



FOLKEHELSEPLAN

Snåasen Tjjelte/Snåsa kommune 2014-2015

Vedtatt i kommunestyre 11. desember 2014 - sak 97/14



TJJËLKE • BOËREHKE • MAVVAS
EKTE • RAUS • MODIG

SNÅASE SNÅSA

Innhold

Sammendrag	5
Konklusjoner	6
1. Innledning.....	8
1.1. Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47.....	8
1.2. Begrepsavklaringer.....	8
1.2.1. Folkehelse og hva er folkehelsearbeid?	8
1.2.3. Helsefremmende arbeid.....	8
1.2.4. Sykdomsforebyggende arbeid.....	9
1.2.5. Frisklivsarbeid.....	9
1.2.6. Livskvalitet.....	9
1.3. Folkehelseloven og krav til kommunen.....	9
1.3.1. Folkehelseloven.....	9
1.3.2. Folkehelse og kommuneplanlegging.....	11
2. Påvirkningsfaktorer - helsedeterminanter.....	13
Utdanning.....	13
Arbeid og inntekt.....	13
Sosial tilhørighet og nettverk.....	14
Sosial ulikhet.....	14
Fysisk aktivitet, friluftsliv og naturopplevelser.....	14
Kosthold og ernæring.....	15
Tobakksbruk.....	15
RUS.....	15
Stress og søvn.....	16
«24-timers-samfunnet».....	16
Psykisk helse.....	16
Kultur og helse.....	17
Formidling av kunnskap.....	18
3. Oversiktsdokument folkehelse.....	19
4. Tiltak folkehelseplan.....	19
4.1. Mål og visjoner.....	20
4.2. Satsningsområder.....	20
Satsningsområde 1, Helse i alt vi gjør.....	20
Satsningsområde 2, Aktive og sunne snåsninger.....	21

Satsningsområde 3. Tidlig innsats for barn og unge	22
Satsningsområde 4. Psykisk helse	23
Satsningsområde 5. Eldrehelse og demens.....	23
Satsningsområde 6. Et godt hjerte	24
5. Oversiktsdokument folkehelse.....	27
Hvem sammenligner vi oss med?	27
Kilder.....	27
5.1 Befolkningssammensetning	27
5.1.1 Folketallet som helhet, aldersgruppering, kjønnsfordeling	27
5.1.2 Årlige fødselsrater.	30
5.1.3.Folkemengde og endringer hittil i år, etter region, tid og statistikkvariabel - Fødte pr 4.kv .	31
Framskrevet befolkning Snåsa – <i>kjønn samlet, antall</i>	31
5.1.4 Befolkningsutviklingen for definerte aldersgrupper (Kommunehelseinstituttet)	32
5.1.5 Befolkningsprognose aldersgrupper mot 2014.....	32
5.1.6 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre – <i>kjønn samlet, totalt, andel (prosent), 2013</i>	33
5.1.7 Netto inn-/utflytting, om mulig flytting internt i kommunen/fylket.....	34
5.1.8 Samisk befolkning.....	34
5.2. Oppvekst og levekårsforhold.....	35
5.2.1 Andel med lavinntekt	35
5.2.2. Utdanningsnivå.....	36
Høyeste fullførte utdanningsnivå – videregående eller høyere, 30-39 år, andel (prosent) FHI	36
5.2.3 Frafall i skolen.....	36
5.2.4 Sosialhjelp.....	37
Sosialhjelpsmottakere – kjønn samlet, andel (prosent), standardisert , FHI	37
5.2.5 Uføretrygdede	38
Uføretrygdede – kjønn samlet, 18-44 år, andel (prosent), standardisert (FHI)	38
5.2.6 Sykefravær.....	39
5.2.7 Arbeidsledighet og sysselsetting	40
Arbeidsledighet – 15-29 år, andel (prosent) (FHI)	40
5.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	41
5.3.1. Drikkevannskvalitet	41
5.3.2 Forekomst av radon.....	41
Radonmålinger	42

5.3.3	Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg	42
5.3.4.	Trivsel og miljø i skoler og barnehager	43
5.3.5	Ungdata	43
5.3.6	Trivsel på arbeidsplasser	46
5.3.7	Spesielle ulykkespunkter eller strekninger/Spesielt utsatte skoleveger	46
5.3.8	Gang og sykkelveier	47
5.3.9	Rekreasjon og friluftsliv	47
5.3.10	Frivillige organisasjoner	47
5.3.11	Sosiale risikomiljøer som rusmiljøer og kriminalitet	47
5.3.12	Omfang av kulturtilbud	48
5.4.	Skader og ulykker	49
5.4.1	Antall personskader behandlet i sykehus.....	49
5.5.	Helserelatert atferd	50
5.5.1	Deltagelse i organisert og uorganisert fysisk aktivitet	50
5.5.2	Andel voksne og barn som er fysisk aktive min 30/60 min pr dag.....	50
5.5.3	Omfang av fysisk aktivitet i skolen	51
5.5.4	Omfang av elever som sykler eller går til skolen.....	51
5.5.5	Daglig røyking	51
5.5.6	Skjenkesteder, serverings og åpningstider for alkoholsalg	52
5.5.7	Mat og måltider i barnehager	52
5.5.8	Tilgang på frukt og grønt i skolen	52
5.5.9	Måltider i skolefritidsordninger/aktivitetsskoler og tilbud i skolekantiner.....	53
5.5.10	Risikoatferd/helsefremmende atferd.....	53
5.6.	Helsetilstand	54
5.6.1	Forekomst av forebyggbare sykdommer("folkesykdommer").....	54
5.6.1	Overvekt og fedme	54
5.6.2	Diabetes.....	56
5.6.3	Hjerte- og karsykdommer.....	56
5.6.4	Kols	57
5.6.4	Kreft	58
5.6.5	Demens.....	61
Samfunnsøkonomi:.....		62
5.6.6.	Egenvurdert helse.....	62
5.6.7	Psykisk helse	63

Sammendrag.

Dokumentet inneholder en oversikt over folkehelseutfordringer i Snåsa kommune, og forslag til strategier, mål og tiltak for å møte de viktigste utfordringene sett fra Snåsa kommunes situasjon i dag. Dokumentet inngår derfor som et kunnskapsgrunnlag for planprosesser hjemlet i plan og bygningsloven. Dette gjelder for alle planer som skal utarbeides jfr kommunens vedtatte planstrategi(2013). Det er i disse planene kommunens folkehelsepolitikk utformes og vedtas.

Jamfør Folkehelseloven §5 skal kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer, både positive og negative. Dette dokumentet er et stort kapittel som omhandler status og folkehelseutfordringer i Snåsa kommune og dette har vi valgt å legge ved som et vedlegg. Folkehelseutfordringer vil endres over år og det er derfor nødvendig at kommunen har et system for årlig oppdatering av oversiktsdokumentet. Folkehelseplanen revideres før planstrategi revideres, hver fjerde år.

Dette er den første folkehelseplanen som er laget i Snåsa kommune. Arbeidsgruppen har denne gang bestått av tre politikere som har hatt tett samarbeide med koordinator. Veilederen anbefaler at ledere fra flere/alle etater bør delta i et slikt arbeid, og av erfaring med dette arbeidet kan det være nyttig ved revideringen. Dette for å forankre planen bedre i organisasjonen.

Som veilederen «God oversikt- en forutsetning for god folkehelse» anbefaler, har vi tatt utgangspunkt i forskriftens §3 som sier noe om områdene vi skal ha oversikt over:

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd
- Helsetilstand

Veilederen gir deretter eksempler på problemstillinger/undertema det er naturlig å se på. Vi får her en oppsummering av mange folkehelseutfordringer i kommunen. Det er nødvendig å gjøre prioriteringer av utfordringer man ønsker å gripe fatt i, men følgende innsatsområder vil ha fokus:

1. «Folkehelse i alt vi gjør»
2. Aktive og sunne snåsninger
3. Tidlig innsats for barn og unge
4. Psykisk helse
5. Eldrehelse og demens
6. Et godt hjerte

Snåsa kommune har vedtatt «Ekte , raus og modig» som verdigrunnlag for det som skjer i kommunen. Det sier noe om arbeid for et samfunn der sunne og positive holdninger er fokus. Trivsel er viktig og inkludering nødvendig for å sørge for en god psykisk helse.

Folkehelseloven forutsetter at hele kommunen arbeider med folkehelse. Dette innebærer at arbeidet må forankres i kommunestyret, og det må sikres at også alle politiske organ har med seg folkehelseperspektivet i sitt arbeid.

Konklusjoner

Vi har god helse og gode oppvekstvilkår i kommunen vår. En liten kommune gir også relativ god oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Likevel finner vi folkehelseutfordringer hvor det er nødvendig å gjøre grep. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har gitt oss en unik mulighet til å kunne sette i gang tiltak der skoen trykker mest. Vi finner at det er en stadig mer overvekt og også blant ungdommer er overvekt et økende problem. Det er behov for å sette inn tiltak i forhold til ernæring og fysisk aktivitet. En bevisstgjøring og holdningsendring er nødvendig spesielt hos voksne og foreldregenerasjonen.

Barn og unge har det godt i Snåsa og en god barndom gir gode forutsetninger for et godt og langt liv. Så er det likevel barn som har ulike utfordringer i livet sitt. Tidlig innsats er her viktig for å gjøre det beste ut av situasjonen. Her er samarbeide mellom barnehager, skole, helse sammen med foreldre nødvendig slik at barnet får en så god oppvekst som mulig. Foreldrerollen må styrkes så vi kan være tydelige voksne og gjøre gode valg for våre barn.

Vi røyker mindre enn tidligere, men fortsatt er det viktig å hindre at unge mennesker starter å røyke. Snusbruk er til gjengjeld økende og ganske utbredt. Selv om det ikke påvirker omgivelsene i samme grad, er det forskning som viser at snus er helseskadelig.

Vi bruker mer alkohol enn tidligere. Dette gjelder spesielt den voksne generasjon. Økt forbruk blant voksne gir en negativ signaleffekt til de unge. Dessuten vet vi at økt forbruk fører til økt misbruk, med de utfordringer det fører med seg. Tjeneste for psykisk helse og rus har kjennskap til at illegale rusmidler, til en viss grad, har fotfeste også på Snåsa.

Overvekt er en helseutfordring for svært mange. Vi blir stadig tyngre og flere sliter med overvekt eller fedme og plager eller sykdom pga dette. Spesielt er det bekymringsfullt at flere barn og unge blir overvektige. Forebyggende tiltak er nødvendig og også tiltak for de som ønsker å endre sin livstil.

Med en stadig større gruppe eldre, spesielt i aldersgruppen 70-85 år, er det viktig å opprettholde førligheten, forebygge fall og ulykker og stimulere til sosial deltagelse. Denne gruppen er en stor ressurs for samfunnet og bør med fordel inkluderes i større grad i frivillig arbeid.

Ensomhet, angst og depresjon er et økende problem for mange, spesielt unge. Aldri før har ungdommene vært så samvittighetsfull som dagens ungdom, men vi ser at mange sliter. Ungdommer vil være pliktoppfyllende og flinke og stiller store krav til seg selv, bl a når det gjelder utseende og prestasjoner. «24-timers-samfunnet» bidrar til at det skjer noe til enhver tid, vi er «online» og tilgjengelig. Det fører til utslag i psykiske problemer, smerter i muskel og skjellet, hodepine, dårlig søvn.

Vi må arbeide for økt inkludering; be med naboen, en venn eller kollega på for eksempel kulturelle arrangement. Kulturdeltagelse har et stort potensiale i forhold til folkehelse og det medfører ikke nødvendigvis store kostnader. En bevisstgjøring og holdningsendring kan ha stor innvirkning, slik at vi deltar på det som allerede eksisterer, det være seg kor, teater, konserter, turer i friluft og andre møteplasser.

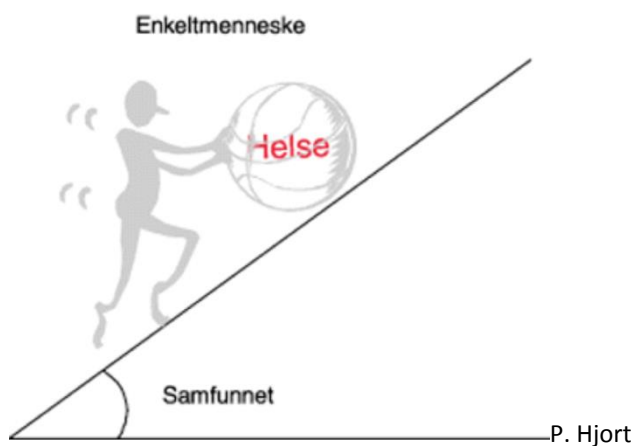
Hjerte-og karsykdommer er fortsatt utbredt blant innbyggerne, selv om dødeligheten er blitt redusert. Et godt behandlingstilbud gir mange hjertesyke et godt liv, men forebygging er sentralt også her.

Det er nødvendig med kontinuerlig påvirkning og medvirkning for at vi skal holde fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid i alt vi gjør. Dette ansvaret ligger hos politikerne med ordføreren i spissen, hos alle ledere i kommunen og hos alle ansatte. Frivillige lag og organisasjoner er viktige samarbeidspartnere i kommunale tiltak.

Folkehelselovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeid defineres i folkehelseloven som samfunnets 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, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Enkelte kommuner har god erfaring med å vurdere påvirkning av folkehelse i forbindelse med politiske vedtak. I forbindelse med saksbehandling er det da et eget område : « Hvilke konsekvenser har vedtaket for folkehelsen? » Det kan da handle om både positive eller negative følger av vedtaket. Dette kan også vurderes i Snåsa kommune.

I august 2014 ble det arrangert en Nordisk folkehelsekonferanse med 747 deltagere. En felles erklæring omkring strategi for en bedre og mer rettferdig fordelt helse og trivsel i regionen innen 2020 ble utarbeidet. Denne er ikke tatt inn i planen på annen måte enn som et vedlegg for informasjon i denne omgang.



«Flest mulig skal holde seg frisk lengst mulig i Snåsasamfunnet»

1. Innledning

1.1. Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47

Budskapet i meldingen:

Den forventede behovsveksten i en samlet helsetjeneste må i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tjeneste med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. Samhandlingsreformen handler om:

- Å forebygge fremfor bare å reparere
- Om tidlig innsats før sykdom utvikler seg
- Om å bygge opp gode tilbud der folk bor
- Om å samle det avanserte i sterke fagmiljøer

Som oppfølging av Samhandlingsreformen ble det i Kommunestyret vedtatt:

- Oppnevning av en ad hoc-komité bestående av tre politikere, Vigdis Bakken(leder), Sissel Dyrstad og Ole Sivert Bomo
- Vedtatt at en plan for Folkehelse skulle utarbeides i løpet av 2013. Denne fristen er senere utvidet.
- Opprettet stilling for koordinator for folkehelse og friskliv, 60% stilling

1.2. Begrepsavklaringer

1.2.1. Folkehelse og hva er folkehelsearbeid?

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse. (Helsedirektoratet)

Noen av kjernetrekkene ved folkehelsearbeid er at

- Det er en samfunnsoppgave
- Det er befolkningsrettet
- Det utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helsen
- Det tar lang tid fra tiltakene iverksettes til resultater kommer (måneder- år- generasjoner)

Dagens helsetilstand – og morgendagens helseutfordringer – er i stor grad knyttet til hvordan folk lever livene sine og hvordan samfunnet er organisert. Folkehelsen påvirkes av forhold innenfor ulike sektorer og på en rekke livsområder. Helsesektoren har et særlig ansvar for helse, men ofte er det andre sektorer som eier virkemidlene og har kompetanse på tiltakene. Grunnlaget for god helse legges først og fremst utenfor helsetjenesten. Folkehelsearbeid er politiske prioriteringer i alle sektorer.

1.2.3. Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er en prosess som gjør at den enkelte så vel som fellesskapet får mer kontroll over forhold som virker inn på helsa, og som dermed gjør den enkelte i stand til å bedre sin egen helse. (Helsedirektoratet) 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. Ikke minst er det å være i arbeid og ha en forutsigbar økonomi grunnleggende for helsefremmende forhold. Helsefremmende fokus er likeså viktig som å tenke sykdomsforebyggende arbeid.

1.2.4.Sykdomsforebyggende arbeid

Kan deles inn i tre nivåer:

- Innsats for å forhindre eller utsette sykdomsforløp (primær forebygging),
 - Forhindre forverring eller videreutvikling av sykdom (sekundær forebygging),
 - Minske følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet (tertiær forebygging)
- (Helsedirektoratet)

1.2.5. Frisklivsarbeid

En frisklivssentral er et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for endret helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. (Helsedirektoratet)

I Snåsa har vi valgt å se på frisklivsarbeid som gjøres i forskjellige avdelinger, vi har alle et ansvar for å bidra i frisklivsarbeidet, men vi har en koordinerende enhet.

1.2.6. Livskvalitet

Livskvalitet er den opplevde følelsen av å leve et godt liv. Eksempel på fenomen som er viktige for menneskers livskvalitet er det fysiske miljø, psykososiale miljø, estetisk og religiøs opplevelse osv. Det å kunne være aktiv, ha fellesskap, positiv selvfølelse og en grunnstemning av glede betraktes også ofte som god livskvalitet. (Folkehelse i endring)

1.3 Folkehelseloven og krav til kommunen

01.01.12 trådte den nye folkehelseloven til, Lov om folkehelsearbeid. Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen og har ansvar for folkehelsearbeidet som blir gjort. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Forebyggende arbeid: å fjerne, hindre eller stenge faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer.

1.3.1 Folkehelseloven

§ 1.Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

§ 2. Virkeområde

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder i tillegg for privat og offentlig virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 28 og 29.

§ 3. Definisjoner

I loven her menes med

- a) *folkehelse*: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b) *folkehelsearbeid*: samfunnets 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, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Kapittel 2. Kommunens ansvar

§ 4. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra 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.

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.

§ 5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) *opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og*

25,

b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og

c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.

§ 6.Mål og planlegging

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

§ 7.Folkehelsetiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5.

Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

1.3.2 Folkehelse og kommuneplanlegging

Et utdrag fra Folkehelse og kommuneplanlegging utgitt av Helsedirektoratet:

Juridisk forankring

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan og bygningsloven kap 11 fast sette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5, 2.ledd.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer jf §5.

Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader –og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

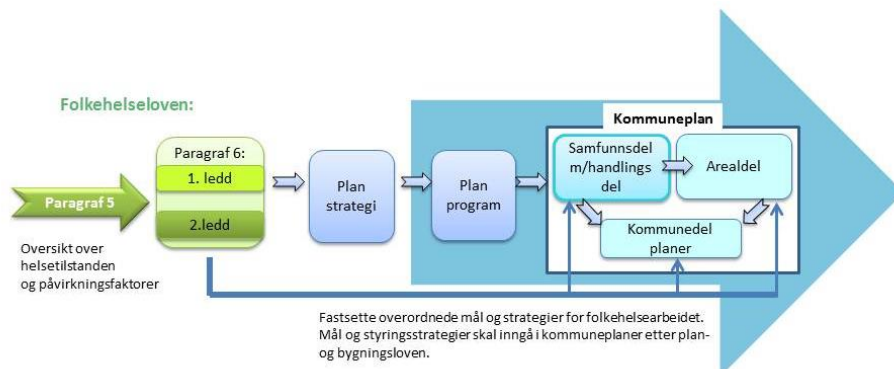
Kommunen kan gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Planprosess

Nytt i siste plan- og bygningslov er at alle kommuner skal ha en planstrategi som skal vedtas i løpet av første året etter valg. Dette sikrer politisk involvering i hver valgperiode. Planstrategien er ikke en plan, men et verktøy for å systematisere planarbeidet. Strategien skal basere seg på lokale

utviklingstrekk(datagrunnlag), prioritere sektorenes planbehov samt vurdere revisjonsbehovet på gjeldende samfunnsdel og arealdel.

Samfunnsdelen skal legge føringer for arealdelen i kommuneplanen og må kunne ses igjen i handlingsdelen og økonomiplanen.



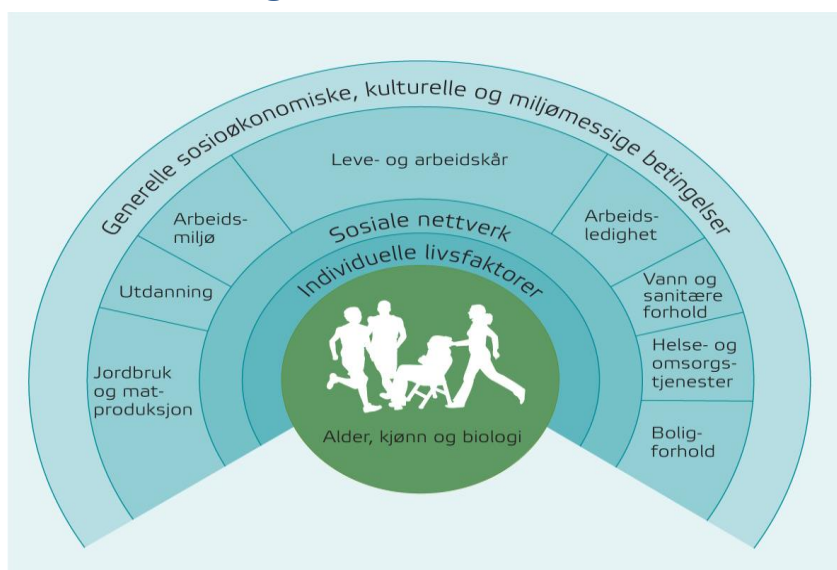
Nasjonale forventninger

Regjeringen forventer at:

Fylkeskommunene og kommunene har oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som kan virke inn på denne. Folkehelseutfordringene inngår som grunnlag i arbeidet med de regionale og kommunale planstrategier.

Fylkeskommunene og kommunene gjennom planleggingen styrker faktorer som bidrar positivt til folkehelsen, svekker forhold som kan ha negative helsevirkninger. Planlegging etter plan- og bygningsloven er en viktig del av fylkenes og kommunenes folkehelsearbeid, og god planlegging bidrar til å utjevne sosiale helseforskjeller

2. Påvirkningsfaktorer - helsedeterminanter



Dahlgren & Whitehead 1991

Ut fra determinant- perspektivet vil politiske valg i ulike samfunnssektorer ha stor betydning for befolkningens helse. Derfor viktig at man jobber på tvers av sektorer. Som figuren ovenfor viser er det svært mange helsedeterminanter, påvirkningsfaktorer for helsa vår. Her er det mange ulike faktorer og vi ser behovet i denne rapporten for å begrense omfanget noe i denne sammenheng.

Utdanning. Det er en klar sammenheng mellom utdanning og helse. Gjennom utdanningsløpet utvikler mennesker psykologiske ressurser som bidrar til mestringsfølelse og mulighet for kontroll over sitt eget liv. Læring i seg selv ser derfor ut til å bidra til god helse. Utdanning påvirker dessuten yrkeskarriere og gjennom dette levekår, i det voksne liv. Personer med lav inntekt og kort utdanning er overrepresentert blant langtidssykmeldte, uføretrygdde og yrkeshemmede. Utdanningslengde, eller særlig det å fullføre et helt utdanningsløp synes å gi helsegevinst. Den største forskjellen finner vi mellom dem som fullfører videregående skole og dem som avslutter skolegangen etter ungdomsskolen eller faller ut av den videregående skole.

Arbeid og inntekt. Arbeid er en viktig helsedeterminant fordi arbeid gir inntekt, sosiale felleskap, struktur i hverdagen og for mange en meningsfylt aktivitet. Når folk har en jobb å gå til og en lønn å leve av, minsker vi de sosiale forskjellene. Økonomisk og sosial trygghet er blant de mest grunnleggende forutsetningene for god helse og lik fordeling av helse. Materielle levevilkår påvirker både den fysiske og psykiske helsen. Det er stor forskjeller i egenvurdert helse, psykiske plager og lidelser blant de med lav og høy inntekt. Mangel på arbeid kan medføre dårligere økonomi og materielle levevilkår, sosial ekskludering og isolasjon, stigmatisering og nederlagsfølelse.

Sosial tilhørighet og nettverk Det er klare sammenhenger mellom helse og sosiale nettverk.

Sosial isolasjon, manglende sosial deltagelse og støtte, dårlig fungerende familieliv, vold og overgrep er risikofaktorer for fysisk og psykisk uhelse. Folk med sterke sosiale nettverk har for eksempel en dødelighet som er mellom halvparten og en tredel av dødeligheten til folk med svake sosiale forbindelser. Sosialt nettverk handler om samspillet mellom individ, gruppe, nærmiljø og samfunn som påvirker vår atferd og også vår helse. Det handler om ulike felleskap og kontaktflater innen fritid, skole og arbeidsliv. Stimulerende og trygge felleskap fremmer og beskytter først og fremst vår psykiske helse, men påvirker også kroppslig helse og velvære.

