



FREDRIKSTAD
KOMMUNE



Kommunedelplan for folkehelse 2015 – 2018 / 2026



Forord

Gjennom de siste tiårene har alle grupper i befolkningen fått bedre helse, og levealderen har økt. Likevel er det noen forhold som er bekymringsfulle; Vi ser en negativ utvikling på viktige folkehelseområder, som fysisk aktivitet, kost og annen helserelatert atferd. Videre er det store, og økende, sosiale forskjeller i helse. Lokalt ser vi at Fredrikstad ligger dårligere an enn landsgjennomsnittet på de fleste levekårs- og folkehelseparametere – det være seg utdanning, integrering, sysselsetting eller helse og trivsel. Disse utfordringene har menneskelige konsekvenser, men også konsekvenser for samfunnets økonomiske og sosiale bærekraft.

Men heldigvis kan folkehelsa forbedres. Helse og trivsel bestemmes i et samspill mellom individuelle faktorer og samfunnsstrukturer. Og veldig mange faktorer *kan* påvirkes i betydelig grad, blant annet via kommunale virkemidler. *Det* er den viktigste grunnen til å lage en folkehelseplan; en folkehelsepolitikk og en folkehelsestrategi for Fredrikstad kommune for å bedre befolkningens helse og trivsel.

I tillegg har vi offensive mål på folkehelseområdet i kommuneplanens samfunnsdel, som sammen med krav i ny folkehelselov og – forskrift, gjør det nødvendig å utvikle et bevisst og systematisk folkehelsearbeid.

Selv om vi har store folkehelseutfordringer i Fredrikstad, har vi også mange kvaliteter; i befolkning, frivillige lag og foreninger, i kommunale tjenester og ved naturgitte forhold. Dette er viktige forutsetninger og ressurser i utarbeidelsen av folkehelsestrategier og i folkehelsearbeidet.

Med folkehelseplanen ønsker vi å trygge kommuneorganisasjon og politikere i de valg og prioriteringer som gjøres, ved å angi en retning for politikken i form av en dreining mot mer forebygging og helsefremming. Foreliggende plan gjør dette ved å legge grunnlaget for en samkjøring av kunnskap og handling og ved å legge føringer for politikk og tjenesteutvikling gjennom strategiske valg, der målet er bedre folkehelse og en bærekraftig samfunnsutvikling.

Når seksjonene tar med seg de strategier som fremmes i folkehelseplanen i sitt videre plan- og budsjettarbeid, og dette får virke sammen med et godt koordinerende arbeid og alle de små og store tiltak som gjøres i Fredrikstadsamfunnet, har vi gode muligheter for å nærme oss målene i kommuneplanens samfunnsdel; bedre folkehelse og mindre sosiale ulikheter. Og vi fortsetter å gjøre dette også gjennom samarbeid med regionale, nasjonale og internasjonale folkehelsemiljø.

Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning.....	5
Bakgrunn	5
Folkehelseplanens status	5
Hovedintensjoner.....	6
Begrensninger	6
2. Definisjoner og grunnprinsipper	7
Noen sentrale definisjoner og begreper.....	7
Bakgrunn for valg av folkehelsestrategier.....	11
3. Lover og føringer	13
4. Helseoversikt for Fredrikstad kommune	15
4 A. Om helseoversikt	15
4 B. Oppsummert helseoversikt	17
4 C. Ressursoversikt - eksempler	27
5. Om utfordringsbilde, mål, strategier og tiltak.....	29
5 A. Tidlige leveår og utdanning.....	31
Utfordringsbilde.....	31
Mål og strategier	32
5 B. Levekår	33
Utfordringsbilde.....	33
Mål og strategier	34
5 C. Helserelatert atferd	35
Utfordringsbilde.....	35
Mål og strategier	36
5 D. Flere eldre.....	37
Utfordringsbilde.....	37
Mål og strategier	38
6. Helse i alt vi gjør - Organiseringen av det koordinerende folkehelsearbeidet	39
Kilder/kunnskapsgrunnlag	41
Vedlegg til planen.....	42

Sammendrag

Folkehelse i Fredrikstad er dårligere enn gjennomsnittet for landet. Vi har kortere levealder og vi har større sykdomsbyrde. Mye av forklaringen på det er at vi ligger dårligere an når det gjelder såkalte bakenforliggende faktorer, som utdanningsnivå, sysselsetting og helsevaner.

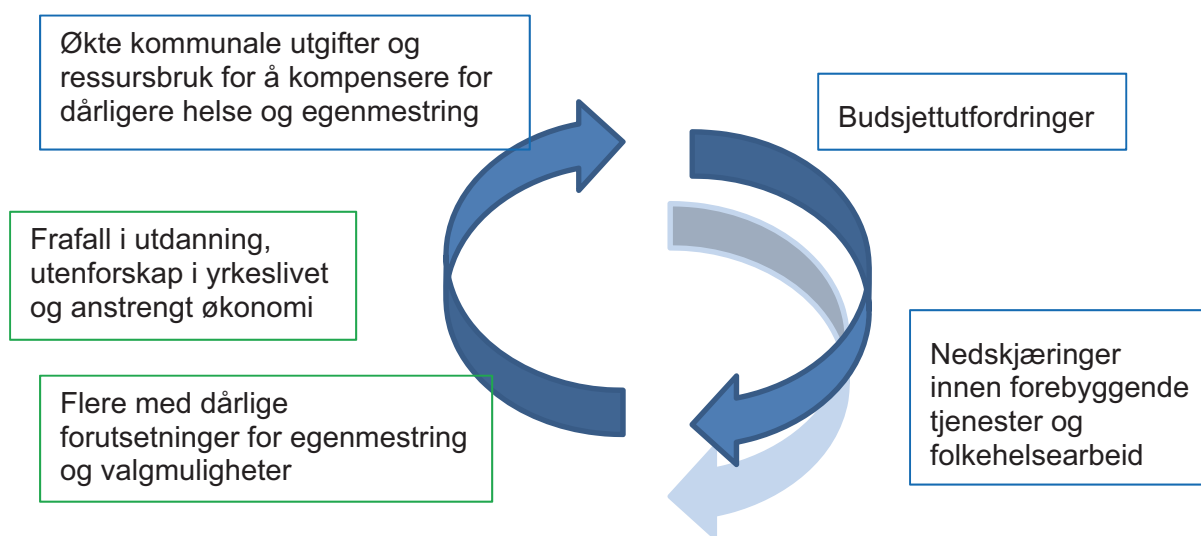
Sykdom, helseplager og mistrivsel er åpenbare menneskelige beveggrunner for økt forebyggende helseinnsats, men det finnes også økonomiske;

I størrelsesorden 51 millioner kroner per år bruker Fredrikstad kommune på å reparere følgene etter 190 hoftebrudd. I tillegg beslaglegges 35 ekstra langtids sykehjemsplasser.

Ett frafall i videregående skole med påfølgende utenforskap i yrkeslivet, koster samfunnet anslagsvis 11-14 millioner kroner i gjennomsnitt frem til pensjonsalder, hvis vi støtter oss på svenske beregninger. I Fredrikstad har vi omlag 250 elever per årskull som ikke gjennomfører videregående skole og anslagsvis 1/3 av disse er fortsatt uten utdanning og arbeid 5-10 år senere, med fare for varig yrkesinaktivitet.

Den kunnskapen vi har viser klart at det er lite bærekraftig å nedprioritere forebyggende folkehelsearbeid.

Fig. 1 Spiral av negative økonomiske konsekvenser ved å nedprioritere det forebyggende folkehelsearbeidet



Usunne valg, sykdom og plager er ikke tilfeldig fordelt i samfunnet. De fleste helsefaktorer kan fordeles fra minst gunstig til mest gunstig etter sosiale kjennetegn som utdanning, yrkesdeltakelse og økonomi. Dette er belyst for flere av faktorene som er å finne i planens helseoversikt. Men det finnes også positive faktorer å bygge videre på i Fredrikstad. Både kjennetegn ved naturen, de tilrettelegginger som gjøres for å fremme helse og trivsel, og kultur, befolkning, frivillige organisasjoner og kommuneorganisasjon innehar kvaliteter som er viktige ressurser i folkehelsearbeidet.

➔ Etter innledende kapitler er helseoversikten å finne i kapittel 4.

Ut fra helseoversikten, lokale erfaringer og folkehelsekunnskap tegner det seg fire hovedutfordringsområder for Fredrikstadsamfunnet;

- A. Tidlige leveår og utdanning
- B. Levekår
- C. Helserelatert atferd
- D. Flere eldre

Å sørge for at alle i Fredrikstad har et gunstig utgangspunkt for å klare seg godt gjennom livet, er grunnleggende for personlig og samfunnsmessig god utvikling. Ved å bidra til at alle har muligheter til utdanning, jobb og sunne helsevalg, bidrar vi med et grunnlag for helse, trivsel og samfunnsdeltakelse for alle. Å stimulere og støtte gode oppvekst- og utdanningsvilkår for alle barn i Fredrikstad, er den mest grunnleggende strategien for å nå det overordnede målet om bedre folkehelse og mindre sosiale forskjeller i kommunen vår.

Strategiene som skal være førende for folkehelsearbeidet i kommunen kommende periode er satt opp etter prinsippet om universelle strategier som treffer hele befolkningen, men med økt innsats for å nå de gruppene i samfunnet som trenger det mest (universelle tiltak dosert etter behov). En generell dreining av innsats mot mer forebygging og helsefremming i alle seksjoner, og en satsning på samarbeid, er også overordnede strategiske grep.

Konkrete tiltaksforslag omhandles ikke av planen, men i vedlegg følger en tabell med tiltaksforslag som er å betrakte som idéer og inspirasjon til hvordan kommunens fagseksjoner kan operasjonalisere strategiene. Disse har kommet frem i møte kommuneorganisasjonen, lag og foreninger, befolkningsmøter og i høringsinnspill.

→ Kapittel 5 omhandler utfordringsbilde, mål og strategier.

Hvordan vi organiserer folkehelsearbeidet i kommunen, i form av det oversiktsarbeid, tverrfaglige arbeid og den kunnskapsformidling som må løses på et annet nivå enn ute i hver enkelt seksjon, vil også være avgjørende for hvor godt vi lykkes med å nå målene.

→ Kapittel 6 tar for seg løsninger for organisering av det koordinerende folkehelsearbeidet.



1. Innledning

Bakgrunn

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47) var den direkte foranledningen for oppstart av arbeidet med kommunedelplan for folkehelse. Reformen trekker opp tre hovedutfordringer ved dagens helse- og helsevesensituasjon, der en av dem er at «tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom».

Med de folkehelseutfordringer vi har i Fredrikstad, de klare mål og strategier som står i kommuneplanens samfunnsdel, og en varslet ny Folkehelselov, valgte derfor kommunen å ta tak i forebygging og folkehelsearbeid som del av utviklingsarbeidet som ble igangsatt i forbindelse med samhandlingsreformen.

