

GAUSDAL KOMMUNE

-offensiv og spennende!

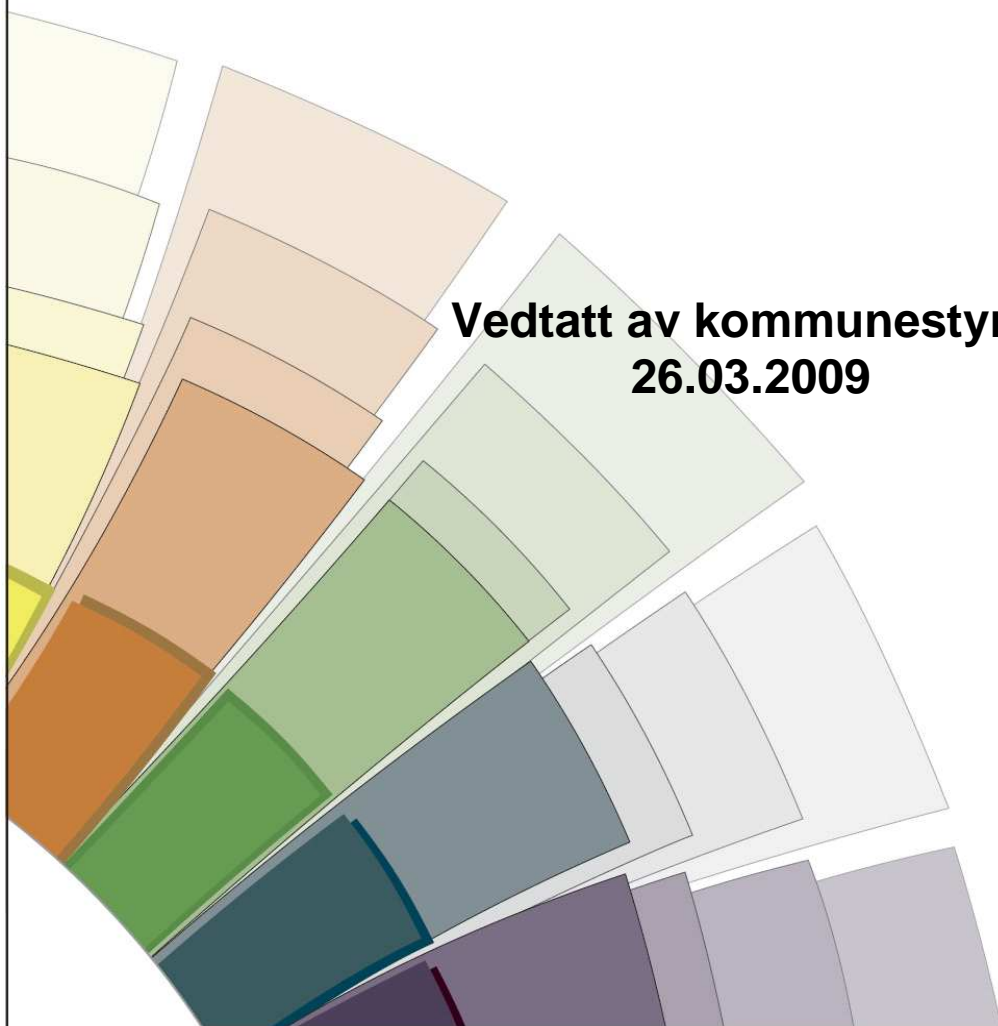


Gausdal Kommune
2651 Østre Gausdal
Servicetorget tlf: 61 22 45 92
Sentralbord tlf: 61 22 44 00
Faks: 61 22 09 54

STRATEGIPLAN FOR FOLKEHELSE

2009 – 2012

**Vedtatt av kommunestyret
26.03.2009**



1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

I handlingsprogrammet for perioden 2008 – 2011 er det i overordnet styringskort forutsatt at kommunen skal øke sin satsing på folkehelse og det forutsettes konkret at det utarbeides en strategiplan for denne satsingen innen 31.12.08.

Med dette signaliseres det at folkehelse skal være et gjennomgående og sentralt tema i kommunens mål og resultatstyring.

Bakgrunnen for dette er erkjennelsen av at det må foretas et samordnet, koordinert og mer aktivt grep fra myndighetene både på sentralt og lokalt nivå for å bedre folkehelsen i Norge.

Sentrale overordnede dokumenter i utarbeidelse av denne strategiplanen:

- St. melding nr. 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen)
- St. melding nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009)
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)
- St.prp.nr.1, kap.6 (2007-2010): Nasjonal helseplan
- IS-1545 (mai 2008): Skapes helse, skapes velferd (Helsedirektoratet)
- Revidert utgave /Plan- og bygningsloven (2008)

Velferds- og livsstilsykdommer er den store helseutfordringen i den vestlige verden. En ser i dag klare utfordringer i utvikling av både fysisk og psykisk helse. Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er bruk av tobakk og alkohol, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, overvekt, lavt inntak av frukt og grønt og fysisk inaktivitet de sju viktigste risikofaktorene for sykdom i de vestlige land (The World Health report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy life). I tillegg er psykiske problemer og psykiske lidelser i ferd med å bli en stor helseutfordring, både i Norge og i andre vestlige land.

Helseatferd som gir økt risiko for sykdom er mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Så selv om en vet at norske skolebarn er blant de friskeste i verden, er det betydelige sosiale forskjeller i helse og helseatferd i landet vårt (Stortingsmelding 20: Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, 2006-2007).

Over 20% av befolkningen røyker hver dag. Det er sosial ulikhet i daglig røyking. Imidlertid er det positivt at andel røykere går ned for alle grupper. Tobakk synes å være på vei ut, men fedme er på vei inn. Ifølge en fersk rapport om utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren, sies det at forekomsten av overvekt og fedme øker i de fleste aldersgrupper i Norge. WHO definerer overvektsproblematikk i Europa som en av de største helseutfordringene våre.

Hverdagsaktiviteten har gått ned, mens matvaner/kosthold er endret. Selv om kostholdet er bedret de siste 20 årene, spiser vi fortsatt for mye fett, sukker og salt, og blir altså stadig tyngre. Som samfunn kan vi ikke svare på denne helseutfordringen i spesialisthelsetjenesten, med slankeoperasjoner og lignende.