Sosial ulikhet. Det er betydelige forskjeller i levealder og helse mellom sosioøkonomiske grupper i befolkningen og mellom kvinner og menn. Menn i laveste inntektskvartil har for eksempel hatt dobbelt så høy dødelighet som menn i høyeste inntektskvartil i de siste par tiår. Kvinner kan forvente å leve 5 år lenger enn menn. Helsebringende og helseskadelige forhold fordeler seg altså skjevt avhengig av yrkesklasse, utdanning, inntekt og bosted. Helse og dødelighet henger sammen med yrke, utdanning og inntekt. Det er over dobbelt så mange som har en eller flere kroniske sykdommer blant de som har lavest utdanning sammenlignet med de som har høyeste utdanningsnivå. Psykososiale forhold, det å ha venner som kan gi oss hjelp når vi trenger det, å oppleve barndommen som god og trivsel på hjemstedet er viktig for helsa. (Folkehelse i endring)

Fysisk aktivitet, friluftsliv og naturopplevelser. Fysisk inaktivitet er nå identifisert som den fjerde største risikofaktor for dødelighet og har stor betydning for folkehelsen generelt, og spesielt for forekomsten av hjerte/kar- sykdommer, diabetes og høyt blodtrykk. Flere studier viser til at selv moderat fysisk aktivitet gir store helsegevinster for de som er fysisk inaktive. Å etablere gode vaner for fysisk aktivitet i tidlig alder er kanskje det viktigste forebyggende tiltaket for å hindre utvikling av kronisk sykdom og overvekt. Gevinsten er stor både for den enkelte og samfunnet. Samtidig har fysisk aktivitet også en positiv psykososial effekt (Folkehelse i endring).

Norske barn sitter mer stille enn noen gang tidligere og jo eldre de blir, jo mindre aktiv blir de. (Helsedirektoratet) Sentralisering av skoler fører til at flere bussenes helt fram til skolen. Mange foreldre kjører barna til skolen, dette gir økt trafikk tetthet på veiene rundt skolen. Dette gir økt risiko for ulykker for de barna som går eller sykler, men også inaktivitet for de som blir kjørt. I den siste tiden har gymnastikktimene i skolene vært diskutert. Stillesitting er en økende utfordring; vi sitter mer på jobb, vi sitter under transport og vi sitter hjemme. Stillesitting kan være skadelig selv blant de som når anbefalingene for fysisk aktivitet.

Skolene opplever gym-frafall. Noe av det kan skyldes at fokuset har vært for stort på prestasjoner og tester framfor bevegelsesglede. Bevegelsesglede påvirker kroppsøvningsundervisningen på en positiv måte, gir positiv selvfølelse hos elever, og er utviklende for personlig vekst, selvforståelse og identitetsdanning. Dette er et veldig viktig område for samfunnet å ha oppmerksomhet på, for spesielt skolen som arena når jo ut til absolutt alle. At skolen og kroppsøvningsfaget skaper frafall fra fysisk aktivitet er veldig alvorlig, og slik kan det ikke fortsette! (Idar Lyngstad, Høgskolen i Nord-Trøndelag). Siden alle barn og unge går på skolen, har skolen et spesielt ansvar for å bidra til å opprette og opprettholde fysiske aktivitetsvaner blant barn og unge. Også barnehager er sentrale, nettopp fordi de fleste barna tilbringer mye tid i barnehagen. Barnehagenes fokus på turer og friluftsliv gir grunnleggende verdier når det gjelder aktivitet. Å la barna få være mest mulig i aktivitet i lek både inne og ute, gjør at de synes leiken er lystbetont og de viser mestringsfølelse.

Kosthold og ernæring. Vi bor i et av verdens rikeste land og har overflod av mat. Dagens utfordring er å være i stand og gjøre de fornuftige valgene. Vi tilbys halvfabrikata mat og maten er gjerne tilsatt stoffer for at den skal holde seg lenge. Det reklameres for lettvinne løsninger, brus og sjokolade. Vi ønsker ofte billig mat, samtidig som stadig mindre av vår lønn går til mat. Det er behov for å øke innsatsen når det gjelder kunnskap om ernæring og praktisk matlaging. Barnehage og skole er her viktige arenaer. Selv om det er et foreldreansvar at barn får sunn mat og drikke, bidrar skolen til at alle barn får like muligheter. "Likeså viktig som maten man spiser er forholdene rundt et måltid". Å sitte ved bordet å spise og ha ro rundt måltidet sørger for en bedre fordøyelse og en positiv opplevelse. Det blir stadig flere overvektige kvinner i fruktbar alder. Samtidig har vi mer kunnskap om hvordan fosterets ernæring og vekst i livmoren påvirker barnets helsetilstand i flere tiår fremover. Forskning viser at en kvinne som er overvektig i svangerskapet, har større risiko for å utvikle komplikasjoner. Barn av overvektige mødre har økt risiko for å bli overvektige eller få diabetes senere i livet.

Tobakksbruk. Forekomsten av kreft har økt de siste tiår. Dette pga at befolkningen har blitt eldre og fordi risikoen for å få kreft har økt. WHOs beregning viser at 30% av alle kreftdødsfall kan unngås gjennom forebyggingstiltak på ulike plan og tobakk er den viktigste enkeltfaktoren. Tobakksbruk reguleres ved Tobakkskadeloven på flere måter. Det er forbudt å reklamere for tobakk og aldersgrensen for kjøp av tobakk er 18 år. Fra 1. juni 2004 ble serveringssteder røykefrie. Lovens § 6 første ledd slår fast at «I lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang skal lufta være røykfri. Det samme gjelder i møterom, arbeidslokaler og institusjoner hvor to eller flere personer er samlet. Det var mye motvilje mot endringen som kom i 2004, men det er ingen tvil om at effekten har vært veldig god. HUNT- undersøkelser viser at den største reduksjonen av antall røykere kom nettopp etter 2004. 1 juli 2014 kom en ytterligere innstramming i røykeloven. Det er tobakksforbud i barnehagers lokaler og uteområder, tobakksfri skoletid for alle elever i grunnskolen og videregående, samt forbud mot å opprette særskilte røykerom. Alle utendørs inngangspartier til offentlige virksomheter og inngangspartier til både offentlige og private helseinstitusjoner skal være røykfrie. Med tobakk menes her både røyk og snus.

RUS. Tradisjonelt har det vært slik at menn gjerne drikker mer enn dobbelte av hva kvinner gjør. Nyere forskning viser at denne forskjellen er blitt mindre. Både kvinner og menn drikker mer alkohol i HUNT 3 enn ved HUNT 2. Dette har sammenheng med økt kjøpekraft og tilgjengelighet. Forbruket øker også med inntekt og utdanning. Mye tyder på at menn og kvinner drikker like mye vin, men at menn drikker mer øl og brennevin. Fra Ung-HUNT ser vi at rusbrus er mest populært blant jentene, mens guttene drikker mer øl. Bruken av sprit økte kraftig fra Ung-HUNT 1 til Ung-HUNT3 både blant jenter og gutter. Heimbrent var imidlertid mindre vanlig. Forskjellen i typer alkoholholdige drikker som foretrekkes indikerer en klar sammenheng mellom ungdoms drikkemønster og tilgjengelighet. (Folkehelse i endring)

I alle land er det klar sammenheng mellom alkohol og voldsbruk. I de nordiske landene har man sett at rundt 70-80% av voldstilfellene er alkoholrelaterte. I ungdomstiden settes også uønskede seksuelle handlinger sammen med alkoholbruk. Forskning viser at både tilgjengelighet og pris er viktig for hvor mye ungdom drikker og skadeomfanget knyttet til alkohol.

Når det gjelder bruk av narkotika er det en ny rapport, Narkotikasituasjonen i Norge 2011 (www.sirus.no) viser her et overraskende funn; her var det en forholdsvis kraftig nedgang i gruppen

yngre enn 35 år som hadde brukt cannabis i løpet av siste 30 dager. I 2004 var denne gruppen på 4,5 prosent, mens den i 2009 var redusert til under halvparten. En undersøkelse fra 2010 som inkluderte aldersgruppen 18-30 år, viste at cannabis fortsatt er det rusmidlet som flest ungdommer rapporterer å ha prøvd (29 %). Politiet mener at selv om færre blir tatt for narkotikamisbruk er de redd for at det er flere miljøer hvor bruken er stor.

Stress og søvn. Norge er et av verdens beste land å bo i og likevel er 1 av 3 plaget av stress (WHO). Vi trenger stress i bestemte situasjoner, for å krysse en gate f eks. Da produserer vi ekstra kamphormoner som kortisol og adrenalin. Det setter oss i beredskap; pulsen og blodsukkeret øker så vi blir i stand til å svare på utfordringen. Vi har positivt stress og negativt stress. God stress er en reaksjon på en utfordring. Negativt stress er også en reaksjon på en utfordring, men vi har en følelse av å ikke strekke til.

Arbeidstilsynet skriver dette om stress: Det å ha mange arbeidsoppgaver og et hektisk arbeidsmiljø kan oppleves positivt for mange. Det finnes likevel en grense der presset blir større enn det en kan håndtere. Tålegrensen varierer fra person til person, og med en mengde faktorer rundt selve arbeidet og utenfor arbeidet. Helsebelastningen avhenger av den enkeltes opplevelse av mestring og må sees i sammenheng med livssituasjonen for øvrig. Tidspress kan bidra til at hensynet til helse, miljø og sikkerhet settes til side, og er assosiert med høyere andel av slitasje (uheldige belastninger) og ulykker. Irritasjon, hjertebank, følelsesmessig ustabil, manglende konsentrasjon, tretthet, søvnproblemer, mageproblem, migrene/hodepine, nakke- og ryggsmertor, økt bruk av sove- og beroligende medikamenter, alkohol- og stoffmisbruk er vanlige tegn på stress. Enkelte reaksjoner går ikke like raskt over. De kan gi en rekke ubehagelig fysiske og psykiske symptomer, som for eksempel uro og angst, muskelspenninger i nakke og skuldrer, hurtig åndedrett og spenningshodepine.

«24-timers-samfunnet»

24-timers-samfunnet. Det er ikke like lett for alle å ha struktur på hverdagen. Det er mye som foregår på natta; TV, mobil- og nettbuk. For ungdommer spesielt kan det være ei utfordring å regulere døgnrytmen og få nok søvn. Søvn er viktig for immunforsvaret og for at helsa skal være optimal. Når vi sover setter kroppen i gang en lang rekke prosesser som gjør oss klare for neste dag, blant annet reduserer kroppen mengden av stresshormonet kortisol som er et hormon som bl a styrer appetitten. Søvnhygiene er et begrep som handler om å ha et slags rituale/handlingsmønster før sengetid. I 1982 sov 16-17-åringer 9 timer på natta. I 2001 sov 16-17-åringer 7 timer pr natt og i dag sannsynligvis under 6 timer. (Kompetansesenter for rus, 2014). Dette fører til døgnrytme som er uheldig for skolearbeid og aktiviteter, samt en risikofaktor for psykisk og fysisk helse.

HUNT 3 skriver noe om tidspress for ungdom. Der ser vi at ungdom i økende grad føler tidspress og jenter i større grad enn gutter. Dagens ungdom kan føle press i mange retninger som f eks å gjøre det bra på skolen, press i forhold til utseende og klær, å ha de riktige tingene, de rette vennene, og å gjøre/være med på de riktige tingene. Vi lærer de unge at det er bra å skynde seg, vinne, konkurrere og alltid være produktive.

Psykisk helse. De vanligste psykiske lidelsene er angst og depresjon. Også når det gjelder psykisk helse er det slik at jo bedre inntekt og utdanning man har jo større sjanse er det for at den psykiske helsen er god. Det forteller at gode sosiale og økonomiske levekår er viktigst for å unngå psykiske plager.(Folkehelse i endring)

Psykisk helse referer til utvikling av og evnen til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav. God psykisk helse handler om livskvalitet, å føle seg vel med andre, ha positive følelser om andre og evne til å møte livets utfordringer. Depresjon, angst og rusmiddelmisbruk er blant de mest ressurskrevende sykdommer, og de kan forebygges. Det må satses på forebygging, lavterskel og tidlig intervensjon. God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Psykologien har en tradisjon for å være sykdomsorientert, og bygger på en medisinsk modell hvor man tar utgangspunkt i problemene, diagnostiserer dem og behandler dem. Positiv psykologi har til hensikt å kompensere for en skjevhet i denne måten å tilnærme seg mennesket på, og bidrar til å gi oss kunnskap om hvordan vi kan videreutvikle livene til friske mennesker, bygge det gode i livet, og tilrettelegge for personlig vekst, velvære og lykke. Denne kunnskapen er også relevant inn mot forebyggende arbeid. Hvordan vi tenker og føler har i stor grad innvirkning på blant annet levealder, økt risiko for sykdommer, hvor fort blir vi frisk etter sykdom osv. Tankemønsteret er i stor grad lært gjennom oppdragelse, erfaring og sosial påvirkning, men det kan endres. (Psykolog Lisa Vivoll Straume, Mind AS)

Kultur og helse. Kultur er et vidt begrep som f.eks. musikk, dans, litteratur, idrett, og friluftsliv. Det er lite forskning på kultur og helse, men interessante resultater på det som foreligger, bl.a. HUNT 3. Det ser ut til at kultur-deltagelse og kulturopplevelser har et stort potensiale i folkehelsearbeidet. Fysiske aktiviteter som friluftsliv, trening/idrett og dans er de mest populære fritidsaktivitetene. Å gå på konsert, kino og teater skårer nest høyest. Deretter kom egenaktivitet som å drive med sang, musikk og teater. Også her er det sosioøkonomiske forskjeller; de som har god utdanning og økonomi er mer kulturelt aktive enn andre grupper. Ikke uventet var det også geografiske forskjeller da flere som bor i sentrale strøk gikk på teater, konsert og kino. I mindre sentrale strøk var dans og kirkebesøk mer utbredt. Det er her et stort potensiale for folkehelsearbeidet i regionen i å utjamne disse ulike forskjellene i kulturdeltagelsen. Å sitte på en tribune og følge med favorittlaget kan altså være sunt. Men det er musikerne, danserne, malerne – og alle de andre som er utøvende i kulturlivet – som scorer høyest når det gjelder god generell helse. Dette gjelder spesielt for damene. De som ikke selv er utøvere, men aktive i konsertsalen, på tribunene eller på dugnad for det lokale koret, scorer høyest når det gjelder livstilfredshet, og de har mindre angst og depresjon. Denne trenden er spesielt sterk for mannfolk. – Fysisk aktivitet har fram til i dag vært måleenheten for god helse. Vår studie viser at andre dagligdagse aktiviteter kan gi god helse, i et helhetlig perspektiv. Dette kan bety at kulturaktiviteter bør tas med som en viktig ingrediens når vi jobber for å fremme bedre folkehelse, sier forsker v/HUNT.

Trivsel er viktig for folkehelsen. Å trives på skole og i jobb er grunnleggende for å lære og å utføre en god jobb. Det har også betydning for sykefraværet.

Formidling av kunnskap. Informasjonsarbeidet må styrkes både kvalitativt og kvantitativt. En viktig forutsetning for at enkeltindivider kan foreta egne valg og ansvar for egen helse er lett tilgjengelig informasjon og tilegnet kunnskap som skaper bevissthet om sunne valg. Informasjon må også gå på systemnivå fra statlig til regionalt og lokalt nivå. Aksjoner og kampanjer som baserer seg på bruk av massemedia kan være effektive, men er svært ressurskrevende. De må gjentas ofte og egner seg best som nasjonale satsinger. Generelt anses aksjoner og holdningskampanjer av forskere som lite virksomme hvis det ikke settes inn store nok ressurser. Informasjonsarbeid blir ofte kampanjepreget og varer sjelden lenge nok til at resultatet blir nye holdninger og endret atferd. Å arbeide med forankring av tiltak er viktig, men det krever alltid tid å få dem etablert slik at de varer og ikke bare blir et blaff. (Strategi for folkehelse i Nord-Trøndelag)

Det er viktig å formidle kunnskap på en god måte. Det å delta i prosesser for å utvikle tiltak er gjerne bedre enn å komme med ferdigspikrede tiltak. Dette vil inkludere flere til å tenke løsninger på utfordringer.

3. Oversiktsdokument folkehelse

Oversiktsdokumentet er et omfattende dokument, med mange statistikker og tabeller. Vi har valgt å legge dette som et vedlegg bak planen, og det henvises til denne.

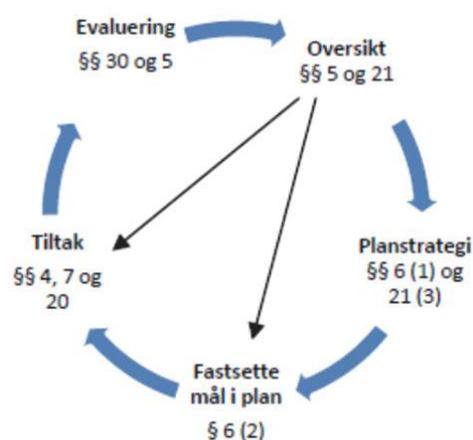
4. Tiltak folkehelseplan

Hvilke folkehelseutfordringer har Snåsa kommune?

Folkehelseloven §5 sier vi skal ha en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Oversiktsdokumentet, del 2, gir en oversikt over helsetilstanden pr i dag. Det er et omfattende dokument som viser statistikk på mange ulike områder, både sykdom og levestett. Ut fra dette må vi både se hva som er utfordringer og hvilket arbeid som allerede gjøres og som må videreføres.

Prioritering blir viktig framover slik at treffsikre tiltak gir en bedre helse for innbyggerne.

Vi skal også ha Mål og planlegging for arbeidet jfr. Folkehelselovens §6.



Satsningsområder og tiltak bygger på folkehelseutfordringer i Snåsa kommune ut fra Oversiktsdokumentet, vedlegg 1. Hvordan skal vi bruke våre ressurser riktig?

I hovedsak ser vi de områder forebygging og tiltak bør ha fokus på er kosthold, fysisk aktivitet, utdanning/arbeid. Folkehelsetiltak skal i hovedsak treffe befolkningen som helhet, være befolkningsrettet. Vi må samtidig rette tiltak for den enkelte og de gruppene som trenger det mest. Tiltakene skal være med å utjevne sosiale helseforskjeller, etter Folkehelselovens §1.

Tiltakene vil ikke her beskrives i detalj, da de må inngå i planer og virksomhetsbeskrivelser hos enhetene. Enkelte sektorovegripende tiltak kan beskrives her.

4.1.Mål og visjoner

Hovedmål:

1. Vi vil til enhver tid ha oversikt over folkehelseutfordringene i Snåsa kommune
2. Økt fokus på folkehelsearbeid i befolkningen og i kommunen
3. Bedre det tverrsektorielle folkehelsearbeidet
4. Flere snåsninger med mange gode leveår med god helse.

4.2. Satsningsområder

Det planlegges en «Folkehelsedag» for ansatte og for innbyggerne. Dette for å informere om snåsningenes folkehelse, spre kunnskap og skape et engasjement omkring folkehelse for å få forslag på tiltak. Tiltak som presenteres her er ikke fullstendig og heller ikke planlagt i detalj. Dette fordi en engasjert befolkning vil komme med idèer for hva som er nødvendig for at vi skal få ei bedre helse. Det skal årlig være en temadag om folkehelse, dette fordi forebygging aldri kan slippe fokus.

Med utgangspunkt i oversiktsdokument og påvirkningsfaktorer ønsker vi følgende satsningsområder i kommunen:

Satsningsområde 1, Helse i alt vi gjør

Forslag til mål og tiltak:

Forankring og formidling

- Folkehelse skal være et overordnet og sektorovergripende ansvar.
 - Jevnlig tema på rådmannens ledermøter.
 - Det rapporteres på arbeidet i årsmelding
 - Det gjennomføres en årlig temadag i Snåsa kommune
- Informasjon til innbyggerne gjennom hjemmeside og aviser.
 - Temaet blir en del av en helhetlig informasjonsstrategi
 - Dette ivaretas som eget punkt i de jevnlige møtene på rådmannens ledermøter
- Kommunen skal årlig revidere oversiktsdokumentet og Folkehelseplanen revideres før planstrategi revideres.
 - Legges inn som fast rutine i organisasjonens årshjul

Folkehelse i kommunal planlegging

- Folkehelse skal være tema i virksomhetsplaner, årsmelding og budsjett
- Folkehelse skal være tema i alle kommunale planer og planstrategi.

Satsningsområde 2, Aktive og sunne snåsninger

Forslag til mål og tiltak:

Snåsa kommune skal bidra til aktive og sunne snåsninger gjennom:

- Legge til rette for økt hverdagsaktivitet i barnehage og skole, og at flere går/sykler på jobb
- Utarbeides/ utsendes eget initiativskriv til alle enheter en gang pr år
- Legges opp til relevant tema på folkehelsedag
- Blir del av overordnet kommunikasjonsstrategi

- Legge til rette for turstier og ivareta turstier som eksisterer
- I løpet av planperioden besørge sammen med frivillige organisasjoner planlegging og gjennomføring av forbedringstiltak på minimum to stier i Snåsa.
- I løpet av planperioden besørge merkning av minimum 3 turstier etter nasjonal standard sammen med Visit Innherred og Kulturavd.

- Årlige kampanjer som fremmer fysisk aktivitet
- Minimum én større overordnet initiert kampanje pr år.

- Arbeide for bedre kosthold og sunn servering i kommunal regi. Det ble våren 2014 utarbeidet kostholdsråd for Snåsa kommune. Dette ble gjort på grunnlag av Helsedirektoratets kostråd. Et samarbeide mellom skoler, barnehager, sykeheim, helsesøster.
- Sendte kvartalsvise påminnelser om kostholdsråd til enhetsledere.
- Årlig gjennomføre en spørreundersøkelse om kosthold.

- Arbeide spesielt for sunn servering i barnehage og skole
- Fortette samarbeid mellom ansvarspersoner på barnehage og skole i jevnlige møter og relevant fagmiljø på kommunalt nivå.
- Gjøre temaet til innslag på folkehelsedag.

- Informere om sunt kosthold for foreldre.
- I samarbeid med skole gjennomføre et årlig info/temamøte

- Tilby kostholdskurs for ulike målgrupper
- Minimum to ganger i året gjennomføre kostholdskurs til utvalgte grupper.

- Bidra til god informasjon om aktiviteter som foregår.
- Temaet beskrives i overordnet info-strategi
- Oppdatere «Snåsa i farta» i løpet av planperioden

- Bidra til tobakksfrie områder, i tråd med Tobakkskadeloven
- Minst én gang pr år sørge for at temaet behandles i AMU
- Sørge for at temaet blir belyst og håndtert i rådmannens ledermøte

- Tilby tobakkslutt-kurs i frisklivsarbeidet
- I planens virkeperiode; tilby minst et kurs til ansatte som skal være gratis å delta på.

Satsningsområde 3. Tidlig innsats for barn og unge

Snåsa kommune skal fremme god oppvekst i Snåsa.

«En god barndom varer livet ut», sitat Jonas Gahr Støre

Forslag til mål og tiltak:

- Fortsette arbeidet for trivsel i skolen og gode læringsmiljø
- Minst et koordinerende møte mellom folkehelsekoordinator og relevant enhetsleder pr år
- Sikre fokus i jevnlige ledermøter
- Utvikle og ivareta barnehager med sikte på kvalitetsheving i folkehelseperspektiv
- Minst et koordinerende møte mellom folkehelsekoordinator, helsesøster og relevant enhetsleder pr år
- Sikre fokus i jevnlige ledermøter i løpet av planperioden
- Fortsette arbeid med tidlig innsats i barnehagen
- Minst et koordinerende møte mellom folkehelsekoordinator, helsesøster og enhetsleder pr år
- Sikre fokus i jevnlige ledermøter i løpet av planperioden
- Sørge for at helsepersonell og familiesentral har kjennskap til målsettinger og hovedinnhold i folkehelseplanen.
- Forebygge overvekt og inaktivitet blant barn
- Gjøres til eget tema i koordinerende møte mellom folkehelsekoordinator, helsesøster og relevant enhetsleder.
- Fremme og videreføre tiltak som bidrar til at ungdom fullfører videregående skole
- Ha som målsetting at vi i løpet av planperioden får utredet årsakene til at Snåsa tilsynelatende har ungsom som fullfører videregående skole i langt større grad enn sammenlignbare kommuner, slik at vi senere kan sette inn målrettede tiltak.
- Se de unge som faller utenfor vennekrets, skole og fritid.
- I samarbeid med ungdomstiltak som MOT og fritidsklubben gjennomføre minimum et møte for å sikre folkehelseperspektiv på drift.
- Styrke foreldrerollen i forhold til folkehelse

- Sammen med relevant enhetsleder planlegge minimum ett årlig tiltak som knyttes direkte til dette. Helsesøster koordinerer tiltak.
- Høyne debutalder for alkohol.
- Engasjere politi/lensmann, tjeneste for psykisk helse og rus, helsestasjon og skole til å gjennomføre ett årlig temamøte der dette er særskilt behandlet.

Satsningsområde 4. Psykisk helse

«Hvorfor har vi det ikke bedre, når vi har det så bra?», sitat Ole Paus.

