunnskapsbasert folkehelsearbeid, gode levevaner i Nord-Trøndelag, alle skal med i Nord-Trøndelag og samhandling i folkehelsearbeidet.*

I tilknytning til planen vil det bli utarbeidet en årlig handlingsdel. Handlingsdelen inneholder konkrete tiltak knyttet til de ulike strategiene. Her vil det skilles mellom tiltak som kan og skal gjennomføres av Nord-Trøndelag fylkeskommune alene, i samarbeid med andre og råd og anbefalinger til kommunene.



Sentrale definisjoner og begrep i folkehelsearbeidet

I folkehelsearbeidet er det viktig og nødvendig at aktørene har en felles oppfatning av sentrale begrep og definisjoner.

- **Helse**

Begrepet helse kan forstås på flere måter. Det finnes ingen entydig definisjon. I dag er det vanlig å beskrive tre dimensjoner i helsebegrepet; som fravær av sykdom, som en ressurs og som et velbefinnende (Mæland, 2009).

God helse kan bli sett på og forstått som det å være frisk, det vil si at kroppen fungerer normalt, at en ikke er syk og ikke har verken fysiske og psykiske plager. I tillegg beskrives gjerne god helse som evne til å mestre og å fungere, og må sees i sammenheng med de varierende livsbetingelser som mennesket utsettes for. Slik blir helse å forstå som en ressurs som gir mennesker styrke til å fungere og motstandskraft til å stå imot påkjenningene man utsettes for gjennom livet. Peter Hjorts (1994) beskrivelse om at *god helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav*

passer til denne definisjonen av helse. En tredje forståelsesmåte er å se på helse som fysisk og psykisk velvære. En slik forståelsesmetode legger vekt på at en opplever velvære og harmoni, at en har gode relasjoner til andre mennesker og at en får brukt seg selv på en positiv måte. Denne måten å forstå helse på ligger nær det som gjerne blir omtalt som livskvalitet (Mæland, 2005).

I folkehelsearbeidet må vi ha alle tre oppfatningene av helseberegnet med oss.

- **Folkehelse**

Befolkningens *helsetilstand* og hvordan helsen *fordeler seg* i en befolkning (FHL, 2012). Men folkehelse er noe annet og mer enn summen av de enkelte innbyggernes helsetilstand. Begrepet tar opp i seg økonomiske, fysiske, psykiske og miljømessige forhold som påvirker helsetilstanden. Helsen i en befolkning må beskrives indirekte gjennom et omfattende sett av indikatorer for helsetilstand, helseproblem og forhold som påvirker helsetilstanden.

- **Folkehelsearbeid**

Samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. I tillegg omfatter det arbeidet for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (FHL, 2012).

Definisjonen avgrensner folkehelsearbeid fra behandling av sykdom i helsetjenesten. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Folkehelsearbeidet omfatter heller ikke habilitering og rehabilitering

Folkehelsearbeid omfatter både helsefremmende og forebyggende helsearbeid.

- **Helsefremmende arbeid**

Helsefremmende arbeid er definert som *den prosess som gjør folk i stand til å styrke og bevare sin helse* (Nutbeam, 1986)

Sentralt i helsefremmende arbeid er den enkeltes eller lokalsamfunnets mulighet for å ha aktiv innflytelse over sin egen situasjon. Arbeidet tar utgangspunkt i ressurser og positiv helse og har som mål å fremme deltagelse i befolkningen.

Helsefremmende arbeid omfatter i tillegg en styrking av faktorer som fremmer helse framfor å ha oppmerksomheten rettet mot sykdomsfremkallende faktorer. Eksempel på helsefremmende faktorer er sang, musikk og andre kulturaktiviteter, kontakt med natur og dyr, sosiale møteplasser, familie og nettverk, friluftsliv, arbeid og forutsigbar økonomi.

- **Forebyggende helsearbeid**

Forebyggende helsearbeid er definert som arbeidet med å *reducere risiko for sykdom, skade, lidelse og for tidlig død* (Mæland, 2005).

Forebyggende helsearbeid tar utgangspunkt i kjente risikofaktorer for sykdom og svekket helse, og innebærer arbeid med å fjerne, redusere eller stenge slike faktorer ute. Eksempler på kjente risikofaktorer er tobakk, alkohol, støy, luftforurensing, inaktivitet og overvekt.

Det er vanlig å skille mellom tre hovednivå i det forebyggende helsearbeidet:

1:Primærforebygging: Styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår

2:Sekundærforebygging: Stanse sykdomsutvikling eller hindre tilbakefall

3:Tertiærforebygging: Hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger (habilitering og rehabilitering)

Primærforebygging og deler av det sekundærforebyggende arbeidet faller inn under begrepet folkehelsearbeid.

Grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet

Et *grunnleggende prinsipp* avspeiler en verdi eller et hensyn som preger utviklingen på et område. Folkehelseloven løfter fram fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. Det er prinsippene om; *utjevning, "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies), føre-var, bærekraftig utvikling og medvirkning* (FHL, rundskriv om iverksetting av loven, 2011).

Den regionale folkehelseplanen bygger på disse prinsippene:

- **Utjevning**

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen og det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde slike forskjeller. Sammenhengene er komplekse, men vi kan slå fast at det i hovedsak er sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt. De systematiske forskjellene i helse henger sammen med ulikheter i samfunnets ressursfordeling. Prinsippet om utjevning har konsekvenser for politikktutforming på alle nivåer. Innsatsen bør rettes mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og sosiale forskjeller i helse, samt å legge til rette for at alle skal ha mulighet til å gjøre enkle og gode valg. Det er nødvendig med en kombinasjon av universelle ordninger og målrettede tiltak mot spesielt utsatte grupper.

- **Helse i alt vi gjør**

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. Prinsippet skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorer. Det

innebærer for eksempel at utdanningssektoren, samferdselssektoren og kultursektoren har ansvar for å vurdere og å ta hensyn til hvilke konsekvenser endringer i politikken kan ha for helsa i befolkningen.

I folkehelseloven kommer prinsippet om «helse i alt vi gjør» til uttrykk gjennom at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten i kommunen, men til kommunen som sådan.

- **Bærekraftig utvikling**

Bærekraftig utvikling handler om å tilrettelegge for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid. Satsing på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn. Forebyggende helsearbeid er bærekraftig fordi det bidrar til å legge større vekt på kommende generasjoners behov – til større likhet mellom generasjoner. Forebygging sikrer bærekraft gjennom redusert bruk av helsetjenester og sykehustjenester. En befolkning med god helse er et mål i seg selv, men samtidig en av samfunnets viktigste ressurser. God helse er av stor betydning både for livskvaliteten til den enkelte og for å sikre samfunnet en frisk og produktiv befolkning som kan bidra til økonomisk vekst og velstandsutvikling.

- **Føre-var-prinsippet**

Føre-var-prinsippet skal legges til grunn når det fastsettes retningslinjer og tiltak i folkehelsearbeidet. Det gjelder spesielt tiltak for å redusere risiko for svekket helse, men også tiltak for å fremme helse. I mange tilfeller kan det være usikkerhet knyttet til forholdet mellom det man utsettes (eksponeres) for og effekten på helsa, eller til forholdet mellom tiltak og helseeffekt. Ved fastsetting av normer og retningslinjer er det tilstrekkelig at det er sannsynlig at en eksponering eller et tiltak kan medføre fare for helseskade eller reduserte muligheter for helsefremmende aktiviteter, for at tiltaket ikke skal iverksettes. Det er ikke krav om vitenskapelig sikkerhet eller bevis.

Prinsippet gjelder for alle sektorer og virksomheter som driver aktivitet som kan ha betydning for helsa.

- **Medvirkning**

De ressursene som innbyggerne selv representerer er avgjørende for et systematisk og godt folkehelsearbeid. Gjennom lokale prosesser og engasjement skal både enkeltindividet og lokalsamfunnet kunne mobiliseres til å påvirke beslutninger som angår innbyggernes helse.

Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med de livsbetingelsene menneskene lever under. Det betyr at medvirkning kan stimuleres gjennom å styrke sosiale ressurser og å bedre de materielle levekår.

Plan- og bygningsloven og folkehelsesloven rettsliggjør kravet om medvirkning. Kommunale og regionale råd og utvalg skal være med og sikre medvirkning. Involvering av frivillige organisasjoner er også sentralt for å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet. Kommunene er gjennom folkehelsesloven pålagt å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Aktører og ansvar i folkehelsearbeidet

Helsefremmende samfunnsutvikling krever systematisk og langsiktig arbeid. Siden alle områder av samfunnet påvirker helsa, vil en samhandling mellom offentlige, frivillige og private aktører være avgjørende for et effektivt folkehelsearbeid.

- **Nasjonale myndigheter**

Nasjonale myndigheter har et overordna ansvar for lover og prioriteringer, men skal også bidra til og legge til rette for et kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Alle statlige etater skal vurdere konsekvenser for helsa (FHL, 2012).

- **Fylkesmannen**

Fylkesmannen skal gjennom råd og rettledning være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid samt formidle nasjonal politikk og statlige forventninger på området. Fylkesmannen fører tilsyn med folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner (FHL § 23).

- **Fylkeskommunen**

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innenfor de oppgavene, og med de virkemidlene de er pålagt (FHL § 20). Fylkeskommunen skal støtte opp under folkehelsearbeidet i kommunene gjennom å utarbeide og formidle helseoversikt og kunnskapsgrunnlag (FHL §21). I tillegg skal fylkeskommunen være en pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket (FHL §20).



- **Kommunene**

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Videre bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Og kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor (FHL § 4).

Kommunen skal – som fylkeskommunen - ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne (FHL § 5).