Ny folkehelselov trådte i kraft samtidig som planarbeidet for folkehelseplanen startet opp og utgjør hovedføringen for innretningen på planen og på hvordan arbeidet med folkehelse i Fredrikstad organiseres.

Kommunedelplan for folkehelse er kommunens systematiske oppfølging av blant annet folkehelseloven og folkehelseforskriften (se kapittel 3, lover og føringer). Den er også operasjonaliseringen av Fredrikstad kommunes mål og strategier på folkehelseområdet, fra samfunnsdelen av kommuneplanen.

«En bærekraftig samfunnsutvikling forutsetter at vi satser forebyggende på folkehelse og levekår. (...) Folkehelsearbeidet skal bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Folkehelsearbeidet omfatter tiltak i mange samfunnssektorer» (Samfunnsdelen, kommuneplan 2011-2023, s 22.)

Følgende mål fra samfunnsdelen har vært førende for arbeidet med folkehelseplanen:

- Folkehelse er et lokalpolitisk, sektorovergripende satsingsområde. Det er forankret i samfunnsplanleggingen og vektlegges av alle.
- Vi har et folkehelsearbeid som er kompetansebasert og en helseovervåking som er systematisk. Vi prioriterer skade- og ulykkesforebygging og vektlegger trafikksikkerhet og rusmiddelpolitikk.
- Vi har levende lokalsamfunn med tydelige koblinger mellom helse, miljø og kultur. Vi har gode møteplasser, og gir alle en mulighet til medvirkning og delaktighet i eget liv.
- Siden det er en så klar sammenheng mellom utdanningsnivå og helsegevinster, er det spesielt viktig å satse på kunnskap og utdanning, også i forebyggende hensikt. Vi arbeider aktivt for å motvirke de fastlåste kreftene som ligger i Fredrikstadsamfunnet og som viderefører de sosiale ulikhetene. Alle barn og unge stimuleres til, og gis like muligheter til utdanning. Alle opplever høy grad av mestring.
- Folkehelse og levekår er kraftig forbedret.
- Livsstilssykdommer reduseres.
- Sosiale helseforskjeller er utjevnet.

Folkehelseplanens status

Som kommunedelplan gir folkehelseplanen føringer for handlingsplaner og budsjett som skal lages i seksjonene. Strategier i planen er dermed førende for hvordan vi prioriterer, tenker og utfører i Fredrikstad kommune.



Hovedintensjoner

Folkehelse kan og må anses som et grunnleggende og vesentlig tema i god og rettferdig behandling av innbyggerne og som del av en bærekraftig samfunnsutvikling. Vi har derfor hatt noen klare intensjoner med planarbeidet og planen:

Målet med planarbeidet har vært todelt;

- å produsere en god folkehelseplan
- å formidle folkehelsekunnskap og involvere/engasjere kommuneorganisasjon og befolkning i folkehelse spørsmål

Målet med planen er tredelt;

- å gi politikere og administrasjon et godt grunnlagt for prioriteringer
- å utgjøre et kunnskapsdokument for politikere, administrasjon og andre
- å fastsette en overordnet og tverrsektoriell organisering av folkehelsearbeidet i Fredrikstad som er egnet til å møte de utfordringer vi ser

Begrensninger

Grunnlaget for de utfordringene vi trekker opp er i stor grad tall og erfaringer. Å jobbe med statistikk har alltid sine begrensninger. Dels kan tallene være indirekte mål på det vi egentlig ønsker å måle. Eksempelvis når vi vurderer hvor mange som har diabetes ut fra hvor mange som bruker slike medisiner. Når vi finner ulik forekomst i Fredrikstad og på landsbasis, kan dette i teorien representere ulik behandlingspraksis like mye som det kan representere reelle forskjeller i forekomst. Dels kan tall være feil. Spesielt er dette en fare ved selvrapporterte spørreundersøkelser. Opplysninger kan være uriktige, eller de som har svart på undersøkelsen kan skille seg ut fra den totale befolkningen man egentlig ønsker å vite noe om. Videre har vi mye erfaringsinformasjon fra ansatte og befolkning. Dette kan være opplysninger som er farget av personlige eller yrkesmessige ønsker eller agendaer.

De tallene og de mange kildene vi har, og bildene vi tegner, stemmer imidlertid godt med hverandre og med kunnskap. Vi er derfor trygge på at vi presenterer et helhetlig bilde som også gir et så korrekt bilde av virkeligheten som mulig. At så mange ulike kilder viser det samme hovedbildet, og trekker i samme retning, er en god indikasjon på dette.

2. Definisjoner og grunnprinsipper

I Fredrikstad er det mange som utfører både lønnet og frivillig arbeid som påvirker folkehelsen. Og alle tar valg som påvirker egen og andres helse, og dermed folkehelsen. Et ledd i folkehelsearbeidet er å øke bevisstheten om dette; at valg og handlinger innen mange felt og på mange plan, til sammen har stor betydning for befolkningens helse og trivsel.

For å få til en felles dreining i retning av mer og bedre folkehelsearbeid, er det nødvendig å få et felles, godt kunnskapsgrunnlag. Derfor er et av målene med planen at den skal være et kunnskapsdokument for politikere, administrasjon og andre.

«Vi har mange ressurser i kommuneorganisasjon og sivilsamfunnet, men også mange folkehelseutfordringer. Det er nødvendig med enda mer og systematisert innsats på tvers av sektorer. Kunnskap spiller en nøkkelrolle for å skape forandring og vi må ha et folkehelseperspektiv i alt vi gjør.»

Konstituert Rådmann Ole Petter Finess

Noen sentrale definisjoner og begreper

Helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) formulerte i 1948 en offisiell helsedefinisjon:

«Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte.»

Da denne definisjonen ble innført var det viktig å markere et brudd med den biologiske definisjonen av helse (fravær av sykdom), men det er en meget ambisiøs definisjon å etterleve. I Norge bruker vi ofte en helsedefinisjon som professor Peter F. Hjort har utformet. Denne ser helse som en ressurs og ikke som fravær av sykdom. Definisjonen tar også høyde for det som kan oppleves som et paradoks, at et individ opplever å «ha god helse» til tross for sykdom:

«Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav.»

Folkehelse

Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Folkehelsearbeid

Samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler. Det omfatter også arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsearbeid er å jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende.

Helsefremmende arbeid

Den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse. Helsefremmende arbeid har til hensikt å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel. Det handler om å øke menneskers kontroll og mestring av forhold som virker inn på deres overskudd av livsglede og energi, samt deres muligheter til å løse de oppgaver de stilles overfor. Medvirkning og empowerment er sentralt i helsefremmende arbeid.

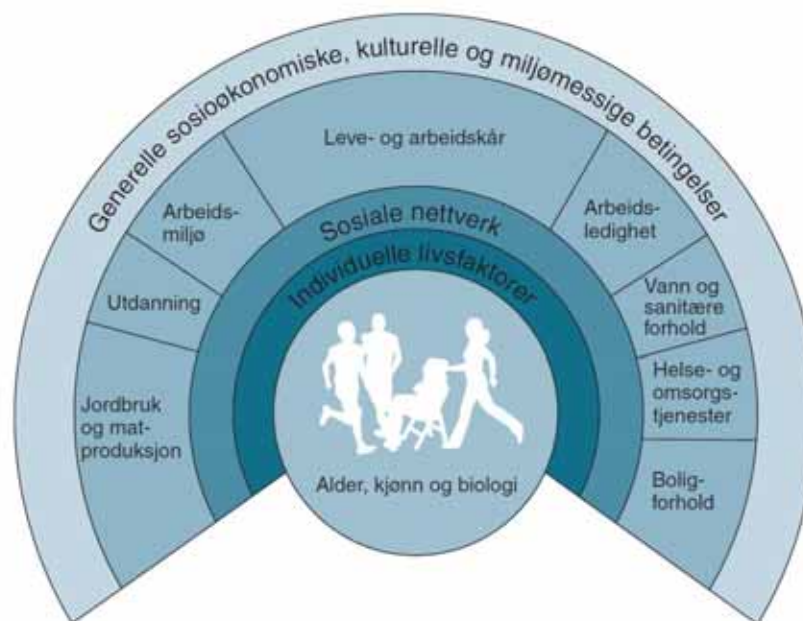
Avgrensning av folkehelsearbeid mot forebyggende arbeid i helsetjenesten

Folkehelsearbeid omhandler i hovedsak det primærforebyggende arbeidet, som innebærer tiltak rettet mot hele befolkningen for å hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår, samt screening av antatt friske personer og å sette inn hjelp tidlig for å hindre videreutvikling når en risiko har oppstått. Folkehelseloven avgrensner folkehelsearbeidet mot behandling i helsetjenesten, forebygging rettet mot individer med allerede identifisert sykdom og mot habiliteten/rehabilitering.

Helse-determinanter – det som påvirker folks helse

Helse og fordelingen av den i en befolkning, bestemmes og påvirkes av mange forhold. Noen av faktorene er individuelle og upåvirkelige, slik som biologisk kjønn, alder og genetiske forutsetninger. Slike individuelle faktorer kan imidlertid ikke forklare de systematiske sosioøkonomiske helseforskjellene vi ser. Helsen påvirkes også i stor grad av sosiale faktorer og av hvordan vi innretter og organiserer samfunnet.

Fig. 2 Fremstilling av faktorer som påvirker befolkningens helse.



Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1991

I illustrasjonen over, finner vi mennesket i midten og rundt dem er det påvirkningsfaktorer som i stor grad er påvirkelige.

Det første laget beskriver individuelle atferdsfaktorer som røykevaner, ernæring og fysisk aktivitet og vi vet mye om deres direkte helsebetydning og forebygging. Men vi kan ikke konsentrere all forebyggende innsats mot dette leddet, blant annet fordi disse faktorene er sterkt påvirket av bakenforliggende årsaker.

Det andre laget omfatter den påvirkningen som skjer i samspillet mellom enkeltmennesker og mellom enkeltmennesker og deres nærmiljø. Hvilke sosiale nettverk vi har rundt oss påvirkes igjen i stor grad av utdannings- og yrkessituasjon og av samfunnsorganisering.

I det tredje laget illustreres hvordan leve- og arbeidsvilkår, matforsyning, tjenester osv. påvirker menneskers valgmuligheter og egenmestring. Påvirkning av disse kan være svært effektive og her finner vi mye av det opprinnelige folkehelsearbeidet (f.eks. innenfor arbeidsmiljø, vann og sanitære forhold, boligforhold og matproduksjon). Også

sammenhengen mellom inntekt, utdanning og arbeid på den ene siden og helseatferd og helsetilstand på den andre, er svært godt dokumentert.

Det ytterste laget som påvirker folkehelsen består av de økonomiske, kulturelle og miljømessige forholdene i samfunnet.

De sosiale helseforskjellene vi finner i helse er altså resultat av mer enn personlige valg. Modellen legger vekt på interaksjon; hvordan folks helse er et resultat av sammenvevde sosiale, kulturelle og organisasjonsmessige strukturer.