Forslag til mål og tiltak:

- Bidra til at barn og unge har et bedre selvilde
- Gjennomføre planlagte, relevante program (eks: «du bestemmer», «alle har en psykisk helse», «Kjærlighet og grenser» i løpet av planperioden.
- Alle skal føle tilhørighet, trygghet og oppleve mestring i hverdagen
- Tematiseres i årlig folkehelsmøte
- Bidra til mindre fokus på «den perfekte kroppen»
- Gjennomføre planlagte, relevante program (eks: «du bestemmer», «alle har en psykisk helse», «Kjærlighet og grenser» i løpet av planperioden.
- Tematiseres i årlig folkehelsmøte
- Arbeide for at tilstedeværelse får en større verdi
- Det gjennomføres minst ett kurs med dette temaet/stressmestring i løpet av planperioden.
- Struktur av hverdagen får fokus
- Det gjennomføres minst ett relevant kurs («mestring i hverdagen») i løpet av planperioden.
- Fortsette arbeide for fysisk aktivitet i trygge grupper.
- Arbeidet med frisklivsgruppene fortsetter videre inn i planperioden.

Satsningsområde 5. Eldrehelse og demens

Forslag til mål og tiltak:

- Legge til rette for fysisk aktivitet for eldre, på flere arenaer; dans, trim, turer
- I samarbeide med pensjonistlag og bygdesentral ol. gjennomføre ukentlige tilpassende tiltak.
- Informere om muligheten for *hverdagsrehabilitering* mv.i pensjonistlaget – årlig.
- Opprettholde evt tilrettelegge flere møteplasser for eldre
- I samarbeid med pensjonistlag ol. sikre videre drift av eksisterende tiltak og vurdere nye.

- Matlagingskurs for eldre
- I løpet av planperioden gjennomføre minimum to kurs på dette området.
- Sørge for aktiviteter som stimulerer våre sanser, «hjernetrim»
- Frivillige organisasjoner og fagmiljø på kommunal sykeheim, gjennomfører minst tre tiltak som ivaretar dette målet i løpet av planperioden.
- I samarbeid med «Sykeheimens venner» organisere minst 4 årlige tiltak som ivaretar dette målet.

Satsningsområde 6. Et godt hjerte

Forslag til mål og tiltak:

- Formidling av kunnskap omkring kosthold
- Tematiseres i en folkehelsedag
- Hensynta dette i planlagt opplysningsarbeid.
- I samarbeid med frivillige lag og org. minst en gang pr. år gjennomføre infomøte om temaet.
- Minst to ganger pr år gjennomføre BraMat-kurs.
- I samarbeid med skolen, gjennomføre årlige informasjonstiltak i utvalgte klassetrinn.
- Informere og inspirere til økt fysisk aktivitet.
- Formidler sentralt initiert tiltak som «dine30» årlig.
- Informere gjennom «Snåsa i farte»
- Styrke denne innsatsen i årlig møte med idrettslag
- Tilrettelegge for fysisk aktivitet
- Tilby «frisklivstrim»
- Gi tilbud for de som ønsker livsstilsendring
- Tilby frisklivsarbeid til unge og voksne over 18 år– gjennom Friskliv Snåsa

Videre oppfølging av folkehelseplanen

For å sikre videre oppfølging og et kontinuerlig fokus på dette viktige arbeidet, opprettes det et lokalt folkehelsesteam.

Mandatet til dette teamet beskrives slik:

Bidra til at planens intensjoner blir fulgt opp – og bidra som en støtte og for kommunens koordinator for folkehelse og friskliv.

Folkehelseteam har et årlig møte med alle enhetsledere der evaluering og dialog omkring folkehelseplanen er satt på dagsorden.

Sammensetning:

- Kommunelege
- Enhetsleder teknisk
- Rådgiver Oppvekst
- Rådgiver helse
- Enhetsleder kultur
- Repr fra frivillige organisasjoner , f eks leder i Snåsa Idrettslag
- Politiker

Referanser

1. «Folkehelse i endring»
2. Helsedirektoratet
3. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
4. Statistisk Sentralbyrå
5. Folkehelseinstituttet, Folkehelseprofil og KommuneHelse Statistikkbank

Vedlegg 1.

5. Oversiktsdokument folkehelse

Hvem sammenligner vi oss med?

Vi har valgt å sammenligne Snåsa kommunes informasjon og tallmateriale med fylkestall, samt kommunene Meråker, Grong og Steinkjer. Meråker, fordi den ligner mest på Snåsa i antall innbyggere, avstand fra sykehus, avstand til tettsted og samme kommunegruppe. Grong; da vi er nabo-kommuner, ligner i størrelse og vi har tradisjon for å sammenligne oss med Grong. Steinkjer; fordi kommunen representerer utviklingen i en storkommune.

Kilder

I innhenting av statistikk og materiale

- Statistisk Sentralbyrå(SSB),
- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT),
- Folkehelseinstituttet (FHI) gjennom Folkehelseprofil og KommuneHelse Statistikkbank.
- Ung-data 2014
- Medarbeiderundersøkelsen i Snåsa kommune 2014
- Delrapport for ekspertutvalget for kommunereform mai 2014
- Regional planstrategi for Nord-Trøndelag 2012-2016
- NAV Nord-Trøndelag

5.1 Befolknings sammensetning

5.1.1 Folketallet som helhet, aldersgruppering, kjønnsfordeling

Nord-Trøndelag har hatt en vekst i folketallet de siste 10 år på 3,5 prosent. På landsbasis var veksten 9,5 prosent, og den nordtrønderske befolkningen utgjorde i 2010 2,7 prosent av landets befolkning. Befolkningsveksten i Nord-Trøndelag skyldes i stor grad innvandring, spesielt i perioden 2005-2010, men også reduksjon i antall utflyttinger til andre fylker. Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har i perioden 2000 til 2010 økt med 123 prosent, og talte i 2010 knapt 6 000 personer. Dette utgjør om lag 4,5 prosent av befolkningen fylket sett under ett. Veksten konsentreres i all hovedsak til de største byene og tettstedene.

Utviklingen i befolkningen i Nord-Trøndelag er preget av geografiske forskjeller. Ti av Nord-Trøndelags 24 kommuner har opplevd vekst i folketallet de 10 siste årene. Disse kommunene er med enkelte unntak knyttet til aksen Stjørdal – Namsos og står for størsteparten av veksten i fylket (Regional planstrategi).

Erferingstall de senere år samt prognose framover.

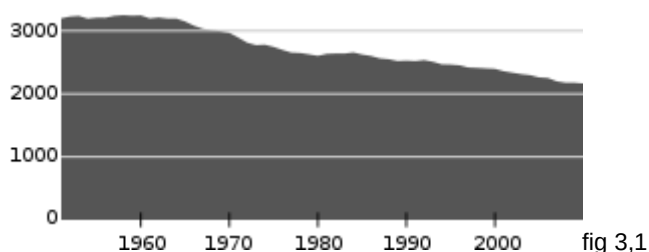


fig 3,1

SSB: Snåsa 1951 -2010

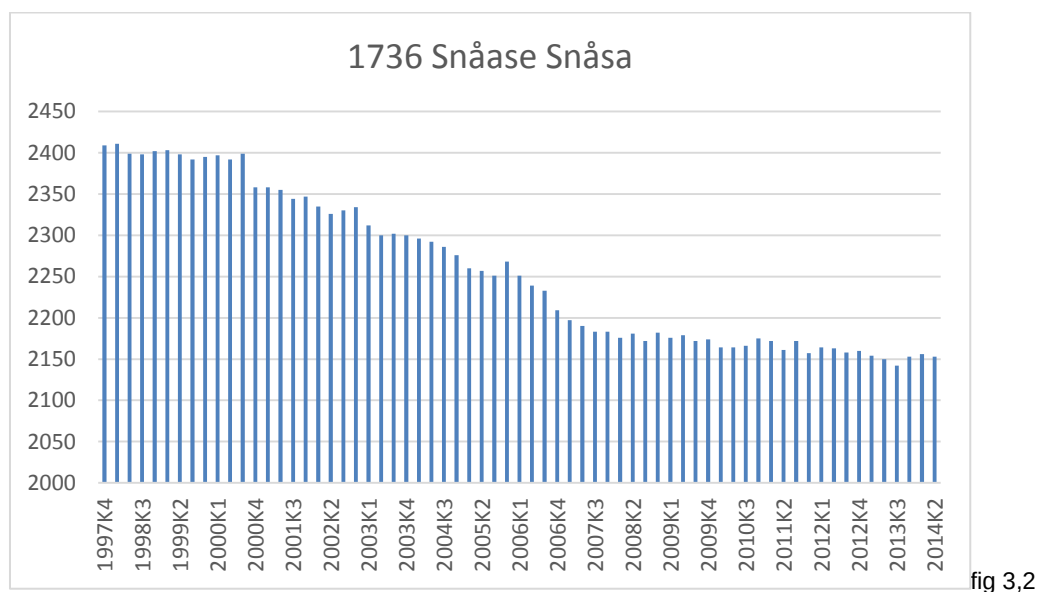


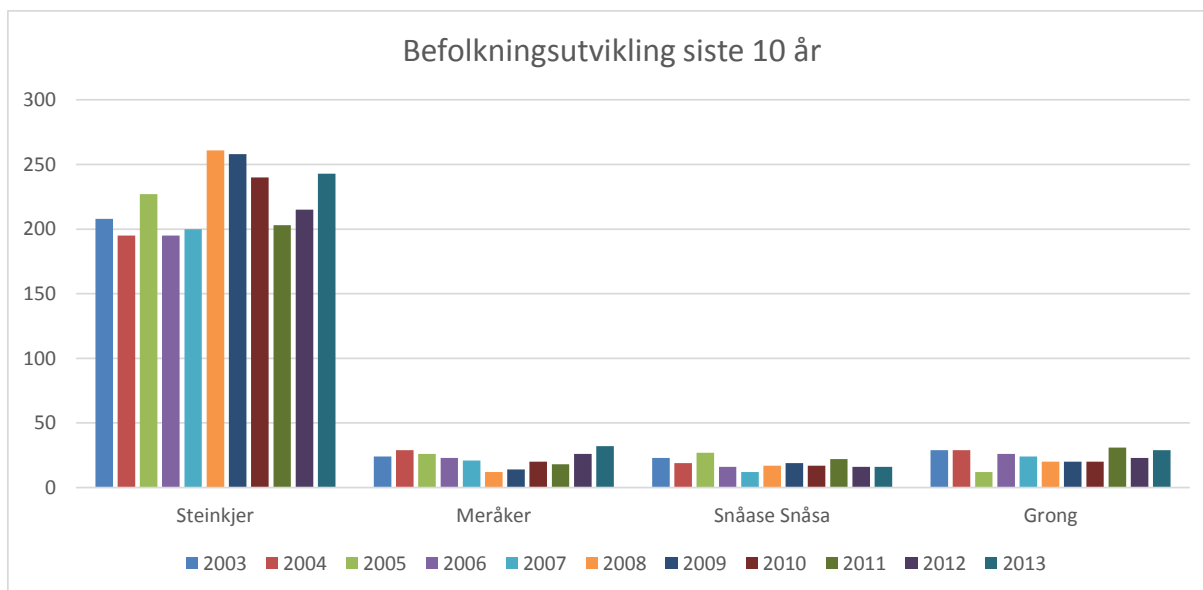
fig 3,2

SSB: Snåsa 1997-2014

Snåsa kommune vil med sine 2163 innbyggere (SSB 2kv 2014) ha hatt en bruttonedgang på alle historiske oversikter og tendensframstillinger fra om lag 1960 og fram til i dag. Riktignok vil det være enkelte år man kan peke på relative økninger (sett i forhold til foregående år, eller årsrekke), men tendensen er i historiske perspektiv entydig.

Den siste framstillingen på historiske tall fra SSB (fig3,1) viser imidlertid en stabilisert trend fra 3. kvartal 2007 fra til siste måling ved 2. kvartal 2014. I denne sammenhengen er det interessant å merke seg at Snåsa kommune kom var den 5. beste kommunen på nettovest befolkning i Nord-Trøndelag med en vekt på hele ti personer. Helt konkret var dette bedre enn storkommunene som Steinkjer, Verdal og Namsos.

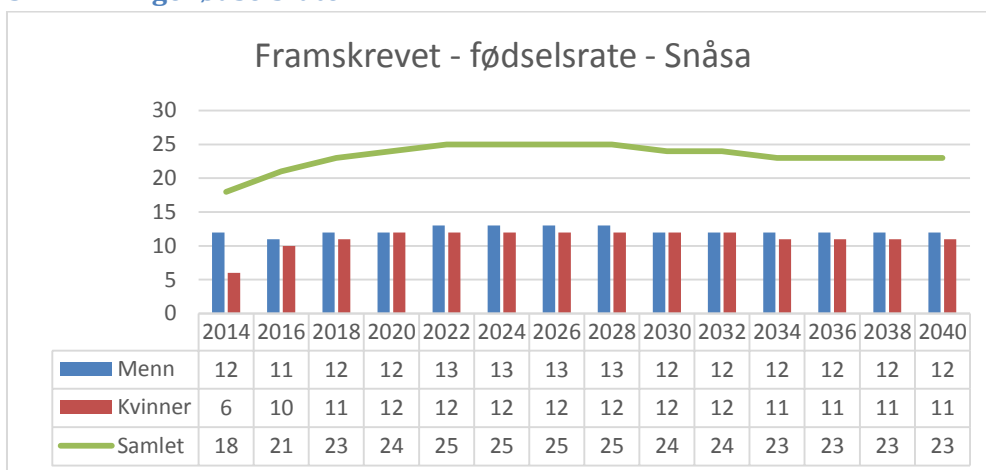
Det som også denne aktuelle målingen viser er at hele veksten i Snåsa kommune er begrunnet med innflytting – og det er overveidende sannsynlig at det er kommunens vedtak om bosetting av flyktninger som gir uttelling.



Dersom man forsøker å relativisere befolkningsutviklingen ved å se på de kommunene vi har valgt å sammenligne oss med er det vanskelig å se noen annen trend enn at Snåsa opplever om lag samme utvikling som Meråker - og Grong kommune, med ujevne verdier i samme tidsrom.

Samlet sett kan vi altså si på bakgrunn av historiske tall Snåsa kommune opplever en annen trend enn fylket som sådan – nemlig en jevn og tydelig nedgang i nettbefolkning, riktignok med en stabilisering de siste 5- til 7 årene.

5.1.2 Årlige fødselsrater.

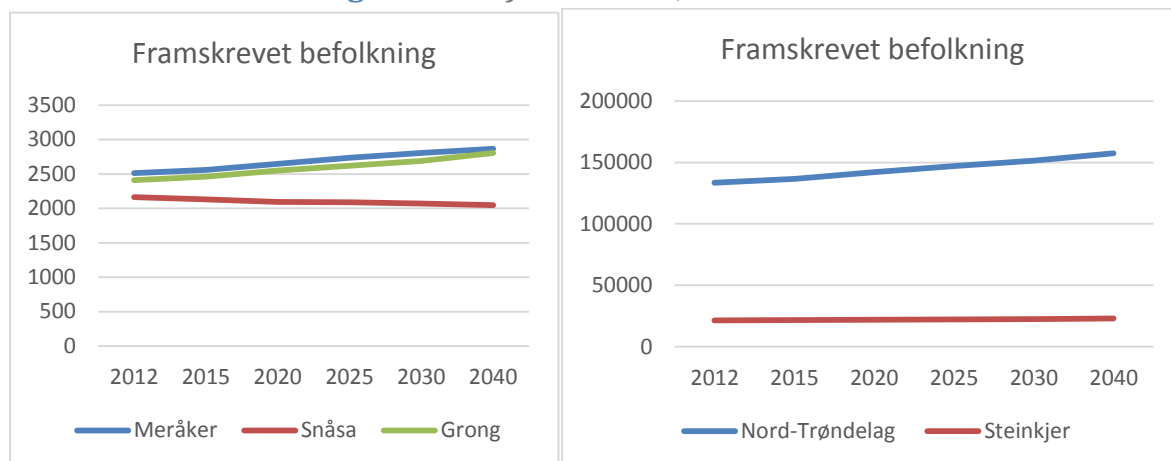


Hvordan ser da SSB for seg at de framtidige fødselskullene vil se ut i Snåsa framover?

I følge figuren over kan vi se at man legger til grunn relativt stabile kull framover til 2040 med kull på mellom 18 og 23 personer. For de fleste av årene antydes det et jevnt «gutteoverskudd» på en person hvert år

5.1.3.Folkemengd og endringer hittil i år, etter region, tid og statistikkvariabel - Fødte pr 4.kv

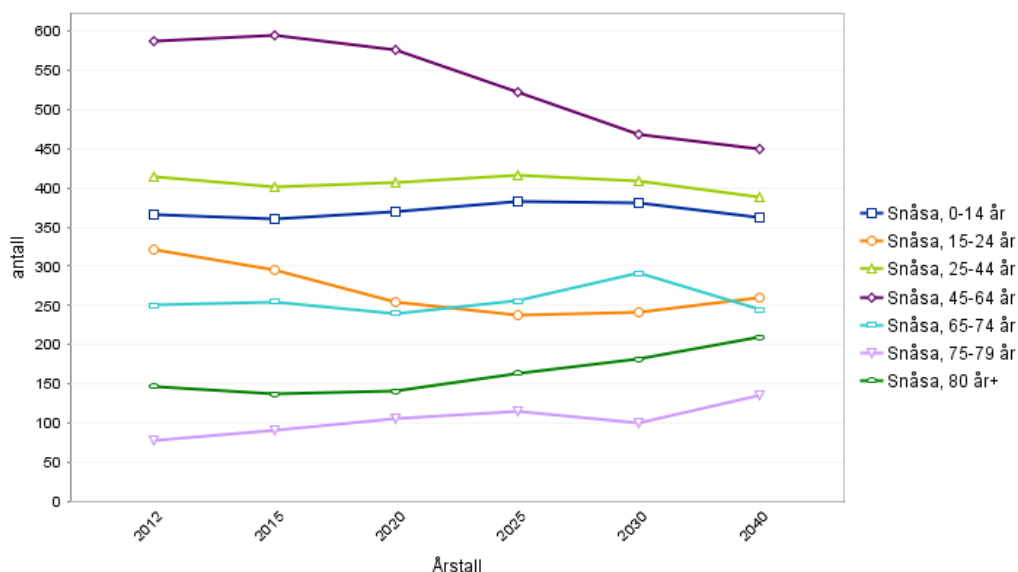
Framskrevet befolkning Snåsa – kjønn samlet, antall



Det er selvsagt forbundet med en god del usikkerhet å presentere verdier på framskrevet befolkning, blant annet er det avgjørende for resultatet hva slags vekstantagelse man legger til i beregningene. Disse illustrasjonene er hentet fra folkehelseinstituttets statistikkbank og viser markerte tendenser og relativt like vekstkurver for Meråker, Grong og fylkesoversikten, mens Snåsa i perioden opplever en reell tilbakegang. I rene tall er tilbakegangen for Snåsa beskrevet fra 2168 innbyggere i år 2012 til 2048 innbyggere i år 2040. De samme tallene for Meråker er 2513 innbyggere i 2012, og 2866 innbyggere i år 2040. Heller ikke Steinkjer ser ut til å kunne nyttiggjøre seg av vesentlig befolkningsøkning i den aktuelle perioden med 21 303 innbyggere – og en meget svak økning fra til 2040 med 22 959 innbyggere.

Hovedtrekkene i denne sammenstillingen er altså at alle kommunene vi sammenligner Snåsa med – inklusive Nord-Trøndelag øker sin samlede befolkning i større eller mindre grad, unntatt Snåsa altså, som etter denne framskrivingen å dømme vil oppleve en netto tilbakegang i den aktuelle perioden.

5.1.4 Befolkningsutviklingen for definerte aldersgrupper (Kommunehelseinstituttet)

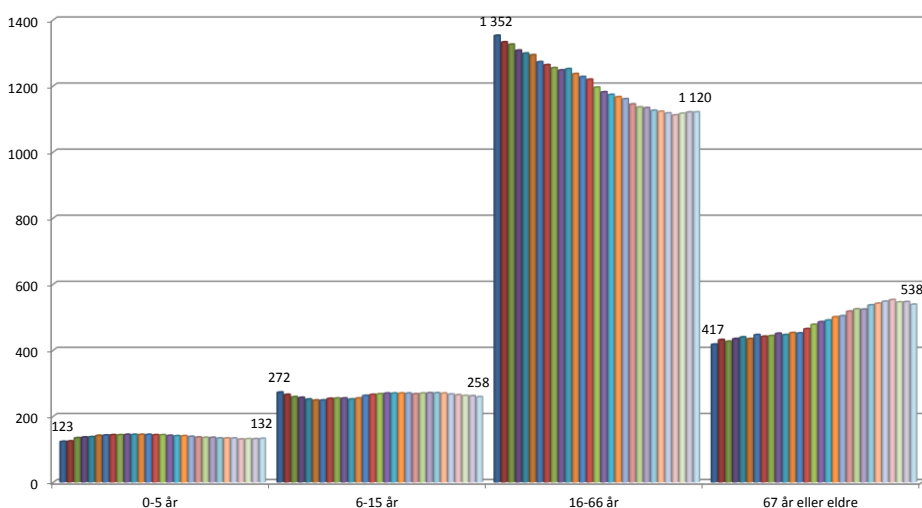


I en analyse der man ser på befolkningsutviklingen for nærmere definerte aldersgrupper i Snåsa kommune er det også mulig å gjøre interessante funn. Figuren over (Fra kommunehelseinstituttet) viser markerte tendenser.

Særlig merker man aldersgruppene 75-79 og 80+ som stiger tydelig fra midten av perioden, mens motsatt tendens gjør seg gjeldene for aldersgruppene 25-44 og 45-64 år.

En enkeltuttrekk av tall viser at andelen av innbyggere i alderen 67 år eller mer er 431 personer i 2014, og at dette stiger jevnt til 551 personer i 2014.

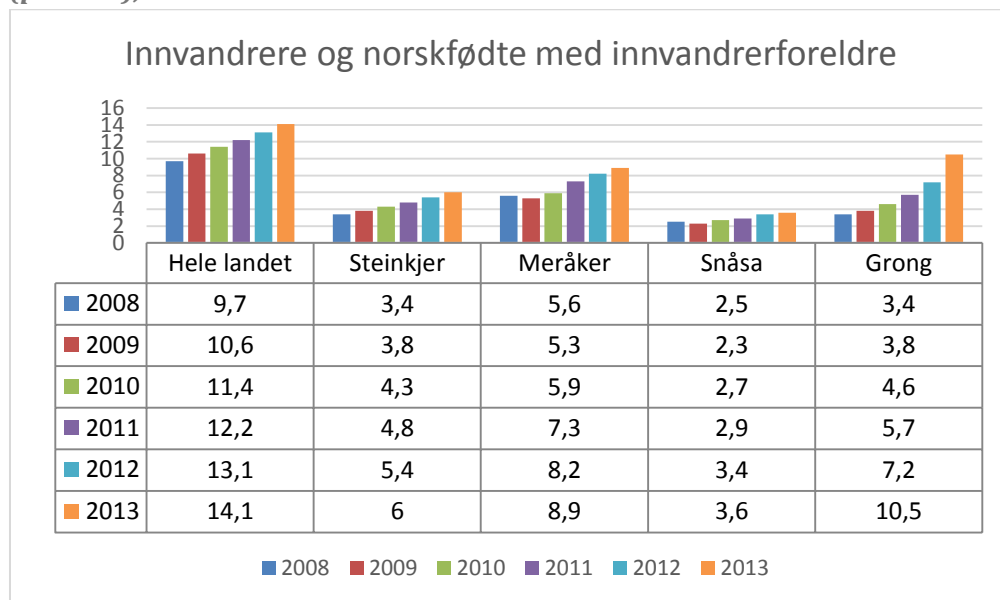
5.1.5 Befolkningsprognose aldersgrupper mot 2014



Vi ser her fire aldersgrupper; den første er i barnehage, den andre er i skolealder, den tredje er i yrkesaktiv alder mens den siste er gruppen etter pensjonistalder. Vi ser da at den aldersgruppen yrkesaktiv alder stadig går nedover mot 2040, det er de som arbeider og betaler skatt. Den fjerde

gruppen blir stadig flere i samme tidsrom og det gjelder da at de holder seg friske og ikke får så stort hjelpebehov.