Faktorene som bidrar til utvikling av dårligere helse kan forebygges. Konklusjonen blir dermed at det å etablere forebyggende tiltak innen helseområdet, vil være en god investering for fremtiden; - ikke bare i forhold til kroner og øre, men det vil også for å forebygge og unngå unødig menneskelig lidelse. Anslagsvis 40% av for tidlige dødsfall kan forebygges ved å følge anbefalinger i forhold til kosthold og fysisk aktivitet.

Anbefalinger fra overordnet hold gir imidlertid holdepunkter for å hevde at tiltak kun innen helsetjenesten ikke er tilstrekkelig for å møte de store framtidige utfordringene innen folkehelse. For å kunne påvirke faktorer som bidrar til ulikheter i helseutvikling ut fra sosioøkonomiske forhold trengs andre virkemidler. Det vises til at arbeidet med folkehelsen må forankres tverrsektorielt i samfunnsplanlegging (Folkehelsemeldinga) og at mer forskning (konsekvensanalyse/utredninger) på området må til. Samtidig må overordnede politiske grep/incitament legge føringer for den videre innsatsen i dette arbeidet.

Arbeidet med folkehelse er sammensatt. Mange aktører har en viktig rolle som potensielle bidragsytere til en bedre folkehelse. For å lykkes med dette arbeidet, må en få til en samhandling på tvers mellom disse aktørene, - mellom forvaltningsnivåer, kommuner, sykehus, NAV, frivillige lag og foreninger og den enkelte.

1.2 Mål og retning for planarbeidet

Det overordnede målet for folkehelsesatsingen er flere leveår med god fysisk og psykisk helse for alle innbyggere i Gausdal. Å skape arenaer/møteplasser der livskvalitet, aktivitet og trivsel inngår (både for utsatte grupper og andre) vil være sentralt for å lykkes med i arbeidet med å forbedre folkehelsen. Planen skal, ut fra helseutfordringene vi står overfor, angi retning for det videre arbeidet, utpeke prioriterte målgruppe, og innstasområder på kort og lang sikt. Organiseringen av det videre arbeidet med folkehelsen skal ha en tverrsektoriell og tverrfaglig orientering, med overordnet politisk og administrativ forankring i kommuneplanen. For å nå oppsatte mål er det nødvendig at alle gode krefter virker sammen, fra ulike forvaltningsnivåer til frivillig og privat sektor.

Når en skal lage en strategiplan for folkehelse, vil det være sentralt å utmeisle en beste strategi (framgangsmåte) for det videre folkehelsearbeidet for å nå oppsatte mål. Strategien bør anlegges ut fra helsetilstand generelt i befolkningen, helsekonsekvensanalyse og utfordringer innen folkehelsefeltet. En bør også ta til etterretning dokumenterte anbefalinger og erfaringer en har gjort seg til nå innen folkehelsearbeidet. Med dette menes at en må velge ut tiltak og målgrupper, ut fra hvem som har størst behov og gevinst av innsats, og tiltak som en erfaringsmessig vet virker godt i forhold til målgruppen.

I tillegg til målrettet satsing i forhold til noen utsatte grupper skal planen også ivareta det primærforebyggende perspektivet. Med dette menes at det skal tilrettelegges slik at alle har en mulighet til å delta i samfunnet, og finne gode møteplasser som fremmer aktivitet og trivsel.

Planen skal også si noe om hvordan det videre langsiktige arbeidet skal ansvars plasseres og kvalitetssikres i kommunen, både politisk, administrativt og tverrsektorielt. Ambisjonen er å forankre folkehelse i kommunens handlingsplaner, og sikre en mest mulig helhetlig innsats i alle samfunnssektorer. Planen bør ut fra dette forankres i det samfunnsdelen av kommuneplanen, som skal oppdateres i 2009.

Sist men ikke minst er målet at dette skal være en "aktiv" plan som settes ut i livet på ulike nivåer, - ikke en plan som ligger i en skuff. En utfordring blir da å organisere arbeidet med folkehelse videre tverrfaglig og tverrsektorielt (jmf. "Helse i Plan"), -og videreføre arbeidet på en slik måte at de ulike aktørene får en eierfølelse til planen.

2. OM FOLKEHELSE: STATUS OG UTFORDRINGER

Ansvarsforankring av folkehelse i lov, utredninger og forskrift:

I utredning NOU 1998:18 defineres folkehelsebegrepet som *”samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheten for ansvar, delaktighet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon”*.

Folkehelsearbeid defineres også som samfunnets innsats for å styrke faktorer som virker positivt på folkehelsen og svekke faktorer som medfører helserisiko (Nasjonal helseplan, 2007-2010).

Lov om helsetjenesten i kommunene definerer også samfunnets ansvar for forebyggende tiltak: *”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forbygge sykdom, skade og lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme egen trivsel, sunnhet og folkehelse”* (Lov om helsetjenesten i kommunene /helsetjenestenes formål § 1-2).

2.1. Status og forankring av folkehelseprogrammet

Folkehelse som innsatsområde ble aktualisert med Folkehelsemeldingen (2002-2003). Bakgrunnen for meldingen var at en så at nye utviklingstrekk i samfunnet var i ferd med å gi nye helseutfordringer. Målet i meldingen var et sunnere Norge gjennom en politikk som bidrar til:

- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet
- Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn

Et sentralt punkt i folkehelsemeldingen er at helsetjenesten bør vektlegge forebyggende strategi i større grad, - forbygge mer og reparere mindre. I Folkehelsemeldingen sies det at regjeringen vil legge føringer for folkehelsearbeidet slik at det som i dag er ekstraordinært og tilfeldig, framover blir noe som har forankring i de ordinære politiske og administrative prosessene. Folkehelsearbeidet skal gi rom for ildsjelene, men ikke være avhengig av dem. Det skal bevege seg fra det prosjektbaserte til det integrerte. En viktig strategi for å oppnå dette, er etableringen av partnerskapsmodellen i folkehelsearbeidet. Partnerskapsmodellen for folkehelse introduserer et samhandling mellom stat, fylkeskommuner og kommuner, i samarbeid med næringsliv, frivillige organisasjoner og forskningsmiljøer i Norge.