- **Frivillig sektor**

Frivillige lag og organisasjoner spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet, som sosial organisator og aktivitetsskaper på mange områder. De spiller en viktig rolle for sosial inkludering og mestring. Samtidig har det en egenverdi for folk å engasjere seg i frivillig arbeid. Frivilligheten er et helt nødvendig og viktig supplement til offentlige tjenester, men skal ikke på noe vis erstatte offentlige tjenester. Frivillighet er helt avgjørende for å bygge levende nærmiljø der innbyggerne har kontakt med hverandre. Folkehelseloven gir føringer for at kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. For å løfte fram frivillig innsats, samt for å gi forutsigbare rammebetingelser, er det viktig at frivilligheten løftes fram i kommunale strategi-dokumenter og utvikler en lokal frivillighetspolitikk. I Nord-Trøndelag har vi nesten 1300 registrerte frivillige organisasjoner. Idretten har flest med over 300 lag, mens lag og organisasjoner knyttet til kultur og kunst er like bak (Brønnøysundregisteret, 2015). I tillegg har fylket over 20 frivilligsentraler i kommunene, noe som også er et viktig supplement til det offentlige i folkehelsearbeidet (Norges frivilligsentraler, 2015). KS og Frivillighet Norge sin plattform fra 2015 om samspill og samarbeid mellom frivilligheten og kommunen er et godt utgangspunkt for å løfte fram frivillig innsats i folkehelsearbeidet (Ks, 2015).

- **Kompetansemiljø**

Samarbeid med ulike kompetanse- og kunnskapsmiljø er nødvendig for å sikre et godt og oppdatert kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet. Ulike regionale kompetanse- og utdanningsmiljø har derfor også oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet. Eksempler på slike miljø her i Trøndelag er NTNU med HUNT forskningssenter og Senter for helsefremmende forskning, HiNT, HiST, KoRus og Midtnordisk folkehelsenettverk.

- **Helse-, sosial- og velferdstjenester**

Helse-, sosial- og velferdstjenester som blant annet tannhelsetjenesten, barnevernstjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV er viktige bidragsytere i folkehelsearbeidet, både til kunnskapsgrunnlaget og som tjenesteyter. De kan belyse enkelte årsakssammenhenger og virkninger av ulike tiltak, samt at NAV spesielt er en kjerneaktør i arbeidet med å fremme helse ved sin innsats med å få og holde folk i arbeid.

- **Næringsliv og partene i arbeidslivet**

Næringslivet er også en viktig part i folkehelsearbeidet gjennom å skape arbeidsplasser og legge til rette for bosetning og utvikling av lokalsamfunnet. I tillegg vil utforming av arbeidsplassen, organisering av arbeidet og tilrettelegging for arbeidstakere med ulike forutsetninger få betydning for helsetilstanden til den yrkesaktive delen av befolkningen. Samhandling mellom utdanning og opplæring – og arbeidsliv er av avgjørende betydning for at overgangen fra skole og læretid til arbeidsmarkedet blir god. Tilknytning til arbeidslivet er av svært stor betydning for helsa på både kort og lang sikt.



Folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag

I perioden 2011-2014 har "*Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014*" vært styrende for fylkeskommunens folkehelsearbeid. Strategien viser arbeidsform og innsatsområder i folkehelsearbeidet. Strategien har vært fulgt opp gjennom årlig rullering av handlingsplanen. I handlingsplanen er det lagt vekt på å synliggjøre hvordan alle sektorer bidrar i det fylkeskommunale folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende, feltet selv eier ingen arena.

Folkehelsearbeidet foregår på alle andre sine arenaer som oppvekst og utdanning, kultur, tannhelse, samferdsel og næring for å nevne noen.

I perioden 2009-2010 tegnet fylkeskommunen treårige partnerskapsavtaler om folkehelsearbeid med så og si alle kommunene i fylket. Avtaleperioden har nå gått ut og avtalene er ikke blitt reforhandlet. Erfaringene fra dette må tas med i drøftingen av nye samhandlingsformer i handlingsdelen til denne planen.

Nord-Trøndelag fylkeskommune har forankret sitt ansvar for folkehelse og folkehelsearbeid på høyeste politiske nivå ved at fylkesrådsleder har dette som eget oppfølgingsområde. Dette tydeliggjør folkehelse og folkehelsearbeid som et sektorovergripende område.

Folkehelsekomiteen i Nord-Trøndelag er fylkesrådets rådgivende organ på folkehelseområdet. Folkehelsekomiteen er sammensatt av de viktigste regionale samarbeidspartene i fylket.



2. Vegvalg og mål

Innretning av planen

I planen er det lagt vekt på å prioritere strategier og handlinger som:

- retter seg mot påvirkningsfaktorene for helse
- når hele befolkningen
- har både helsefremmende og forebyggende tilnærminger
- retter seg mot samfunnsarenaene (settinger)
- retter seg mot forhold som det er mulig å påvirke og å gjøre med
- er grunnet på beste tilgjengelige kunnskap på området

Påvirkningsfaktorene

Folkehelsen er i stor grad et resultat av samspillet mellom hvordan folk lever sine liv og hvordan samfunnet er organisert. Helsen til folk blir ikke bare bestemt ut fra individuelle valg, men også av samfunnsmessige rammeforhold og folks levekår.

Påvirkningsfaktorene for helse kan framstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker.



(Whitehead og Dahlgren, 1991 – Den sosiale helsemodellen)

Denne «sosiale helsemodellen» (Whitehead og Dahlgren, 1991) viser hvordan samfunnet virker inn på enkeltpersoner og forutsetningene for å gjøre gode valg. Ytterst i årsakskjeden finner vi generelle samfunnsforhold, slik som økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styresett. Dernext finner vi levekår og arbeidsforhold og sosiale forhold som sosial kapital, nettverk og relasjoner. Innerst og nærmest enkeltindividet finner vi individuelle levevaner og helseatferd som har en mer umiddelbar betydning for helsen, men som også er formet av forhold i samfunn

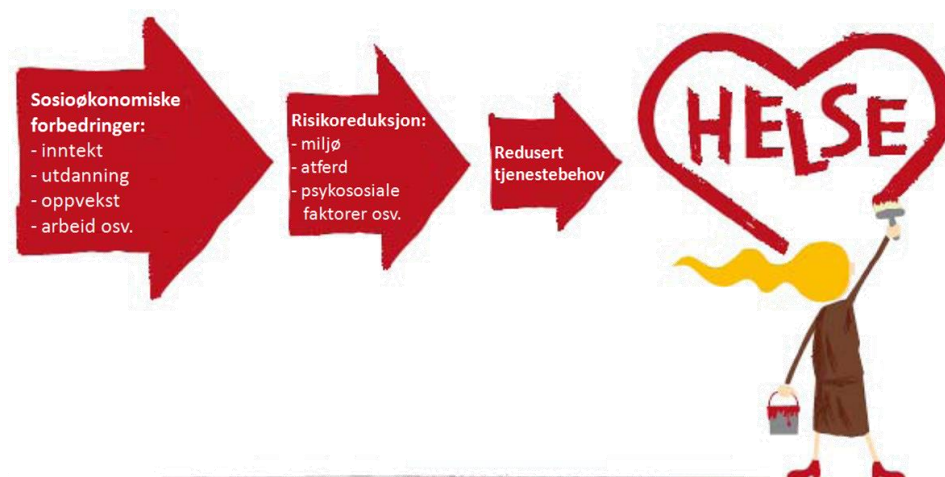
og miljø. Ulikhet i levekårene bidrar til å gi ulik helse hos den enkelte eller i grupper av befolkningen.

Når hele befolkningen

Med kunnskapen om - og erkjennelsen av - levekårenes betydning for folkehelse har det skjedd en dreining av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til påvirkningsperspektiv. Mens sykdomsperspektivet tar utgangspunkt i bestemte sykdommer eller tilstander og innbyggernes valg av livsstil, retter påvirkningsperspektivet oppmerksomheten mot leve- og arbeidsvilkårene for befolkningen. Hvordan påvirker samfunnsmessige, kulturelle og miljømessige forhold helse? Dette omtales også ofte i det forebyggende helsearbeidet som *høyrisikostrategi* versus *befolkningsstrategi*.

En *befolkningsstrategi* retter tiltakene mot store befolkningsgrupper gjennom allmenn forbedring av levekår og levevaner (St.meld 20, 2006-2007). Vi kan oppnå store forbedringer i folkehelse gjennom å få mange personer til å gjøre relativt små forandringer. Eksempelvis gir mye salt i kosten økt blodtrykk og dermed risiko for hjertekarsykdom. Litt mindre salt i ferdigmaten, som blant annet i brød, gir litt lavere blodtrykk i befolkningen. På sikt vil færre trenge blodtryksbehandling og færre vil oppleve sykdommer knyttet til høyt blodtrykk.

Befolkningsstrategi innebærer at de tiltakene som settes inn skal være universelle eller for alle. Likevel må og bør enkelte tiltak tilpasses i omfang og utforming til de med størst behov. Det betyr at innsatsen tilpasses i forhold til sårbare grupper og tilsvarende til geografiske områder med større behov enn andre. Hvis ulikhetene i helse skal bli mindre, må helseforbedringene være *større* for de underprivilegerte gruppene enn for de mer privilegerte grupper. Dette omtales i dag som *proporsjonal universalisme* (Marmot review, 2010-2012).



Sammenhengende årsakskjeder i St.meld.nr.20 (2006-2007)

En *høyrisikostrategi* rettes mot personer med høy risiko for sykdom og tidlig død. Tiltakene reduserer risikoen for den det gjelder, men har som oftest liten virkning på

den totale sykkelighet og dødelighet i befolkningen for øvrig. Eksempel på en høyrisikostrategi er individuelle tiltak rettet mot personer med overvekt for å hindre utvikling av diabetes, eller å få røykere til å slutte å røyke for å hindre utvikling av kols. Høyrisikostrategien er ressurskrevende og tar svært stor andel av helsekronene. En dreining av økte ressurser og tiltak som når alle, krever en annen samfunnsregulering enn vi har i dag. Dette er et politisk valg og ansvar (Trondheimserklæringen, 2014).

Ved å rette oppmerksomheten på faktorer som virker inn på helsa, blir det synlig at alle «sektorer» i samfunnet har et ansvar til å bidra i folkehelsearbeidet. Det trengs tiltak i alle sektorer for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for gode levevaner, fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse.