Sosial ulikhet i helse

Dette er systematiske forskjeller i helse mellom sosioøkonomiske grupper, oftest målt etter utdanningslengde, yrke og inntekt. Slike ulikheter i helse (på gruppenivå), er altså i stor grad resultat av materielle og sosiale ressurser, og er til dels en konsekvens av sosial arv.

Det er viktig å poengtere at sosial ulikhet i helse ikke kun handler om en særlig utsatt gruppes helsetilstand, men at ulikhetene er fordelt fra minst gunstig til mest gunstig gjennom hele befolkningen (såkalt sosial gradient).

Nasjonale og internasjonale beregninger viser at ved å heve helsenivået til alle grupper av befolkningen opp til nivået hos de med høyest sosioøkonomisk status, kunne vi spart svært mange år med sykdom og for tidlig død. I Norge er det 5-6 års forskjell i levealder mellom de med kortest og lengst utdanning. For antall år levd med sykdom og helseplager er forskjellene enda større. Slike systematiske helseulikheter regnes for å være sosialt frembrakt, urettferdige og mulige å endre.

«Mastery and control over your life follows the social gradient. You can't take control over your life if you're poor, or if the educational system is failing to support you. It is empirically proven that this cannot be reduced to personal responsibility.»

Sir Michael Marmot, Trondheimskonferansen 2014

Bærekraftig utvikling

Brundtlandkommisjonen fra 1987 definerte bærekraftig utvikling som «... en utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov»..

En befolkning med god helse er en av samfunnets viktigste ressurser. Satsning på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for livskvaliteten til den enkelte og for å sikre samfunnet en frisk og produktiv befolkning som kan bidra til økonomisk vekst og velstandsutvikling.

Føre-var

Føre-var-prinsippet legges særlig til grunn når det fastsettes normer og standarder for godt folkehelsearbeid. I mange tilfeller vil det være usikkerhet knyttet til forholdet mellom eksponering og helseeffekter, eller til forholdet mellom tiltak og helseeffekt. Føre-var-prinsippet reduserer kravet om vitenskapelig sikkerhet før iverksetting av tiltak. Føre-var-prinsippet er også lovfestet gjennom folkehelselovens kapittel om miljørettet helsevern, som gir hjemmel for å gripe inn før det oppstår helseskade, selv om man ikke er 100 % sikker på sammenhengene.

Medvirkning

Retten til medvirkning er nedfelt i flere lovverk. Blant annet gjennom retten til ytringsfrihet i menneskerettighetserklæringen og i Grunnlovens § 100. Barns rett til å bli hørt er hjemlet i barnekonvensjonen artikkel 12.

Medvirkning i planlegging er regulert ved plan- og bygningsloven, § 5-1. Folkehelseloven knytter kommunenes folkehelsearbeid til bestemmelsen om medvirkning i plan- og bygningsloven, og bidrar således til å rettsliggjøre kravet om medvirkning. At innbyggerne er aktivt medvirkende i utvikling av tiltak og får del i kunnskap, er sentralt for et godt folkehelsearbeid.

Empowerment

Empowerment handler om hvordan mennesker, grupper eller lokalsamfunn kan ta kontroll over eget liv og situasjon, gjennom å mobilisere og styrke egne krefter. Norske oversettelser som ofte brukes er bemyndigelse, myndiggjøring, eller «støtte til egenmestring». Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med livsbetingelsene for øvrig. Det vil si at empowerment kan fremmes gjennom blant annet å styrke sosiale ressurser og levekår.

Helse i alt

Som illustrert i figur 2, er helse et resultat av en rekke faktorer og samfunnsområder. For å påvirke folkehelsen er det derfor vesentlig å tenke folkehelse i alle samfunnssektorer. Det er også bakgrunnen for at ansvaret for befolkningens helse i den nye folkehelseloven er lagt til kommunen som helhet, og ikke til en sektor, f.eks. helsesektoren.

Universell utforming

Universell utforming gjelder alle mennesker i alle livsfaser, og vil medføre økt livskvalitet for alle borgere.

1. januar 2009 ble Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) iverksatt (endret 1.1.2014). I loven brukes følgende definisjon som vi legger til grunn for arbeidet i Fredrikstad kommune: "Med universell utforming menes utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i de fysiske forholdene, inkludert informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), slik at virksomhetens alminnelige funksjon kan benyttes av flest mulig." Publikumsrettede virksomheter (rettet mot allmenheten) plikter å ha universell utforming og arbeide aktivt for universell utforming. Videre skal alle arbeidsgivere arbeide aktivt for å fremme likestilling og likeverd og sikre like muligheter og rettigheter uavhengig av funksjonsnedsettelse.

I Plan- og bygningsloven er det blant annet krav om universell utforming av bygninger. I Lov om offentlige anskaffelser har blant annet kommunen plikt til å ta hensyn til universell utforming ved innkjøp.

Norge har som mål å være universelt utformet innen 2025. Stortinget har utarbeidet en egen handlingsplan for å nå dette målet. Dette er et mål Fredrikstad deler.



Bakgrunn for valg av folkehelsestrategier

I utformingen av strategier og tiltak diskuteres ofte det individuelle ansvaret satt opp mot samfunnets tilrettelegging og støtte. En praktisk og pragmatisk tilnærming til dette er å gjøre det tydelig at alle har ansvar for de valg de tar, men at de valg man i praksis kan ta er så tett knyttet opp til samfunnsstrukturer og politiske valg, at tilrettelegging er et hovedpunkt i folkehelsearbeid slik at folk i større grad kan få muligheten til å ta gode valg.

Tiltak for alle – spesielt de som trenger det mest

Det er godt dokumentert at tiltak rettet mot hele eller store grupper av befolkningen, uavhengig av risiko (universelle tiltak), er mer effektive samlet sett enn tiltak rettet mot små grupper med høy risiko (målrettede tiltak). Forklaringen er at en liten effekt hos mange gir større gevinst enn en stor effekt hos noen få.

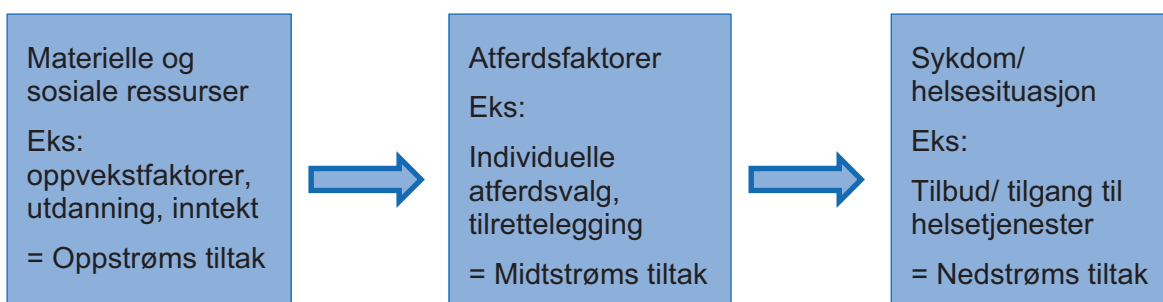
En betingelse for at en slik universell tilnærming skal ha effekt, og spesielt at den skal ha en sosial utjevningseffekt, er at tiltakene *når* de med størst behov. Innsatsen må derfor doseres etter behov og etter problemets størrelse. Dette kalles på engelsk «proportionate universalism», og kan oversettes med «universelle tiltak, dosert etter behov». Dette vil innebære at man enten bruker ekstra ressurser for å *nå* utsatte grupper med de universelle tiltakene, eller at man i tillegg til de universelle tiltakene, målretter noen tilpassede tiltak mot utsatte grupper. For eksempel at man i tillegg til å ha et åpent tilbud om fritidsaktiviteter til alle barn, ringer eller på annen måte direkte rekrutterer, de gruppene man vet ofte ikke benytter seg av slike åpne tilbud.

I Fredrikstad, med de utfordringer vi har, er prinsippet om universelle tiltak dosert etter behov sentralt. Det er derfor viktig at vi har med oss kunnskapen om sosial ulikhet og prinsippet om dosert innsats i vår tilnærming til folkehelsearbeidet.

Helseårsakskjeden og påvirkningsmuligheter – jo tidligere jo bedre

Hvis årsakskjeden betraktes som en elv, vil noen faktorer være «oppstrøms». Dette er de bakerste årsakene – årsakene til årsakene. For å redusere reproduksjonen av ulikheter over generasjoner, og påvirke menneskers grunnleggende muligheter for egenmestring og valg, må tiltak gjøres «oppstrøms».

Fig. 3 Helseårsakskjeden



Kilde: St.meld. 20 (2006-2007) og «Sosial ulikhet i helse – en kunnskapsoversikt»

Når ulikheter allerede har oppstått, når de grunnleggende forutsetningene for muligheter og valg allerede er lagt, kan man rette inn tiltak for å begrense virkningene av ulikhetene. Dette vil være «midtstrøms»-intervensjoner av typen atferdsendring og tilrettelegginger i det offentlige rom som skal gjøre sunne valg enklere. Til sist kan man gjøre «nedstrøms» tiltak. Dette kan handle om god og lik tilgang til helsetjenester, og sekundær- og tertiærforebygging (omfattes generelt ikke av folkehelsearbeidet).

Alle disse tiltakspunktene vil ha effekt på folks helse og trivsel, men det er faglig enighet om at spesielt oppstrøms- og til dels midtstrømstiltak er mest effektive og påvirker folkehelsen i størst grad. Tiltak som settes inn tidlig i livet er særlig effektive.

Grunner for tiltak

«Vi har et trangt budsjett. Jeg prøver likevel å verne om noen av de tingene jeg vet er positive for folk i Fredrikstad, og som gjør folk stolte. Sånt som turløypene og parkene, og å sørge for pene, aktivitetsskapende møteplasser og lekeplasser i lokalsamfunnene. Det koster ikke så mye, og det er viktig.» Roy Jakobsen, kommunalsjef Regulering og teknisk drift

Forebyggende folkehelsearbeid er etisk og menneskelig sett åpenbart verdifullt og riktig. En anstrengt kommuneøkonomi kan imidlertid gjøre at det oppleves vanskelig å finne rom for forebygging. Erfaringer og rådende kunnskap tyder imidlertid på at utgiftene heller blir større, på både mellomlang og lang sikt, hvis forebyggende arbeid nedprioriteres.

(se figur 1, side 3)

Det er gjort internasjonale økonomiske analyser blant annet på røyking, alkoholbruk, utenforskap (utdanning, jobb) og sosial ulikhet i helse. Slike viser klart at det er store offentlige utgifter knyttet til negativ helseatferd og helsefaktorer og mye tyder på at et folkehelsearbeid som møter disse utfordringene er økonomisk bærekraftig.