5.1.6 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre – kjønn samlet, totalt, andel (prosent), 2013

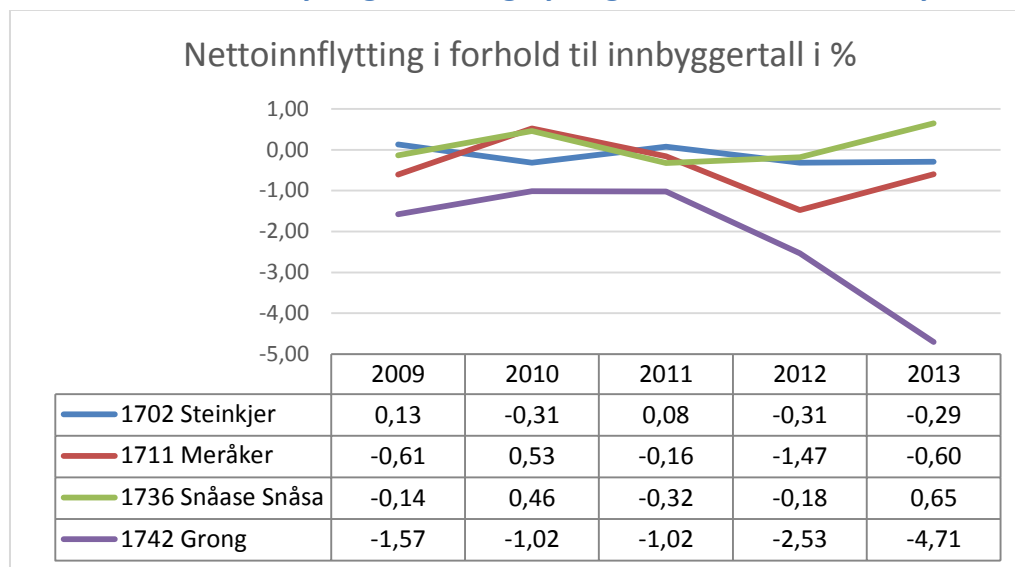


Når det gjelder demografiske tall på innvandring viser statistikkene at Snåsa kommune er i en særstilling på andelen av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

For hele landet er dette tallet for 2013 14,1%, for Nord-Trøndelag 6,2 %, mens Steinkjer kommune har 6 %. Grong kommune har 10,5 %, mens Meråker kommune har 8,9 % innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre av befolkningen. Tallet for Snåsa kommune er 3,6 %.

Et annet interessant funn kan gjøres dersom vi forsøker å beskrive en tendens i utviklingen av andel innvandrere og norskfødt med innvandrerforeldre: I denne framstillingen blir det også klart at i tillegg til å ha absolutt lavest befolkningsandel av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, så har også Snåsa kommune den tydeligst laveste utviklingen på denne andelen sett en periode på 6 år. Hele landet har økt med 4,4 prosent, Steinkjer med 2,6, Meråker med 3,3, Grong med 7,7 mens Snåsa kommune har økt sin innvandrerandel med 1,1 prosent av befolkningen.

5.1.7 Netto inn-/utflytting, om mulig flytting internt i kommunen/fylket.



Denne figuren viser nettoinnflytting (innflytting minus utflytting) sett i forhold til innbyggertall – angitt i prosent. Den sier altså noe om hvordan trenden er med inn – eller utflytting i forhold til det faktiske innbyggertallet i kommunen.

Det kan være vanskelig å trekke noen betydningsfulle konklusjoner fra dette relativt sett avgrensede tidsrommet, men det later til at Snåsa opplever en positiv trend med innflytting i forhold til kommunene vi her sammenligner med. Men verdiene er relativt sett lave. For Snåsa er tallet 0,65 %, mens de andre kommunene har her eller mindre markerte negative verdier.

Det er flere mulige passende tolkninger her, men det er på det rene at hvis man skal legge denne framstillingen til grunn, så later det til at Snåsa har mindre utflytting, større innflytting eller en kombinasjon av disse forholdene – sammenlignet med Steinkjer, Meråker eller Grong.

5.1.8 Samisk befolkning

Det er vanskelig om ikke umulig å gi presise objektive tallbeskrivelser av antall samer i Norge. SSB har ikke lenger egne oversikter på dette – og dette har sammensatte årsaker, men man regner med at det bor ca. 50 000 samer i hele det samiske bosettingsområdet, det vil si i Norge, Sverige, Finland og Russland, definert etter kjennetegn som språk, etnisk og kulturell tilhørighet eller erverv i tradisjonelle samiske næringer. Omkring halvparten av alle samene bor i Norge.

Flertallet bor fremdeles innenfor områdene med tradisjonell samiske bosetting, det vil si Nord-Norge, Trøndelag og deler av Hedmark. I tråd med befolkningsutviklingen generelt har også mange samer flyttet til de større byene.

Over halvparten av de samiskspråklige bor utenfor forvaltningsområdet for samisk språk.

Snåsa er etablert som et viktig senter og knutepunkt for den sørsamiske kulturen. Sameskole, sørsamisk barnehage, Saemien Sijte med reindriftsadministrasjon og Sametinget, sameradio, sørsamisk prest og etablering av Snåsa som tospråklig kommune bidrar til dette.

Det sørsamiske språket holdes i hevd flere steder i landet, men står antakelig sterkest i Snåsa kommune hvor det brukes av ca. 5 % av befolkningen (ca. 100 personer), og selv om dette ikke er et

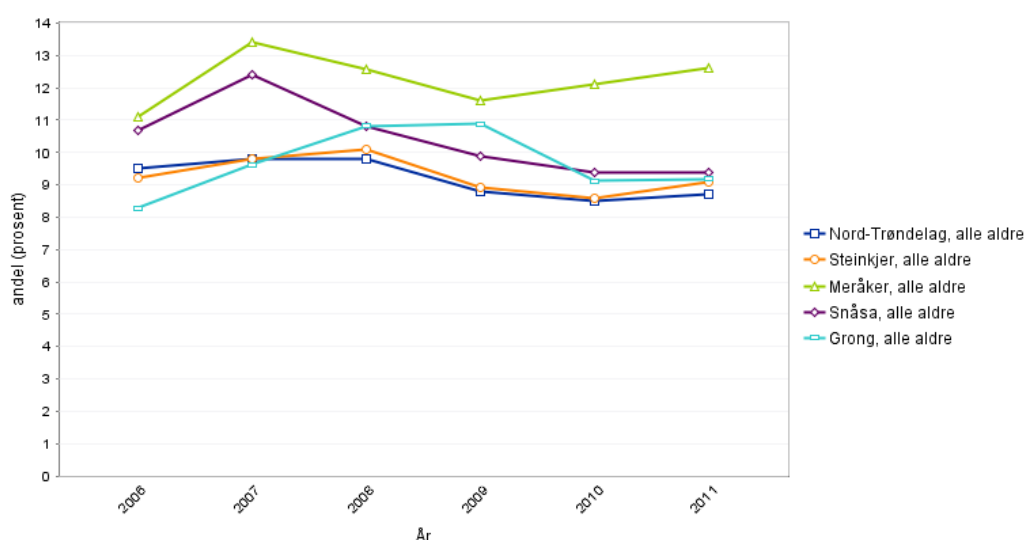
stort tall i seg selv, er Snåsa den kommunen i det sørsamiske området med størst andel samisk befolkning.

Samer har behov og rettskrav for å bruke sitt morsmål i samtale med helsepersonell. Språkproblemer kan resultere i at man ikke får den rette faglige utredning, stilt riktig diagnose og gitt rett behandling. Men helse- og omsorgstjenesten evner i for liten grad å hjelpe samisktalende i slike situasjoner. Likeså viktig som å kommunisere språket er å forstå den samiske kulturen. Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og omsorgspersonell og samer handler om at personell ikke kjenner til, eller forstår, samers bakgrunn, tenkemåte og væremåte. Den samiske befolkning har lange tradisjoner for selvhjelp gjennom bruk av personlige nettverk for å motvirke helseplager og løse personlige problemer. Det kan ofte være en utfordring å få helse- og omsorgstjenesten til å spille på lag med disse ressursene, slik at de utfyller hverandre. (Helse og omsorgsdepartementet)

5.2. Oppvekst og levekårsforhold

5.2.1 Andel med lavinntekt

Lavinntekt , personer som bor i husholdninger med inntekt under 60% av nasjonal median.(FHI)

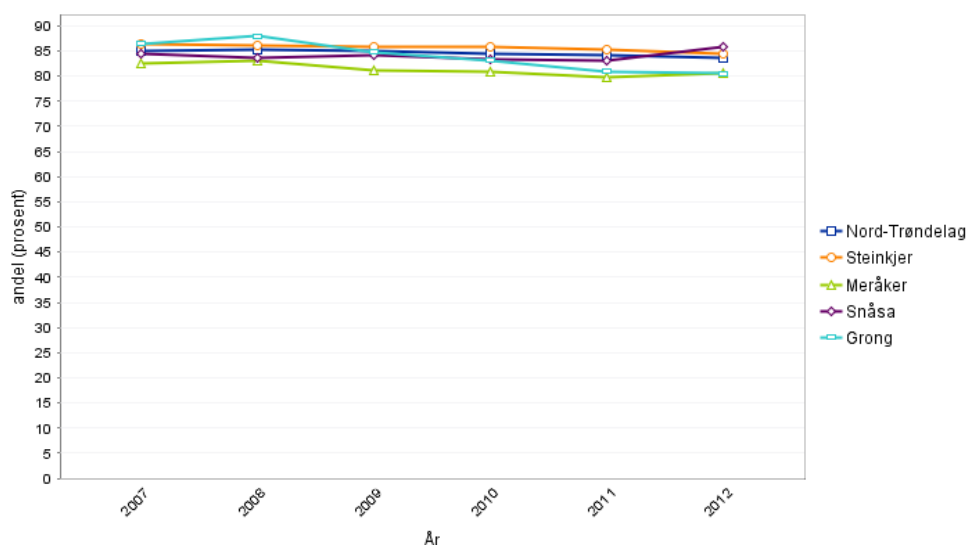


I Snåsa ligger vi litt over fylkessnittet når det gjelder lavinntekt. Det vil si det er flere i Snåsa som har en lav inntekt enn i fylket og f eks Grong og Steinkjer.

Inntekt og folkehelse har en klar sammenheng. Det er mange grunner til at sammenhengen mellom økonomi og helse er såpass sterk. For det første påvirker personlig økonomi helsen mer eller mindre direkte, gjennom forskjellige former for helsefremmende eller -hemmende forbruk og levekår. God økonomi gir større tilgang til sunne boliger, rekreasjonsmuligheter, kosthold og helsetjenester.

5.2.2. Utdanningsnivå

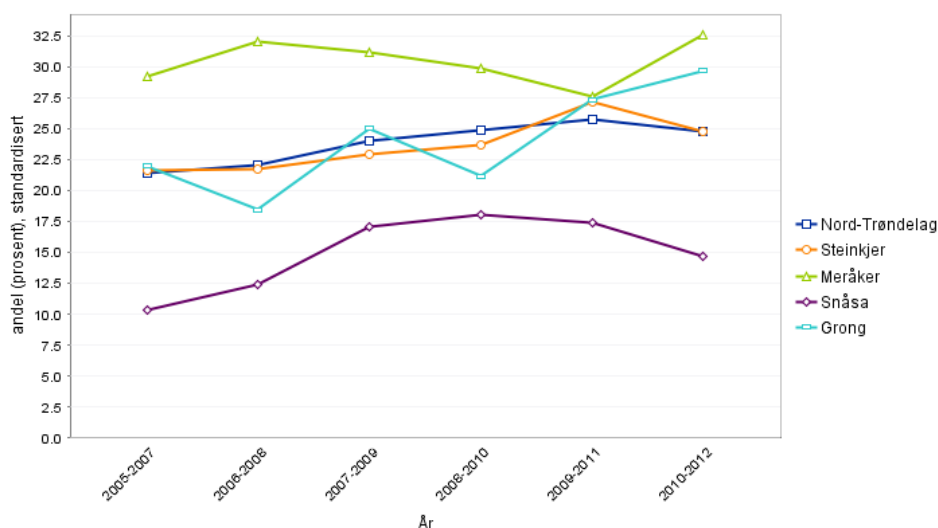
Høyeste fullførte utdanningsnivå – videregående eller høyere, 30-39 år, andel (prosent) FHI



Antall mennesker med høyere utdanning bosatt i Snåsa har i flere år ligget nært og litt under fylkesnivå. Vi kan nå se en liten økning i de siste årene og det er en gledelig utvikling. Utdanning har stor betydning for muligheten til sysselsetting og en bedre inntekt.

5.2.3 Frafall i skolen

Frafall i videregående skole- andel(prosent), standardisert.(FHI)



Diagrammet viser her at frafallet fra videregående skole av elever fra Snåsa gjennom flere år har ligget lavt. Dette er veldig bra og det er viktig at vi her kan se på hvorfor det er slike forskjeller og hva som gjør at Snåsa skiller seg ut i positiv retning. Det er grunn til å tro at det har sammenheng med et godt forhold til skole, men også at det gjøres mye bra arbeid i form av tidlig innsats fra skolehelsetjeneste og tjeneste for psykisk helse og rus, når det er behov. Vi har også program som har vært gjennomført i flere år som »Du bestemmer», «Alle har en psykisk helse» og samtaler for alle

i 10. klasse og oppfølgingssamtale 1.klasse ved VGS samme hvilken skole de går. Vi må sørge for å fortsette alt det arbeidet som bidrar til gode resultat.

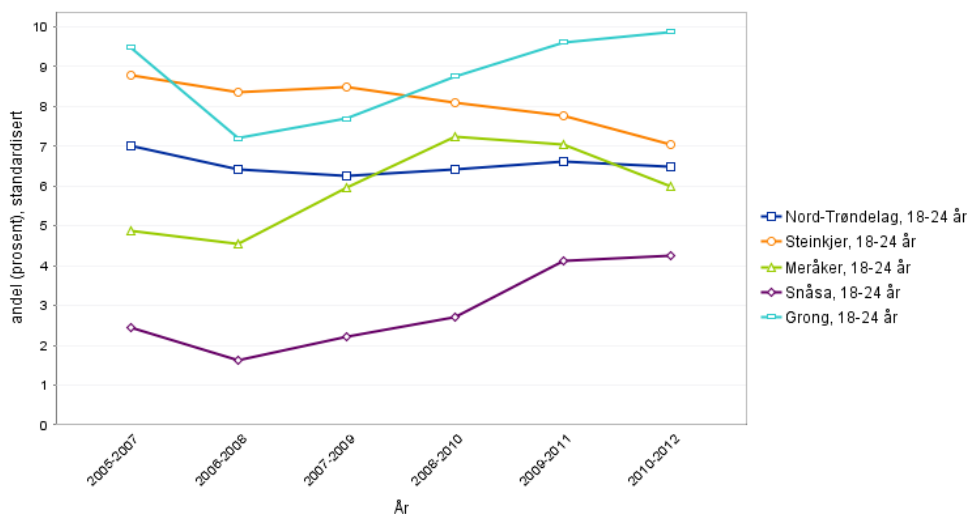
Frafall i videregående skole er en svært viktig faktor vedr. folkehelse. Det å fullføre videregående skole betyr svært mye for mulighet for framtidig arbeid, sunn livstil og god helse. Trivsel i undervisningssituasjonen påvirker elevenes motivasjon for læring og deres evne til å mestre faglige utfordringer. Trivsel og skoleprestasjoner i grunnskolen påvirker dermed mulighetene til å fullføre videregående utdanning. Utdanning bidrar til å fremme helse videre i livet gjennom arbeid og deltagelse i samfunnet. Skolen er dessuten en viktig sosial arena som gir venner, fellesskap og følelse av tilhørighet.

De fleste ungdommene fra Snåsa går ved Grong videregående skole. Også her jobbes det godt med gode tiltak:

- Godt innarbeida fravær rutiner i hele organisasjonen
- Tett oppfølging av fravær
- Tidlig reaksjon på fravær

5.2.4 Sosialhjelp

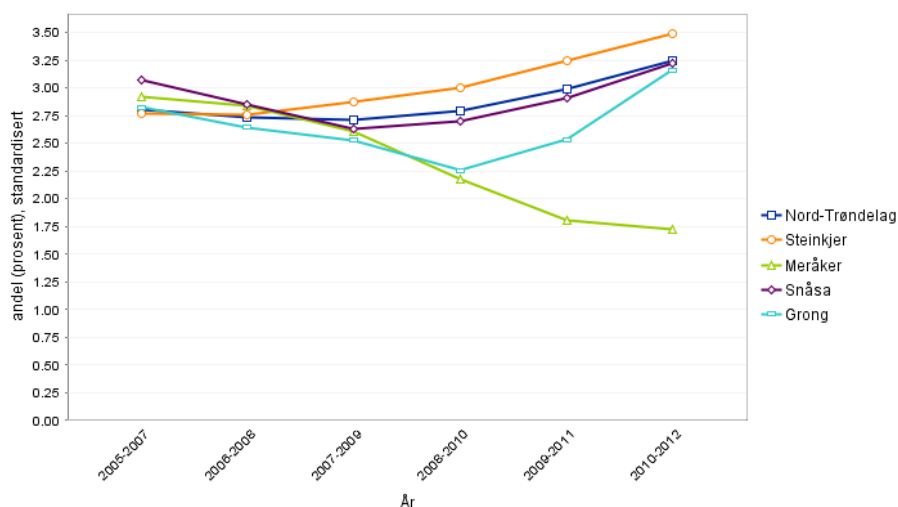
Sosialhjelpsmottakere – kjønn samlet, andel (prosent), standardisert , FHI



I aldersgruppen 25-66år er det ca 2,5% som er sosialhjelpsmottagere. Dette er klart under fylkesnivå. I aldersgruppen 18-24 år ligger vi også på et lavt nivå selv om vi ser en liten stigning de siste årene. Her må man være oppmerksom på en utvikling som er uheldig. Tidlig innsats blant unge er nødvendig for å stoppe denne. Vi ser at blant mennesker som får sosialhjelp i en periode på et halvt år så vil de færreste klare seg uten etter dette.

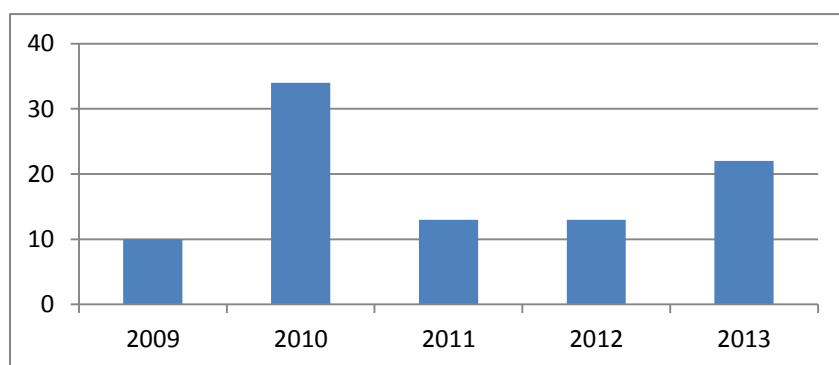
5.2.5 Uføretrygdede

Uføretrygdede – kjønn samlet, 18-44 år, andel (prosent), standardisert (FHI)



Snåsa kommune følger her fylkestall gjennom flere år, med en økning de siste år. Samtidig ser vi den sammenlignbare kommunen som Meråker med en nedgang, som vi ønsker oss.

Antall nye uføre de siste år, tall fra NAV Nord-Trøndelag



Antall nye uføre i Snåsa har variert veldig fra år til år. Vi ser en økning de siste år. Vi finner de fleste nye uføre i aldersgruppen 50-60 år, noe som er naturlig. I 2010 som her er et høyt tall var det 22 nye uføre i aldersgruppen 50-59 år. Uførhet i denne aldersgruppen kan henge sammen med en skrantende helse som vanskelig kan kombineres med tilgjengelige jobber.

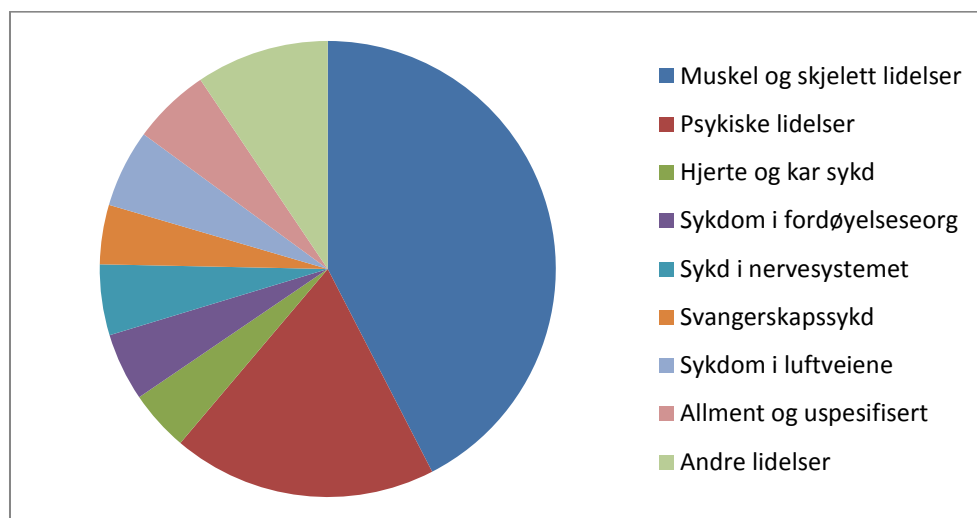
5.2.6 Sykefravær

Legemeldt sykefravær (prosent) i Nord-Trøndelag



SSB melder generelt at sykefraværet for menn har de siste årene vært stabilt, mens det har vært en økning blant kvinner. Vi vet dessuten at sykemeldingsprosenten er klart høyest i helsesektoren, hvor mange kvinner er sysselsatt. Større krav til effektivitet, omorganisering og nedbemanning er faktorer som gir usikkerhet og uforutsigbarhet blant ansatte. Det jobbes det mye med nærvær på arbeidsplassen og mange bedrifter er IA-bedrifter, bl a Snåsa kommune. Lange sykemeldinger øker risikoen for senere uførepensjon.

Andel tapte dagsverk pr diagnosegruppe, 2014, NAV Nord-Trøndelag

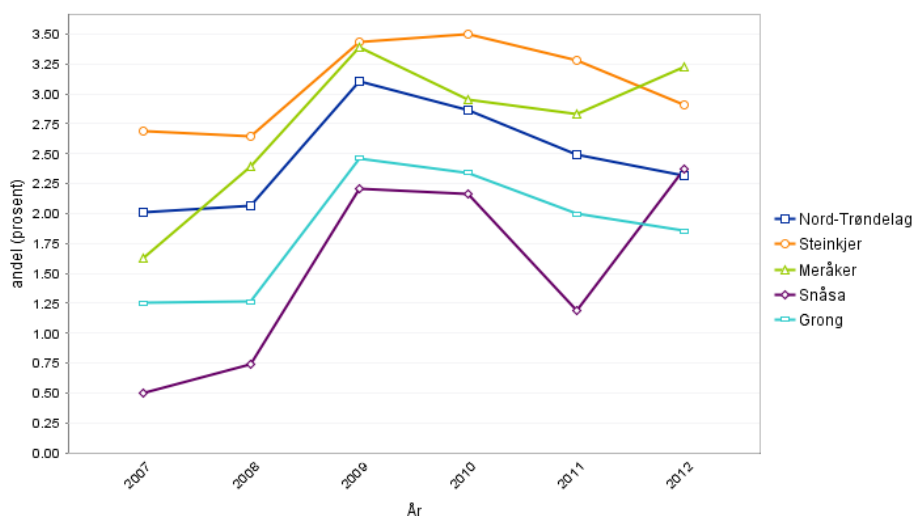


Muskel og skjelett-lidelser (42%) og psykiske lidelser (19%) er diagnosegrupper som dominerer sykefraværet. Slik har det vært over flere år. Det vil være samfunnsøkonomisk å gjøre en ekstra innsats i disse diagnosegruppene. Ikke minst vil det være positivt for de det gjelder å få redusert smerter og lidelser. Muskel og skjelett-lidelser og psykiske lidelser er ofte sammensatte. Her kan det være nyttig å gå nærmere inn og se hva som ligger under disse tallene.

Et eget prosjekt for å komme med gode og treffsikre tiltak anbefales.

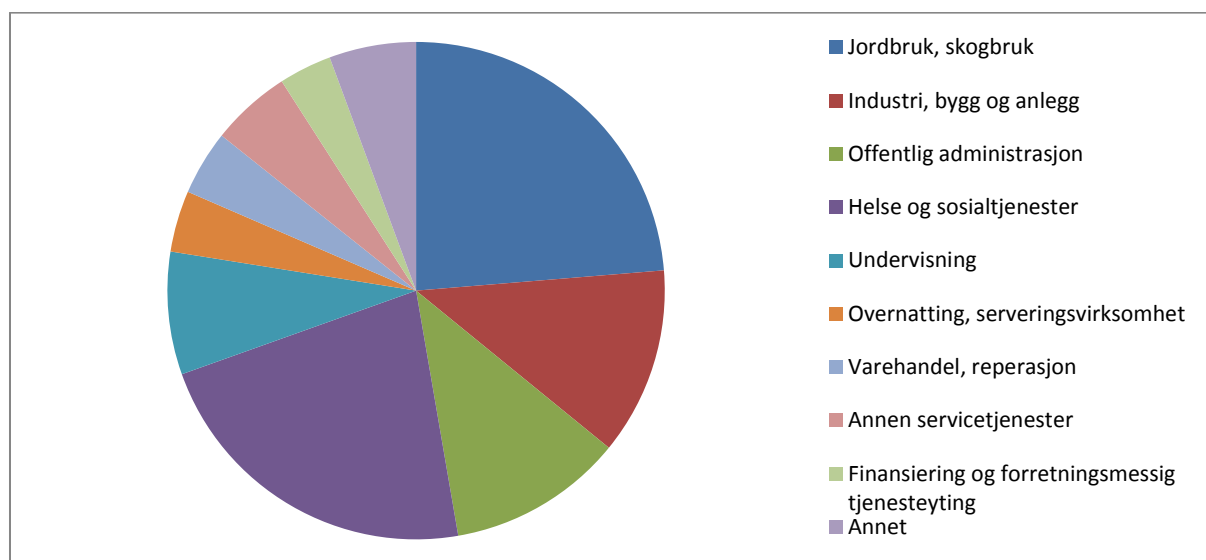
5.2.7 Arbeidsledighet og sysselsetting

Arbeidsledighet – 15-29 år, andel (prosent) (FHI)



Arbeidsledigheten har i i lengre tid vært lav i Snåsa. Vi fikk en økning etter 2008 som sammenfaller med økning i andre kommuner og fylket. Vi hadde så et fall i 2011 og en økning igjen i 2012 slik at vi nå ligger på nivå med fylket. Sysselsetting er en viktig faktor for å opprettholde god økonomi og sosial tilhørighet. Det er nødvendig å se på hva som kan gjøres her.