Fylkestinget i Nord-Trøndelag har tidligere - gjennom Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014 - gjort følgende vedtak:

Nord-Trøndelag fylkeskommune ønsker å ha hovedvekten av folkehelsearbeidet rettet mot hele befolkningen, en befolkningsstrategi. Virkemidlene i folkehelsearbeidet må i størst mulig grad rettes mot samfunnsforholdene som direkte eller indirekte påvirker helsa i befolkningen, og slik påvirke befolkningens levevaner.

Prinsippet videreføres i Regional plan for folkehelse 2015-2020.

Helsefremmende og forebyggende tilnærminger

Folkehelsearbeidet forutsetter både helsefremmende og sykdomsforebyggende tilnærminger. Dette er tilnærminger som supplerer, overlapper og forsterker hverandre.

Helsefremmende arbeid er definert som den prosess som gjør folk i stand til å styrke og bevare sin helse. Sentralt i helsefremmende arbeid er den enkeltes og lokalsamfunnets mulighet for å ha aktiv innflytelse over sin egen situasjon. Arbeidet tar utgangspunkt i ressurser og positiv helse og har som mål å fremme deltagelse i befolkningen. Helsefremmende arbeid omfatter i tillegg en styrking av faktorene som fremmer helse fremfor å ha oppmerksomheten rettet mot sykdomsfremkallende faktorer. Eksempel på slike helsefremmende faktorer er sang og musikk, kontakt med dyr og blomster, turer i skog og mark, familie, mosjonsidrett og ulike andre kulturaktiviteter. Men ikke minst er det å være i arbeid og ha en forutsigbar økonomi grunnleggende helsefremmende forhold.

Forebyggende helsearbeid tar utgangspunkt i kjente risikofaktorer for sykdom og svekket helse, og innebærer arbeid med å fjerne, redusere, begrense eller stenge slike faktorer ute. Eksempel på kjente risikofaktorer er tobakk, alkohol, støy,

luftforurensing, overvekt og inaktivitet. Forebyggende arbeid rettes mot både årsaker til individuell sykdom og mot årsaker til sykdom og svekket helse i befolkningen.

Kunnskap

Folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om utviklingstrekk i fylket, om faktorer som fremmer helse, om risikofaktorer for sykdom og helseutviklingen i fylket generelt.

Beste tilgjengelige kunnskap i folkehelsearbeidet omfatter forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer samt befolkningens kunnskap og medvirkning.

Å utøve kunnskapsbasert folkehelsearbeid krever (Folkehelsemeldingen, 2012-2013):

- God kunnskap om befolkningens helsetilstand
- God kunnskap om årsakssammenhenger
- God kunnskap om effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak
- Arenaer og fora hvor de ulike bidragsyterne drøfter kunnskapen for å gjøre den plan- og styringsrelevant

Arenaer for folkehelsearbeidet

Helse skapes der hvor folk lever og bor; i familien, i barnehagen, på alle skolenivå, i arbeidslivet, i institusjoner og i nærmiljøet. Disse arenaene eller «settingene» er derfor de sentrale stedene for å fremme helse og trivsel i befolkningen (Poland, 2000).



3. Kunnskapsgrunnlaget

Det er et uttalt politisk mål at folkehelsearbeidet i Norge skal være kunnskapsbasert. Dette innebærer at folkehelsearbeidet skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om utviklingstrekk i samfunnet, om faktorer som fremmer helse, om risikofaktorer for sykdom og om helseutviklingen generelt.

Hva er ressursene og mulighetene for å fremme helse i fylket vårt? Nord-Trøndelag fylkeskommune har som visjon at «her alt e mulig – uansett», og fylket har mange muligheter og ressurser å bruke i folkehelsearbeidet. Vi har mye og tilrettelagt natur med muligheter for friluftsliv og aktivitet for alle. Vi er et «anleggfylke» for konkurranseidrett og mosjonsidrett. Vi er et «frivilligfylke» med nesten 1300 lag og organisasjoner som utgjør et nødvendig og viktig supplement til det offentliges innsats i folkehelsearbeidet. Vi er et «kulturfylke» som med sin aktivitet er et viktig bidrag for folks livskvalitet og hverdag. Vi er «utdanningsfylke» hvor det satses mye for å få ungdom til å gjennomføre videregående opplæring. Vi er et «kunnskapsfylke» med kompetansebedrifter og høgskoler som HUNT og HiNT som viktige bidragsyttere i folkehelsearbeidet. Vi er et fylke med mange engasjerte folkehelsekoordinatorer rundt omkring i mange av kommunene. Og vi er et fylke hvor befolkningen jevnt over har god helse.

Men vi er også et fylke hvor vi finner systematiske forskjeller i helse mellom regioner, kommuner og grunnkretser, og mellom sosiale grupper. For å målrette folkehelsearbeidet er det nødvendig å ha oversikt over og kunnskap om helsa og påvirkningsfaktorene for helsa i befolkningen. Dette kunnskapsgrunnlaget, og som denne planen bygger på, er hentet fra Nord-Trøndelag fylkeskommunes «Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer» (www.oversiktsdokumentet.no).

Den tematiske inndelingen samsvarer med kravene i *Forskrift om oversikt over folkehelsen* (2012). Temaer som fra lovgivers hold er ment å dekke forhold som har betydning for befolkningens helse. Temaene gitt i lovteksten omfatter: befolkningsforhold, oppvekst og levekår, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, levevaner og helsetilstand.

Folkehelsestatus i Nord-Trøndelag

- **Befolkningsforhold**

Folketallet øker i Nord-Trøndelag og dette skyldes i hovedsak innvandring. Fylket har store geografiske variasjoner både i folketallsutviklingen og aldersstrukturen. Vi blir flere i aldersgruppen 55-69 år og i aldersgruppen over 85 år, og det er også en svak vekst i aldersgruppen 10-24 år. Både alders- og kjønnsstruktur blant innvandrerne skiller seg noe fra den øvrige befolkningen. Vi finner relativt sett flere yngre voksne og menn blant innvandrerne enn i befolkningen ellers. Flyttestrømmen i fylket går sørover og stadig flere bor i urbane strøk.

Folketallsvekst, økning i andel innvandrere, endring i aldersstruktur og endring i flytte- og bosettingsmønster i fylket har konsekvenser for folkehelsearbeidet. Det vil være viktig å ta hensyn til disse endringene i all planlegging slik at det legges til rette for samfunnsdeltakelse for alle uavhengig av kjønn, alder og etnisitet. Dette gjelder på alle samfunnsarenaer som skole, arbeid og fritid.

- **Oppvekst og levekår**

Med oppvekst og levekår forstås økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold samt skole og utdanning. Dette legger viktige premisser for helse og livskvalitet. Vi vet blant annet at lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, psykiske problemer, sykdom og for tidlig død.

Nord-Trøndelag har lav arbeidsledighet sammenlignet med hele landet og antallet sysselsatte har økt i fylket de senere årene. Det er viktig å merke seg at innvandrere utgjør en stor del av veksten. Nord-Trøndelag har relativt høyt sykefravær og tilsvarende høy andel med uførepensjon. Det er viktig å understreke at fylket, dog med kommunale forskjeller, har en særlig stor andel unge uføretrygdede i alderen 18-24 år. Dette er en viktig folkehelseutfordring.

Forskning viser at familiens levekår generelt og inntekt spesielt har konsekvenser for barns oppvekst. Det er risiko forbundet med å vokse opp i familier med lav inntekt. Å ha så lite økonomiske ressurser at det er vanskelig å delta i aktiviteter på lik linje med andre er uheldig for helsa på både kort og lang sikt. Andelen barn under atten år som faller inn under denne gruppen i Nord-Trøndelag er omtrent sju prosent. Dette tilsvarer om lag 2000 barn og ungdom i Nord-Trøndelag eller rundt 80 skoleklasser å 25 elever. Barna som er utsatt er barn av foreldre med lav utdanning, foreldre uten fast jobb og foreldre med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn. Også barn i store husholdninger, med enslig forsørger, husholdninger som mottar sosialhjelp eller velferdstjenester er også utsatt.

Utdanning er en viktig inngangsport til aktiv deltakelse i samfunnslivet. Personer som av ulike årsaker ikke har gjennomført «videregående opplæring» har gjennomsnittlig lavere inntekt, høyere arbeidsledighet og benytter seg oftere av offentlige stønader og trygd enn de som har fullført. Dette gir også sammenfall med sosial ekskludering, dårlig helse, kriminalitet og dårlige materielle levekår. De siste tallene fra Nord-Trøndelag viser at andelen elever som gjennomfører videregående opplæring, og oppnår studie eller yrkeskompetanse, er økende. De nyeste tallene for fylket viser at 74 prosent av jentene mot 67,5 prosent av guttene som startet i videregående opplæring i 2007, har fullført og bestått. En vesentlig oppgave for folkehelsearbeidet i fylkeskommunen framover vil være å fortsette arbeidet som gjøres for at flest mulig gjennomfører videregående opplæring. Inkludert i dette er arbeidet med å fremme psykisk helse og forutsetningene for å gjennomføre utdanningen.

For å øke gjennomføringen i videregående opplæring er det nødvendig med en betydelig innsats tidlig i utdanningsløpet. Å mestre lesing, til eksempel, er viktig enten

en er barn eller voksen. Studier viser at det er nær sammenheng mellom lesevaner og uførhet. Barn i Nord-Trøndelag ligger atskillig dårligere an når det gjelder mestringsnivå i lesing enn resten av landet. Dette gjelder både barnetrinn og ungdomsskoletrinn. Andelen av femteklassingene som er på laveste mestringsnivå for lesing er høyt i fylket. Snittet for landet er 25 prosent, mens det i Trøndelag er 30. Dette plasserer fylket blant de som har den største andelen med lavt mestringsnivå for lesing. På en tilsvarende indikator for regning, er man oppe i 33 prosent for fylket, men her er det andre fylker som har en enda høyere andel.