I en kost-nytte-sammenheng vil man kunne se for seg at mange folkehelsestrategier og -tiltak koster lite økonomisk, men dreier seg om å justere innsatsen, benytte muligheter bedre eller å forbedre samarbeid. Et eksempel kan være hvordan man velger å innrette og benytte foreldremøtene i barnehager og skoler. Andre tiltak kan ha umiddelbare økonomiske omkostninger, men på kort eller noe lengre sikt tjene inn seg selv, eller også spare penger ved å hindre større utgifter senere. Et eksempel kan være forebygging av lårhalsbrudd. I tiden fremover forventes det også å komme nye nasjonale erfaringer og beregninger, som vil understøtte og justere det arbeidet vi skal gjøre i Fredrikstad.

Ut fra den kunnskap som foreligger, er det gode grunner til å anbefale en dreining mot mer forebygging og folkehelsearbeid i det kommunen planlegger og utfører.

Et godt folkehelsearbeid må være langsiktig og tverrsektorielt

Ansvaret for kommunens folkehelse og folkehelsearbeidet er lagt til kommunen som sådan. Det er et viktig poeng også når det kommer til strategier og tiltak. Innsats i én sektor vil ofte gi gevinster i en annen. Det er derfor viktig å se på dette som et kommuneanliggende mer enn et seksjonsanliggende.

Det er også erfaring og kunnskap på at tiltak virker best i «pakker», - flere innsatser bør settes i verk som del av en helhetstenkning for å ha god effekt.

Et annet viktig moment i tiltaksutforming er å se tiltak i et noe lengre perspektiv. Der det er mulig bør tiltak utformes og planlegges slik at de kan evalueres, så vi vet hva som virker og slik at vi kan bygge og spre kunnskap om hva som fungerer i en norsk kommune.

Det er trolig mindre grunnlag for å investere i et oppstartprosjekt eller et tiltak, dersom vi ikke har et godt system for å følge og evaluere det, eller sikker plan for å drifte det etter prosjektperioden. Vi bør ha klare tanker om konsekvensene og fortsettelsen av tiltak, for ikke å gjøre mer skade enn nytte.

3. Lover og føringer

Folkehelsearbeidet er underlagt en rekke nasjonale føringer i form av lovverk, rundskriv og stortingsmeldinger. I tillegg kommer kommunalt og regionalt planverk.

Her er en kort oppstilling av de viktigste lovverk og føringer som er direkte førende for arbeidet med folkehelseplanen og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. En rekke andre viktige sektorlover og -forskrifter vil også regulere folkehelseinnsatsen i kommunens virksomheter, men disse nevnes ikke her.



Kommuneplan 2011 – 2023, samfunnsdelen

Viser til kapittel 1, Bakgrunn.

<https://www.fredrikstad.kommune.no/no/eDemokrati/Planerdelplaner/Kommuneplanen-2011---2023/Samfunnsdelen/>



Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

Plan- og bygningsloven, gjeldende fra 1.juli 2009 har sterke føringer på vilkår for folkehelse, gode bomiljøer og oppvekstvilkår. Det skal legges vekt på helhets- og tverrfaglige løsninger og bærekraftig utvikling. I plan- og bygningslovens § 1-1 (formålsparagrafen) skal planer etter denne lov: "fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å

forebygge kriminalitet."

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71/*#*



Samhandlingsreformen – St.meld. nr. 47 (2008-2009)

Samhandlingsreformen skal sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, inkludert mer fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Reformen ble iverksatt i 2012 og operasjonalisert gjennom to lover: Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Formålet med folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Omhandler alle kommunens helse- og omsorgstjenester. I § 3-3 beskrives hvordan sektoren skal drive helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom sine tjenester, samt bidra i arbeidet med helseoversikten.

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Forskrift om oversikt over folkehelsen (folkehelseforskriften)

Forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det følger av folkehelseloven §§ 5 og 21 at kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over befolkningens helse og de faktorer som virker inn på denne. Forskriftens formål er å konkretisere arbeidet med, og innhold i oversiktene.

http://www.regjeringen.no/pages/37949273/forskrift_oversikt_over_folkehelsen_010712.pdf



Folkehelsemeldingen "God helse - felles ansvar"

Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34: 2012-2013) er en nasjonal tverrsektoriell strategi for folkehelsearbeidet. Den gir en beskrivelse av helsen i den norske befolkningen og faktorer som påvirker denne.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>



NCD-strategi 2013-2017 (Non-communicable diseases)

Om forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, KOLS og kreft.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2013/ncd-strategi.html?id=735195



Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2014

Helsedirektoratets årlige skriv til fylkesmennene, kommunene, regionale helseforetak og fylkeskommunene. Rundskrivet viderefremmer de viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse- og omsorgsområdet i 2014.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriteringer-pa-helse-og-omsorgsomradet-i-2014/Sider/default.aspx>



Regional plan for folkehelse i Østfold 2012 – 2015 / 2024

Fredrikstad kommune er med i partnerskap for folkehelse i Østfold og den regionale planen er bygd opp rundt fire temaer: Trygge Østfold, Sunne Østfold, Levende Østfold og Rettferdige Østfold.

http://www.ostfoldfk.no/stream_file.asp?iEntityId=12903



Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

Lovens formål er å fremme likestilling uavhengig av funksjonsevne. Likestilling innebærer: likeverd, like muligheter og rettigheter, tilgjengelighet og tilrettelegging. Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes. Http

4. Helseoversikt for Fredrikstad kommune

4 A. Om helseoversikt

«What's measured is done»

Bjørn Guidvog, Helsedirektør, Nordisk folkehelsekonferanse -2014

Ovenstående uttalelse kan helt klart diskuteres. Tall er ikke alt og handling følger ikke nødvendigvis av tall, men en systematisk oversikt over folkehelsen er av stor betydning for å få et konkret bilde av lokale forhold. Det gir oss i tillegg mulighet til å se sammenhenger, til å følge utvikling over tid, og til å se om tiltak har effekt.

Helseoversikt er hjemlet i folkehelseslovens (fhl) § 5, der det står at «Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.»

I en helseoversikt hører det med både tilstandsfaktorer og påvirkningsfaktorer (helsefremmende-, forebyggende, beskyttende faktorer og risikofaktorer). I folkehelseforskriften utdypes oversiktsplikten, blant annet med å definere seks kategorier eller tema som oversikten skal inneholde (kategorier a) – f)).

I Fredrikstad har vi justert kategoriene fra folkehelseforskriften noe, ved at «sosialt miljø» er flyttet fra kategori c) til å danne et nytt punkt g) sammen med kulturelt miljø:

- a) befolknings sammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk og kjemisk miljø
- d) skader og ulykker
- e) helse relatert atferd, inkludert tilbud
- f) helsetilstand
- g) sosialt og kulturelt miljø

Helseoversikten skal i følge folkehelseslovens § 5 blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-3
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

I Fredrikstad har vi innhentet opplysninger fra nasjonal, regional og lokal statistikk. Kvalitativ informasjon er innhentet ved å intervju representanter for alle kommunens seksjoner og virksomheter, via møter med eldre og yngre i befolkningen som en del av Interregprosjektet «Engasjer Mer», samt et stormøte med lag og foreninger.

De faktorene (under a) – g)) som kommunen mener er viktige å følge over tid, skal kommunen ha løpende oversikt over og «dokumentere på egnet måte, som del av ordinær virksomhet» (fhl § 4). Kommunen skal ha systemer for at det løpende oversiktsarbeidet kan fremskaffes ved behov og for at det skal kunne påvirke/korrigere eksisterende tiltak eller føre til igangsetting av nye tiltak når dette er nødvendig. Denne oversiktsplikten løser vi i Fredrikstad kommune gjennom en faktoroversikt («Matrise løpende oversikt», se vedlegg) og hvordan vi organiserer folkehelsearbeidet (se kapittel 6).

I tillegg skal kommunen hvert fjerde år utarbeide et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet (fhl § 5). Oversiktsdokumentet «skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt. Kommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.» Oversiktsdokumentet skal, i tillegg til å ligge til grunn for folkehelsearbeidet, inngå som grunnlag for kommunens planstrategi (fhl § 6); «En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven.» Oversiktsdokumentet skal derfor foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien.

Fylkesmannen hadde høsten 2014 tilsyn med folkehelsearbeidet til Fredrikstad kommune, med særlig vekt på organisering av arbeidet med helseoversikt. Arbeidet ble av Fylkesmannen vurdert som svært tilfredsstillende.

Spesielt om ressurser

Selv om størstedelen av helseoversikten omhandler negative forhold, finnes det også positive faktorer (i form av helsefremmende forhold og beskyttende faktorer). Det å identifisere folkehelseressurser i kommunen skal være et ledd i helseoversiktsarbeidet (folkehelseforskriftens § 3).

Fra statistikk og lokale innspill har vi totalt sett flere trekk, eksempler og faktorer som er å anse som ressurser i Fredrikstad. Det vil si; positive forutsetninger for innbyggernes helse og trivsel. Dette er faktorer det er viktig å være klar over og viktig å styrke for å bedre folkehelsen. Ressurskunnskapen har vi brukt som grunnlag for utvikling av strategier, samt at det inngår i det folkehelsearbeidet som skal utvikles fremover. Noen eksempler er også satt opp i kapittel 4C.

Oversikt over folkehelsen i Fredrikstad per 2014

Se 4 B for Oppsummert helseoversikt

Se 4 C for Ressursoversikt – eksempler

Se vedlegg for Komplette helseoversikt 2014

Se vedlegg for Matrise løpende helseoversikt. – En strukturert oversikt over de helsefaktorer kommunen ønsker å ha løpende oversikt over.

4 B. Oppsummert helseoversikt

Oppsummering av de viktigste punktene fra Komplet helseoversikt (vedlegg).