Folkehelsemeldingen presiserer at arbeidet med folkehelse må forankres lokalt, der folk bor. Det overbyggende ansvar for programmet på nasjonalt plan ligger i sosial- og helsedepartementet. Både det helsefremmende perspektivet (vektlegging av tiltak som fremmer helse), det forebyggende perspektivet (tiltak som forebygger/hindrer sykdomsutvikling) og det tverrfaglige perspektivet er ivaretatt i målsetningene for arbeidet med folkehelseprogrammet.

Sentrale føringer i folkehelseprogrammet (Partnerskapsmodellen):

- Utvikle et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og sunn livsstil
- Fremme trygghet og medvirkning for den enkelte og gode oppvekstvilkår for barn og ungdom
- Forebygge sykdom og skader

På nasjonalt nivå blir det pekt på tre ulike nivåer for forebyggende tiltak:

- Primæreforebygging (tiltak som når alle) : - gang og sykkelveier, frukt og grønt i skolen
- Sekundæreforebygging (tiltak utsatte grupper): - inntektssikring, grønn resept
- Tertiæreforebygging (tiltak ift den enkelte) : - behandling hos lege eller fysioterapeut

Regionalt ansvar for folkehelsearbeidet er delegert til fylkeskommunene. Oppland er et av fire fylker i Norge som har vært piloter i forhold til folkehelsesatsing (de andre er Vest-Agder, Buskerud og Nordland), dette i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet. I Oppland har fylkekommunen i samarbeid med kommunene initiert ulike forebyggende modeller, blant annet FYSAK og trening på resept (fysiotek-modellen). Fylkeskommunen kan sees på som en initiativtager, pådriver og veileder i folkehelsearbeidet, og det kan søkes om midler til tiltak.

Fylkeskommunen er kun et forvaltningsnivå, slik at tiltakene blir må utvikles i den enkelte kommune, – der folk bor. Gausdal har siden 2004 vært en av kommunene i Oppland som, i samarbeid med fylkekommunen, har satset målrettet på forebyggende og helsefremmende arbeid (spesielt gjelder dette forebyggende tiltak i forhold til barn og unge).

Framdrift i Partnerskap i folkehelse i Gausdal:

- Gausdal ble FYSAK-kommune i 2004: 20% stilling primært koblet til barn og unge
- FYSAK utvidet også til å omhandle voksne og eldre i 2005
- Partnerskapsavtale med Fylkesmannen i Oppland ift folkehelse undertegnet i 2006
- Oppstart fysiotek (trening på resept) 2006: 20% stilling fysioterar

Det å bli folkehelsekommune forplikter. I partnerskapsavtalen påpekes det at vi som kommune forplikter oss til å utvide perspektivet utover FYSAK (fysisk aktivitet) til å ha et en mer helhetlig fokus på folkehelsen. Fokusområder innen folkehelsesatsingen er:

- *Kosthold og ernæring*
- *Tobakksforebyggende arbeid*
- *Arbeidsmiljø / helsefremmende arbeidsplasser*
- *Rusforebyggende arbeid*
- *Skadeforebyggende arbeid / miljørettet helsevern*
- *Helsefremmende skoler*
- *Psykisk helse*

Gausdal har satset på følgende tiltak innen folkehelseprogrammet:

- **FYSAK:** Satsing på tiltak i forhold til fysisk aktivitet, primært i forhold til barn og unge (fra 2004). FYSAK-koordinator ansvarlig sammen med berørte instanser.
- **Fysiotek:** Arbeidsmodell for å nå utsatte grupper. Fysioteket (ved fysioterar) er mottakssentral i forhold til brukere som har fått grønn resept utskrevet av sin fastelege. De som kommer til fysioteket har stort sett aldri trent tidligere. På fysioteket er helsesamtalen (motivasjonssamtale) verktøyet som brukes i starten. Målet er å medvirke til livsstilsendring for den enkelte. Ikke med bruk av pekefinger, men ved bruk av veiledning, helseopplysning myndiggjøring, - som gjør den enkelte i stand til å ta ansvar for egen helse. Det er viktig å være klar over at små endringer i livsstil kan ha store positive effekter på helsen. Det er de med dårligst helse som ofte har den største helsegevinsten ved livsstilsendring.
- **Friskus** i 2006: Primærforebyggende tiltak tilnyttet barn og unge: Dette er et tverrfaglig prosjekt som går på helseopplysning i forhold til kosthold, fysisk aktivitet og tannhelse. Målgruppe er barn i skole / barnehage. Prosjekt som driftes av helsestasjonen og fysioterapeut for barn og unge.

Gausdal kommune har altså vært Fysak-kommune siden 2004, og har gjort mye bra innsats på området, spesielt i forhold til FYSAK for barn og unge. Det er naturlig at kommunens folkehelsesatsing bygger videre på de tiltak og det engasjement som er etablert, men utvides til å gjelde flere befolkningsgrupper og samordner og koordinerer innsatsen bedre. For å kunne satse mest mulig målrettet i det videre arbeidet med folkehelsen, er det viktig at en har gjort seg noen vurderinger om

hvordan dette kan gjøres mest hensiktsmessig og treffsikkert, hvilken økonomisk og annen resurstilgang som finnes, og trengs.

2.2. Føringer i folkehelsepolitikken

Folkehelsearbeid har hittil hovedsakelig vært knyttet til en/ flere enkelttiltak i helsetjenesten. Helsetjenesten kan kun avhjelpe en liten del av folks helseproblemer. Mest betydning og størst ansvar for egen helse har hvert enkelt individ, og samfunnet som helhet. Folkehelsearbeid er å bedre folks evne til å ivareta egen helse. Det er individets ansvar å påvirke egen helse, men samfunnets ansvar å gjøre de sunne valg til enkle valg. Kommunene har her et hovedansvar etter kommunehelsetjenesteloven, men problemstillingen er likevel så sammensatte at det må forutsettes et bredt offentlig samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer i samarbeid med frivillige organisasjoner og andre private (jmf føringer i Folkehelsemeldingen).