Sysselsatte per 4. kvartal 2013



Dette er en oversikt over sysselsatte i Snåsa i 2013. Det er 903 ansatte i ulike tjenester, men vi vet at noen arbeidstakere her er representert under flere næringer. I kommunen f eks jobber det ca. 375 stk. (hel-/deltid). Det utgjør cirka 220 årsverk.

Vi har ca 120 aktive gårdsbruk i Snåsa og vi ser at jord og skogbruk har 23% av antall sysselsatte, dette er en stor ande lav privat virksomhet. Likeså industri, bygg og anlegg (12%). I det offentlig virksomhet er offentlig administrasjon 11% av alle sysselsatte, helse og sosial 22% og undervisning 8% av antall sysselsatte, til sammen 41%.

Andel pendlere ut eller inn av kommunen/fylket.

Med *innpendlere* til en kommune mener vi personer som har arbeidssted i kommunen, men bosted i en annen kommune. Med *utpendlere* mener vi personer som bor i kommunen, men har sitt arbeidssted i en annen kommune.

I 2011 hadde vi i Snåsa 30 innpendlere fra samme fylke, mens vi hadde 120 utpendlere i samme fylket. Dette viser at vi har en forholdsvis høy utpendling og at dette er en utvikling som har økt de siste årene. Mange bor i Snåsa, men jobber utenfor kommunen. Dette kan forstås på flere måter; det er ikke nok arbeidsplasser i kommunen, men mange ønsker likevel å bo i bygda.

5.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

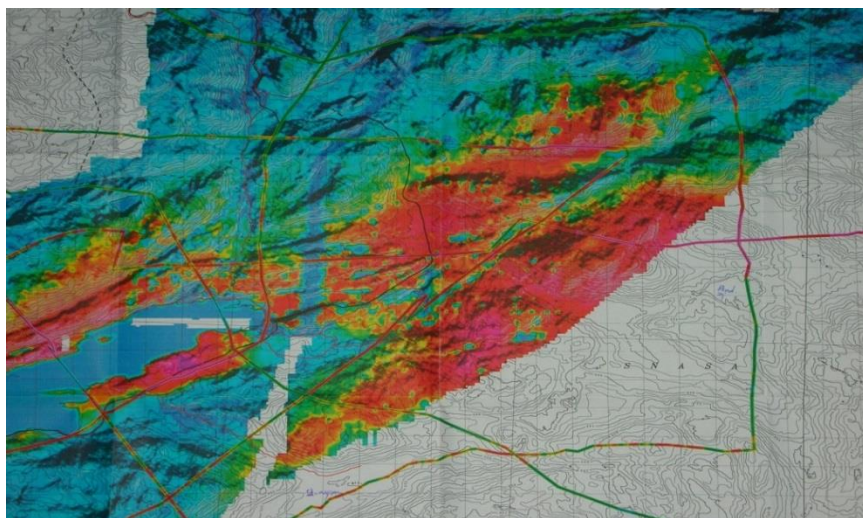
5.3.1. Drikkevannskvalitet

Godt drikkevann er en viktig faktor for folkehelsa. Generelt kan vi si at overflatevannskilder er mer sårbar for forurensning og faktorer som reduserer kvaliteten på vannet. Grunnvannskilder er sårbare dersom det skjer forurensning i tilsigområdet.

I Snåsa har vi 11 vannverk med stort og smått, 3 kommunale og 8 private. Kvaliteten på drikkevannet er bra. Eventuelle avvik i drikkevannskvaliteten fanges opp via prøvetaking og tiltak settes inn i samråd med Mattilsynet.

5.3.2 Forekomst av radon

Hvilke konsekvenser fikk Tsjernobyl-ulykken for Snåsa?



I Nedfall av Cs-137 i Snåsa

I Tsjernobyl i Ukraina, 26.april 1986, skjer en stor atomkraftulykke. Dette rammet de som bor i nærområdet mest, men også vi som bor 2000km unna. Snåsa ble spesielt utsatt pga nedbør som kom akkurat den perioden. Hverken lokalt eller nasjonalt var vi forberedt på at noe slikt kunne skje og det

var mange spørsmål vedr konsekvenser. Det ble raskt klart at sørsamene ble spesielt utsatt pga deres kultur og ernæring. Sørsamenes kosthold består av mye reinskjøtt, ferskvannsfisk, sopp og bær. Radioaktivitet ble målt i ørret fra Snåsavatnet og levendemåling av rein. Begge viste betydelig fall av radioaktivitet fram til målinger som ble gjort i 2004. Helkroppsmåling av sørsamer og «nordmenn» gjort i 1999 viste en betydelig forskjell.

Helkroppsmåling Cs-137, mai 1999	
«Nordmenn»	21,8 Bq pr kg Kroppsvekt
Sørsamer	144,9 Bq pr kg Kroppsvekt

Kostholdsråd ble viktig for alle sammen, og spesielt gravide, ammende kvinner og barn under 2 år. Det er ikke påvist helsepåvirkning som følge av denne ulykken, hverken kreftforekomst, immunologiske påvirkninger eller genetiske effekter. Psykososiale effekter kan være mulige konsekvenser og spesielt for sørsamene. De ble sterkest rammet i forhold til usikkerhet om framtida, kostvaner og oppfatningen av ren og uberørt natur.

Helserisikoen pga stråling etter Tsjernobyl-ulykken ble vurdert til å være liten i forhold til det vi mottar av naturlig stråling og fra radongass i berggrunnen.

Radonmålinger

Radon er en usynlig og luktfri gass som finnes naturlig i berggrunnen. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt være lav, og helsefare oppstår først når gassen siver inn i bygninger og konsentreres i innemiljøet. Radon i inneluft er den hyppigste årsaken til lungekreft etter røyking.

Det ble fra februar 2014 til april 2014 gjort målinger i en del av kommunale bygg. Dette førte til at man ble oppmerksom på en del høye tall av radon i noen av kommunale bygg. Det er her gjort tiltak og dette blir fulgt opp med kontrollmålinger. Det er også en del privatpersoner som har gjort målinger i sine boliger, men dette har ikke kommunen oversikt over.

5.3.3 Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg

Inneklima omfatter alle fysiske og kjemiske forhold som påvirker oss. Godt inneklima er viktig for helse trivsel og læringsevne. Det er viktig med godt inneklima i boliger, arbeidsplasser og offentlige bygg.

- Snåsa skole og Snåsa helsesenter er nyrenovert og har nybygg som tilfredsstillende de fleste krav til inneklima. Det har vært noen utfordringer i forhold til ventilasjonssystem, dette har spesielt vært tydelig i forbindelse med varm sommer.
- Barnehagene har stort sett tilfredsstillende inneklima, noe vanskelig å regulere temperaturen.
- Snåsa Montessoriskole og barnehage har blitt påbygd og fått nytt ventilasjonssystem
- Snåsa sykeheim har utfordringer i forhold til inneklima, jfr medarbeiderundersøkelsen
- Kommuneadministrasjonen...

Det er jevnlig vernerunder som tar opp spørsmål rundt dette tema.

5.3.4. Trivsel og miljø i skoler og barnehager

I Snåsa kommune er det en skole som er felles barne og ungdomsskole, en montessoriskole med tilbud fra 1.-7.kl. og sameskole med tilbud fra 1.-7.klasse. Det er dessuten barnehager ved Breide, Vinjebakken, Montessoribarnehage og Samisk barnehage.

Trivsel i undervisningssituasjonen påvirker elevenes motivasjon for læring og deres evne til å mestre faglige utfordringer. Trivsel og skoleprestasjoner i grunnskolen påvirker dermed mulighetene til å fullføre videregående utdanning. Gruppen som faller ut av videregående skole har oftere dårligere helse, mindre sunne levevaner og dårligere økonomi. Utdanning bidrar til å fremme helse videre i livet gjennom arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen er dessuten en viktig sosial arena som gir venner, felleskap og følelse av tilhørighet.

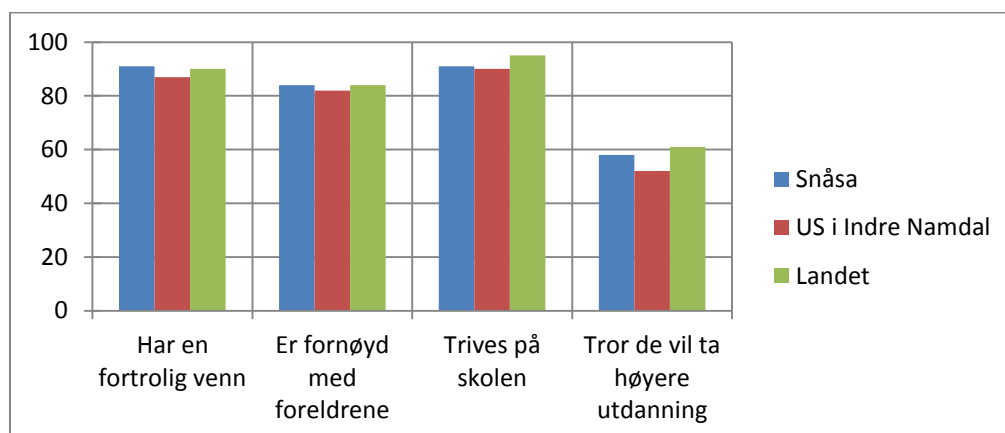
5.3.5 Ungdata

NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) og Kompetansesenter rus – region Midt-Norge (KoRus Midt-Norge) gjennomførte en anonym spørreundersøkelse blant kommunens ungdomsskoleelever og ved Grong videregående skole. Formålet var å kartlegge ulike sider ved ungdoms livsstil og levekår. Resultatene fra undersøkelsen vil kunne danne grunnlag for ungdomspolitikken og det forebyggende arbeidet rettet mot ungdom i Snåsa kommune. Foruten at dette materiale gir oss dokumentasjon i oversiktsdokumentet i folkehelsearbeidet kan data fra undersøkelsen også kunne brukes i forsknings- og utviklingsprosjekter, der målet er å framskaffe ny kunnskap om ungdoms oppvekstsvilkår.

Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstssituasjonen er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom. Ungdata kartlegger hvordan ungdommer som er i skolesystemet har det. De som da allerede er falt utenfor dette systemet er ikke med i undersøkelsen, og det er grunn til å anta at et mange av disse ungdommene kan ha det vanskelig i livet sitt.

Undersøkelsen ble gjennomført ved Grong Videregående skole i februar 2014 og på Snåsa skole i juni 2014. Det er et omfattende materiale som vi har tilgjengelig gjennom Ungdata og vi ser her et utdrag.

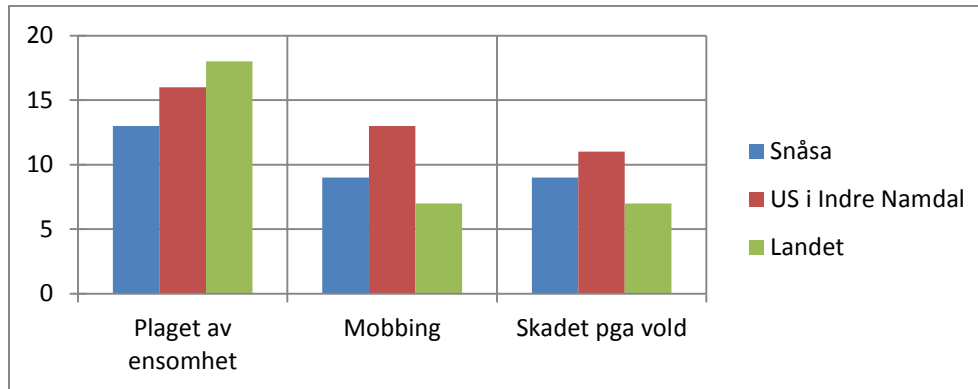
Snåsa skole, Ungdata 2014



- Vi ser her at de fleste har en fortrolig venn, noe som er svært viktig
- Ungdommene er i høy grad fornøyd med foreldrene sine

- De trives bra på skolen
- Mange har planer om høyere utdanning

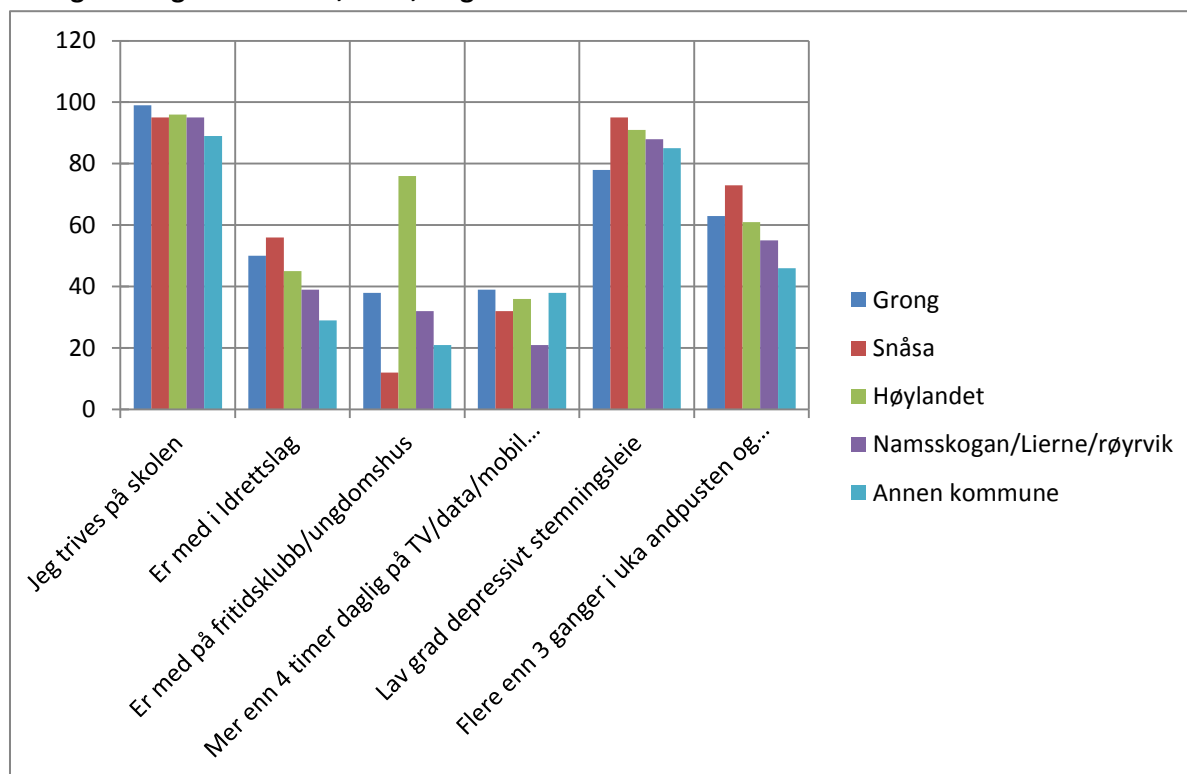
Snåsa skole, Ungdata, 2014



- Vi ser her at færre ungdommer på Snåsa enn ellers er plaget av ensomhet. Det er viktig her å se de ungdommene som er plaget.
- Det er færre ungdommer i Snåsa enn i Indre Namdal som opplever mobbing, men flere enn landsgjennomsnittet. Uansett helt nødvendig å ta tak i.
- Skadet pga vold; Snåsa har her tall som er høyere enn landsgjennomsnittet, men lavere enn alle kommunene i Indre Namdal. ¾ av voldsepisoder skjer i sammenheng med rus.

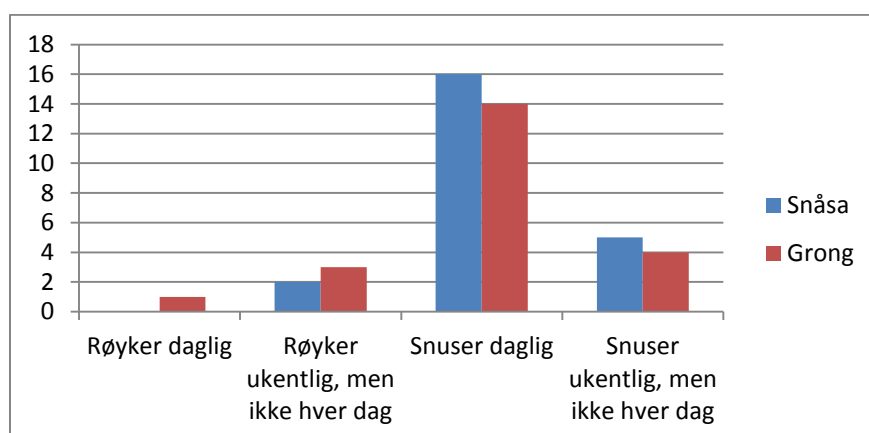
Generelt kan vi si at ungdommene i Snåsa har det veldig bra. De har det bra på skolen, trives blant venner, er fysisk aktiv, ser optimistisk på framtiden. Det er viktig å fortsette det gode arbeidet som gjøres på generelt grunnlag. Så er det i tillegg nødvendig å se de ungdommene som ikke har det så bra, som er ensomme, ikke trives så godt, utsettes for mobbing eller kommer i voldsepisoder.

Grong Videregående skole , 2014, Ungdata.



- Her kan vi se at snåsaungdommen trives bra på skolen, men ikke så bra som Grong-ungdommen.
- Ungdom fra Snåsa er gjerne fysisk aktiv; mange er med i idrettslag og er andpusten eller svett flere enn 3 ganger i uka.
- Snåsaungdom har hyppigst lav grad av depressiv stemningsleie og scorer lavest når det gjelder høy grad av depressivt stemningsleie.
- Når det gjelder bruk av TV, data, mobil er det litt færre snåsaungdom enn ungdom ellers i Indre Namdal som sitter 4 timer eller mer daglig.
- Det er betydelig færre ungdom fra Snåsa enn ellers i Indre Namdal som benytter seg av fritidsklubb/ungdomshus.

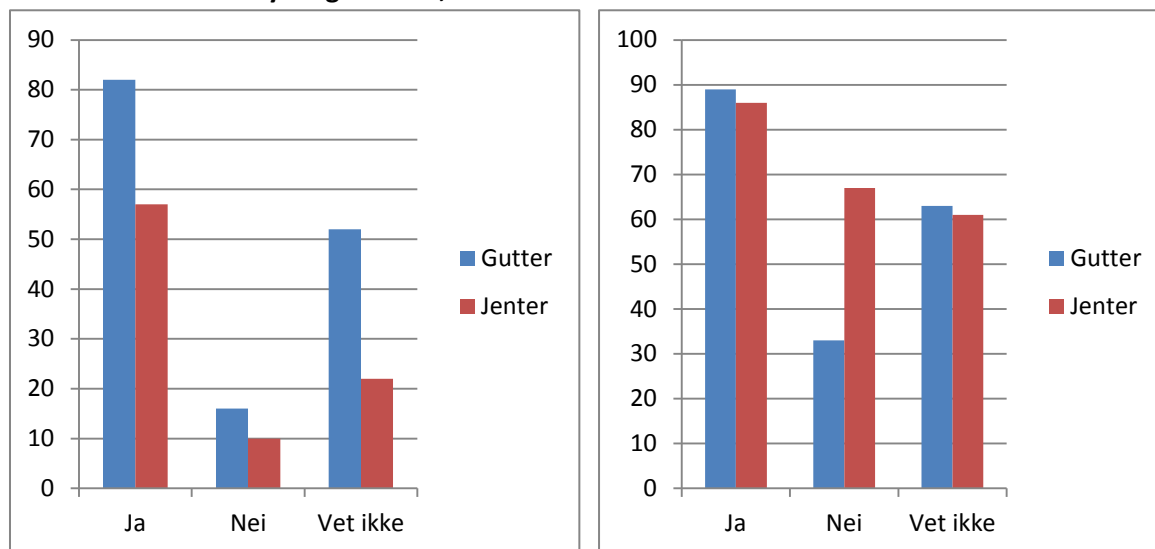
Tobakksbruk ved Grong videregående skole, Ungdata 2014 (prosent)



Vi kan her konkludere at røyking er lite populært blant ungdommene, men det er betydelig mer snusbruk blant ungdommer i Snåsa sammenlignet med både Grong og landet for øvrig.

Også når det gjelder bruk av alkohol, er det flere ungdommer i ungdomsskolealder som har drukket seg beruset enn ellers i landet.

Andel som har vært tydelig beruset, kombinert med om de får lov å drikke av foreldrene sine.



Ungdomsskolen

Videregående skole

Av de som får lov å drikke alkohol av foreldrene sine i ungdomsskolen, har 82% av guttene og 57% av jentene drukket seg beruset. Av de som ikke får lov til å drikke alkohol av foreldrene sine har 16% av guttene og 10% av jentene drukket seg beruset. Dette viser at av de som får lov å drikke alkohol av foreldrene sine har i betydelig større grad vært beruset. De foresatte er de viktigste voksne ungdommen har i sitt liv, forbilder og grensesettere. Det å ha tydelige regler og sette klare grenser har helt klart stor betydning, særlig i ungdomsskolen. Nær 2 av 10 vet ikke om de får lov av foreldrene sine til å drikke alkohol (med unntak av VG3).

5.3.6 Trivsel på arbeidsplasser

Trivsel på arbeidsplassen og et godt sosialt miljø er den viktigste faktoren til at vi går på jobb. Der vi kjenner best hvordan snåsingene har det på jobb, er i kommunen som bedrift. Vi har en undersøkelse vedr arbeidsmiljø som nylig ble gjennomført i Snåsa kommune, *Medarbeiderundersøkelsen i 2014*. Det var en deltagelse på 73%, noe som regnes som en relativt høy.

Arbeidstakerne føler seg generelt trygge på arbeidsplassen.

På spørsmål om samarbeid og trivsel med kollegene så svarer 90 % at de «i stor grad» eller i «svært stor grad» trives med sine kolleger. Denne trenden er tydelig hos alle enheter. I forhold til samarbeid med kolleger var det varierende svar i ulike enheter, noe som blir fulgt opp med tiltak.

Mobbing forekommer i svært liten grad. Det er imidlertid 10% som mener det forekommer i noen grad og 15% som ikke vet om det forekommer. Her er det også enhetsvise forskjeller, noe som bør følges opp.

5.3.7 Spesielle ulykkespunkter eller strekninger/Spesielt utsatte skoleveger

Generelt har elevene trygge skoleveier. De fleste elever som bor i sentrum og skal til Snåsa skole har gang og sykkelveier. Ellers kan det være øde veistrekninger og mangelfullt i forhold til busslommer.

En stor del av elevene benytter buss til skolen og noen av disse kan ha lang vei å gå før de kommer til bussholdeplassen. Ved Snåsa Montessoriskole kommer de fleste elevene med buss til skolen, de som bor helt i nærheten går eller sykler til skolen. Veier kan være små og uoversiktlige, ungene må overbruke, det mangler gatelys/ gangfelt.

Det er behov for å se på disse forholdene vedr gang og sykkelvei og busslommer i arbeidet med Trafikksikkerhetsplanen som er iverksatt og planlegges ferdig i 2015.

5.3.8 Gang og sykkelveier.

Vi har gang og sykkelveier i sentrum av Snåsa, ellers er det lite av dette. Som et bidrag for å øke antall syklist, samt trygge myke trafikanter bør man se på behov for utbygging av gang og sykkelveier.

Å legge til rette for at flere kan gå eller sykle til skole og jobb er et viktig folkehelseiltak. Det kan handle om gang og sykkelveier samt gatelys.

Feiing av asfalterte veier og gang og sykkelveier på våren er et enkelt trafikksikkerhetiltak for å forebygge ulykker.

5.3.9 Rekreasjon og friluftsliv

Vi har enormt store muligheter og arealer for rekreasjon og friluftsliv i Snåsa. Tilgjengeligheten vil variere, men tilgangen til rekreasjonsområder er gode -både sentrumsnært og lenger ut fra sentrum.