Trivsel på skolen gjennom hele utdanningsløpet er svært viktig for elevenes velbefinnende. Det har siden 2013 vært en positiv utvikling i trivselen på skolen blant tiendeklassingene i Nord-Trøndelag. I folkehelseprofilen for 2013 var det 83 prosent av tiendeklassingene som oppga at de trives på skolen, i 2015 var det 85 prosent. Dette er samme andel som landet ellers. I folkehelseprofilen fra 2014 var det 6,9 prosent av tiendeklassingene som oppga at de ble mobbet. Dette utgjorde en negativ forskjell sammenlignet med resten av landet. Her har det vært en klar forbedring - det er i dag 4,3 prosent som oppgir at de blir mobbet. For landet som helhet oppgis 4,7 prosent, og fylket ligger dermed bedre an enn snittet på denne indikatoren.

Å bidra til at barn og unge trives på skolen og mestrer å lese og skrive er en stor og viktig oppgave i folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag.



- **Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø**

Det fysiske miljøet som omgir oss er grunnleggende helse, trivsel og livkvalitet. Biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer omfattes av miljørettet helsevern. Dette omfatter miljøfaktorer som støy, luftforurensing, avfall, stråling, forurensing til vann og grunn, lukt, skader og ulykker, smittevern og kvaliteter ved nærmiljøet (FHL, kapittel 3). Flere av disse miljøfaktorene styres av nasjonalt regelverk som skal følges opp av kommunene og statlige tilsynsmyndigheter. Disse miljøfaktorene omtales derfor ikke nærmere i denne regionale planen. Helsedirektoratet sine *Veivisere i lokalt folkehelsearbeid* (Helsedirektoratet, 2014), gir en god oversikt over både kunnskapsgrunnlaget, regelverket samt tiltak og virkemidler på området miljøretta helsevern. I planen omtales derfor i hovedsak sosialt miljø og nærmiljøets fysiske miljø.

Den fysiske utformingen av miljøet, i form av samspillet mellom bygninger, veier, uteområde og natur, skaper rammer for aktivitet og sosial deltakelse. I planlegging er det viktig å se på og vurdere disse ytre faktorene som gir rammer for sosialt miljø og aktivitet. Både stor- og lokalsamfunnets tilrettelegging for gode mellommenneskelige relasjoner i trygge omgivelser, for kulturopplevelser og fysisk aktivitet er viktige arbeidsområder i folkehelsearbeidet.

Relasjoner i sosiale nettverk bidrar til å skape menneskers sosiale identitet. Stabile mellommenneskelige relasjoner, sosial tilknytning og tilhørighet er av vesentlig betydning for menneskers oppfatning av livssituasjonen. Mangel på tilhørighet i sosiale nettverk kan føre til mistriksel og tilpasningsproblemer. Betydningen av sosialt nettverk for den enkelte avhenger av livsfasen og livssituasjon. Eldre, barn, hjemmeværende foreldre, arbeidsledige og sykmeldte tilbringer mye av sin tid i nærmiljøet og er spesielt avhengige av kvalitetene som finnes der.

Kulturdeltakelse gir helse, både direkte ved kulturens egenverdi og indirekte gjennom engasjement i aktiviteter. Kulturaktiviteter har også en viktig funksjon som arena for utvikling av sosiale relasjoner og fellesskap i nærmiljøet. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har funnet flere sammenhenger mellom helse og deltakelse i kulturlivet (Folkehelse i endring, HUNT 2011). De som benytter seg av ulike kulturtilbud, opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet og har mindre angst og depresjoner enn andre deler av befolkningen. Men undersøkelsen viser også store geografiske og sosiale forskjeller, noe som er viktig å ha med seg i samfunnsplanleggingen.

Egnede arealer for utendørs lek og friluftsliv er grunnleggende for folks helse og trivsel. For barn og unge er tilgangen til bolignære oppholdsarealer viktige for fysisk og mental utvikling. For ungdom og voksne er egnede områder for utendørs fysisk aktivitet en viktig forutsetning for forebygging, men også for rehabilitering og behandling av fysiske og psykiske helseplager.

Det må være lagt til rette for å ta seg fram til fots og på sykkel. Gode hverdagslige vaner som spaserturen til og fra bussen på veg til jobb eller skole er viktig. Det er generelt nyttig for folkehelsen om de daglige transportoppgavene kan løses til fots eller med sykkel. Det er også et viktig krav i utformingen av og i tilgjengeligheten til det fysiske miljøet at det er universelt utformet. Universell utforming av det fysiske miljøet innebærer en likeverdig form for tilgjengelighet slik at hovedløsningen kan brukes av flest mulig. Dette gjelder ikke bare personer med nedsatt funksjonsevne, men også for eksempel familier med barn i barnevogn og eldre (Forskrift om miljørettet helsevern, 2003).

- **Skader og ulykker**

Ulykker og skader med personskader er en betydelig utfordring for folkehelsen med om lag 550 000 skadepasienter i året på landsbasis. Hvis det er en tilsvarende skaderate for Nord-Trøndelag som for resten av landet, utgjør dette 13 500 skadepasienter i året. Folk pådrar seg skader i mange typer ulykker som i brannulykker, drukningsulykker, trafikkulykker, vold, forgiftningsulykker og fallulykker.

Skadene varierer i alvorlighetsgrad og dekker et vidt spekter fra bagatellmessige skrubbsår til mer omfattende skader som kan medføre innleggelse på sykehus, varige mén eller i ytterste konsekvens død. Skader som må behandles på sykehus forekommer mest hyppig blant ungdom og unge voksne, samt i den eldste delen av befolkningen. Hyppigheten av skader øker kraftig særlig etter 80 år. Hver tiende sykehusinnleggelse i Norge er behandling av personskader. Årlig behandles over 300 000 for en skadediagnose på sykehus. For Helse Nord-Trøndelag er tallet i underkant av 7 700. Noen nordtrøndere behandles kanskje også ved St. Olavs hospital hvor litt over 12 000 behandles for skader. Det finnes ikke gode data om fordelingen av sykehusbehandlede skader for Nord-Trøndelag. Vi har dermed ingen indikasjon på at fordelingen av skader skal være annerledes for fylket enn for landet.

Av andre statistikker en sykehusenes egen skaderegistrering, finnes det informasjon om noen skadeområder. Det er for det første få personer som drukner eller dør i brann i Nord-Trøndelag. Det er noe årvis variasjon på begge områdene, men dette utgjør ikke en tiltakende eller nedadgående trend. Ni av ti brannskader er forårsaket av ulykker hvor brannvesenet *ikke* har rykket ut, og det er barn i alderen null til fire år som er mest utsatt.

Færre blir drept eller hardt skadd i trafikken enn før, men det er samtidig et skadeområde som fortsatt har stor innvirkning på skadestatistikken. I perioden 2007 til 2014 har 68 personer blitt drept i trafikken i Nord-Trøndelag, og 209 har blitt hardt skadde.

Skader og dødsfall etter ulykker har et stort forebyggingspotensiale og en reduksjon av ulykker kan gi en solid helsegevinst i befolkningen. Dessverre er de fleste ulykkes- og skaderegistrene preget av mangelfull dekning og kvalitet. Unntaket er forekomsten av trafikkulykker, hvor det finnes gode data om sted og hendelsesforløp for ulykker. Utenom dette området er det et stort forbedringspotensiale både med tanke på registrering og samhandling. Ulykkesforebyggende arbeid er en del av miljørettet helsevern og reguleres av Folkehelse-loven. Ansvaret for miljørettet helsevern ligger hos kommunen.

- **Levevaner hos voksne**

Levevaner betegnes ofte som en persons livsstil. Livsstil kan beskrives som summen av enkeltpersoners levevaner med tanke på fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og alkohol, søvn og døgnrytme – og det sosiale liv. Gjennom de tre helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT 1, 2 og 3) har vi god oversikt nordtrønderens levevaner.

Den fysiske aktiviteten på fritida har økt i tiåret mellom HUNT2 (1997) og HUNT3 (2008). Men selv om det har vært en økning i andelen som er fysisk aktive er det langt igjen og mye å gå på når det gjelder å øke aktivitetsnivået til anbefalt nivå i befolkningen. Vi ser også betydelige geografiske og sosiale forskjeller i fysisk

aktivitet, både i fylket og innad i kommunene. Enkelte kommuner har større utfordringer enn andre. Men alt i alt er det fysiske aktivitetsnivået alt for lavt i alle kommunene. Dette, sammen med at vanlig hverdagsaktivitet som å gå trappa, klippe plen, gå til butikken og å leke med ungene også er redusert, er en av de viktigste årsakene til vektøkningen i befolkningen.

Sukkerforbruket har gått ned og vi spiser mer frukt og grønt enn tidligere i Nord-Trøndelag. Vi ligger noe under landssnittet hva gjelder frukt og grønt og fisk. Det er geografiske forskjeller i inntak av frukt og grønt. De største utfordringene er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk, og redusere inntaket av mettet fett og salt.

Andelen dagligrykere både blant menn og kvinner i Nord-Trøndelag har gått ned de siste tretti årene. Nedgangen blant menn er mer markant enn nedgangen blant kvinner, dette kan skyldes at mennene har begynt med snus. Andelen røykere blant kvinner i alderen 40-69 år er fortsatt høy og er en helseutfordring. Det er positivt at andelen som røyker er redusert, men uheldig at andelen «snusere» har økt.

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker de største skadene her i landet sosialt og helsemessig. Inntaket av alkohol har økt i befolkningen generelt, men spesielt i den eldste delen av befolkningen i fylket. Begge deler er svært bekymringsfullt.



- **Helsetilstand hos voksne**

De tre helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT 1, 2 og 3) gir oss en god oversikt over helsetilstanden i den nordtrønderske befolkningen.

Størsteparten av befolkningen i Nord-Trøndelag synes de har god livskvalitet og god fysisk og psykisk helse. Vi finner imidlertid forskjeller etter alder, kjønn, geografi og sosioøkonomi.

Hjerte- og karsykdommer er fremdeles den vanligste dødsårsaken hos menn og den nest vanligste etter kreft hos kvinner. Men data fra tre tiår i helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag viser en betydelig nedgang i dødeligheten på grunn av hjerte- og karsykdommer, og reduksjon i blodtrykk. Det henger trolig sammen med bedre kosthold, mindre røyking og mer mosjonering.