Helseoversikten viser i korte trekk;

Fredrikstad, som landet for øvrig, har en økende andel eldre i befolkningen. I motsetning til ellers i landet har vi en økende andel uføretrygdede, lavere barnehagedeltakelse for minoritetsspråklige, og et lavere utdanningsnivå. Vi har høyere forekomst av de fleste sykdommer og negative helserelaterte faktorer. Lavinntekt er en større utfordring i Fredrikstad, og kommunen har også innenfor flere sektorer lavere ressursbruk på helsefremmende og forebyggende tjenester.

a) Befolknings sammensetning

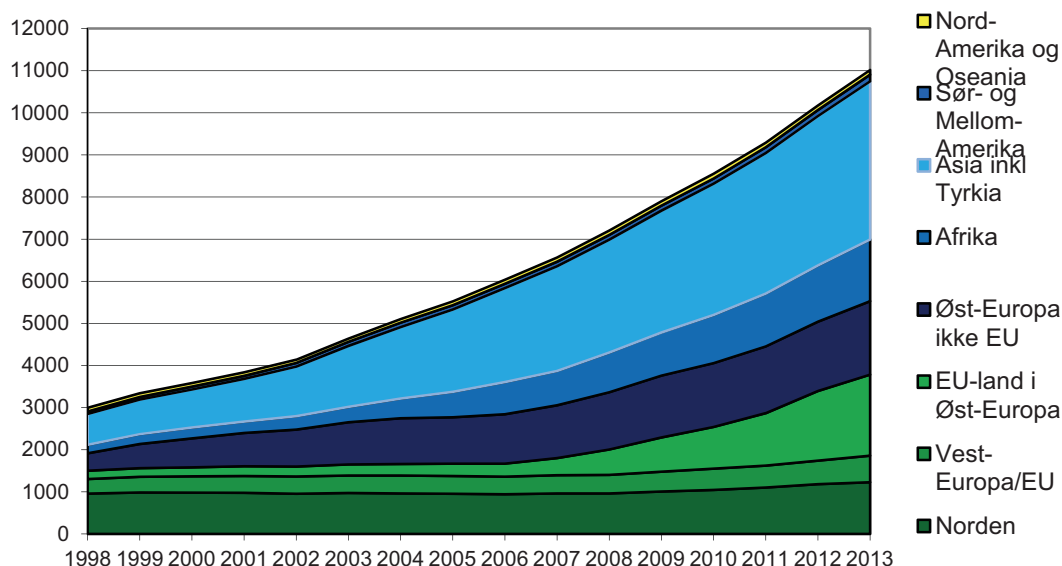
Fredrikstad kommune har pr 1.7.2014 et innbyggertall på 77 849. Befolkningsveksten har vært stor de siste årene, men er antatt å stabilisere seg på rundt 1 % årlig vekst. Dette er en anslått vekst som er litt over landsgjennomsnitt, men litt under snittet for andre store kommuner.

Opp mot 80 % av veksten de siste årene har kommet som resultat av økt innvandrerandel og andel norskfødte med innvandrerbakgrunn. Innvandrerandelen i Fredrikstad er på 14,9 % (rett over landsgjennomsnittet), anslått å øke til en andel på ca. 20 % i løpet av få år.

Forkortelser:

SSB = Statistisk sentralbyrå
FHI = Folkehelseinstituttet
KOSTRA = Kommune-Stat-Rapportering
K13 = Kostragruppe 13; de største kommunene i landet unntatt fire største, totalt 45
ASSS-kommunene = de 10 største kommunene i landet
Ungdata = et standardisert system for spørreskjemaundersøkelser i ungdomsskole/ vg skole.
Østfoldundersøkelsen = Østfold Helseprofil 2011. Spørreundersøkelse gjennomført i Østfold, av Østfoldhelsa

Fig. 4 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Fredrikstad, landbakgrunn. 1998-2013.

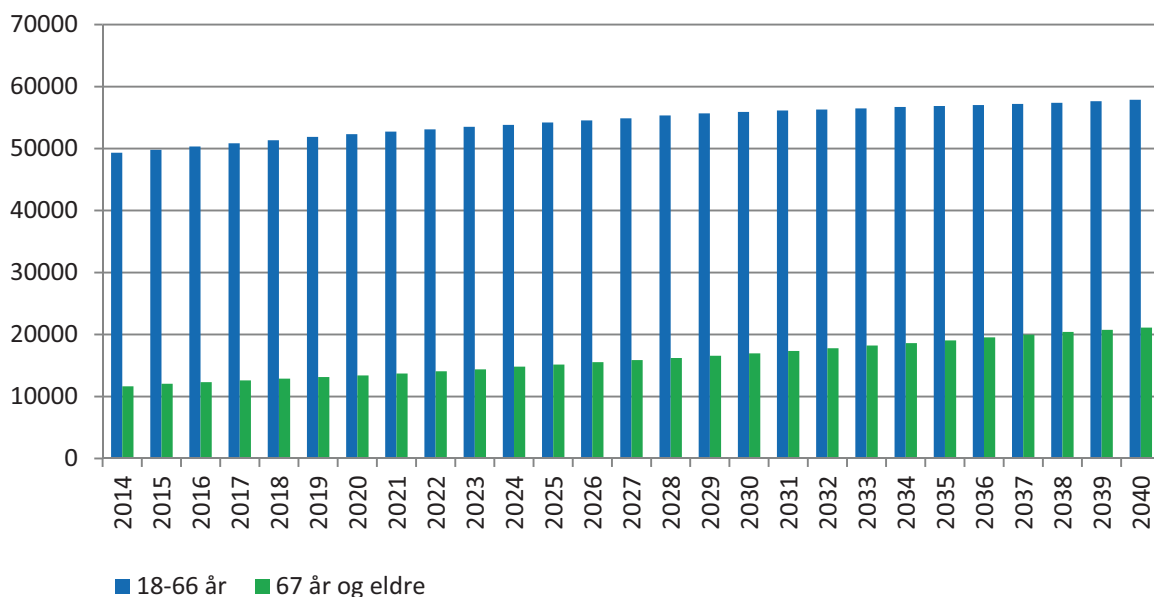


Kilde: SSB

Andelen eldre i befolkningen vil øke i årene fremover, spesielt fra 2020/25. Eksempelvis er andelen 80 år og eldre anslått å øke fra 4,6 % til 7,4 % i 2040. Gitt dagens pensjonsalder vil

det i løpet av 25 år fra nå være 2,5 personer i arbeidsfør alder per pensjonist, mot 5 per pensjonist i dag.

Fig. 5 Antall mennesker i gruppen eldre vs. yrkesaktiv alder, framskrevet til 2040.

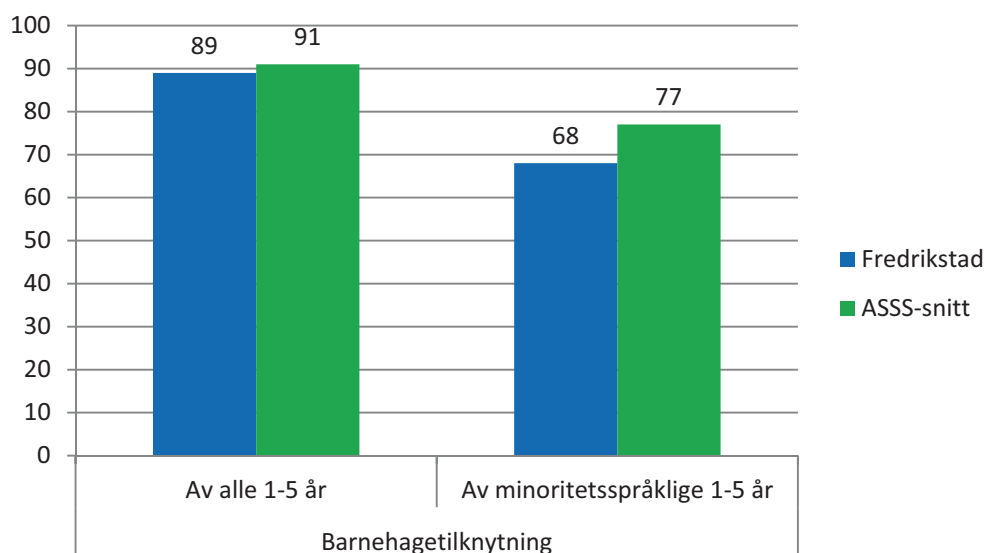


Kilde: SSB; Befolkningsframskrivning MMMM

b) Oppvekst- og levekårsforhold

Barnehagetilknytningen (andel barn i barnehage) er totalt sett høy i Fredrikstad (og nesten på ASSS-snitt), men det er store forskjeller mellom grupper av befolkningen.

Fig. 6 Barn i barnehage, andel, i %.



Kilde: SSB

Med så lav tilknytning for minoritetsspråklige ligger Fredrikstad lavest i stor-kommunesammenheng og også langt under landssnittet.

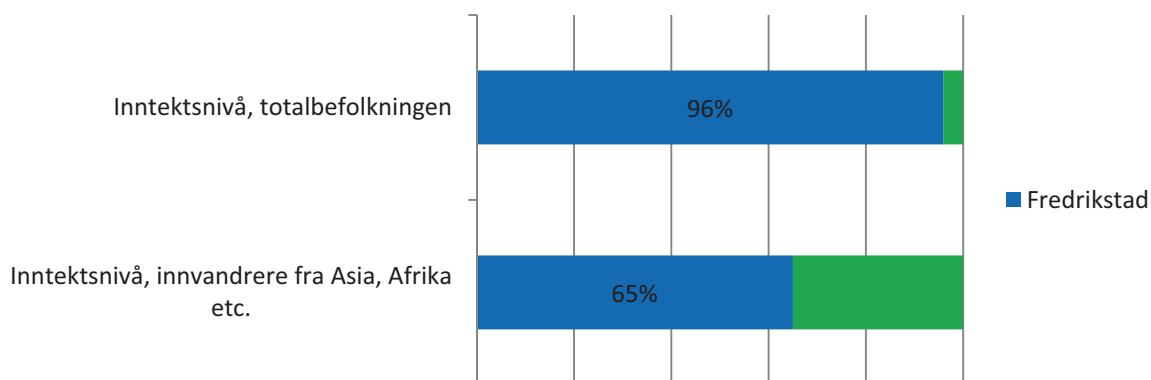
Kvaliteten i barnehagene, målt etter de ansattes fagutdanning, er god – og klart bedre enn i sammenlignbare kommuner.

Om lag hvert syvende barn i Fredrikstad bor i lavinntektsfamilier. Det er betydelig høyere enn gjennomsnittet for landet. I Fredrikstad vil det dermed i en gjennomsnittsklasse på 22 elever, være tre som lever i lavinntektsfamilier. Lavinntekt er imidlertid ikke jevnt fordelt geografisk sett. I noen områder av kommunen, vil det være ett fattig barn i en slik barnegruppe, mens i andre områder vil det være ni.



Noen grupper i Fredrikstad-samfunnet er altså mer utsatt enn andre, også når det gjelder lavinntekt. Dette henger i stor grad sammen med sysselsettingsmønstrene.

Fig. 7 Inntektsnivået i Fredrikstad, som andel av landsgjennomsnittet, for totalbefolkningen og gruppen innvandrere fra Asia, Afrika etc.