I sentrum har vi Bergsåsen som er oppmerket sti med flere innfartssteder. Gamle lysløypa ved Snåsa skole benyttes av mange som tursti. Roaldstein på Nordsida er oppmerket og nylig opprustet. På Agle og Finsås er det også lett tilgjengelige stier. De 4 fjellvegene som fører inn i Lurudalen, Storåsen, Roktdalen og Imsdalen gir oss et godt utgangspunkt for å komme inn i fjellområdene i kommunen.

En stor andel av Snåsas befolkning driver med en eller annen form for friluftsliv. Det kan innebære jakt og fiske, men også spaserturer i nærområdet og fotturer til fjelltopper.

Behov for tilrettelegging av friluftsområder øker. Spesielt for å få nye brukergrupper til å benytte seg av våre flotte naturområder er det nødvendig med tilrettelegging, som f.eks. merking av stier.

5.3.10 Frivillige organisasjoner

Det er et rikt foreningsliv i bygda. Vi har ikke tall på hvor mange.

5.3.11 Sosiale risikomiljøer som rusmiljøer og kriminalitet

- Vi har i dag (sept 2014) 21 personer som mottar tjenester hvor rusproblematikk er sentralt. Av disse er alkohol den klart største utfordringen. Generelt er det 10% av befolkningen har en problematisk alkoholbruk, i tillegg blandingsmisbruk som omhandler både medikamenter og illegale stoffer. Har ingen indikasjoner på hvor stort dette problemet er i vår kommune.
- Generelt vet vi at det kan være en liberal holdning til hasj, uten at vi vet omfanget av dette i Snåsa. Det er uansett noe som må presiseres i alle naturlige sammenhenger.
- Også i Snåsa opplever vi at mennesker har midlertidig bolig. Dette er en uheldig situasjon og slike perioder bør begrenses.
- Offentlige fester og ungdom under 18 år er i det siste blitt viet oppmerksomhet. Vi opplever uansett debatten omkring dette temaet som positivt.
- Uoversiktlig økonomi er ei utfordring for en del i Snåsa

5.3.12 Omfang av kulturtilbud

Kultur gir trivsel og livslyst, uansett alder og førlighet. Kultur gir opplevelser og bidrar til et sosialt og aktivt liv. Forskning viser at kultur er et viktig virkemiddel i det helseforebyggende og trivselsskapende arbeidet. Innspill på grendemøter viser at arbeidsplasser, kollektive tjeneste - og kulturtilbud og livsmiljø er viktig for opplevelsen av god livskvalitet. Som følge av dette er ett av kommunens fire strategiske satsningsområder nettopp bolyst og livskvalitet

- Deltakelse i kulturaktiviteter kan bidra til økt livskvalitet og bedre helse
- Kulturelle virkemidlers potensial i behandlingssammenheng og i folkehelsearbeidet er ikke utnyttet

På Snåsa har vi to viktige delplaner for kultursatsing : skole og seniorkultur.

- **Den kulturelle spaserstokken i Snåsa**

Mål :

- Alle seniorer i Snåsa skal ha mulighet til å delta på sosiale aktiviteter og fritidstilbud
- Alle skal ha kultur og fritidsaktiviteter etter egne ønsker og behov

- **Den kulturelle skolesekken i Snåsa**

Mål for Den kulturelle skolesekken (DKS) i Snåsa:

- å medvirke til at elever i skolen får et profesjonelt kunst- og kulturtilbud
- å legge til rette for at elever i skolen lettere skal få tilgang til, gjøre seg kjent med og utvikle forståing for kunst- og kulturuttrykk av alle slag
- å medvirke til å utvikle ei helhetlig innlemming av kunstneriske og kulturelle uttrykk i realiseringa av skolen sine læringsmål.

- **Snåsa kulturskole**

Skolen er også et kompetansesenter som bistår både skolene og lag og foreninger med profesjonelle lærekrefter og dirigent.

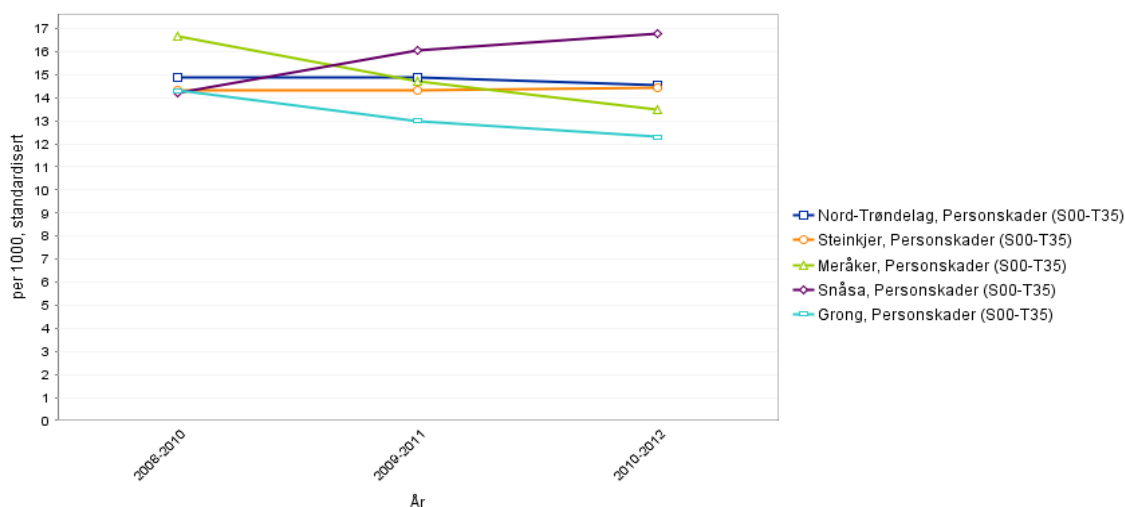
Sosiale møteplasser.

- Snåsa kommunes to fritidsklubber : Ungdommens Hus og Alfa ,gratis og åpent for alle.
- Kino : tilbys på Snåsa samfunnshus hver 14.dag
- Museum : Snåsa bygdemuseum på Vonheim
- Snåsa bibliotek : en viktig arena leseglade og en sosial møteplass for alle generasjoner.
- Ute-møteplasser , turstier og friluftsområder : bygda har mange turstier , som Roaldsteinen, lysløypa på Bostad, og Bergsåsen natursti. Mange utemøteplasser og friluftsområder.
- Grendehus i alle grender : husmannsplassene Sandmoen og Bredesmoen, Krogsgården, Gifstad skole, Samfunnshuset, Bergkollen, Fossan Desko og Brede samfunnshus
- Idrett og aktivitet : Snåsa idrettslag står for mange gode tilbud innenfor friidrett og fotball. All-idrett og fotballturneringer for de minste gir lagfølelse og idretts glede i tidlig alder. Svømmehallen er godt brukt. Skiskyttermiljøet er voksende, og samarbeidet med Grong IL gir i løpet av vinteren en ny felles arena : Bjørgan skiskytteranlegg. Snåsa Judoklubb. Trimgruppa i idrettslaget administrerer sykkelløyper og trimkasser– lavterskeltilbud
- Snåsa Bygdesentral : Sosial arena og viktig tilskudd til kulturlivet.
- Ambulerende teater og konsert-virksomhet : Samisk nasjonalteater, rikskonsertene, Nord-Trøndelag teater , konserter m.m.
- Festivaler og bygdedager : Fiskefestivalen, Snåsadagan, Julsjau og Sømmårkauk i Krogsgården

5.4. Skader og ulykker

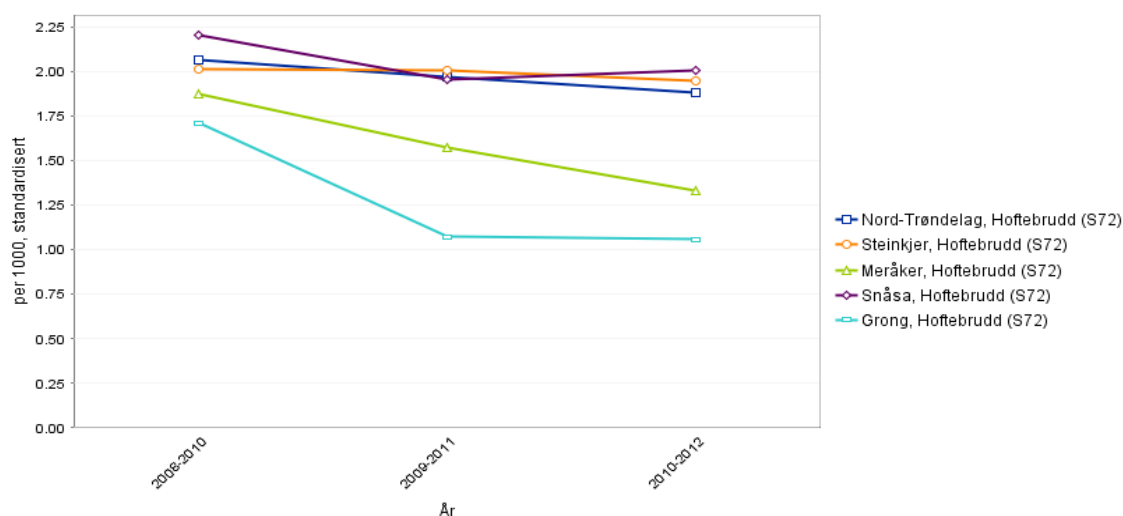
5.4.1 Antall personskader behandlet i sykehus

Personskader behandlet i sykehus pr 1000, 2014:2010-2012, FHI



Folkehelseprofilen for Snåsa kommune viser at flere personer behandles i sykehus for personskader sammenlignet med fylket og andre kommuner som Steinkjer, Meråker og Grong. Skader og ulykker er generelt et betydelig helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Ulykker kan være trafikkskader men også arbeidsskader f eks i landbruk/skogbruk. I Snåsa er forholdsvis mange sysselsatt i landbruket og vi vet det er økt risiko for ulykker i denne yrkesgruppen. Man mener at det er en betydelig underrapportering av ulykker til Arbeidstilsynet og at det er "toppen av isfjellet" som blir rapportert. Rundt 80% av alle skader og ulykker blant eldre skyldes fall. Resultater fra fallforebyggingsprosjekt i Midtre Namdal i perioden 2007-2009 konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk reduserer skader og ulykker med forholdsvis lite ressurser. Hvis en person over 65 år faller, vil det oppstå skade i 1/3 av tilfellene. Vi har ikke spesiell skaderegistrering i Snåsa for å kartlegge hvilke typer skader vi har.

Antall hoftebrudd behandlet i sykehus (FHI)



Det er flere i Snåsa som er innlagt på sykehus for hoftebrudd enn de andre kommuner vi sammenligner oss med. Vi vet ikke hvor disse fallene skjer. De fleste med hoftebrudd er eldre og benskjørhet er en sterkt medvirkende årsak til brudd, spesielt blant kvinner. Hoftebrudd hos eldre er spesielt alvorlig fordi det kan føre til redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og også redusert livskvalitet. Et lårhalsbrudd koster samfunnet minimum 300 000kr.

En doktorgradsavhandling i Høgskolen i Oslo har konkludert med at opptrening i hjemmet knyttet til muskelstyrke, balanse og gåtrening er nyttig. De viser også til at Tai-Chi-gruppetrening og mindre bruk av beroligende midler reduserer antall fall. Fjerning av løse tepper, ustødige møbler og glatte underlag gir mindre fall, sier førsteamanuensis Astrid Bergland.

Antall fallulykker i sykehjem

Fall registreres på Sykeheimen, men vi klarer ikke pr idag å få gode statistikker. Vi vet at det skjer fall, med ulik alvorlighetsgrad.

Skadeforekomst i skoler og barnehager, evt også tannskader

Nav registrerer skader som skjer i skolen. Dette med tanke med behov for reparasjon i mange år framover, f eks tannskader. Inntrykket er at det er svært få skader som skjer i skolen og også barnehager.

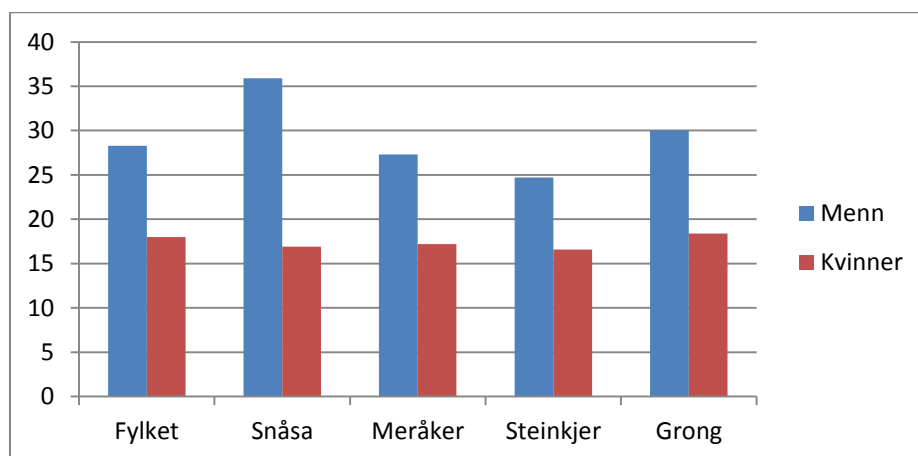
5.5. Helserelatert atferd

5.5.1 Deltagelse i organisert og uorganisert fysisk aktivitet

Vi har ingen oversikt over stor deltagelse det er i ulike aktiviteter. Generelt vet vi at mange benytter seg av friluftsliv, går turer, deltar på jakt. Foruten dette har vi mange tilbud når det gjelder fysisk aktivitet jfr brosjyren «Snåsa i farta».

5.5.2 Andel voksne og barn som er fysisk aktive min 30/60 min pr dag

Fysisk inaktive på fritiden, HUNT 3, 2006-2008



Mange menn i Snåsa er fysisk inaktive i forhold til andre kommuner. Hele 36% sier i HUNT 3 at de er fysisk inaktive. Kvinner er generelt mer aktive, kun 17% av kvinner i Snåsa sier de er fysisk inaktive.

Fysisk aktivitet er det viktigste bidraget til en god helse, både fysisk og psykisk helse. En bevisstgjøring blant innbyggerne og en tilrettelegging for fysisk aktivitet er et viktig folkehelseiltak.

5.5.3 Omfang av fysisk aktivitet i skolen

Ved Snåsa Montessoriskole er alle elever ute fra kl. 11.30-12.30 hver dag. Det er uteskole for alle i 1.-4. klasse hver onsdag hele året. Mellomtrinnet har uteskole i perioder av skoleåret samt at det er en egen plan for fysisk aktivitet for mellomtrinnet. (de har krav på 20 min fysisk aktivitet hver uke utenom det som er fast på timeplanen).

Ved Snåsa skole benyttes basseng nesten hele året. 5.-7. trinn har ca. 1 time aktivitet hver dag hele uka, mens 1.-4. trinn har «midttime» som blir ca det samme som 5.-7. trinn. Noe mindre aktivitet på ungdomstrinnet, dvs mindre enn 1 time fysisk aktivitet pr dag. Noen ungdomsskoleelever har valgfag «Fysisk aktivitet og helse».

5.5.4 Omfang av elever som sykler eller går til skolen

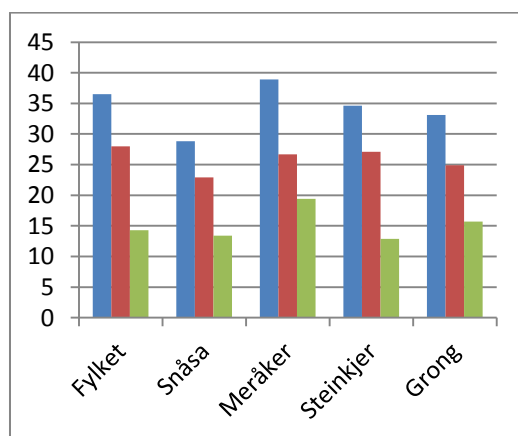
Hverdagsaktivitet har mye fokus og gode vaner fra tidlig barnealder betyr mye for folkehelse. Å sykle eller gå til skole og jobb er en slik positiv hverdagsaktivitet. For noen år tilbake ble det foreslått at busser kunne stoppe et stykke fra skolen slik at barna kunne få gå siste stykke. Dette førte til sterk motstand blant foreldre og planleggingen ble stoppet. De ønsket heller mer fysisk aktivitet i skoletiden.

Vi har ingen oversikt over hvor mange av elevene som sykler eller går til skolen. Mange har lang vei til skolen og forholdsvis mange av elevene må derfor benytte buss.

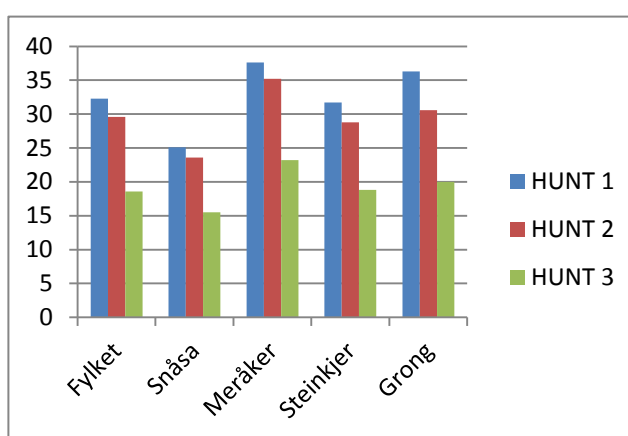
5.5.5 Dagligrøyking

Vi har data på røyking og snus blant ungdom under kapittel 5.3.5, Ungdata.

Røyking menn



Røyking kvinner



HUNT 1(1984-1986), Hunt 2 (1995-1997), HUNT 3(2006-2008)

Den største endringen kom etter HUNT 2(1995-1997), Røykeloven trådte i kraft i 2004.

Formålet med **røykeloven** er å begrense de helseskader som bruk av tobakksvarer medfører gjennom å redusere forbruket og på sikt bidra til å oppnå et tobakksfritt samfunn. Videre regulerer loven tiltak for å forebygge at barn og unge begynner å bruke tobakksvarer, fremme at de som allerede bruker tobakksvarer, slutter og beskytte befolkningen mot eksponering for tobakksrøyk. Med tobakksvarer forstås i denne lov varer som kan røykes, innsnuses, suges eller tygges såfremt de helt eller delvis består av tobakk. I lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang skal lufta være røykfri. Det samme gjelder i møterom, arbeidslokaler og institusjoner hvor to eller flere

personer er samlet. Dette gjelder ikke i beboelsesrom i institusjoner, men institusjonen plikter å gi dem som ønsker det, tilbud om røykfrie rom.

Røyking er ikke tillatt i serveringssteder.

1. juli 2014 ble røykeloven strammet ytterligere inn.

Det er nå tobakksforbud i barnehagers lokaler og uteområder, tobakksfri skoletid for alle elever i grunnskolen og videregående, samt forbud mot å opprette særskilte røykerom. Alle utendørs inngangspartier til offentlige virksomheter og inngangspartier til både offentlige og private helseinstitusjoner skal være røykfrie.

Alle elever får rett til et tobakksfritt miljø når det nå innføres tobakksfri skoletid. Både røyk og snus blir forbudt i skoletiden. For elevene gjelder tobakksforbudet både på og utenfor skolens område. For skolens ansatte gjelder forbudet i skolens lokaler og uteområde, men ikke utenfor skolens område. Det samme gjelder for ansatte i barnehager. Et tobakksfritt skolemiljø er en forutsetning for en sunn og frisk skolehverdag.

Det er færre som røyker i Snåsa i forhold til fylkestall. Slik har det vært i mange år. Det er likevel en kjensgjerning at mange snuser. Dette er også uheldig for folkehelsen og den nye røykeloven tar høyde for tobakksfrie områder, noe som omfatter både røyk og snus. Vi har ikke tall fra HUNT på antall snusere blant den voksne befolkningen. Men fra Ungdata ser vi at det er mange snusere i Snåsa i forhold til landssnittet og det gjenspeiler nok også den voksne befolkningen.

Konklusjoner: Selv om antall røykere har gått ned, så er antall snusere høyt.

5.5.6 Skjenkesteder, serverings og åpningstider for alkoholsalg

Mange undersøkelser viser sammenheng mellom tilgang på alkohol og forbruk. Dette må alltid tas med i vurderinger når det gis skjenkebevillinger.

Skjenkesteder i Snåsa: Snåsa Hotell, Kafè Midtpunktet, Finsås kurssenter, Snåsakroa.

Det er ellers flere som søker skjenkebevilling for enkeltanledning.

Alkohol selges ellers i butikkene:

Coop Marked Snåsa: åpningstid: kl 09.00-20.00 (18.00)

Coop Marked Breide: åpningstid kl 09:00-18:00.

Prebio fører kontroll med løyver og praksis.

5.5.7 Mat og måltider i barnehager

Snåsa barnehage(Vinjebakken og Breide): Barna får fruktmåltid og et måltid og melk/ drikke i barnehagen. Av og til serveres varmmåltid. Baker brød selv. Ungene har i tillegg med nistepakke for et måltid.

Samisk barnehage: Har med nistepakke, og får varm lunch hver dag.

Snåsa Montessoribarnehage: Barna får melk, frukt/grønnsaker og frokost i barnehagen hver dag. I tillegg får de varm lunsj en dag per uke. Barna har i tillegg med nistepakke.

5.5.8 Tilgang på frukt og grønt i skolen

Snåsa skole: Barna har fått gratis frukt på skolen, fra høsten 2014 faller denne ordningen bort. Man ønsker da å fortsette med å tilby frukt, men det blir da foreldrebetalt.

Sameskolen: Barna får frukt daglig

Montessoriskolen: Barna får frukt/grønt daglig

5.5.9 Måltider i skolefritidsordninger/aktivitetsskoler og tilbud i skolekantiner

Snåsa skole: Tilbyr alle elevene lunch hver dag. Dette startet som et prosjekt skoleåret 2012-2013 og har blitt videreført. Tilbudet varierer mellom smøremåltid, suppe, annen varmmat eller salater. Foreldrene betaler dette.

SFO har ikke egen matordning, men de lager av og til at som en del av aktivitetene

Sameskolen: Har med matpakke en dag i uka, får ellers lunch hver dag. Barna får middag gjennom SFO.

Snåsa Montessoriskole : Barna har skolefrokost med hjemmebakket brød. I tillegg får de varmlunsj en gang i uka og en smørelunch en gang i uka.

5.5.10 Risikoatferd/helsefremmende atferd

Rus

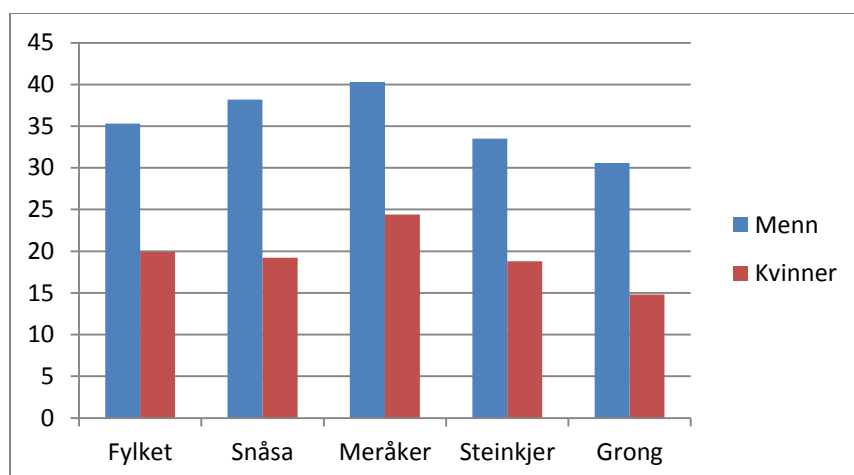
Alkohol er det mest tilgjengelige og dominerende rusmidlet. Alkohol er også det mest aksepterte rusmidlet. Sosialiseringen til bruk av alkohol starter tidlig. Foreldre og voksengenerasjonene er sterke rollemodeller for barn og ungdom. Vi kan gjennom Ungdata se at 13% av elever i Ungdomsskolen sier de får lov til å drikke alkohol av sine foreldre. 14% sier også at de får alkohol av sine foreldre ved spesielle anledninger som nyttårsaften, 17.mai og lignende. 7% får med seg alkohol fra sine foreldre når de skal på fest. Dette er ungdom som er langt under lovlig alder for kjøp av alkohol.

Det er dessuten viktig å være oppmerksomme på at 3 av 4 voldsepisoder i følge politiet, skjer i ruspåvirket tilstand. Rus påfører unge skader som helsemessige skader, sykdom, ulykker som følge av akutt ruspåvirkning (fall, trafikk, forfrysning etc), vold, seksuelle overgrep og overdoser

Vi hører i etterkant av Ungdata-undersøkelsen at ungdommer etterlyser mer tydelige foreldre som setter klare grenser. Dette er klar tale som foreldre må ta inn over seg.