Fysisk og psykisk helse er ofte tett sammenkoblet, og levevaner og levekår kan påvirke helsen på ulike måter. St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen) setter søkelyset på faktorene som påvirker folkehelsen og legger strategier og målsetninger for folkehelsearbeidet det neste tiåret.

Når en skal velge tiltak som påvirker folkehelsen, har Gausdal kommune, slik som mange andre kommuner, konsentrert sin innsats innen folkehelsearbeidet på oppbygging av tiltak og metoder innen helsesektoren. Imidlertid understrekes det fra forskningshold at mange av faktorer som påvirker helsen befinner seg i flere samfunnssektorer, og beslutninger som har innvirkning på folks helse tas ofte utenfor helsesektoren. Ut fra et slikt perspektiv understrekes betydningen av at tiltakene innen folkehelsearbeidet har en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Folkehelsemeldingen omtaler samfunnsplanlegging som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet, og lanserer en rekke tiltak i forhold til å forankre dette arbeidet på en måte som sikrer kontinuitet og helhet.

Aktuelle tiltak i Folkehelsemeldingen / vekting på samfunnsplanlegging:

- Tydeliggjøre planregelverk, slik at helseaspekter blir synliggjort i kommunale planer
- Utvikle helsekonsekvensutredninger som verktøy for planlegging
- Utvikle helseprofiler som verktøy for planlegging av tjenester og forebyggingsaktiviteter
- Stimulere til utvikling av regionale og lokale partnerskap for folkehelse (samarbeid mellom fylker og kommuner)
- Bygge opp plan og prosesskompetanse i helsesektoren
- Helsetiltak inn i samfunnsplanleggingen / med spes. vekt på Plan- og bygningsloven

I oppfølging av St. Melding 16 / Folkehelsemeldingen: "Helse i Plan" (2005): "Plan- og bygningsloven som virkemiddel i folkehelsearbeidet" presiseres det at all kommunal sektorplanlegging bør skje innenfor rammen av kommuneplanens samfunnsdel.

Forslaget om å forankre folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel bygger på erkjennelse om at sammensatte samfunnsutfordringer som blant annet helse- og sosiale forhold, ofte er påvirket av faktorer som befinner seg i andre samfunnssektorer. Samfunnsdelen blir dermed et sentralt virkemiddel for tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak.

2.3. Helsetilstand / levekårsindeks

Folkehelsemeldingen anbefaler også at kommunene utvikler helseprofiler som verktøy for planlegging av tjenester og forebyggingsaktiviteter. Dette anbefales ut fra en vurdering om at ulike kommuner har ulike helseprofiler, - ulike utfordringer i helsetilstanden til innbyggerne. Ut fra helsetilstand og helseutfordringer i den enkelte kommune, må riktig strategi (forebyggende og helsefremmende tiltak) velges, for å møte disse folkehelseutfordringene.

I dette plandokumentet har en valgt å gjøre en helseprofil for kommunen ut fra kommunes levekårsindeks. Det finnes også andre måter å innhente informasjon om innbyggernes helse, blant annet kan selvopplevd helse måles gjennom brukerundersøkelser. I Gausdal har vi gjort flere slike brukerundersøkelser med relativt oppløftende resultat (god brukerfornøydhhet), men svarprosenten har ofte vært svært lav, slik at det kan være noe usikkerhet knyttet til påliteligheten av disse svarene.

Når det gjelder levekårsindeks, beregnes denne ved at en for hver indikator i indeksen har rangert kommunene i 10 like store grupper. Verdien 1 innebærer at kommunen tilhører de 10 prosent med lavest verdi på indikatoren, mens verdien 10 innebærer at kommune tilhører de 10 prosent med høyest verdi på indikatoren. Jo høyere verdi, jo flere levekårsproblemer sammenlignet med andre kommuner.

Utdanningsnivå er ofte fremholdt som en god indikator på materielle levekår, og dette er derfor tatt inn for å supplere det bildet som indeksen gir. Utdanningsnivået er imidlertid ikke regnet inn i indeksen.

Indeksens formål er å belyse forskjeller mellom kommuner i utbredelsen av sosiale problemer. En bredere anlagt indeks ville gitt mer relevante holdepunkter for hvordan gjennomsnittsborgerens levekår varierer mellom ulike kommuner og bydeler. Men en slik utvidet indeks ville i mindre grad være egnet til å belyse problemskapende forhold i kommunene.

Indeksens sier altså ikke noe "kvalitativt" om levekår, kun om det relative forholdet mellom kommuner. Levekårsindeksen gir et bilde av noen begrensede sosiale forhold, men den gir ikke noen informasjon om hvor det er godt å vokse opp, kvalitet og omfang av kommunale tjenestetilbud/eller opplevelse av egen livskvalitet. Generelt kan det sies at gode levekår er bra for helsen, men det er ikke det samme som god folkehelse.

Som en indikasjon på geografiske forskjeller i sosiale problemer må indeksen tolkes med stor forsiktighet. I indeksen er alle problemene (delindekser) tillagt samme betydning (vekt), mens for mange enkeltpersoner så representerer arbeidsledighet det største levekårsproblemet.

Mer utfyllende kommentarer om levekårsindeksen finnes i Samfunnsspeilet 6/99, SSB.

Tabell 1 Indeks for levekårsproblemer og delindekser for enkeltindikatorer (Tabell 4 fra Hjulet)

Kommune	Indeks 2000	Indeks 2007	Sosialhjelp	Dødelighet	Uføretrygd	Attf. - penger	Arbeidsledige	Overg. - stønad	Lav utdanning
			<i>Delindekser 2007</i>						
0522 Gausdal	4,3	3,8	3	5	4	2	6	3	5
0501 Lillehammer	4,6	4,3	5	4	4	3	5	5	2
0521 Øyer	4,9	4,3	7	4	3	4	4	4	6
0519 Sør-Fron	5,0	4,0	6	3	1	6	6	2	4
0529 Vestre Toten	7,0	7,3	8	9	9	7	3	8	5
0220 Asker	2,4	2,3	3	2	2	2	3	2	2
Hele landet	5,5	5,4	5,4	5,5	5,8	5,3	5,2	5,6	5,9

De mål eller indikatorer som inngår i tabellen:

Indeks 2000 og 2007: I kolonne 2 og 3 vises indekstallene fra tilsvarende undersøkelse i 2000 og 2007.