Vektøkningen i Nord-Trøndelag er bekymringsfull. HUNT-undersøkelsene viser at antall menn med fedme har økt til det tredobbelte på tretti år. Over to tredjedeler er overvektige eller har fedme. Overvekt og fedme øker risikoen for en rekke sykdommer og plager som hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, type 2-diabetes, gallestein, og muskel- og leddplager. Forebygging av overvekt og fedme er et av de viktigste tiltakene for å bedre folkehelsen. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner er et prioritert område i folkehelsearbeidet. Den mest effektive forebyggingen er å søke å unngå at barn og ungdom blir overvektige.

Om lag halvparten av befolkningen får psykiske plager i løpet av livet. De vanligste plagene er lettere former for angst (uro) og depresjon (tristhet). Hvordan er situasjonen i Nord-Trøndelag? Den siste helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at i ung voksen alder har rundt to og en halv prosent av voksne angstplager. Blant kvinner øker angstplagene litt med årene. Rundt sju prosent av kvinnene (om lag 4500) og fire prosent (om lag 2600) av mennene rapporterte i samme undersøkelse om depresjonsplager. Jo bedre inntekt og utdanning man har, desto større er sjansen for at den psykiske helsen er god. Det forteller oss at gode sosiale og økonomiske levekår er viktigst for å unngå psykiske plager. Sosialt nettverk er spesielt viktig for god psykisk helse.

Sykdomsgruppene muskel- og skjelettplager og smerte rammer en økende andel av befolkningen. De innebærer mye plager for enkeltindivider og store samfunnsmessige kostnader på grunn av sykefravær fra jobb og tidlig pensjonering.

Vi finner grunn til spesielt å si noe om landbrukshelse i landbruksfylket Nord-Trøndelag. Landbruket i Nord-Trøndelag genererer 20 prosent av sysselsettingen i fylket. Vi har ikke mye kunnskap om dette temaet. I HUNT-undersøkelsen (HUNT3) har en sett på symptomer på angst og symptomer på depresjon hos bønder sammenlignet med andre yrkesgrupper. Resultatene er foreløpig upublisert, men essensen i studien kan likevel omtales. Studien viser at bønder hadde et gjennomsnittlig nivå av angstsymptomer, men hadde det høyeste nivået av depresjonssymptomer av de store yrkesgruppene som var med i HUNT3-undersøkelsen. Dette gjaldt spesielt mannlige bønder, og depresjonsnivået ser ut til å øke med økende alder. Undersøkelsen viser også at bønder hadde litt dårligere selvrapporert helse, gikk litt mindre til lege og i mindre grad rapporterte at de hadde søkt hjelp for psykiske plager. Vi trenger mer kunnskap på området. Kunnskap om dette er viktig å ta med i vurderingen om noen grupper skal få mer oppmerksomhet enn andre.



- **Barn og unge**

Fysisk aktivitet fremmer helse, forebygger utvikling av kronisk sykdom og overvekt og gir glede og følelse av mestring. Det er derfor svært viktig at barn og unge er fysisk aktive og utvikler gode vaner. Både nasjonale undersøkelser og HUNT-undersøkelsene viser at barn og unge generelt er mindre aktive i hverdagen enn for et par tiår tilbake. Mange slutter med organisert fysisk aktivitet i ungdomstiden. Aktivitetsnivået blant barn og unge påvirkes av holdninger, tilgjengelighet og muligheter for fysisk aktivitet. Støtte fra venner og foresatte er viktig.

Vektøkning hos barn og unge er én konsekvens av et mindre aktivt liv. Dette rammer gutter mer enn jenter. Hver femte jente og hver fjerde gutt i Nord-Trøndelag regnes som enten overvektig eller med fedme. Å forebygge overvekt og fedme er noe av det viktigste vi kan gjøre for å hindre sykdom og tidlig død. Det er derfor spesielt viktig å unngå at barn og unge ikke tar overvekt med seg inn i voksenlivet. Både i heim, barnehage, skole og lokalmiljø bør det legges til rette for økt fysisk aktivitet og mindre stillesittende aktivitet.

Både nasjonale undersøkelser og ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Ung-HUNT) viser at inntaket av mat og drikke som inneholder sukker er høyt – for høyt. Forbruket av sukkerholdig drikke og søtsaker har økt i løpet av det siste tiåret. Barn og unge spiser fortsatt for lite frukt og grønt og for lite fisk.

Alkohol er det rusmiddelet som er mest vanlig blant ungdom, og som skaper flest utfordringer for ungdommers helse og videre liv. Det er en nedgang i alkoholkonsumet blant unge i Nord-Trøndelag, men er fremdeles høyt. Debutalderen ser ut til i gjennomsnitt å ligge på rundt 14 år. En snittalder på 14 år betyr derfor at svært mange barn debuterer med alkohol når de er 10, 11, 12 eller 13 år. Vi vet at skadevirkningene av rusbruk henger sammen med debutalder. Jo tidligere start jo større sjanser for senere skade. Det kan være fysiske skader, psykiske problemer, kriminalitet, sosiale problemer eller tidligere død. Et svært viktig folkehelseiltak er derfor å arbeide for at debutalderen øker.

Sammenlignet med alkoholbruk er bruken av illegale stoffer marginalt, og de som begynner med cannabis-stoffer som hasj eller marijuana har allerede brukt alkohol en stund. Vi vet at det er en klar sammenheng mellom avbrutt skolegang og bruk av

narkotiske stoffer. Andelen som bruker narkotiske stoffer i fylket er ikke stor, men at det er noe økning blant de eldste ungdommene. Derimot er det mange ungdommer som kjenner noen som har brukt narkotiske stoffer og som også vet hvordan de kan få tak i det.

Tobakksbruk er en av de viktigste bakenforliggende årsakene til sykdom, tidlig død og til sosiale ulikheter i helse. Andelen ungdom som røyker i Nord-Trøndelag har gått ned. Den samlede tobakksbruken (både sigaretter og snus) blant ungdom i fylket har imidlertid ikke endret seg vesentlig. Økningen i bruk av snus er bekymringsfullt fordi det skaper avhengighet og fordi vi vet lite om langtidsskadevirkninger av snus. Helt ferske tall kan tyde på at røyking igjen er blitt mer vanlig i aldersgruppen 16-24 år. Det er derfor fortsatt behov for tobakksforebyggende arbeid blant unge.

De fleste barn og unge er friske. Unge både i fylket og i landet er fornøyd med egen helse og med livet sitt. Allikevel rapporter relativt mange av ungdommene her i fylket at de har ulike helseplager, at de føler seg ensomme og presset i daglige gjøremål. Dette sammen med økende forekomst av hodepine, nakke- og leddsmerter kan tyde på at stressnivået blant ungdom øker. Dette kan ha konsekvenser for utvikling av somatisk og psykisk sykdom. Til tross for at tenårene er en periode hvor de fleste er friske, viser resultatene fra Ung-HUNT at kontakten med primærlege høy. Dette gjelder særlig jenter på videregående skole. Ungdom med risikoadferd (bruker tobakk, alkohol, rus) og adferdsproblemer har oftere subjektive helseproblemer og ønsker mer kontakt med helsetjenesten.

Tannhelse blant barn og unge i Nord-Trøndelag er god. Fem-åringene har bedre tannhelse enn landet som helhet. For tolv- og attenåringene er resultatene noe dårligere enn landsgjennomsnittet. Det er viktig å merke seg de geografiske forskjellene. En sentral oppgave fremover vil være å styrke og fremme god utvikling i de distriktene hvor noen grupper kommer dårligere ut, men også arbeide for å opprettholde resultatene for de gruppene som kommer best ut.

Kunnskapsgrunnlaget om folkehelse i Nord-Trøndelag begrunner målsettingen for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag.

Målsetting

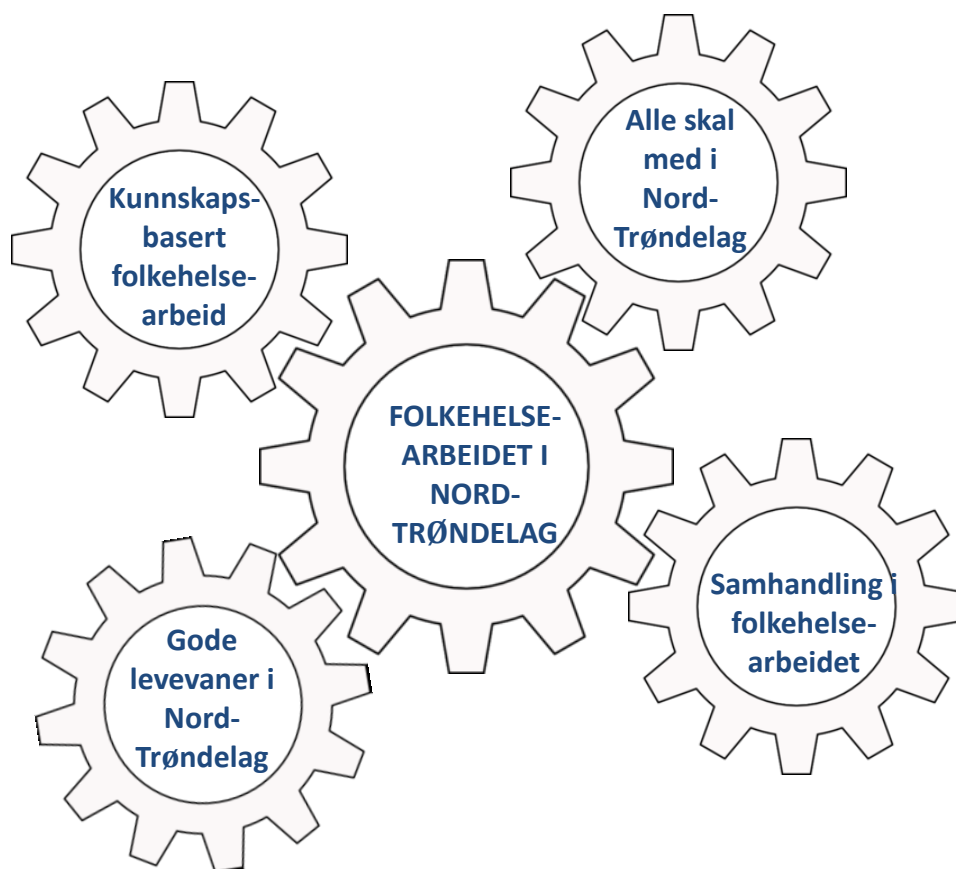
Flere leveår med god helse og trivsel - og reduserte sosiale helseforskjeller i Nord-Trøndelag