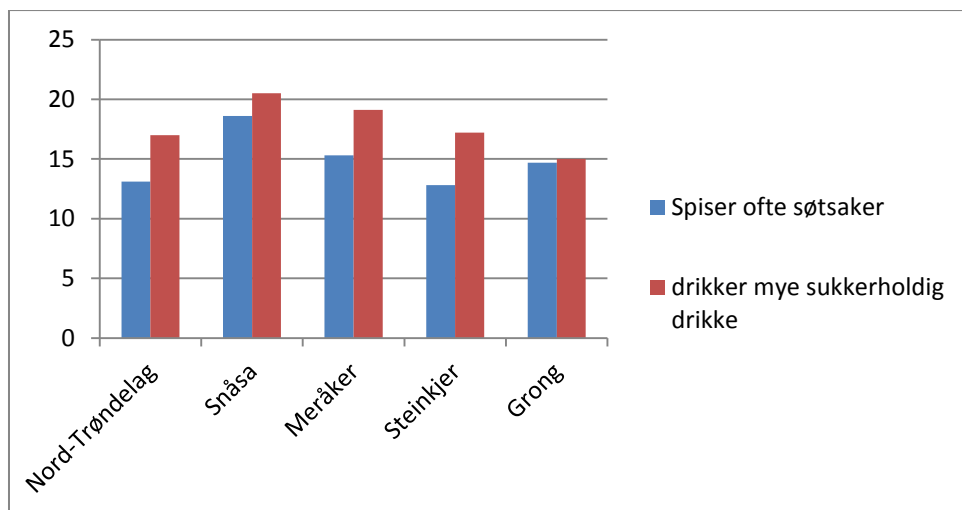
Kosthold

Spiser sjelden grønnsaker, HUNT3, 2006-2008



Vi har lite informasjon om kostholdet. Den informasjonen vi har er HUNT-tall som har tatt for seg bl a inntak av grønnsaker. Vi har i mange år blitt anbefalt å spise mye frukt og grønnsaker, «5 om dagen» er et kjent begrep. Inntak av frukt og grønnsaker har betydning for mange livsstilssykdommer og tall fra HUNT er tydelig på at spesielt menn må spise mer grønnsaker.

Spiser ofte søtsaker og drikker mye brus, Ung-Hunt 3, 2006-2008



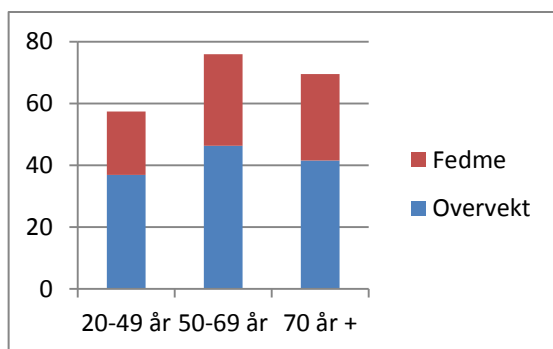
Ut fra Ung-Hunt fra 2006-2008 ser vi at ungdommene i Snåsa spiser mye søtsaker og drikker mye sukkerholdig drikke. Dette er svært uheldig. Nå vet vi at sukkerinntaket for hele landet har gått ned siste årene, men det er nødvendig med en aktiv holdning til høyt sukkerinntak.

5.6. Helsetilstand

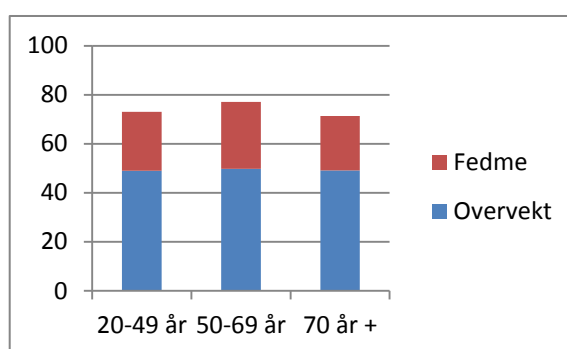
5.6.1 Forekomst av forebyggbare sykdommer("folkesykdommer")

5.6.1 Overvekt og fedme

Kvinner, HUNT 3



Menn, HUNT 3



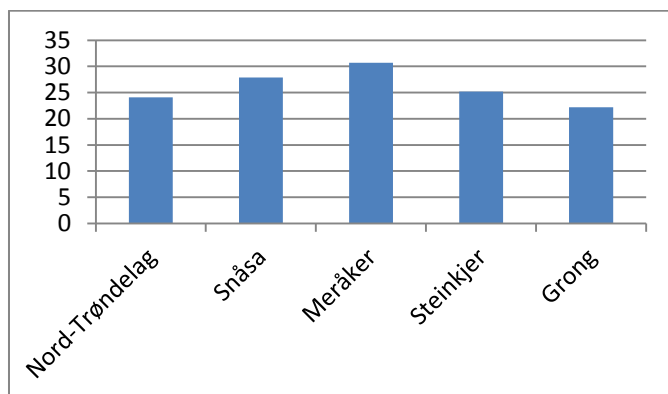
Vi ser her forekomsten av overvekt og fedme blant voksne i Snåsa under HUNT 3. Vi vet at overvekt har økt kraftig siden HUNT 1.

Definisjon:

Overvekt : BMI 25-30

Fedme: BMI over 30, noe som kan medføre en helserisiko.

Overvekt ,BMI 25-30, Ung-Hunt 3 (2006-2008)



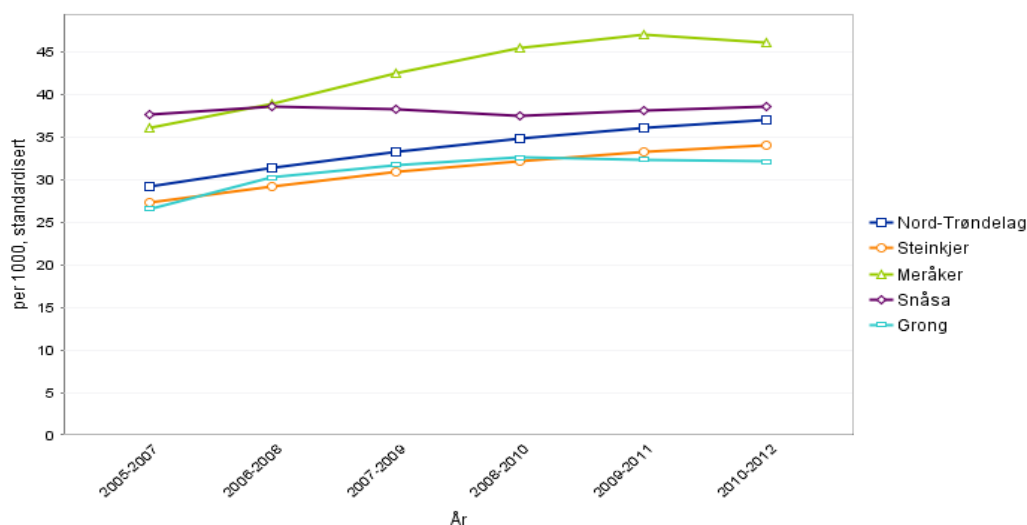
Forekomsten av overvekt og fedme øker i hele verden. Mange sier det er et av de betydeligste helseproblemerkene vi står overfor i åra som kommer. Fedme øker risikoen for en rekke sykdommer og plager (Folkehelse i endring). HUNT benytter livsmål og KMI (Kroppsmasseindeks) for å beregne vekt etter anbefaling fra WHO (Verdens Helseorganisasjon). Vi har her brukt KMI for vår oversikt. KMI vurderes etter denne skalaen: Normalvektig: 18,5-24,9, overvektig: 25-29,9 og fedme > 30.

I sine retningslinjer med tiltak mot overvekt blant barn og unge forklarer Helsedirektoratet utviklingen blant annet med at barn og unge de siste årene har benyttet stadig mer tid på stillesittende aktiviteter som tv-titting og pc-bruk. Mange familier velger dessuten lettvinne matløsninger som ofte inneholder mye energi. Samtidig ligger særlig inntaket av tilsatt sukker nesten dobbelt så høyt som helsemyndighetenes anbefalinger. Mye av dette kommer i form av sukkerholdige drikker som kommer på toppen av det kroppen trenger av energi. Vi får da et alt for høyt energiinntak i forhold til energiforbruk. Det gledelige er at sukkerforbruket har gått ned de siste 10 årene (Helsedirektoratet).

En doktorgradsavhandling i Bergen beskriver et klasseskille når det gjelder overvekt. Studien påviser økt risiko for overvekt og fedme hos barn med færre søsken og av barn med foreldre med lavt utdanningsnivå. Helsedirektoratet viser til flere studier som avdekker at barn assosierer overvekt med dårlig sosial fungering, dårlige skoleprestasjoner, dårligere helse, usunt kosthold og dårlig fysisk form. HUNT presiserer at det er viktig å unngå overvekt som ung da det reduserer risikoen for overvekt som voksen. Derfor nødvendig med kartlegging av vektutviklingen hos små barn og tidlig innsats ved behov.

5.6.2 Diabetes

Diabetes

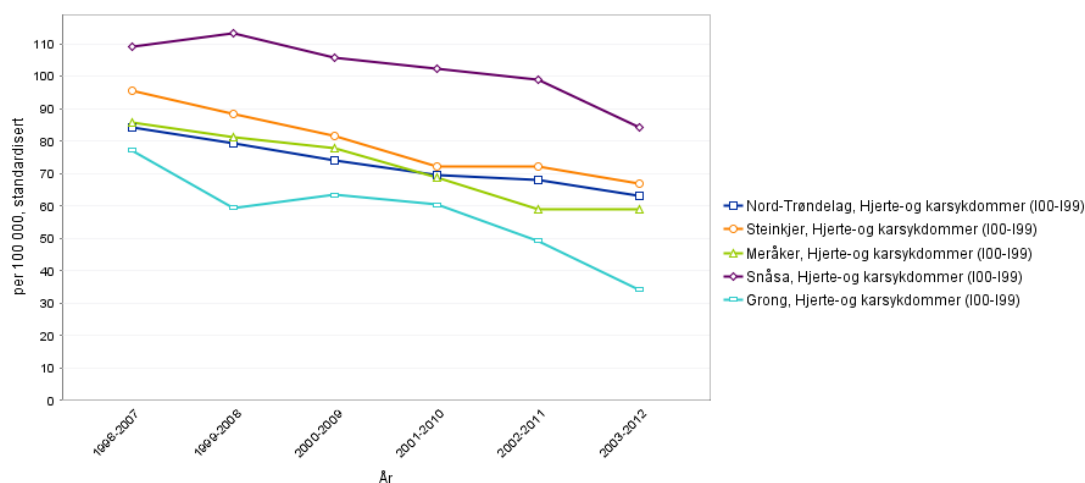


Vi ser her at Snåsa har en stabilt høy forekomst av diabetes. Dette har bl a sammenheng med forekomst av overvekt og fedme og fysisk aktivitet.

Fra HUNT 3 ser vi høye tall vedr. egenrapportert diabetes, 4,3% av kvinner og 3,0% av menn sier de har diabetes. Fylkestall er 3,2% blant kvinner og 3,9% blant menn.

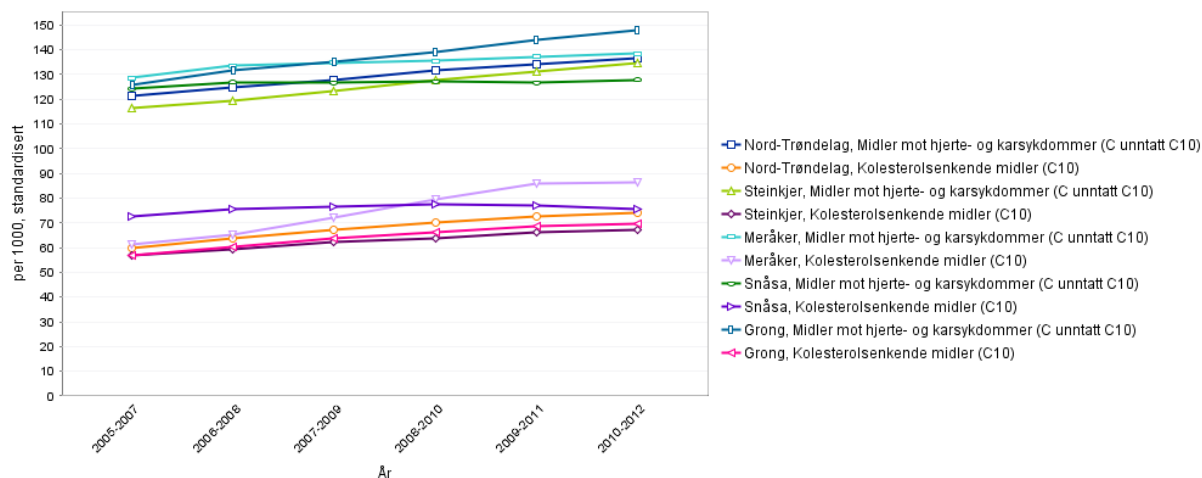
5.6.3 Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer, dødelighet (FHI)



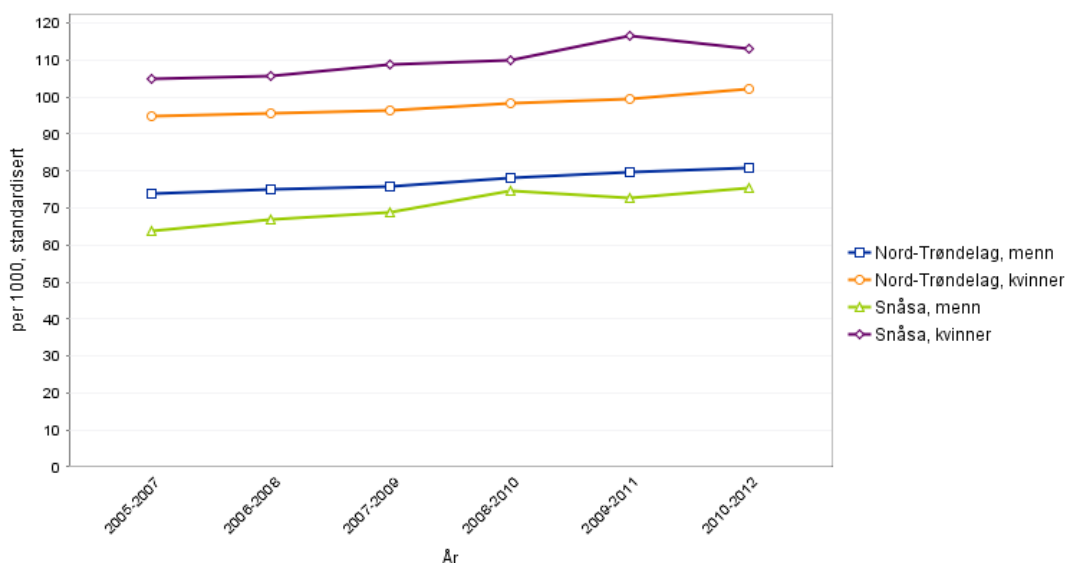
Folkehelseinstituttet sin statistikkbank viser her at Snåsa har en forholdsvis høy dødelighet pga. hjerte- og karsykdommer. Forekomsten er synkende i alle kommuner som sannsynligvis har sammenheng med en økende intensiv medisinsk behandling og bruk av operativ behandling. Dødeligheten går dermed ned uten at vi kan si at forekomst av hjerte – og karsykdom er redusert. Forebygging av hjerte- og karsykdommer er fortsatt viktig.

Legemiddelbrukere, bruk av kolesterolsenkende midler og midler mot hjerte- og karsykdommer



Når vi ser på legemiddelbruk for hjerte- og karsykdommer har Snåsas innbyggere brukt mer enn andre kommuner av kolesterolsenkende midler for 6-8 år siden, mens vi nå ligger på fylkesnivå. Når det gjelder midler mot hjerte- og karsykdommer så var vi på fylkesnivå for 6-8 år siden, mens vi nå ligger lavere enn andre kommuner og fylket.

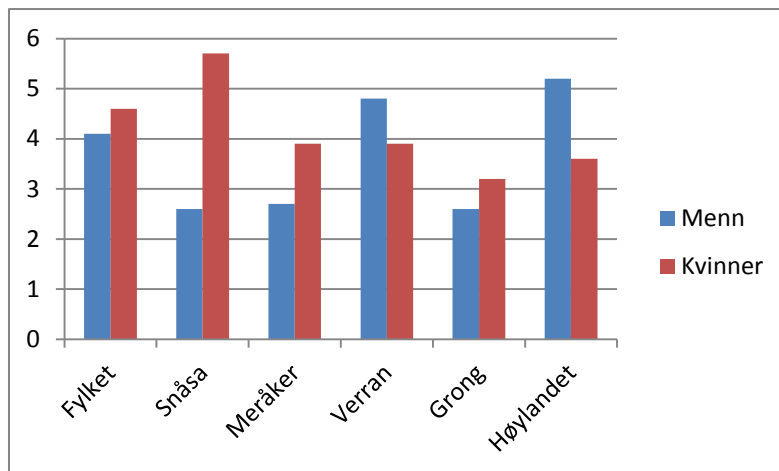
5.6.4 Kols



Kols, kronisk obstruktiv lungesykdom, er en nedsettelse av lungefunksjon som gjerne er varig. Hos 80% av kolspasientene settes dette i sammenheng med røyking. Mange flere kvinner i Snåsa lider av kols i forhold til fylkestall, mens hos menn er det motsatt.

5.6.4 Kreft

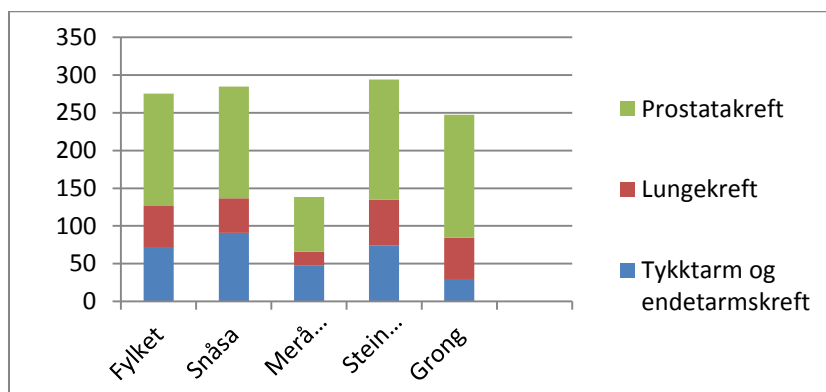
Egenrapportert helse, kreft, 2006-2008, HUNT:



Tabellen her viser egenrapportert krefttilfeller i HUNT 3. Her er det i Snåsa dobbelt så mange kvinner som menn som rapporterer at de har kreft.

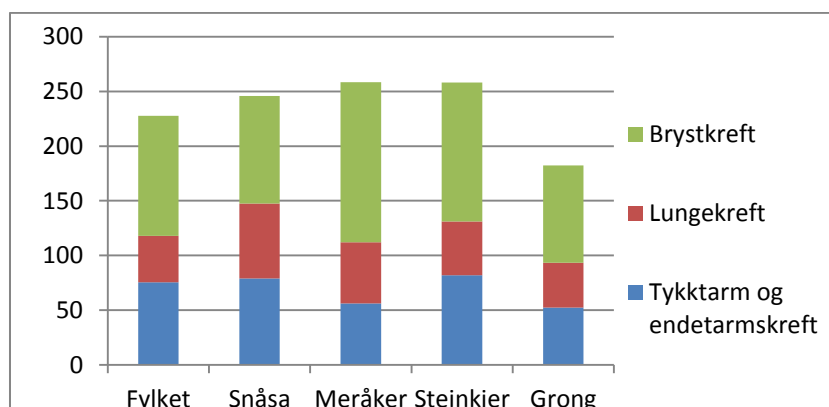
Når det gjelder tall på nye krefttilfeller registrert i Folkehelseinstituttet 2002-2010, så ligger Snåsa på fylkesnivå. Vi spesifiserer her i ulike krefttyper for å se hvordan dette arter seg.

Kreft 2001-2010, menn pr 100 000, standardisert, FHI :



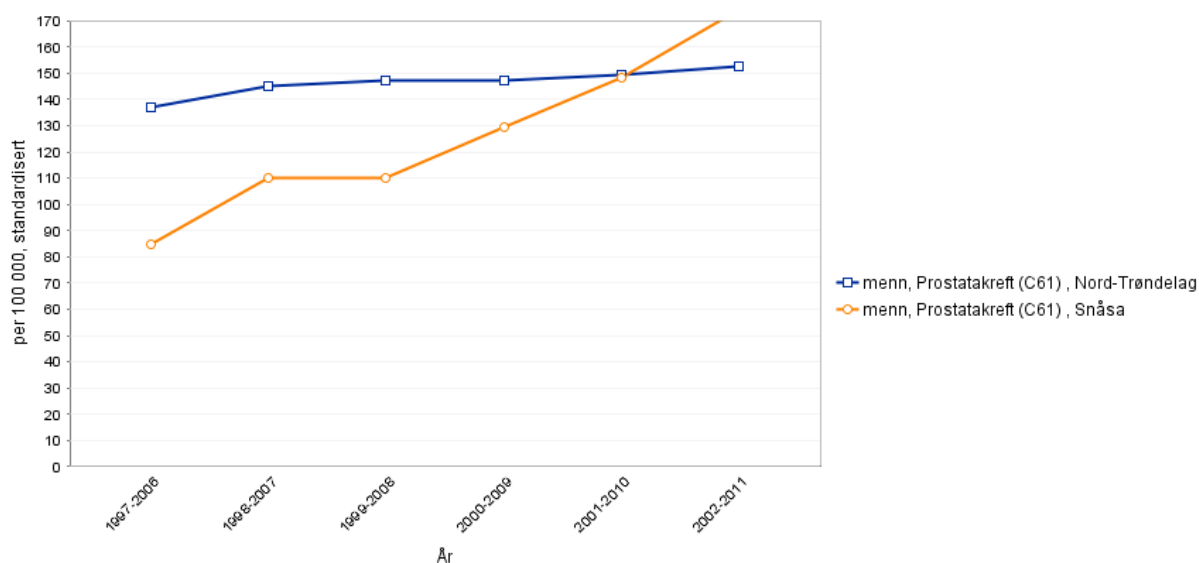
Det er i Snåsa mange menn som har tykktarmskreft eller endetarmskreft. Når det gjelder prostataskreft og lungekreft ligger antallet ganske likt med fylkestall.

Kreft 2001-2010, kvinner pr 100 000, standardisert, FHI:



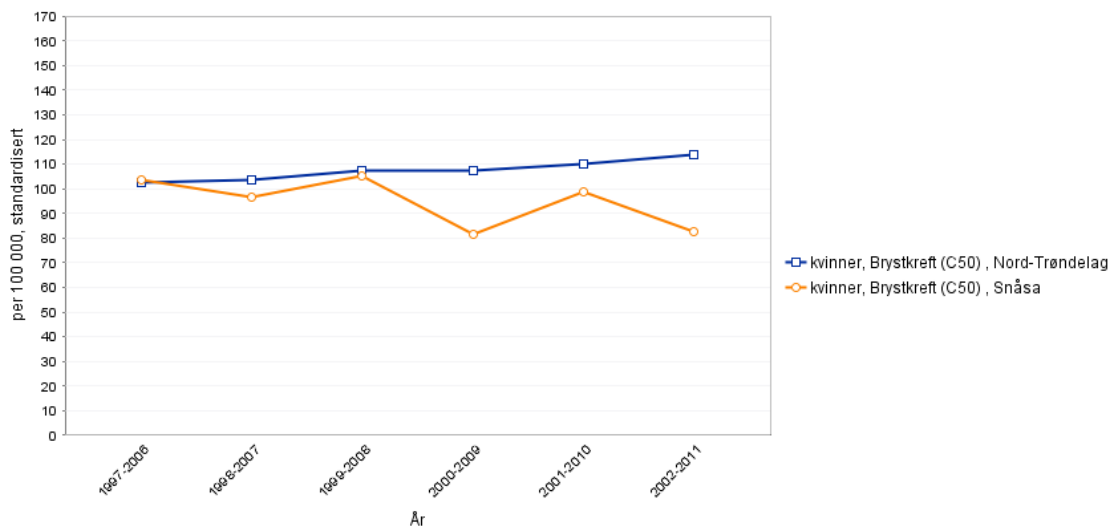
Statistikken viser her forekomst av kreft pr 100 000. Det kan se ut som vi har forholdsvis mange kvinner som har lungekreft i Snåsa, men vi må være varsomme med å trekke slik konklusjoner da en eller to personer som blir syke gir stort utslag i tabellen. Lungekreft er ingen «folkesykdom», men er ofte en sykdom relatert til røyking og dermed livsstil.