I påfølgende kolonner vises delindekser fra 2007:

- Sosialhjelpstilfeller 16 år og over per 100 innbyggere 16 år og over. 2006.
- Dødelighet i alt per 100 000 innbyggere. Årsgjennomsnitt 2001-2005. Alders- og kjønnsstandardiserte tall.
- Uførepensjonister 16-49 år per 31. desember 2006 per 1 000 innbyggere 16-49 år.
- Attføringspengetilfeller. Attføringspenger i løpet av 2006 per 1 000 innbyggere 16-66 år.
- Registrert arbeidsledige og deltakere på arbeidsmarkedstiltak per 100 innbyggere 25-66 år. november 2006.
- Overgangsstønad. Mottakere i alt per 100 kvinner 20-39 år per 31. desember 2006. Lav utdanning.
- Andel med barne- og ungdomsskolenivå som høyeste fullførte utdanning i aldersgruppen 30-39 år pr 1. oktober 2005 (inngår ikke i indeksen).

Voldskriminalitet var tidligere en del av indeks for levekårsproblemer, men er tatt vekk på grunn av endrede statistikkmuligheter. Dette fører til et brudd i verdien på indeksen mellom 2006 og 2007.

Tolkning av tabell 1/levetår i Gausdal:

Ut fra det fylkeskommunale handlingsprogrammet er det en målsetning at tiltakene innen folkehelseprogrammet skal bidra til å utjevne sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Fra forskningen er det dokumentert at marginaliserte grupper med lav utdanning og inntekt i større grad synes å utvikle helseplager/livsstil sykdommer. Selv om levekårsindeksen skal tolkes med forsiktighet, kan det ikke underslås at indeksen gir et bilde av en viktig side av velferdssituasjonen i kommunene.

Gausdal sin gjennomsnittlige levekårsindeks har vært synkende i perioden fra 2000 til 2007, og dette må betegnes som en positiv utvikling. Gausdal sin gjennomsnittsindeks for 2007 er også litt lavere enn landsgjennomsnittet, og omtrent likt (litt lavere) sammenlignet med kommuner i regionen det er

naturlig å sammenligne seg med (Øyer, Sør-Fron). Dette kan si noe om at levekårene er noenlunde like i disse kommunene, som alle har litt bedre levekår enn landsgjennomsnittet. Imidlertid ligger Gausdal over landsgjennomsnittet i arbeidsledighet (høyest i gruppen), og indeksen for lavt utdannede er også relativt høy (5). Dette kan være en indikasjon på noen grupperinger kan ha en mer ujevn/dårligere tilgang på velferd og økonomisk trygghet enn andre, og dermed lettere kan utvikle sykdom og dårlig helse.

Kommuner som Asker og Lillehammer, som har en langt lavere indeks på utdanningsnivå (2), viser også til langt bedre resultater i skolen enn Øyer og Gausdal. Dette kan ha sammenheng med at foreldrene har høyere utdanningsnivå, og dermed tillegger skole og utdanning større viktighet. Likeledes kan disse foreldrene være mer oppdatert og opptatt av helse og helseopplysning, - noe som kan medvirke til å prege barna i forhold til dette. I den grad en slik input mangler i Gausdal, vil det være av stor viktighet at oppvekstmiljøene legger inn primærforebyggende helsetiltak, og at dette også omfatter helseopplysning.

2.4. Psykisk helse

En bedret psykisk helse er et nasjonalt satsingsområde. I de siste ti-år er det registrert en økning i forekomsten av psykiske vansker og psykiske lidelser på landsbasis. Ut fra kjennskap til lokale forhold er det ikke grunn til å tro at dette er annerledes i vår kommune.

Når det gjelder psykisk helse i et folkehelseperspektiv, vil fokus være på forebygging av den generelle psykiske helsen og ikke behandling av de mer alvorlige psykiske problemer. Psykisk helse har nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø. Angst og depresjoner kan være direkte betinget av sosiale forhold innen familie, arbeidsliv, nærmiljø eller livshendelser. Familiepolitikk og barns oppvekstvilkår, skolepolitikk, sysselsettingspolitikk, bolig-, trygde- og sosialpolitikk og rusmiddelpolitikk vil kunne forebygge psykiske problemer/psykiske lidelser.

En rekke internasjonale studier har vist at det er en sammenheng mellom graden av sosial integrasjon i et lokalsamfunn og forekomsten av psykiske lidelser. Sosial integrasjon kan være knyttet til arbeidsledighet, økonomiske problemer eller stor grad av utflytting. Verken sosialt nettverk eller negative livshendelser har hver for seg noen klar effekt på utviklingen av psykiske lidelser. Det er særlig kombinasjonen av dårlig sosialt nettverk og forholdsvis mange negative livshendelser som kan gi nye, eller økende grad av psykiske problemer.

Gausdal er ingen bykommune/drabantbykommune, men en rural kommune med primærnæringspreg. Mange opplever å ha familie og et godt nettverk omkring seg. Imidlertid er det også slik her, at en har en viss utfordring i utsatte grupper, så som flyktninger, eldre, enslige, arbeidsledige og uføretrygdete. Disse gruppene har et mer sosialt sårbart nettverk enn andre, og er dermed mer utsatt for psykiske problemer. En utfordring er å skape møteplasser og tiltak for å styrke det sosiale nettverket til disse gruppene.