Kunnskapsgrunnlaget om folkehelse i Nord-Trøndelag er også grunnlaget for mål, strategier og tiltak innenfor de fire strategiske temaområdene nedfelt i planprogrammet til planen; *kunnskapsbasert folkehelsearbeid, gode levevaner i Nord-Trøndelag, alle skal med i Nord-Trøndelag og samhandling i folkehelsearbeidet.*

4. Strategiske temaområder

Med bakgrunn i *Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014* og det øvrige kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget om folkehelse og folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag er det fastsatt fire strategiske temaområder i arbeidet med å fremme folkehelse i Nord-Trøndelag. Temaene er gjensidig avhengig av hverandre. Det er nødvendig med innsats på alle de fire områdene for å oppnå målsettingen for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag: **Flere leveår med god helse og trivsel – og reduserte sosiale helseforskjeller.**

Dette gjelder for alle aktørene i folkehelsearbeidet: Nasjonale myndigheter, fylkesmannen, fylkeskommunen, kommunen, frivillig sektor, kompetansemiljøene, helse-, sosial- og velferdstjenestene, næringslivet og partene i arbeidslivet.



4.1. Temaområde 1: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Kunnskapsbasert arbeid er et avgjørende prinsipp for å lykkes i folkehelsearbeidet. Dette innebærer at folkehelsearbeidet skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om utviklingstrekk i fylket, om både risikofaktorer for sykdom og faktorer som fremmer helse og helseutviklingen generelt. Beste tilgjengelig kunnskap hviler på flere elementer; forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer og innbyggernes kunnskap og medvirkning. Å kunne omsette kunnskapen til handling er avhengig av politiske verdier, prioriteringer og beslutninger samt tilgjengelige ressurser.

Folkehelsemeldingen (2013) og folkehelsemeldingen 2014-2015 understreker at hvis folkehelseloven skal virke etter forutsetningene er det nødvendig å utvikle og bygge opp kompetanse i både fylkeskommune og kommune. Det er behov for kunnskap om å foreta analyser, kunnskap om helsefremmende faktorer og risikofaktorerens betydning for helse, effektive metoder, tverrsektorielt samarbeid og plankompetanse. Dette gjelder også i Nord-Trøndelag.

Det vil være en oppgave for fylkeskommunen å samle og formidle den kunnskap som finnes om innbyggernes levevaner, helsetilstand og levekår, om mulige årsakssammenhenger mellom disse og om effekt av de befolkningsrettede tiltak som iverksettes for å fremme helse og forebygge sykdom. Inkludert i dette ligger et ansvar om å bidra til å skape arenaer i kommunene hvor slik dokumentasjon gjøres tilgjengelig, drøftes og omsettes i politiske beslutninger, planer og praktiske tiltak.

Fylkeskommunen ønsker å bidra til et mer treffsikkert folkehelsearbeid ved å sørge for relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet, en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom aktørene i folkehelsearbeidet og god tilrettelegging og tilgjengelighet av kunnskapen sentralt, regionalt og lokalt.

Mål og strategier for temaområde 1 – Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
1.1 Et godt felles kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet i fylket	1.1.1 Samarbeide om å utvikle, kvalitetssikre og formidle og forankre kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet i fylket, i kommunene og nasjonalt og bidra til implementering av dette.

4.2. Temaområde 2: Gode levevaner i Nord-Trøndelag

Levevaner er selve hverdagslivet. Levevaner – gode eller dårlige – betegnes også ofte som en persons livsstil. Livsstil kan beskrives som summen av enkeltpersoners levevaner med tanke på fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og alkohol, søvn og døgnrytme – og det sosiale liv.

Vi har god kunnskap om sammenhengen mellom levevaner og helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) vurderer fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking, høyt alkoholforbruk og overvekt som de største risikofaktorene for sykdom i den vestlige verden. Diabetes, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer og kreft regnes som de «fire store» folkesykdommer som er et resultat av våre levevaner. Disse sykdommene innebærer tap av flere leveår med god livskvalitet, tap av mange år i arbeidslivet og betydelige behandlingskostnader for helsevesenet. Endringer i levevaner i voksen alder vil være av helsefremmende og sykdomsforebyggende

betydning, men å utvikle en god livsstil i barne- og ungdomsårene vil være den viktigste forutsetning for god helse i voksen alder.

Levevaner og livsstil blir ofte fremstilt som i stor grad et individuelt valg. Men levevaner blir også formet av forholdene i samfunn og miljø. Levevaner og helse til folk blir ikke bare bestemt ut fra individuelle valg, men også av samfunnsmessige rammeforhold og folks levekår. Vi har god kunnskap om sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn, helse og levevaner. Både når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk kommer gruppen med lavest sosioøkonomisk status dårligst ut. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at også Nord-Trøndelag har betydelige sosiale og geografiske forskjeller i levevaner i den voksne delen av befolkningen.

Målsettingen er å redusere sosial ulikhet i kosthold, fysisk aktivitet, røyking og beruselsesdriking. Det enkle svaret på hvordan helseulikhetene som følge av livsstil kan reduseres, er selvfølgelig å få folk til å endre vaner og å ansvarliggjøre den enkelte. Slike endringer er imidlertid svært vanskelige å få til. Hva som skaper folks handlinger og motivasjon er et svært vanskelig spørsmål, og hvordan en skal gå fram for å endre disse er et enda vanskeligere spørsmål. Det viktigste virkemidlet retter seg mot hele befolkningen, såkalte strukturelle virkemidler. Eksempler på strukturelle virkemidler med hensyn til levevaner er lovgivning og regulering, priser, utforming og tilrettelegging av det offentlige rom og gratis tilbud som skolemat til alle.

Helse skapes der hvor folk lever og bor; i familien, barnehagen, skolen, på arbeidsplassen og i nærmiljøet. Disse arenaene eller «settingene» er derfor viktige for å kunne påvirke levevanene og folkehelsa. De fleste barn går i barnehage, og alle barn går på skolen. Barnehager og skoler når barn uavhengig av sosiale skillelinjer, og representerer trygge arenaer for mestring og utvikling. De er derfor sentrale arenaer med hensyn til utviklingen av holdninger og sosial utjevning av levevaner og helse.



Mål og strategier for temaområde 2 – Gode levevaner i Nord-Trøndelag

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
Fysisk aktivitet	
2.1 Barn og unge skal være mindre stillesittende og øke hverdagsaktiviteten og slik nå de nasjonale målene om minst én time fysisk aktivitet hver dag	2.1.1 Bidra til at alle grunnskoler i Nord-Trøndelag innfører én times fysisk aktivitet hver dag
	2.1.2 Bidra til at alle skoler har bygg og uteareal som stimulerer til aktivitet
	2.1.3 Stimulere til mer aktivitet ved økt satsing på tilrettelegging for aktiv transport som gange og sykling til skole og fritidsaktiviteter
	2.1.4 Bidra til flere tilgjengelige aktivitetsområder, kultur- og idrettsanlegg som stimulerer til fysisk aktivitet
	2.1.5 Bidra til kunnskap, formidling og drøftinger om utjevning av sosial ulikhet i deltakelse i fritidsaktiviteter
2.2 Voksne skal være mindre stillesittende og øke hverdagsaktiviteten og slik nå de nasjonale målene om minst tre kvarter fysisk aktivitet hver dag	2.2.1 Stimulere til mer aktivitet ved økt satsing på tilrettelegging for aktiv transport til jobb og fritidsaktiviteter
	2.2.2 Bidra til økt aktivitet på jobb med organisatorisk tilrettelegging, fysisk utforming og tilrettelegging av bygningsmassen
	2.2.2 Stimulere til integrering av innvandrere i ulike former for fysisk aktivitet i nærmiljøet
	2.2.3 Bidra til tilrettelegging for fysisk aktivitet spesielt for den eldste delen av befolkningen

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
Kosthold	
2.3 Alle barnehager og skoler har et helsefremmende mattilbud	2.3.1 Bidra til et sunt og variert kantinetilbud i den videregående skolen
2.4 Nordtrønderne spiser mindre sukker, bruker mindre salt og mer frukt, grønnsaker og fisk	2.4.1 Samarbeide med lag og foreninger om å spre kunnskap om og ferdighet i å lage mer helsefremmende mat for alle aldersgrupper
	2.4.2 Samarbeide med næringslivet (kolonialhandelen) om å gjøre gode matvarevalg enklere
	2.5.1 Samarbeide med Innvandrerrådet om aktuelle tiltak for et helsefremmende kosthold
	2.6.1 Samarbeide med kommunene og eldreorganisasjonene om aktuelle tiltak for den eldste delen av befolkningen
Tobakk	
2.7 Tobakksfri ungdomstid	2.7.1 Stimulere til at unge ikke begynner å røyke eller snuse
2.8 Redusert tobakksbruk blant voksne, spesielt hos kvinner	2.8.1 Stimulere og oppfordre til tobakksfri arbeidstid
Rusmidler	
2.8 Debutalderen for alkohol er økt	2.8.1 Bidra til systematisk arbeid sammen med arrangører, foreldre, skole, lag og organisasjoner for å utsette alkoholdebuten
2.9 Elevene i videregående skoler i Nord-Trøndelag skal ha et rusfritt skolemiljø	2.9.1 Bidra til å implementere plan for rusarbeid i videregående skoler i Nord-Trøndelag
2.10 Alkoholkonsumet i fylket har gått ned i den voksne delen av befolkningen	2.10.1 Bidra til bedre lokal forvaltning og håndheving av alkoholloven som grunnlag for en ansvarlig alkoholpolitikk
	2.10.2 Bidra til å sette alkoholpolitikken og alkoholvaner på dagsorden
	2.10.3 Stimulere til at arrangører, lag og