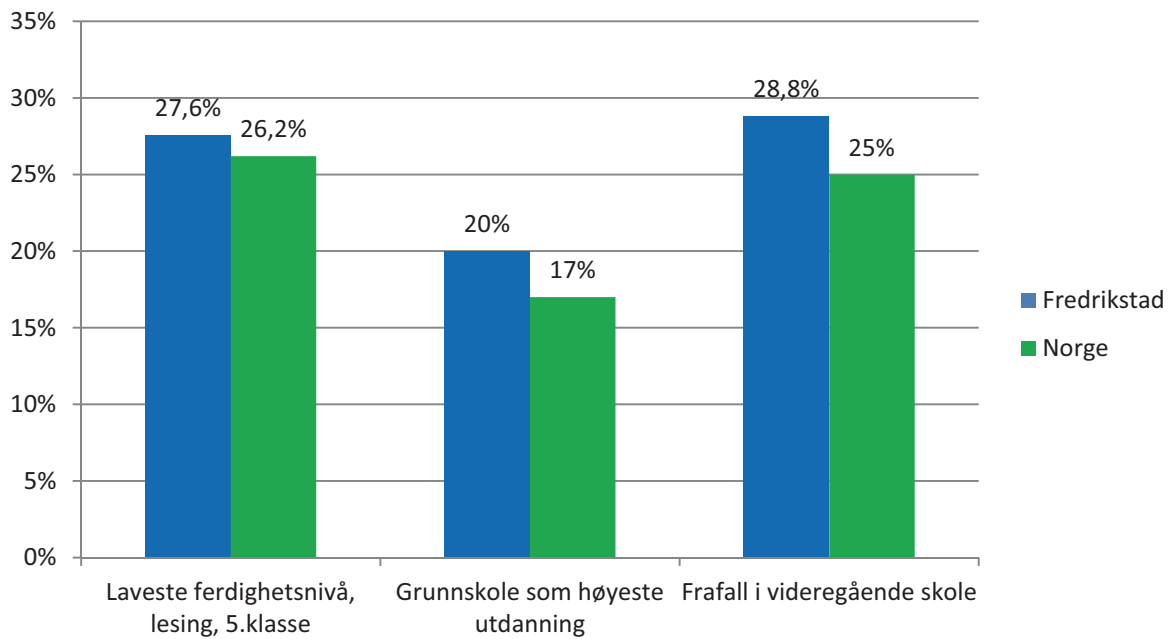


Kilde: SSB

Utdanningsnivået i Fredrikstad er i likhet med resten av Østfold, lavere enn landsgjennomsnittet. Vi skårer jevnt over lavere på fagprestasjoner, og har høyere frafall i videregående.

Det er anslått at ett frafall i videregående skole, med påfølgende yrkesinaktivitet, økonomisk sett i gjennomsnitt koster samfunnet minimum 11-14 millioner kroner frem til 65-årsalder.

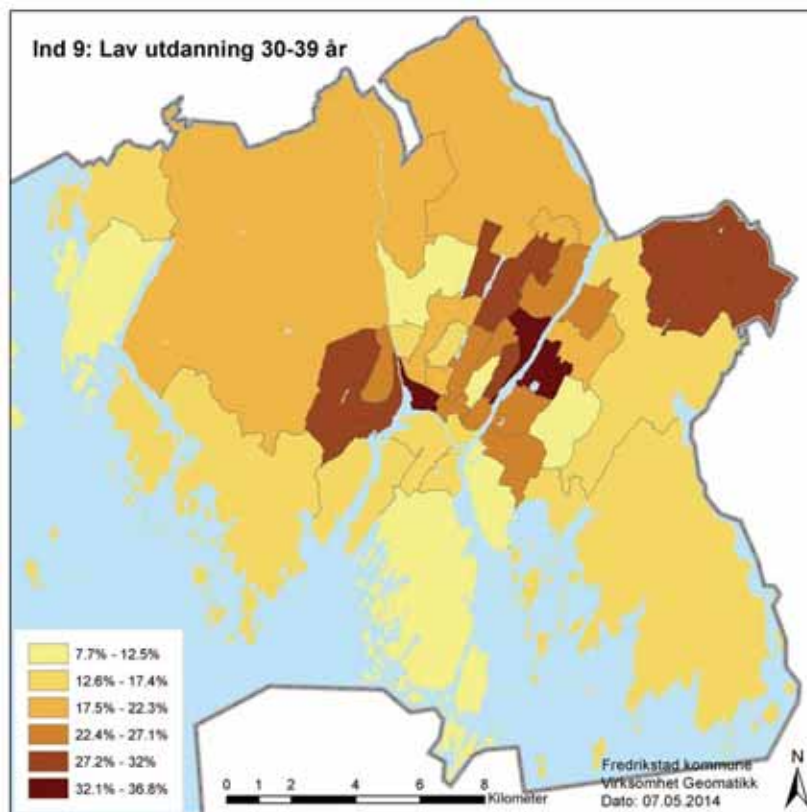
Fig. 8 Utdanningsparametere, andeler med ulike kjennetegn, Fredrikstad vs. landsgjennomsnitt, i %



Kilde: FHI

Geografisk fordeler utdanningsnivået seg ujevnt. Dette er et resultat av mange faktorer og sammenhenger, som blant annet har med levkår og boligstruktur å gjøre.

Fig. 9 Laveste utdanningsnivå, andel, 30-39 år, per soner i Fredrikstad

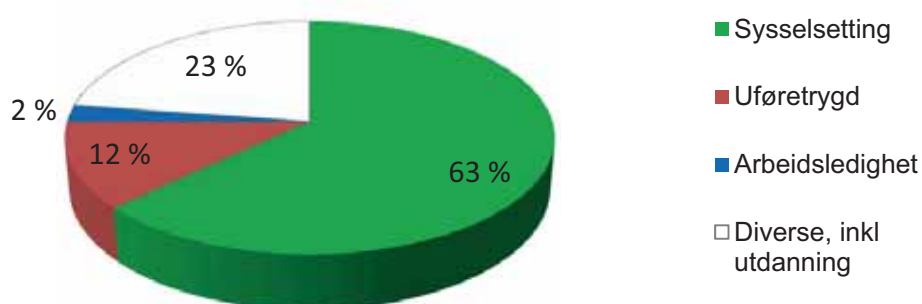


Kilde: Levekårsrapporten 2014

I ungdomsundersøkelsen fra 2013 oppgir ungdomsskoleelevene våre en større grad av trivsel på skolen enn landsgjennomsnittet. Kommunen har også godt kvalifiserte lærere, med en andel høyere utdannede lærere på 93 %, mot 89 % for eksempel i Sarpsborg.

63 % av arbeidsstyrken i kommunen er sysselsatt. Dette er lavere enn i 2007, da andelen var 67 %. Innvandrere fra EU/EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand (senere omtalt som EU etc.) er i større grad sysselsatt (ca. 80 %) enn totalbefolkningen, mens andelen er lavere blant innvandrere fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Austr. og New Z. og Europa utenom EU/EØS (omtalt som Asia, Afrika etc.) (ca. 50 %).

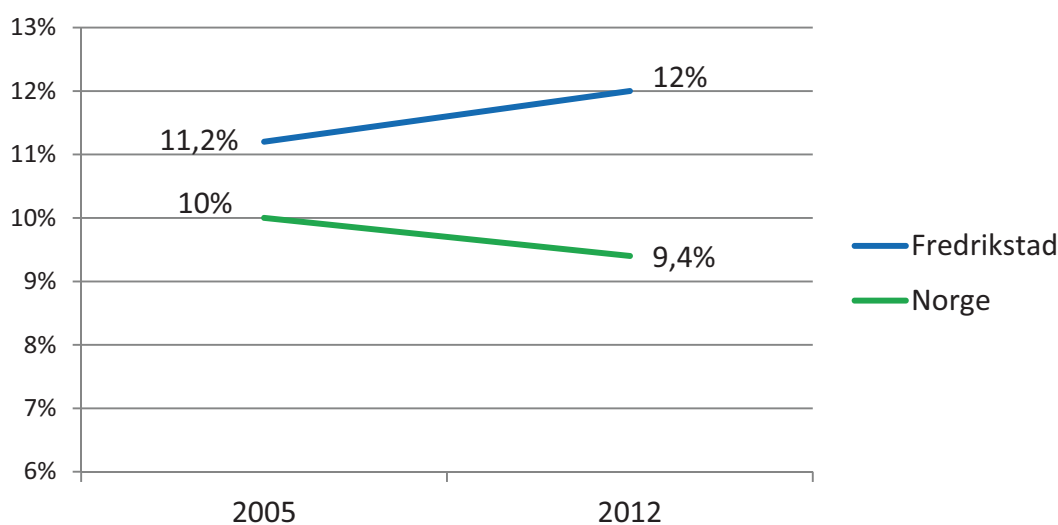
Fig. 10 Andelen sysselsatte, uføre og arbeidsledige i Fredrikstad, av arbeidsstyrken 15-74 år, i %.



Kilde: SSB

Uføreandelen (rødt i figuren over) er høy sammenlignet med landsgjennomsnittet. Denne forskjellen har blitt stadig større siste år, da uføreandelen har sunket på landsbasis mens den har steget hos oss.

Fig. 11 Utviklingen i uføretrygd i Fredrikstad og Norge, 18-66 år, 2005-2012.



Kilde: FHI

Når det gjelder arbeidsledighet er det spesielt gruppen innvandrere fra Asia, Afrika etc. som har vanskeligheter med å komme i jobb, med en registrert ledighet som har økt jevnt fra 11 % til 18 % siste fem år.

Legemeldt sykefravær har de siste 4 år ligget rundt 6-7 %, men er høyere for kvinner (7,9 %) enn for menn (5,1 %). Det er også betydelig variasjon mellom yrker.

Kommunen har 136 husstander i midlertidig bolig, noe som er en klar økning fra rundt 80 for få år tilbake. Kommunen disponerer færre boliger enn det som er vanlig i store kommuner, med 16/1000 innbyggere mot 20/1000 som er gjennomsnittet i K13-kommunene.

c) Fysisk, biologisk og kjemisk miljø

Helt siden man startet å måle kvaliteten i det kommunale drikkevannsnettet, har Fredrikstad hatt tilfredsstillende målinger (100 %). Vi har ingen identifiserte, store risikoområder innen beredskapsfeltet ut over oppmerksomhet på faren for legionella-utbrudd i forbindelse med industrien. Berggrunnen kommunen ligger på gjør at vi har spesielt høye radon-verdier, og ca. 40 % av målinger gjort i husstander i kommunen ligger over anbefalt øvre grense.

Luftkvaliteten tilfredsstiller ikke krav i forurensningsforskriften pga. for mange overskridelser av grenseverdier. Støy, spesielt fra veitrafikk, angår mange i Fredrikstad. 31 % av boliger i kommunen har støyverdier over grenseverdien for oppføring av nye boliger (55 dB). Disse ligger hovedsakelig langs de mest trafikkerte veiene og jernbanen.

Fig. 12 Støykart (grovt) viser områder med støy $L_{den} > 55dB$ (oransje farge), 50-55dB (grønn farge) i sentrumsnære områder av Fredrikstad. Kartet viser kun støy fra vei.



Kilde: Virksomhet for miljørettet helsevern, Fredrikstad kommune

d) Skader og ulykker

Vi har en høyere andel personskader og hoftebrudd enn gjennomsnittet for landet. Antallet hoftebrudd ligger på gjennomsnittlig 180 i året (191 i 2013), med en anslått samlet merkostnad for kommunen på ca. 51 millioner kroner. I tillegg genererer hoftebruddene 35 ekstra, permanente sykehjemsplasser årlig. (2013-tall.)