Media rapporterer om store frafall i videregående utdanning. Hver tredje ungdom som gikk ut av 10.klasse på Østlandet våren 2002, strøk eller sluttet før de var ferdige med videregående skole (Utdanningsdirektoratet, 2008). Sosial bakgrunn, kjønn og karakterer fra grunnskolen er årsaker til at så mange faller ut av videregående skole. Mange av som faller ut av videregående skole, har vært tapere i sitt møte med skolen fra tidlige klassetrinn, og tilrettelagt undervisning mangler. Det er dokumentert at problemer i selve skolesituasjonen bidrar til økt stress og psykiske helseproblemer. Faglige skoleproblemer, lav skoletrivsel og angst for fremtiden kan gi psykiske problemer. Flere undersøkelser viser også at mennesker med lite utdanning er mer utsatt for psykiske lidelser enn andre. Derfor er gode

oppvekstvilkår og en skolehverdag som legges til rette for individuell læring og utvikling av sosiale og faglige ferdigheter, av stor forbyggende betydning, både i forhold til å falle ut av yrkeslivet, og unngå utvikling av psykiske helseproblemer.

2.5. Helse - konsekvensutredning

Fordi svært mange faktorer som påvirker helsen befinner seg utenfor rekkevidden til helsesektoren selv, må helse synliggjøres og ivaretas også i andre sektorer. Til dette trenger en et sektorovergripende verktøy. Konsekvensutredninger (KU) er et slikt verktøy. Det kan gi systematisk oversikt over hvilke konsekvenser forskjellige beslutninger har for hele eller deler av befolkningen. En konsekvensutredning angir ikke løsningen, men bidrar til et bedre opplyst beslutningsgrunnlag. Konsekvensutredninger innebærer å vurdere forhold som virker inn på helsen, som for eksempel:

- Livsstil (ernæring, tobakk, alkohol, fysisk aktivitet etc.)
- Sosioøkonomiske faktorer (ulikhet, tilgang til helsetjenester, arbeidsmarked, fattigdom, sosial inkludering etc.)
- Miljøfaktorer (forurensning, støy, ulykker, sosiale møteplasser, tilgang til friluftsområder, naturkontakt og andre fysiske, kjemiske, biologiske eller sosiale faktorer).

En kan også se på virkninger for spesielle grupper i befolkningen som måtte bli berørt (sårbare grupper, spesielle aldersgrupper, kjønn). En konsekvensutredning kan derfor hjelpe oss til å forutse om en beslutning vil føre til økte ulikheter i helse eller ikke.

Å utrede helsekonsekvenser betyr ikke at helse er et mål som overskygger alle andre samfunnsmessige mål. Helse må veies opp mot andre samfunnshensyn.

Helsekonsekvensutredninger er derfor et middel til å sikre at helse legges på vektskålen når hensyn skal balanseres.

Per dato knyttes nye retningslinjer om konsekvensutredninger av planer etter *plan- og bygingsloven*. Det vil også omfatte helsemessige forhold.

2.6. Oppsummering – utfordringer

Livsstil som helserisiko:

I Norge står vi overfor store utfordringer når det gjelder livsstil og helse. Det fysiske aktivitetsnivået hos befolkningen er redusert, nordmenn røyker fortsatt mye, og det er stort forbedringspotensial nå det gjelder kosthold. Utviklingen på 1990-tallet viser at tilbakegangen i røyking har stoppet opp, mens fedme har tiltatt, og at forbruket av alkohol og andre rusmidler har økt. Dersom vi skal klare å forbedre folkehelsen, må vi få til en endring i retning av sunnere livsstil. Siden det er de med lavest utdanning og inntekt som har en livsstil med høyest risiko for sykdom, er det spesielt viktig å nå fram til denne gruppen.

Psykisk helse:

Psykiske helseproblemer og psykiske lidelser er i ferd med å bli den store helseutfordringen både i Norge og andre vestlige land. I Europa er 20% av den samlede belastningen ved uførhet og for tidlig død forårsaket av psykiske lidelser. Selvmord er en av de tre viktigste årsakene til død i aldersgruppen 15 til 34 år. Psykiske lidelser er et stort folkehelseproblem fordi det har stor innvirkning på situasjonen til enkeltindividet, familier og lokalmiljø. I tillegg til lidelsene som sykdommene påfører enkeltindividet, fører sykdommene også til problemer med yrkesdeltakelse og deltakelse i fritidsaktiviteter.

Også i forhold til denne målgruppen vil tidlig innsats og vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak være gode grep for å bedre helsen og forebygge videre utvikling av psykisk sykdom. I dag vet en at helsefremmende tiltak (lavterskel/fysisk aktivitet) gir dokumenterte resultater i forhold til bedre helseopplevelse for målgruppen. Her må vi gjøre mer av det vi vet virker. Gruppen med lav utdannelse er mer sårbar og dermed mer utsatt for å utvikle psykiske vansker/psykiske lidelser, slik at denne gruppen blir svært viktig å nå i det videre arbeidet.

Fokus på forebygging og helsefremmende tiltak:

For å forebygge risiko for sykdom effektivt, vil en ha et behov for helseovervåkning og økt forskning innenfor fagområdet folkehelse. Å kartlegge faktorer som påvirker helsen, og utrede effekten av ulike forebyggende tiltak for å redusere uheldige konsekvenser for helsen vil være sentralt i årene framover.

Forebyggende og helsefremmende arbeid ser en ofte ikke resultatet av etter kort tid. Det er viktig at dette arbeidet har en sikret kontinuitet, og at engasjementet har en varig og systematisk karakter. I dag gjenstår det også en god del i forhold til at helsehensyn er ivaretatt /integret i andre deler av samfunnssektoren.

Helsetjenestens rolle i det forebyggende arbeidet har så langt vært lite vektlagt i folkehelsepolitikken. Tradisjonelt har helsetjenesten sin hovedinnsats vært rettet mot akuttmedisin (behandling av allerede oppstått sykdom), noe som i dag er svært resurskrevende fordi forventningene og utfordringene i akuttmedisinen er enorme. Det er likevel gode grunner til å hevde at det lønner seg for alle å forebygge mer og reparere mindre. Og det er avgjort et potensial for sterkere satsing på forebyggende virksomhet i helsetjenestene. For å styrke helsetjenestens engasjement er det ikke minst viktig å gjøre noe med incentivene slik at tjenesten får nødvendige stimulanser til forebyggende innsats.