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
	organisasjoner praktiserer ansvarlig alkoholhåndtering
Psykisk helse	
2.10 Styrke ungdommens psykiske helse	2.10.1 Bidra til systematisk arbeid og kompetanseheving i skole og skolehelsetjeneste
2.11 Økt samfunnsdeltakelse av grupper som deltar lite på grunn av psykiske plager	2.11.1 Legge til rette for trygge og attraktive sosiale møteplasser i lokalmiljøet (se også temaområde 3)
Tannhelse	
2.12 God tannhelse hele livet	2.12.1 Bidra til økt kunnskap om faktorer i samfunnet som fremmer og hemmer god tannhelse hos voksne
	2.12.2 Bidra til økt bruk av tannhelsekompetanse i skoler og barnehager
Ulykker og skader	
2.13 Færre ulykker med personskader og dødsfall	2.13.1 Legg til rette for systematiske oversikter over årsaker til ulykker med personskader og død
	2.13.2 Bidra til samordnet innsats på overordnet nivå og på tvers av sektorer

4.3. Temaområde 3: Alle skal med i Nord-Trøndelag

Folkehelse styrkes gjennom samfunnsdeltakelse. Samfunnsdeltakelse beskriver hvorvidt enkeltpersoner er tilknyttet en form for felleskap. Å være del av et felleskap påvirker helse positivt gjennom opplevelse av samhørighet og sosial støtte. Å påvirke befolkningens mulighet for å delta i arbeidsliv, skole, familie og andre generelle samfunnsmessige sammenhenger vil ha en helsefremmende effekt.

Sosial tilhørighet og sosiale nettverk er avgjørende verdier i velferdssamfunnet. Sosial støtte skaper helse. En rekke studier viser at fraværet av sosiale kontakter eller nettverk er assosiert med sykdom og ofte for tidlig død. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har funnet flere sammenhenger mellom helse og deltakelse i kulturtilbud. De som benytter seg av ulike kulturtilbud, opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet og har mindre angst og depresjoner enn andre deler av

befolkningen. Men – bruken av kulturtilbud har nær sammenheng med sosial bakgrunn, utdanningsnivå og inntekt.

Utdanning og helse henger nøye sammen. Utdanning er utgangspunktet for, og medvirkende til en rekke prosesser som bidrar til å produsere helse utover i det voksne livsløpet. Utdanning påvirker de levekår mennesker lever under gjennom livet. På denne måten bidrar utdanning til å bestemme hvilke helsebelastende eller helsefremmende forhold vi utsettes for. I tillegg bidrar utdanning i utviklingen av psykologiske ressurser som igjen påvirker individets mulighet for helse. Læring gir mestring, mestring gir helse.

Et samfunn uten barrierer er en forutsetning for å kunne delta i utdanning, arbeidsliv, kultur og sosialt liv. Universell utforming av produkter og omgivelser er en forutsetning for å oppnå et inkluderende samfunn med full likestilling og deltakelse for alle. Universell utforming innebærer at bygninger, omgivelser, transportmidler og produkter utformes slik at de kan brukes av alle mennesker på en likestilt måte.

Økende innvandring gjør at integrering av «innflyttere» blir en viktig del av det lokale samfunnsutviklingsarbeidet – og da også folkehelsearbeidet. Å bidra til utdanning, arbeid, bolig og deltakelse i organisasjonslivet er sentrale oppgaver i folkehelsearbeidet.

Mål og strategier for temaområde 3 – Alle skal med i Nord-Trøndelag

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
3.1 Alle lokale oppvekstmiljø vektlegger at barn og unges livskvalitet skal preges av åpenhet, trivsel og tilhørighet, og bidrar til å styrke hver enkelt i møtet med framtidens utfordringer.	3.1.1 Utvikle og styrke samhandlinger mellom aktører som arbeider med barn og unge, på tvers av etatsgrenser, tjenestetyper og organisasjoner, mellom frivillige og profesjonelle.
	3.1.2 Tidlig start og systematisk oppfølging ved behov som gjelder barn og unges psykiske helse.
3.2 Alle unge kan fullføre videregående opplæring tilpasset sine forutsetninger	3.2.1 Styrke tilretteleggingen for den enkelte, ved samhandling mellom grunn- og videregående skole, foresatte, PPT og lærlingesteder i lokalt næringsliv og offentlige

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
	tjenester.
	3.2.2 Gi reell tilgang til helsestasjon for både elever og lærlinger, spesielt for å kunne følge opp behov som gjelder psykisk helse.
3.3 Alle unge er delaktige i arbeidslivet, tilpasset sine forutsetninger.	3.3.1 Aktiv samhandling mellom kommune, utdanning, NAV og næringsliv for å skape flere tilpassede arbeidsplasser, som gir innføring i arbeidslivet og styrker den unges selvbylde som bidragsyter i samfunnet.
3.4 Nord-Trøndelag er et godt fylke å bli gammel i	3.4.1 Bidra til at økt andel eldre opplever trygghet og deltar i ulike sosiale fellesskap
	3.4.2 Styrke Eldres tilgang til kunst- og kulturopplevelser, tilpasset den enkeltes forutsetninger
	3.4.3 Bidra til at økt antall eldre opplever at deres kunnskap og innsats blir verdsatt
3.5 Det lokale kultur- og samfunnslivet er mangfoldig og inkluderende, med kunstoppvelser, læring, kreative aktiviteter, samfunnsmøter, friluftsliv og treningstilbud tilgjengelig for alle.	3.5.1 Aktiv bruk av kultur i helsefremmende og forebyggende arbeid.
	3.5.2 Legge til rette for kultur- og samfunnsdeltakelse uavhengig av alder, bosted, kjønn, etnisitet, inntekts- og funksjonsnivå.
3.6 Arbeidslivet er åpent og inkluderende, og gjenspeiler vårt flerkulturelle samfunn	3.6.1 Tilrettelegging for at alle skal få en plass i arbeidslivet, tilpasset sine forutsetninger, og med mulighet for utvikling.
3.7 Alle har tilgang til møteplasser og arenaer for læring, opplevelser, fysisk aktivitet, arbeid og samfunnsdeltakelse som er universelt utformet.	3.7.1 Sikre at universell utforming er gjennomgående prinsipp i regionale og kommunale planer
	3.7.2 Bidra til at sosiale møteplasser

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
	oppretholdes og utvikling av nye blir ivaretatt i planer og saksbehandling.
	3.7.3 Bidra til at grønne nærområder bevares og at det skapes nye som kan nås på 10 minutter («firehundremetersskog») blir ivaretatt i planer og saksbehandling.

4.4. Temaområde 4: Samhandling i folkehelsearbeidet

Folkehelse er et tverrfaglig ansvar som angår alle ledd i ulike samfunnssektorer og på tvers av forvaltningsnivåene. Prinsippet om å fremme helse i alle sektorer, «helse i alt vi gjør» i folkehelseloven, understreker det helhetlige og tverrsektorielle perspektivet.

Folkehelseloven gir tydelige føringer for hvordan folkehelsearbeidet skal drives og hvilke oppgaver og ansvar kommunene, fylkeskommunen og statlige myndigheter har. En viktig utfordring i folkehelsearbeidet er imidlertid at flere av aktørene, gjennom de overordnede føringene, er tildelt oppgaver som overlapper hverandre. I tillegg trengs det et samarbeid med andre relevante aktører som frivillig sektor, kompetansemiljø og næringsliv.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, samordne og understøtte folkehelsearbeidet i fylket. Rollen må sees i sammenheng med fylkeskommunen som regional utviklingsaktør. Folkehelseloven viderefører, fra tidligere meldinger om folkehelsearbeid, partnerskap som en aktuell arbeidsform for fylkeskommunen. Loven definerer partnerskapet som et samarbeid med kommuner, frivillige organisasjoner, næringsliv og ulike kompetanse- og kunnskapsmiljø. Nord-Trøndelag fylkeskommune har tidligere hatt partnerskapsavtaler om folkehelsearbeid med de fleste kommunene i fylket, men disse er nå gått ut og ikke reforhandlet.

Det er behov for å formalisere samarbeidet om folkehelse i fylket. Forpliktende samarbeid i form av partnerskap kan være én måte å formalisere arbeidet på. Det er en sentral oppgave for fylkeskommunen å koble sammen aktørene, skape møteplasser og stimulere til samhandling. Klar fordeling av oppgaver og samarbeid internt i kommuner, og mellom kommuner, fylkeskommune, stat og andre aktører, vil bidra til at oppgavene i folkehelsearbeidet kan bli løst på en bedre måte.

Det er et mål i løpet av tidlig planperiode å utrede mulige samhandlingsformer og samhandlingsarenaer for folkehelsearbeidet i fylket.

Mål og strategier for temaområde 4 – Samhandling i folkehelsearbeidet

MÅL	STRATEGIER (hva skal gjøres)
4.1 Alle kommunene i Nord-Trøndelag har en samfunnsdel av kommuneplanen med tverrsektorielt og tverrfaglig folkehelsearbeid som en rød tråd	4.1.1 Bidra til at kommunene aktivt bruker oversiktsdokumentet i sin samfunnsplanlegging
	4.1.2 Bidra til at konsekvenser for helse blir vurdert i all saksbehandling og alt planarbeid
4.2 Statlige og regionale aktører har etablert en oppdatert statistikk- og analyseportal der kommunene kan hente statistikk til oversikts- og folkehelsearbeid	4.2.1 Sørge for at det arbeidet som er påbegynt med regional statistikk- og analyseportal blir fullført og satt i drift
4.3 Nord-Trøndelag har et overordnet samarbeidsorgan for folkehelsearbeidet i fylket	4.3.1 Bygge opp og utvikle en felles allianse i Nord-Trøndelag som en hovedaktør og premissleverandør for folkehelsearbeidet i fylket
4.4 Gode rutiner for tverrfaglig og tverretattlig samhandling på folkehelsefeltet i fylket	4.4.1 Styrke samarbeidet om folkehelsearbeid i fylkeskommunen og bidra til samarbeid og samhandling kommunalt, regionalt og nasjonalt



5. Gjennomføring av planen

Den regionale planen for folkehelse er et omfattende og stort dokument. For å lette lesevennligheten og bruken av planen vil det bli utarbeidet en kortere arbeidsversjon. Den vil inneholde et kort sammendrag av de grunnleggende føringer for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag og mål og strategier for de fire strategiske temaområdene.