Prostatakreft



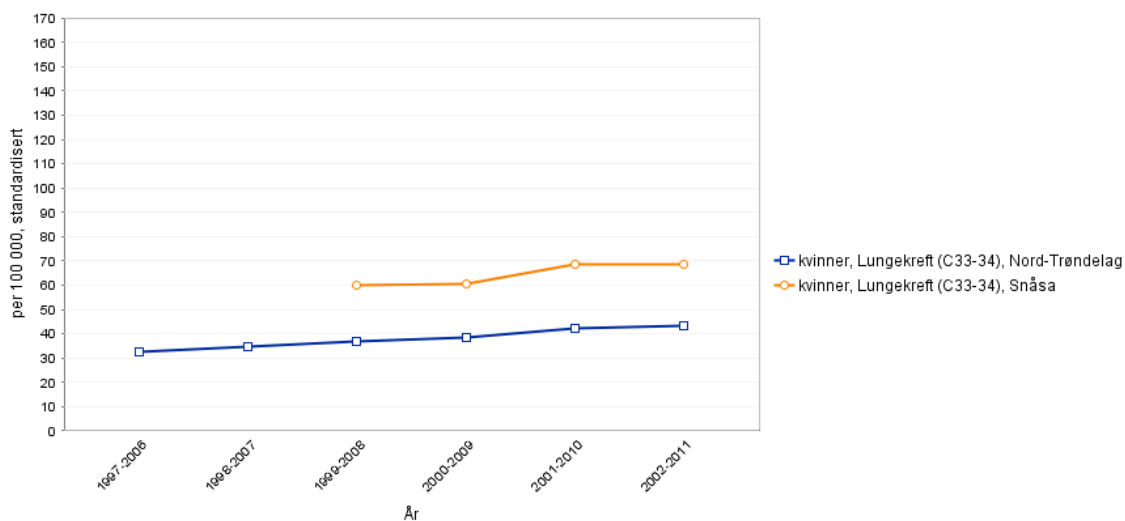
Ser vi nærmere på prostatakreft, så er det en voldsom økning de siste årene. En stadig hyppigere kontroll av blodprøver som PSA, kan forklare økning av antall, men den er spesielt høy i Snåsa. Alder, arv, hormoner, miljø og livsstil ser ut til å være av betydning for utvikling av sykdommen. Når det gjelder kost og livsstil er dette foreløpig ikke så godt klarlagt at Helsedirektoratet gir spesielle anbefalinger for forebygging av prostatakreft utover deres generelle helseanbefalinger.

Brystkreft



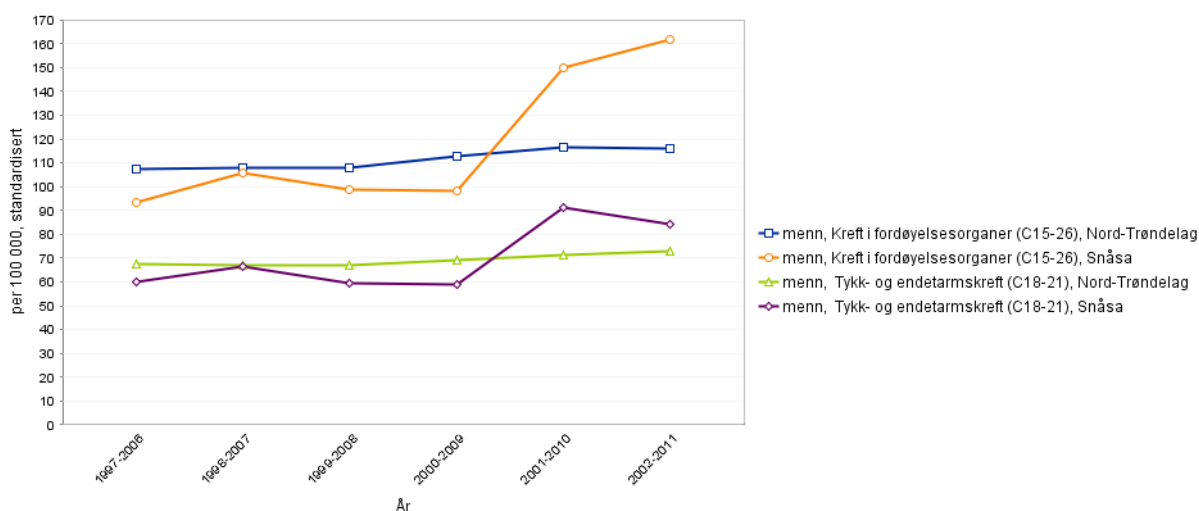
Tabellen her viser at det er færre kvinner i Snåsa enn i resten av fylket som har fått brystkreft. Vi ser ingen økning i Snåsa slik som det er i fylkestall. Her må vi også være obs på at det er små tall, og 1-2 kvinner med brystkreft vil gi utslag på statistikken.

Lungekreft

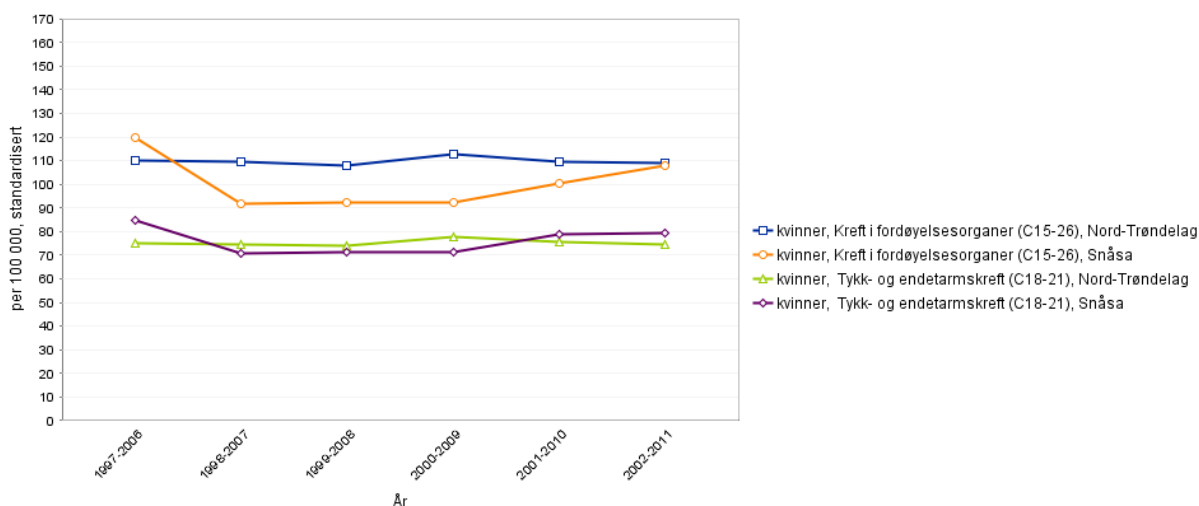


Statistikken her kan tolkes dit hen at forholdsvis mange kvinner i Snåsa har lungekreft. Forholdsvis mange kvinner har også kols. Dette til tross for at Snåsas kvinner har røykt mindre enn kvinner ellers i fylket. I en liten kommune vil det være svært utslagsgivende i statistikk om 1 eller 2 i Snåsa får lungekreft. Vi må derfor være varsomme med å trekke noen konklusjoner, men følge med utviklingen og hele tiden jobbe forebyggende.

Kreft i fordøyelsesorganer og tykktarm og endetarmskreft, nye tilfeller, FHI



Vi ser en økning de siste årene av kreft i fordøyelsesorganer, tykktarm og endetarmskreft når det gjelder menn i Snåsa. Denne trenden sees ikke på samme måte hos kvinner.



Forebygging av kreft

«Minst ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levemåten vår. Vi har ingen garanti mot å utvikle kreft, men vi kan ta noen valg som reduserer risikoen. Det viktigste du kan gjøre for å minske risikoen for kreft er å være røykfri, spise sunt og variert, ta deg tid til å være fysisk aktiv og nyte sola uten å bli solbrent.»

Kreftforeningen

5.6.5 Demens

Demens

Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som vanligvis opptrer i høy alder. Vanlige symptomer er hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsforandringer og endring av atferd.

I Norge har omtrent 70 000 personer en demenssykdom. Med en eldre befolkning vil også antallet med demens øke. Forskning viser at omtrent 80 % av beboere i sykehjem har demens.

Forekomsten av demens øker med alderen, i aldersgruppen over 90 år regner man med at mer enn 40 % er dement. Dette innebærer at når befolkningen blir eldre, vil flere få demenssykdom. Kvinner rammes hyppigere enn menn, kanskje fordi kvinner lever lengre. Vi har ikke oversikt over hvor mange av Snåsas befolkning som lider av demens, men vi ser at omfanget øker.

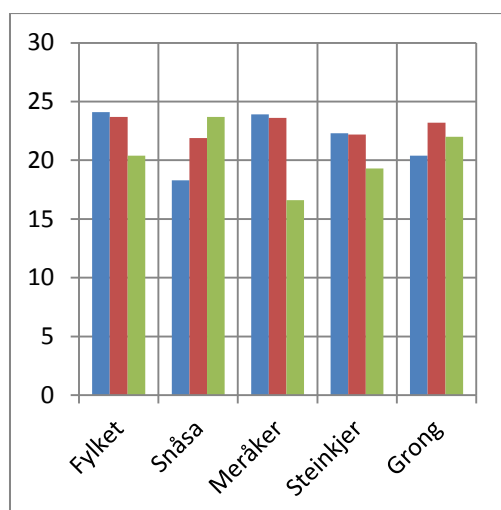
De fleste demenssykdommene kan ikke kureres med medisiner og forebygging blir viktig. Samme faktorer som forebygger hjerte- og karsykdommer ser ut til å forebygge demens. Dette gjelder f.eks. røyking, kosthold, kontroll med blodtrykk og fysisk aktivitet.

Samfunnsøkonomi:

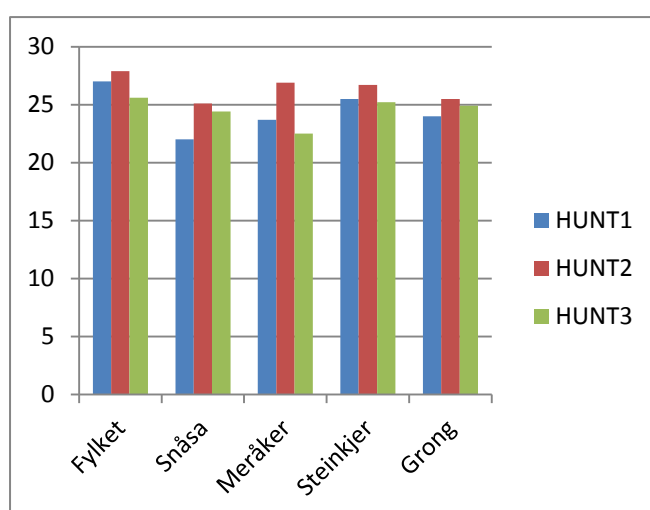
Det regnes med at tiltak for personer med demens vil koste ca. 18 milliarder kroner for året i 2020. Personer med demens er den største diagnosegruppen blant brukerne av kommunale omsorgstjenester.

5.6.6. Egenvurdert helse

Dårlig egenvurdert helse, menn



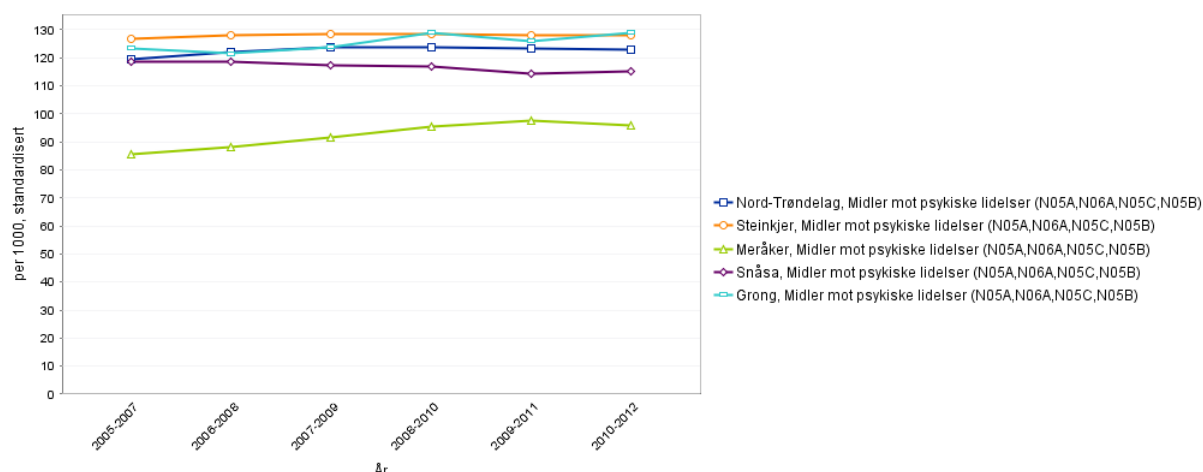
Dårlig egenvurdert helse, kvinner



Gjennom HUNT ser vi at flere vurderer sin egen helse som dårlig etter hvert som årene har gått. Menn i Snåsa var ganske fornøyd med helsa si sammenlignet med andre kommuner og fylket. Så ved HUNT 3 er det flere som vurderer sin egen helse som dårlig. Dette er i samsvar med at menn fra HUNT 1 til HUNT 3 er blitt mer overvektig fått flere livsstilssykdommer og føler at de har dårligere helse. For kvinner i Snåsa er det en økning fra HUNT 1 til HUNT 2, denne stabiliserer seg da. Sammenlignet med fylkestall er det færre kvinner i Snåsa som vurderer sin egen helse som dårlig.

5.6.7 Psykisk helse

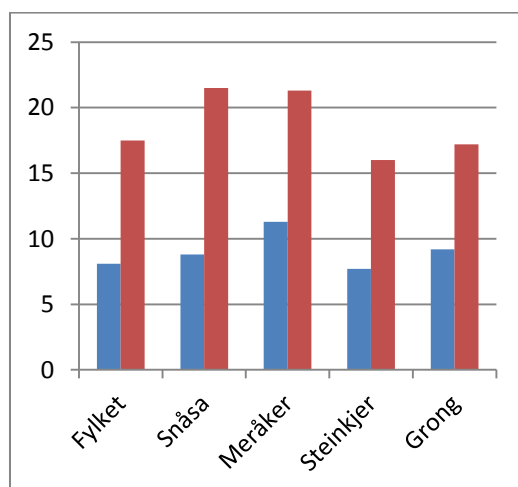
Psyriske lidelser, legemiddelbrukere



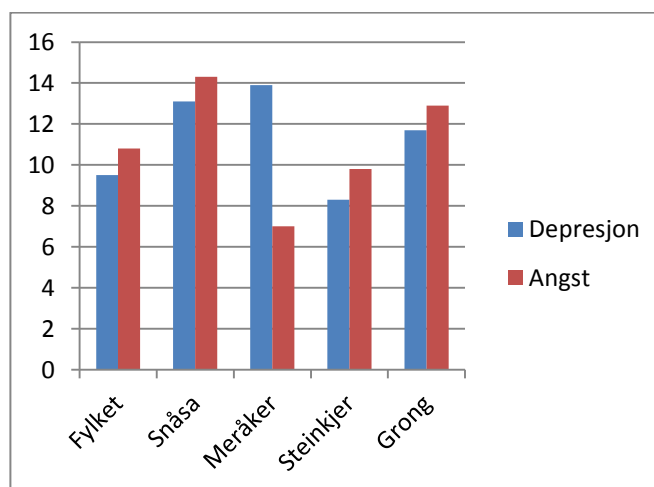
Snåsas befolkning benytter mindre medikamenter for psykiske lidelser sammenlignet med andre kommuner og fylkestall. Det er positivt hvis det er lite behov for slike medikamenter. Ser vi på andelen som rapporterer depresjon eller angst er bilde annerledes.

Egenrapportert helse, depresjon, angst, HUNT 3 (2006-2008)

Kvinner



Menn



HUNT 3 viser at kvinner i Snåsa lider forholdsvis mye av angst sammenlignet med kvinner i andre kommuner og fylket. Også på depresjon ligger kvinner i Snåsa forholdsvis høyt. Menn skiller seg spesielt ut i samme sykdomsbilde. Svært mange sliter med angst og mange har også en depresjon.

Vedlegg 2.

Sunne kostråd i Snåsa kommune

1. Spis minst 5 porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag

Anbefalt tiltak:

Sørge for at frukt og grønnsaker er tilgjengelig gjennom måltider som serveres og i forbindelse med møter/arrangement.



2. Spis grove kornprodukter

Anbefalt tiltak:

Det tilbys bare grove kornprodukter (dvs grovere enn 50%.); brød, knekkebrød, rundstykker og baguetter i barnehage og skole.

3. Spis fisk til middag 2-3 ganger i uka. Bruk også gjerne fisk som pålegg.

Anbefalt tiltak:

Sørge for at fisk inngår som en del av kosten som tilbys, gjerne også som pålegg.

4. Benytt sunt fett. Begrens mengde mettet fett og transfett.

Anbefalt tiltak:

Redusere matvarer som inneholder usunt fett.

Gode fettkilder er f eks: fet fisk(sild, sardiner, makrell, laks), nøtter, frø, avocado, olivenolje

5. Velg matvarer med lite salt

Anbefalt tiltak:

Helst lage maten fra bunnen av. Være obs på saltinnholdet i halvfabrikat-mat, bruke alternative smakstilsetninger som f eks. krydder-urter. Foretrekke hjemmebakket brød.

6. Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags

Anbefalt tiltak:

Unngå syltetøy som pålegg i barnehage og skole. Når barna har plukket bær selv, lager de selvfølgelig det syltetøyet de ønsker og dette inngår i "5 om dagen".

7. Velg vann som tørstedrikk

8. Vær fysisk aktiv minst 30 min (voksne) og 60 min (barn) hver dag. Obs stillesitting

Anbefalt tiltak:

Alle barn og ungdom er ute i friminuttene. Oppfordrer alle til økt hverdagsaktivitet.

Det er grunnleggende å bidra til å skape gode vaner, spesielt for barn og unge.

God appetitt!

Trondheimserklæringen – 29.08.14

Rettferdig fordeling av helse og trivsel – et politisk valg!

De nordiske folkehelsekonferansene har en lang tradisjon med start 1987ⁱ og har utviklet seg til en hovedarena for erfaringsutveksling, innovasjon og diskusjon om utvikling av folkehelsearbeidet i Norden. Vi bygger på erfaring, kunnskap og praksis fra våre land og omverdenen og anerkjenner den internasjonale overbygningen gjennom serien av konferanser om folkehelsearbeid fra «Ottawa Charter for Health promotion» i 1986 til «The Helsinki statement on Health in All Policies» i 2013ⁱⁱ. De globale, regionale og nasjonale gjennomganger av sosiale helsedeterminanter har gitt betydelig kunnskap til innsats. De nordiske land har en lang tradisjon for å være pådrivere internasjonalt med å utvikle strategier, modeller og solidarisk bidra til ressurser for å forbedre global helse. I 2012 vedtok alle de 53 medlemslandene i Europaregionen Helse 2020 som rammeverk og strategi for en bedre og mer rettferdig fordelt helse og trivsel i regionen innen 2020. For første gang får vi en felles erklæring fra den nordiske folkehelsekonferansen.

Ved den 11 nordiske folkehelsekonferansen i Trondheim, Norge 26-29 august 2014 ble de 747 deltakerne, i kapasitet av seg selv, som er engasjert i ulike roller lokalt, regionalt og nasjonalt i Norden enige om følgende uttalelse:

Samfunnsutvikling for helse og trivsel

Gjennom befolkningens helse og trivsel kan vi avlese hvor vel politikken lykkes med ett av sine sentrale oppdrag. Helse og trivsel er både en forutsetning og investering for gode liv, et resultat av og en indikator for sosialt bærekraftige samfunn.

Vi vet at sosial ulikhet i helse som danner et systematisk mønster (gradient) gjennom hele befolkningen er et resultat av ulik fordeling av makt, penger og ressurser i samfunnet. De sosiale ulikhetene i helse er uakseptable og urettferdige og oppstår fra de sosiale og materielle betingelsene for menneskers fødsel, oppvekst, voksenliv og alderdom.

I våre nordiske land Danmark, Finland, Færøyene, Grønland, Island, Norge og Sverige er folkehelsens utvikling nært forbundet med nordisk politikk- og velferdsutvikling. Grunnleggende er våre universelle velferdsordninger, kombinert med målrettede innsatser.

De nordiske land har et sterkt offentlig ansvar for forhold som er avgjørende for helse og trivsel, som økonomisk sikkerhet og fordeling, bolig og oppvekstmiljøer, skole og utdanning, arbeidsliv og arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger, samt kultur og fritid. Til grunn for utviklingen ligger ett demokratisk styresett med et sterkt regionalt og lokalt selvstyre med stor innflytelse over de samfunnsfaktorene som påvirker befolkningens levekår, helse og trivsel.

I global sammenheng er folkehelsen i Norden svært god. Samtidig står vi overfor betydelige utfordringer. I likhet med andre land, har vi ikke løst vår største utfordring - å redusere sosial ulikhet i helse. Vi har dermed gått glipp av de største helsegevinstene på befolkningsnivå. Helseforskjellene må bekjempes i forhold til sosio-økonomi, kjønn (gender), etnisitet, funksjonsnivå og seksuell legning.

Retten til helse er grunnleggende. Ressurser og muligheter må fordeles slik at mennesker kan forme sine liv ut fra sine egne ønsker og ambisjoner- for seg og samfunnet.

Inkluderende samfunn med mennesket i sentrum!

Rettferdig fordeling av helse og trivsel forutsetter:

Innsats mot grunnleggende årsaker til helse og trivsel

- Det må investeres i universell velferd som bolig og oppvekstmiljøer, skole og utdanning, arbeidsliv, arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger, for gode levekår.

- For å fremme psykisk helse og trivsel må vi stimulere til sosiale nettverk, deltakelse og sosial støtte i hverdagslivet.

- Det er behov for styrket samfunnsrettet innsats for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer gjennom forpliktelser med WHO's globale NCD handlingsplanⁱⁱⁱ. Innsats innen områdene ernæring, fysisk aktivitet,

tobakk, alkohol, samt rus, skader og ulykker (injuries and violence) og psykisk helse må også rettes mot de underliggende årsakene basert på en forståelse av politiske og kommersielle drivkrefter.

- Gevinster kan tas ut både ved en god start i livet, ved å fremme ungdommers helse, innsatser i arbeidslivet og aktiv, sunn og trygg aldring.

Styring i samspill og reell gjennomføringsvilje

- Styring handler om forpliktelse og lederskap som gir resultater.

- Strategier, planer og mål er aldri bedre enn gjennomføringen tilsier. Politikk for rettferdig fordeling av helse og trivsel uten ressurser, strukturer og ekte politisk forpliktelse vil ha liten effekt.

- For å kunne holdes ansvarlig kreves målbare mål for å fremme helse og trivsel med hensikt å redusere de sosiale ulikhetene.

- Samfunnsutvikling for helse og trivsel krever sektorovergripende samarbeid på like premisser med gjensidig respekt for ulike sektors samfunns mål. Vi må søke gjensidig nytte og samordningsgevinster gjennom partnerskap og allianser, men også identifisere potensielle interessekonflikter og forhandle løsninger ut fra dette.

- Vi trenger åpenhet og medvirkning for bedre resultater og å utløse menneskers og sivilsamfunnets egne ressurser.

- Konsekvensvurderinger må omfatte rettferdig fordeling av helse og trivsel

Bredt kunnskapstilfang og erfaring

- Vi har et godt grunnlag for handling, men må stimulere til økt forskning om årsakssammenhenger, gjennomføring og effekt av tiltak.

- Utvikling av folkehelsearbeidet krever kunnskap fra mange fag og sektorer, og bruk av ulike metoder og deltakelse.

- Innsats må evalueres med en flervitenskapelig tilnærming hvor vi lærer av erfaringer.

Sosialt bærekraftige lokalsamfunn og helsefremmende nærmiljøutvikling

- Det er der mennesker lever, virker og bor vi kan forme de kvaliteter som fremmer helse, trivsel og tilhørighet.

- Lokale og regionale aktører nærmest befolkningen er ryggraden i folkehelsearbeidet og må sikres tilstrekkelige ressurser og kapasitet.

- Vi må investere i nærmiljøer som fremmer deltakelse, sosiale nettverk og møteplasser, aktivitet og trygghet.

Mange må bidra - sektorer og aktører

Mange samfunnsaktører har et ansvar for rettferdig helse og trivsel. Det endelige ansvaret ligger på våre regjeringer.

Stat, fylker og kommuner har alle et ansvar, men ulike virkemidler.

Frivillig sektor (NGOs) utfører et viktig arbeid og er en ressurs, policypartner og mobiliseringsaktør.

Likeverdige helsetjenester kan ta systematiske grep som bidrar til rettferdig helse og trivsel.

En koordinert stat kan gjennom strategisk styring, regulering og lovgivning aktivt skape gode forutsetninger for helse og trivsel, nasjonalt, regionalt og lokalt.

Næringsaktører har et stort potensial for å bidra til helse og trivsel i rollen som arbeidsgiver, produsent og samfunnsansvarlig partner.

Vi forplikter oss til å

- Spre budskapet fra Trondheimsdeklarasjonen til beslutningstakere
- Ta en aktiv rolle for å nå våre felles ambisjoner
- Bidra til økt nordisk samarbeid for rettferdig helse og trivsel i Norden og bidra til å redusere helseforskjeller globalt.
- Utfordre kommende konferanser til å følge opp budskap fra deklarasjonen