2.7. Folkehelse i andre planer/styringsdokumenter

Psykiatriplan for Gausdal kommune er nylig revidert, og kommunens ambisjoner og mål for den psykiske helsen er nærmere beskrevet der. Likeledes beskriver andre planer innen helsesektoren mål og tiltak for de ulike tjenestene innen kommunen. Eksempler på slike planer:

- Overordnet plan for Pleie- og omsorgstjenesten/demensplan
- Boligsosial handlingsplan
- Rehabiliteringsplan
- Habiliteringsplan
- Handlingsplan FYSAK
- Rus-/psykiatriplan

Det er sentralt at disse planene sees i sammenheng med kommunens generelle arbeid med folkehelse.

Når det gjelder handlingsplandokument/styringsverktøy for kommunen (styringskort), så inngår folkehelse i det overordnede styringskortet til kommunen for 2008 (perioden 2008-2011). Dette har konsekvenser for både handlingsplaner og prestasjonsplanene til den enkelte enhet. Folkehelse skal være et satsingsområde i alle kommunes enheter, og dermed være et gjennomgående satsingsområde for vår organisasjon.

3. MÅL OG STRATEGIER

Mål, delmål og strategier i planperioden 2009-2012:

Mål	Delmål	Strategier
<p>Formålet med folkehelsearbeidet i Gausdal er å bidra til at helsefremmende og forebyggende arbeid gir positive resultater for den enkelte og samfunnet:</p> <p>Flere leveår med god fysisk og psykisk helse for alle</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fremme en helhetstenkning der forebyggende og helsefremmende strategier og aktiviteter er med i all planlegging 2. Skape grunnlag for samarbeid på tvers av sektorer og nivåer 3. Utvikle praktiske metoder for folkehelsearbeidet 4. Mobilisere nærmiljøet til innsats 5. Bygge opp kunnskap 6. Dokumentere effekten av innsatsen 	<p>Trygghet</p> <p>Helse- og skadeforebyggende innsats bedrer livskvaliteten til befolkningen og reduserer skade på grunn av ulykker.</p> <p>Sunnhet</p> <p>Innsats for at positive levevaner, reduksjon av helseskadelige forhold og styrking av forebyggende innsats minsker risikoen for livsstils- og inneklimesykdommer, belastningslidelser og psykososiale problemer.</p> <p>Levende og aktivt lokalmiljø</p> <p>Stimulere til aktive og levende lokalsamfunn, der helse, miljø og kultur ses i sammenheng.</p>

Delmål: Hovedoppgaver i planperioden 2009-2012

<p>1. Fremme en helhetstenkning der forebyggende og helsefremmende strategier og aktiviteter er med i all planlegging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til at folkehelsearbeidet sikres en plass i kommune-, økonomi-, budsjett-, og virksomhetsplaner (inkludert arealplanlegging), og i evaluering av dette planarbeidet • Gi innspill til fylkesplanarbeidet/følge opp regional partnerskapsavtale • Ivareta utsatte grupper/medvirke til likeverdige levekår i planlegging • Etablere lokal koordinatorkfunksjon

2. Videreutvikle grunnlaget for samarbeid på tvers av sektorer og nivåer

- Etablere og videreutvikle styrings- og arbeidsgrupper (med tverrfaglig / tverrsektorielt preg) som skal ivareta det videre arbeidet innen folkehelsearbeidet iht. plan
- Sikre at lokale grupper blir en møteplass mellom offentlige instanser og frivillige organisasjoner
- Støtte aktiviteter som bidrar til økt forståelse for nødvendigheten av forebyggende og helsefremmende arbeid
- Styrking av det lokale arbeidet rettet mot kosthold, tobakksforebygging, psykisk helse/rus, miljørettet helsevern, fysisk aktivitet osv.

3. Utvikle og etterprøve praktiske metoder i folkehelsearbeidet

- Videreutvikle fysiotekmodellen / trening på resept
- Utdanne treningskontakter
- Følge opp videreutvikle handlingsplan FYSAK (fysisk aktivitet i skolen)
- FYSAK inn i SFO

4. Mobilisere nærmiljøene til innsats

- Gi støtte til søknadsprosedyre prosjektmidler / bidra til videreutvikling av lag og foreninger i forhold til folkehelseiltak
- Legge til rette for at infrastruktur, arealer og lokaler har universell tilrettelegging, slik at tilgjengelig for alle er sikret
- Økonomisk støtte til idrettslag som starter opp med tiltak (og tiltak mot utsatte grupper) som bidrar til å fremme folkehelsen

5. Bygge opp kunnskap

- Seminar om folkehelse for politikere og ledere i kommunen
- Seminar om folkehelse for frivillig sektor

6. Dokumentere effekten av innsatsen

- Dokumentere innsats fysiotek (antall som fortsetter og framgang)
- Antall lokale partnerskap og hvor mange som deltar i disse tiltakene
- Brukerundersøkelser

Strategier i planperioden 2009-2012:

Trygghet	<ul style="list-style-type: none">• Innbyggerne skal oppleve økonomisk og sosial trygghet• Fokuserer på at det fysiske nærmiljøet ved boliger, skoler og barnehager er tilrettelagt for fysisk aktivitet og deltakelse• Sikre trafiksikkerhet og trygge forhold for myke trafikanter• Innarbeide nasjonale føringer for fysisk tilgjengelighet (universell utforming) ved utforming av bygninger, uteareal og kommunikasjons hjelpemidler for å sikre tilgjengelighet for alle• Utforme de fysiske omgivelsene slik at de er trygge og trivelige
----------	--