En viktig forutsetning for gjennomføring av planen er imidlertid utarbeidelse av handlingsdeler til hvert temaområde. I tillegg er det flere regionale planer, strategier og program i fylkeskommunen som på grunn av sammenfallende interesser både understøtter og overlapper mål, strategier og tiltak i den regionale planen for folkehelse. Videre er samhandling med alle aktørene i folkehelsearbeidet en grunnleggende forutsetning for gjennomføring av planens innhold.

- Regional plan for folkehelse skal følges opp gjennom årlige handlingsplaner (PBL § 8). Handlingsdelen vil inneholde tiltak, handlinger og råd til hver av strategiene. Tiltakene i handlingsdelen retter seg mot områder som Nord-Trøndelag fylkeskommune har ansvar for og virkemiddel på. I tillegg retter tiltakene seg mot ulike samarbeidsprosjekt og utviklingsprosjekt mellom fylkeskommunen, statlige aktører, kommunene, frivillig sektor og andre som kunnskaps- og utdanningsmiljø. Overfor kommunene vil tiltak og handlinger bli beskrevet som råd. Første handlingsdel skal være ferdig utarbeidet og lagt fram til godkjenning i fylkesrådet i løpet av oktober 2015.

Mål	Strategier (Hva skal gjøres)	Tiltak og råd (hvordan gjøre det)	Aktører	Tidsperiode
		Tiltak og handling Tiltak og handling Råd	NTFK NTFK i samarbeid med andre Kommuner	

- Planer, strategier og program som overlapper og har sammenfallende interesser med regional plan for folkehelse (listen er ikke uttømmende):
 - Regional plan for arealbruk i Nord-Trøndelag (2013)
 - Oppvekstprogrammet i Nord-Trøndelag 2011-2021
 - Strategi for idrett og friluftsliv i Nord-Trøndelag 2013-2016
 - Handlingsplan for trafikksikkerhet i Nord-Trøndelag 2014-2017
 - Strategi for samhandling mellom det frivillige kulturlivet i Nord-Trøndelag og fylkeskommunen
 - Styringsgrunnlag for utdanningssektoren 2013 – 2014/15, Nord-Trøndelag

- En viktig forutsetning for gjennomføring av planen er samhandling med kommunene, fylkesmannen, statlige etater på regionalt nivå, institusjoner, kompetansemiljø, organisasjoner og næringsliv. Dette er aktører som påvirker utviklingen i fylket. Det er derfor en sentral oppgave for fylkeskommunen å koble sammen aktørene, skape felles møteplasser og stimulere til samhandling mellom disse. Se temaområde 4 *Samhandling i folkehelsearbeidet*.



6. Nasjonale og regionale føringer som grunnlagsmateriale for folkehelsearbeidet

Lover

Plan- og bygningsloven (2008) krever at all planlegging skal fremme befolkningens helse, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge kriminalitet.

Folkehelseloven (2012) skal sikre at kommunen, fylkeskommunen og statlige etater setter i verk tiltak og samordner folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) omhandler også folkehelsearbeidet, spesielt helsefremmende og forebyggende tiltak i helsetjenesten.

Diskriminerings- og likestillingsloven (2008) hvor målsettingen er å sikre like vilkår til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne

Arbeidsmiljøloven (2005) som skal sikre at arbeidsmiljøet gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon

Opplæringsloven (1998) som pålegger skolen å drive et systematisk arbeid for å fremme helse, miljøet og sikkerheten til elevene

Lov om barnehager (barnehageloven) (2008) hvor barnehagen i samarbeid og forståelse med hjemmet skal ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling.

Lov om folkebibliotek (folkebibliotekloven) (1986, endret 2013) hvor folkebibliotekene har til oppgave å fremme opplysning, utdanning og annen kulturell virksomhet gjennom aktiv formidling og ved å stille bøker og andre medier gratis til disposisjon for alle som bor i landet.

Lov om offentlige styresmakters ansvar for kulturverksemd (kulturlova) (2007) som skal fremme og legge til rette for et bredt spekter av kulturvirksomhet slik at alle får anledning til å delta i kulturaktiviteter og oppleve et mangfold av kulturuttrykk.

Lov om tannhelsetjeneste (1983) som pålegger fylkeskommunen å fremme tannhelsen i befolkningen og å sørge for nødvendig forebygging og behandling

Spesialisthelsetjenesteloven (2001) hvor ett av formålene er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, lidelse og funksjonshemning

Stortingsmeldinger

- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Stortingsmelding nr. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen

- Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- Stortingsmelding nr. 10 (2011-2012) Kultur, inkludering og deltaking
- Stortingsmelding nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering
- Stortingsmelding nr. 30 (2011-2012) «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk – alkohol, narkotika og doping»
- Stortingsmelding nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester

Statlige handlingsplaner

- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009, «Sammen for fysisk aktivitet»
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011, «Oppskrift for et sunnere kosthold»
- Nasjonal strategi for et aktivt friluftsliv, «En satsing på friluftsliv i hverdagen 2014-2010»
- Regjeringens handlingsplan, «Norge universelt utformet 2015»
- Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet 2014-2017
- Nasjonal strategi mot tobakksskader 2013-2016, «En framtid uten tobakk»
- Folkehelseinstituttet, rapport 2011.11: «Bedre føre var – psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger»
- «Nasjonalt utviklingsprosjekt for universell utforming i fylker og kommuner. Erfaringer og eksempler» (2013). Miljøverndepartementet

Regionale føringer

- Regional planstrategi for Nord-Trøndelag 2012-2016 (2012)
- Folkehelse i endring (2011) Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
- Oppvekstprogrammet i Nord-Trøndelag 2011-2021
- Strategi for idrett og friluftsliv i Nord-Trøndelag 2013-2016
- Regional plan for arealbruk i Nord-Trøndelag (2013)
- Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014
- Handlingsplan for trafikksikkerhet i Nord-Trøndelag 2014-2017
- Styringsgrunnlag for utdanningssektoren i 2013- 2014/15, Nord-Trøndelag
- Strategi for samhandling mellom det frivillige kulturlivet i Nord-Trøndelag og fylkeskommunen (2013)
- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Nord-Trøndelag. Oversiktsdokumentet (2015)
- Trondheimserklæringen (2014)
- Universell utforming som regional utfordring, Nord-Trøndelag som pilotfylke 2009-2013. Sluttrapport

7. Referanseliste

Dahlgren, G. og Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies

Frivillighetsregistret (2015). Brønnøysundregisteret.
<http://w2.brreg.no/frivillighetsregisteret/soekevalg.jsp?navn=S%C3%B8k+navn%2Forganisasjonsnummer&Hovedkategori=0®ionsnr=200&fylkesnr=17&kommunenr=>

Folkehelse i endring (2011). NTNU HUNT forskningsssenter og Nord-Trøndelag fylkeskommune. <https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

Folkehelseforskriften. Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012). www.lovdata.no

Folkehelsemeldingen (Meld.St. 34 2012-2013). *God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet

Folkehelseprofilene 2015. Helsedirektoratet.

Forskrift om miljøretta helsevern (2003). Helse- og omsorgsdepartementet.

Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid (2012), rundskriv. Helsedirektoratet

KS (2015). *Plattform for frivillighet*. <http://www.ks.no/tema/Samfunn-og-demokrati1/Folkevalgtportalen/Kultur-og-frivillighet/Plattform-for-frivillighet1/>

Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). Helse- og omsorgsdepartementet

Marmot Review (2010-2012). *European Portal for Action on Health Inequalities*
http://www.health-inequalities.eu/HEALTHYQUITY/EN/about_hi/marmot_reviews/

Mæland, J.G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2.utgave). Oslo: Unviversitetsforlaget

Norges frivilligsentral (2015). <http://frivilligsentral.no/?pageslug=hjem-3895>

Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health promotion*.

Oversiktsdokumentet over folkehelsa i Nord-Trøndelag (2015) med tilhørende kilder
www.oversiktsdokumentet.no

Poland, B.D & Green (2000) *Settings for health promotion. Linking theory and practice*.

Plan- og bygningsloven (PBL). (2009). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling*.

Regional planstrategi for Nord-Trøndelag 2012-2016. (2012)

St.meld 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.*

Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014 med tilhørende handlingsdeler

Trondheimserklæringen (2014). Nordisk folkehelsekonferanse.

<http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/doku.php?id=trondheimserklaeringen>

Vegvisere for regionalt folkehelsearbeid (2015). Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid>

8. Vedlegg

Saksutskrift fra behandlingen i fylkestinget 11.6.2015

SAKSUTSKRIFT

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Fylkesrådet i Nord-Trøndelag	19.05.2015	91/15
2 Komite for utdanning, kultur og helse	10.06.2015	17/15
3 Fylkestinget i Nord-Trøndelag	11.06.2015	48/15

Regional plan for folkehelse i Nord-Trøndelag 2015-2020

Fylkestinget i Nord-Trøndelag har behandlet saken i møte 11.06.2015 sak 48/15

Fylkestingets vedtak

1: Fylkestinget i Nord-Trøndelag vedtar *Regional plan for folkehelse i Nord-Trøndelag 2015-2020*.

2: Fylkestinget støtter innretningen av planen. Strategier og handlinger i folkehelsearbeidet skal rette seg mot påvirkningsfaktorene for helse og i all hovedsak gjelde for hele befolkningen. Enkelte tiltak bør likevel tilpasses i omfang og utforming til sårbare grupper og geografiske områder med større behov enn andre. Folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert, inneholde både helsefremmende og forebyggende tilnærminger og rette seg mot de ulike samfunnsarenaene folket til enhver tid oppholder seg.

3: Gjennomføring av planen skjer ved utarbeidelse av handlingsplaner som rulleres årlig.