Trygghetsalarmer er et tilbud til færre i Fredrikstad enn for eksempel i Sarpsborg og Drammen. Sett opp mot sammenlignbare kommuner ligger vi også lavt på forebyggende tjenester til eldre – som kommunal fysioterapi- og ergoterapidekning.

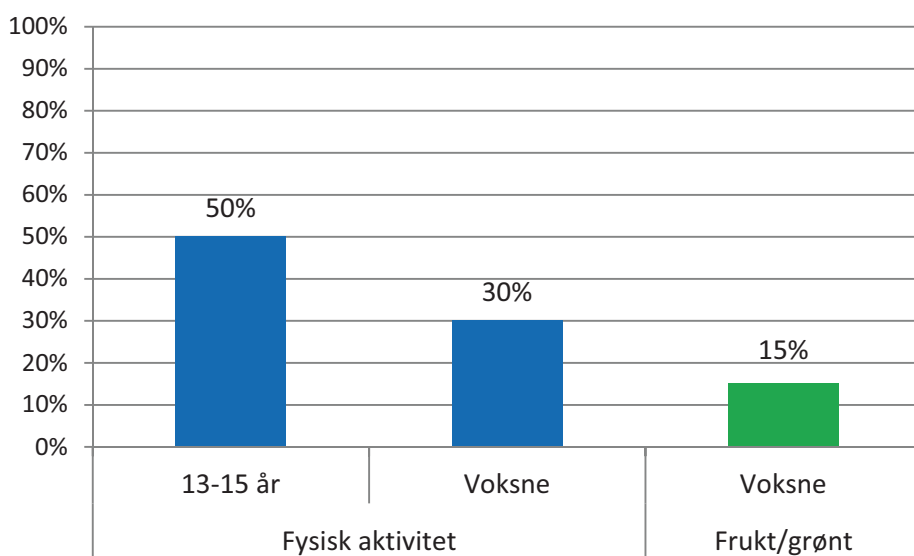
Mengden brann- og drukningsulykker finnes det ikke kommunale tall for, kun fylkestall. Det finnes heller ikke gode tall for ulykkesskader i trafikken, men for personskader der bil er involvert, finnes det oversikt over ulykkessted som viser at flest ulykker skjer i sentrum. Disse temaene utgjør likevel alltid en utfordring, da konsekvensene er store. Brann rammer noen grupper i samfunnet mer enn andre, og da spesielt eldre, rusavhengige og innvandrere.

e) Helserelatert atferd, inkludert tilbud

En stor andel, spesielt av den voksne befolkningen og blant ungdommene, er inaktive. Dette henger sammen med både valg, valgmuligheter og tilrettelegging.

Anslagsvis 10-20 % av voksne får i seg nok frukt og grønt daglig, med betydelige forskjeller mellom grupper i befolkningen basert på utdanningsbakgrunn eller yrkesaktivitet.

Fig. 13 Anslått andel av befolkningen som oppfyller fysisk aktivitet- og frukt/grønt-rådene, i %.

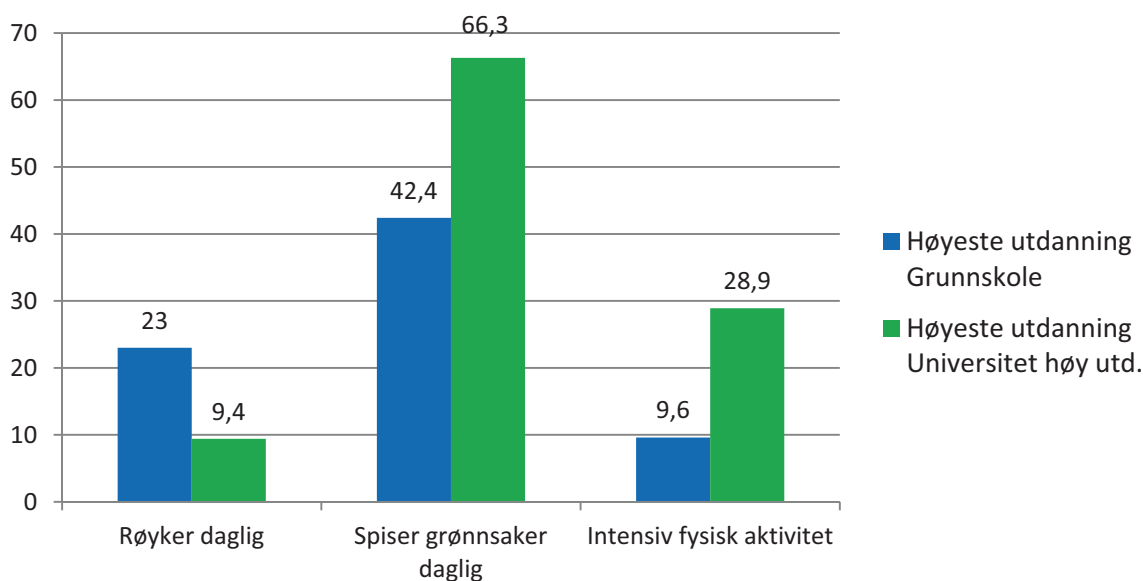


Kilde: nasjonale tall kombinert med lokale tall fra Østfoldundersøkelsen

Opp mot 14 % av voksne røyker fortsatt, men andelen er klart fallende.

I særdeleshet for røyking, men generelt for alle parametere vi har data på, er det store sosiale forskjeller i de helserelaterte atferdsmålene.

Fig. 14 Andel med ulik helseatferd, i %, etter høyeste utdanning.



Kilde: Østfoldundersøkelsen

Angående tilrettelegging har vi data som viser at kun halvparten av de spurte i Østfoldundersøkelsen vurderer kollektivmulighetene i sitt nærmiljø som gode. I kommunal sammenheng har Fredrikstad også lite kommunale gang-, tur- og sykkelveier, med 8 km per 1000 innbyggere der sammenlignbare kommuner har 40. Sykkeltellinger viser imidlertid at sykkelbruken er økende. 78,7 % av voksne oppgir å være fornøyde med tilgangen til friområder og friluftsområder.

De aller fleste i Fredrikstad anser nærområdet sitt som trygt og rolig (92,8 %). 6-12 % av ungdom oppgir å være utsatt for vold eller mobbing, tall som i likhet med tall på nasking, slåssing og trusler, er lavere i Fredrikstad enn på landsbasis.

Vaksinedekning er resultat av mye, men blant annet sier det noe om foreldres oppfølging av råd og tilbud. Vi har god vaksinasjonsdekning i Fredrikstad, og ligger litt over landsgjennomsnittet, med en dekning på barnevaksinasjonsprogrammet (2 år og 9 år) rundt 96 % (landssnitt rundt 94 %).

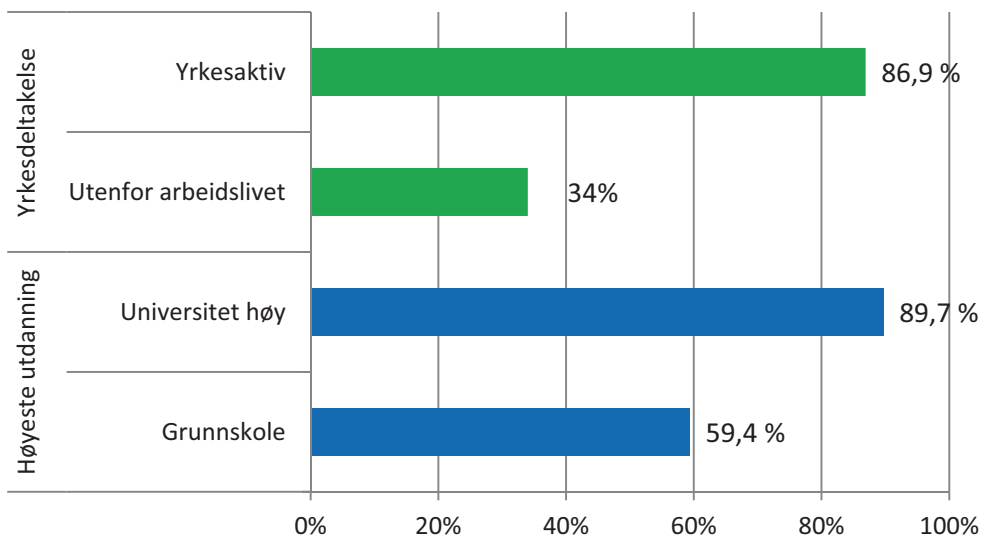
f) Helsetilstand

Levealderen i Fredrikstad er pr 2013 76,6 år for menn og 81,8 år for kvinner. Dette er ½ - 1 år lavere enn landsgjennomsnittet.

Forekomsten av ulike sykdommer er høyere i Fredrikstad enn på landsbasis. Dette gjelder både tilstander som hjerte-/karsykdommer, KOLS, type 2-diabetes, kreft og muskel-/skjelettplager, og lettere og tyngre psykiske sykdommer og plager.

Også for egenvurdert helse, ligger vi noe lavere enn landssnittet. Gjennomsnittlig opplever rundt 74 % av kommunens innbyggere helsa si som god. Landssnittet er på 78 %. Bak disse tallene ligger det imidlertid store alders- og sosioøkonomiske variasjoner.

Fig. 15 Andel som oppgir god eller svært god helse, i %. Etter utdanning og yrkesdeltakelse.

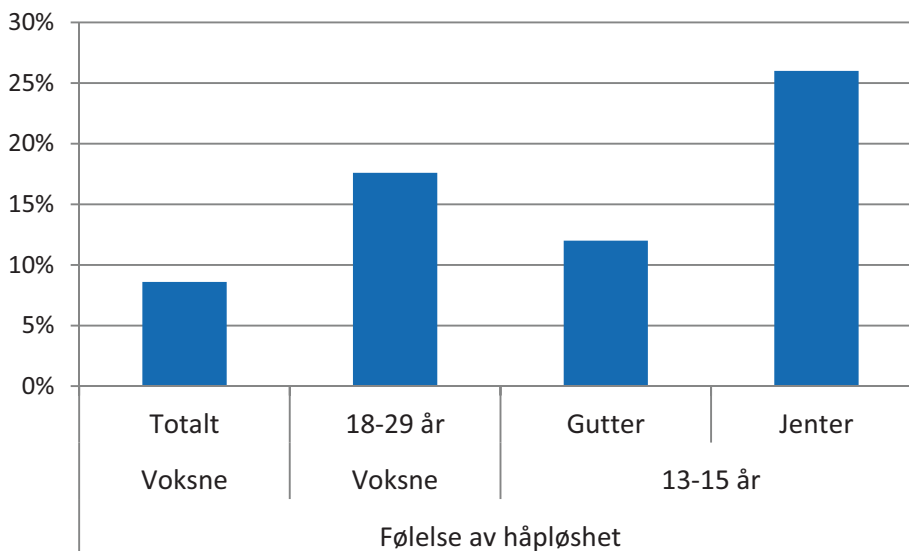


Kilde: Østfoldundersøkelsen

26,8 % av menn som møter til sesjon er overvektige, definert som en kroppsmasseindeks (KMI) på 25 eller mer. Totalt 7,6 % ligger over 30, som defineres som fedme. I Østfoldundersøkelsen oppga 14,2 % å ha en KMI over 30.