<p>Sunnhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rekruttere og motivere barn og unge, eldre og særskilt inaktive grupper til fysisk aktivitet • Videreføre arbeidet med FYSAK og fysiotek • Tilrettelegging av stier, veier, lysløyper og turtraseer, nærfriluftsområder og anlegg for fysisk aktivitet for alle brukergrupper • Sikre valgmuligheter i mangfoldet av aktiviteter både i skole og fritid • Motivere ungdom til å fortsette med fysisk aktivitet • Forankre et sunt kosthold i skolen, i offentlig virksomhet/institusjoner og i tjenestetilbud til risikogrupper • Alle skoler i Gausdal skal være røykfrie (ute og inne) • Tilgang til svømmebasseng ved alle skoler • Gjøre elever bedre i stand til å ta vare på sin egne psykiske helse, og informere om hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske vansker/psykisk lidelse/helsestasjon for ungdom etableres • Gjennomføre rusforebyggende tiltak i skole og fritid • Videreføre og utvikle tiltak mot mobbing, rus og uønsket atferd/sikre trivsel i skolehverdagen for alle • Bidra til at det skapes arbeidsplasser med godt arbeidsmiljø/helsefremmende arbeidsplasser
<p>Levende og aktive lokalmiljøer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Skape møteplasser for deltakelse og fellesskap i nærmiljøene og lokalsamfunn • Etablere ungdommens hus/ungdomsklubb som sosial møteplass for ungdom med allsidig aktivitetstilbud • Legge til rette for at det frivillige kulturtilbudet kan utvikle seg og styrke lokalmiljøet • Sikre at planlegging, bygging og investeringer virker inkluderende, og blir tilgjengelig for alle • Styrke og utvikle samhandling mellom kommunen og frivillig sektor i folkehelsearbeidet (flere lokale partnerskapsavtaler)

3.1. Prioriterte innstasjonsområder/målgrupper

Som tidligere nevnt skal aktivitetene i folkehelseprogrammet (tiltak knyttet til partnerskapsavtalen) videreføres og videreutvikles i vår kommune i henhold til det en har forpliktet seg til partnerskapsavtalen. I tillegg bør en velge noen prioriterte utfordringsområder som innsatsområder for folkehelsearbeid i framtiden. Dette også ut fra de utfordringer som en ser at befolkningen står overfor i forhold til dagens helsetilstand. Det blir da viktig å prioritere noen innstasjonsområder og målgrupper:

Følgende satsingsområder skal ha hovedprioritet de neste årene:

- Helsefremmende tiltak: Fysisk aktivitet (FYSAK, fysiotek osv.)
- Helsefremmende tiltak som en integrert del i et sammensatt opplegg knyttet til kvalifiseringsprogrammet for unge 16-22 år
- Forebyggende tiltak: Ernæring (primær- og sekundærforebyggende tiltak, helseopplysning, frukt og grønt til alle i skolen)
- Forebyggende tiltak i forhold til psykisk helse i skole/ungdomstrinnet: Bruk av anbefalt verktøy / undervisningsopplegg for alle i ungdomsskolen (primærforebyggende tiltak)
- Helse i planlegging (helseperspektivet tas inn i kommunes handlingsplan, samfunnsdelen)

Det forutsettes at en i det videre arbeidet med folkehelsen i Gausdal har spesielt fokus på målgruppen barn og unge som første prioritet, da med vekt på forebyggende tiltak (kostholds- og generell helseopplysning) og helsefremmende tiltak (fysisk aktivitet). Andre prioritet bør være utsatte grupper (yngre) voksne som av sosioøkonomiske årsaker står i fare for å utvikle helseplager. For denne målgruppen vil utvikling av lavterskeltilbud være av betydning.

3.2. Videre ansvar for framdrift

Som tidligere nevnt skal denne planen først og fremst utmeisle en retning og forankring for det videre folkehelsearbeidet i kommunen. Viktigheten av tverrfaglig forankring og ansvarliggjøring i kommunenes videre arbeid med folkehelse er allerede presisert. For å jobbe videre slik at føringene i denne planen munner ut i en mer konkret handlingsplan, forslås det at det opprettes et tverrfaglig arbeidslag, eller styringsgruppe for det videre folkehelsearbeidet. Dette skal være et tverrfaglig og tverrsektorielt sammensatt arbeidslag som jobber ut fra:

- Å utarbeide og iverksette konkrete handlingsplaner i tråd med føringene i denne strategiplanen
- Å bevisstgjøre tenkning og formidling av kunnskap om folkehelse, slik at dette arbeidet integreres i hele kommunens virksomhet
- Være pådrivere for at folkehelsearbeid innlemmes i kommuneplaner
- At arbeidslaget /styringsgruppen kan være tilretteleggings- og koordineringsinstans for folkehelsearbeid som utøves i oppvekstområder, teknisk-, kultur-, og helsesektor, og av frivillige organisasjoner
- At det stimuleres til iverksettelse av bedre dokumenterte tiltak (kunnskapsbasert forebyggende arbeid)

Representanter/sammensetning av arbeidslaget/styringsgruppen:

- Kommunelege I
- 1 representant for plan (samfunnsplanlegging/Helse i Plan)
- 1 representant for kultur og idrett (frivillig sektor)
- Koordinator psykisk helsearbeid
- Folkehelsekoordinator
- Enhetsleder barn og familie
- Enhetsleder rehabilitering

3.3. Økonomiske virkemidler

Det finne mye positivt engasjement for tenkningen rundt folkehelse i vår kommune. Kommunen har et tett samarbeid med lag og foreninger i forhold til satsing på fysisk aktivitet og mye bra arbeid blir gjort både i lag og foreninger og i kommunen. Men, når mange gode krefter skal dra og virke sammen, trengs noen som sitter ved roret og styrer prosesser. Spesielt når så mange instanser og sektorer jobber sammen i en type nybrottsarbeid, trengs det at noen ansvarliggjøres og følger opp overordnede føringer fra departement, fylkeskommune, planer og strategier. Derfor synes det som særlig viktig for å sikre god framdrift av dette arbeidet i planperioden at det settes av midler (i budsjett for 2009) til en koordinator for folkehelsearbeidet i kommunen. Med dette vil det videre arbeidet trygges og ansvarliggjøres på en god måte. Kommunen bør også sette av årlige driftsmidler til å stimulere til utvikling av ulike forbyggende og helsefremmende folkehelseiltak på ulike nivåer, både innen kommunal sektor og andre sektorer.

Økonomiske virkemidler i planperioden 2009 - 2012:

Tiltak	2010	2011	2012
Frukt og grønt i skolen	240 000	240 000	240 000
Styrking fysiotek med 20 % stilling	80 000	80 000	80 000
Etablere stilling folkehelsekoordinator 80%	500 000	500 000	500 000
Sum	820 000	820 000	820 000