Det er velkjent at sykdomsforekomst følger sosioøkonomiske skillelinjer. Det er også en hovedregel at forekomsten øker med alder. For psykiske plager kan det se ut som det finnes en omvendt alderseffekt, med mer plager i yngre alder.

Fig. 16 Følelse av håpløshet med tanke på framtida, andel, i %.



Kilder: Østfoldundersøkelsen og Ungdata

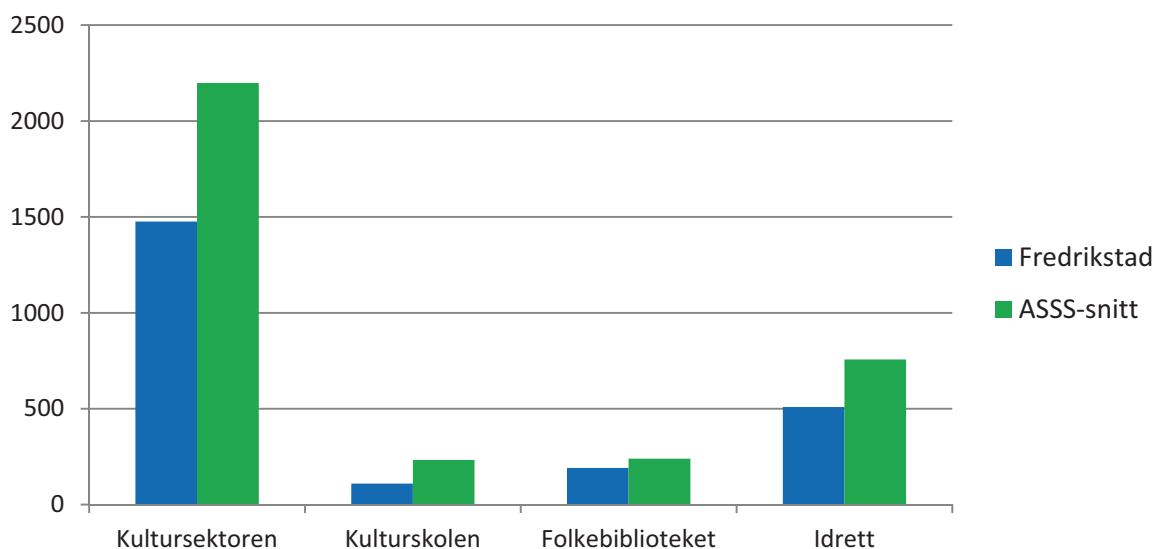
g) Sosialt og kulturelt miljø

Valgdeltakelsen i Fredrikstad er litt under landsgjennomsnittet, med 61,8 % ved valget i 2011. For innbyggere med innvandrerbakgrunn er valgdeltakelsen totalt 52 % (mot et landsgjennomsnitt blant innvandrere på 43 %).

Ser vi på organisasjonsdeltakelse oppgir 61,5 % av 13-15-åringene å være medlem av klubb/organisasjon og 29,8 % av voksne å delta månedlig i foreninger, kveldsskoler e.l. Av medlemstall vet vi at ca. 1/3 av kommunens befolkning er medlemmer i idretten. I tillegg er det et rikt tilbud av aktiviteter innen musikk/korps, speider, friluftsliv, fritidsklubber og andre barne- og ungdomsfelt.

Fredrikstad kommune har noe lavere ressursbruk i kroner per innbygger, på kultur- og idrettsfeltet enn det som er gjennomsnittet for de største kommunene i landet.

Fig. 17 Netto driftsutgifter per innbygger, kultur og idrett. Fredrikstad og ASSS-snitt, i kroner.



Kilde: KOSTRA

I Østfoldundersøkelsen fra 2011 oppgir 64,3 % at de føler god tilgjengelighet til sosiale møteplasser. Kultur- og underholdningstilbudet anses som godt av 73 %.

2,3 % av voksne oppgir å ikke ha noen nære personer å regne med ved store personlige problemer. 9,5 % av 13-15-åringene oppgir å ikke ha venner «for tiden».

9 % av gutter 13-15 år oppgir at kl. 22-06 er det tidspunktet de vanligvis spiller dataspill.

4 C. Ressursoversikt - eksempler

Følgende tiltak og faktorer anses av kommuneorganisasjon og befolkning å være gode eksempler på ressurser i Fredrikstad:

Geografi/nærmiljø/befolkning

Gang/sykkelavstand til det meste
Marka/friluftsområder/god tilgang til friluftsområder
Flere eldre som ressurs
Ungdom stoler i stor grad på foreldrene
Økende sykkelbruk
Trygge og rolige nærområder
Høy vaksineandel på helsestasjonene



Tilrettelegging for sosial/kulturell/fysisk aktivitet

De stier, parker, lekeparker og idrettsanlegg som finnes
De gode møteplasser vi har;
bl.a. biblioteket, St. Croix, kinoen, kulturskolen, Kongsten



Mye frivillighet og engasjement, blant annet:

Aktivt organisasjonsliv, bl.a. 25.000 medlemmer i idretten (hvorav 11.000 er barn/unge) og mange aktive speidergrupper (hvorav 750 medlemmer i Fredrikstad Speiderråd)
Frivilligsentralene er en møteplass med 400 frivillige (utgjør ca 30 årsverk) med bl.a. besøkvenner, «Lyst på livet», HomeStart Familiekontakten, internasjonal kvinnegruppe, leksehjelp, m.m.
Høyere valgdeltakelse blant innvandrere i Fredrikstad enn landsgjennomsnitt

Kost/ernæring

Gratis frukt på ungdomskubbene
Samarbeidet med Glemmen vg. kokkelinja om skolekantina på Cicignon
Fokus på sunt kosthold i mange virksomheter
Mye god kjøkken-/matkompetanse i kommunen



Kommunale lavterskeltiltak

Ungdomskubbene
Helsestasjon for ungdom
Gratis tilbud om styrket svømmeopplæring
Aktiv på dagtid
Gatelaget, Britannia m.m.



Andre kommunale forebyggende tiltak

Brann-undervisning til alle 6.klasser
Utleie av redningsvester ved brannstasjonen
Eldreprosjektet med røykvarslere koblet til trygghetsalarm
Feiervesenet, som også driver tilsyn, har stor tillit i befolkningen



Tjenestekvalitet:

Høyt utdannet personale i barnehager og skoler
Ungdom rapporterer skolen som positivt viktig arena,
- faglig, sosialt og for mestring
Høy ansatte-trivsel i kommunale tjenester rettet mot barn/unge
God drikkevannskvalitet

Alle seksjoner i kommunen er folkehelseseksjoner

Vi har en kommuneorganisasjon som i stor grad er, kan og skal være, en folkehelseressurs. Her er hvordan hver seksjon kort beskriver seg selv som folkehelseaktør, - hvordan seksjonen er med å påvirke folkehelsen i Fredrikstad:

Seksjon for kultur, miljø og byutvikling har hovedansvar for kommunens strategi- og utviklingsarbeid av overordnet og sektorovergrepene innen samfunnsutviklingsområdet. Hvordan seksjonen innretter dette arbeidet vil i stor grad påvirke folkehelsen i Fredrikstad.

Seksjonen har også flere roller knyttet til tjenesteproduksjon, utvikling av tjenester, forvaltning og myndighetsutøvelse. De fleste av disse påvirker folkehelsen direkte, som samferdselsplanlegging og bibliotek, eller er ressurser for folkehelsearbeidet i kommunen, slik som levekårskartleggingen.

Seksjon for helse og velferd bidrar til helse og livskvalitet for mange av kommunens innbyggere ved helsefremmende aktiviteter, sykdomsforebyggende arbeid, omsorgstjenester og medisinsk behandling.

Seksjonen har ansvar for blant annet følgende tjenester av stor betydning for folkehelsen: økonomisk sosialhjelp, arbeids- og sysselsettingstiltak, frisklivs-, lærings- og mestringstiltak, rus og psykisk helsearbeid, tjenester til flyktninger, fysio- og ergoterapitjenester og hjemmesykepleie.

Seksjon for regulering og teknisk drift sørger for grunnleggende tjenester av stor betydning for folkehelsen, som rent vann, håndtering av avløpsvannet og renhold og innneklima i kommunale bygg.

I tillegg sørger seksjonen for en rekke helsefremmende og risikoreduserende tiltak. Forvaltningen og prioriteringene innen disse områdene er av både direkte og indirekte stor folkehelsebetydning; vedlikehold og sikkerhet på kommunale veier, vedlikehold av parker, badeplasser og det offentlige rom, oppfølging av lysløyper/turløyper/Glommastien og andre friområder, og bygging av møteplasser slik som byens lekeplasser.

Seksjon for utdanning og oppvekst har kjerneoppgaver som er grunnleggende i kommunens folkehelsearbeid; helsestasjonsvirksomhet, barnehage, grunnskole, skolefritidsordning, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barneverntjeneste og opplæring i norsk og samfunnskunnskap for innvandrere og asylsøkere.

Hvilke prioriteringer, satsinger og strategier som gjøres i seksjonen vil påvirke folkehelsen i Fredrikstad i betydelig grad. Aktuelle satsingsområder og fokusområder som belyser dette er; tidlig innsats, språk, foreldresamarbeid, økt barnehagetilknytning for sårbare grupper, tverrfaglig samarbeid, egenmestring og utenforskap.

Seksjon for økonomi og organisasjon gir sitt bidrag til folkehelsearbeidet i sin rolle som arbeidsgiver for drøyt 5000 ansatte hvor majoriteten også har Fredrikstad kommune som bopel. Arbeidsmiljøloven stiller krav til at arbeidsgiver bidrar til utvikling av helsefremmende arbeidsplasser og helsefremmende atferd. Seksjonen bidrar til dette gjennom kunnskapsbygging i hele organisasjonen om systematisk arbeidsmiljøarbeid, lederutvikling, kommunikasjon, konflikthåndtering, helsefremmende strategier, veiledning av grupper og individer og bevisstgjøring rundt helserelaterte spørsmål.

Seksjonen har også det overordnede koordineringsansvaret for kommunens handlingsplan og budsjett, utarbeiding av maler og oppfølging av seksjonenes rapportering.

5. Om utfordringsbilde, mål, strategier og tiltak

Utfordringer

Helseoversikten ligger til grunn for definering av utfordringsbildet.

For å vurdere viktigheten av faktorene i helseoversikten, med tanke på hvorvidt de utgjør vesentlige utfordringer, er de analysert med tanke på konsekvenser og årsaksforhold:

- Hvor viktig antas de ulike forholdene å være for befolkningens helse? Hva kan være konsekvenser av ikke å gjøre noe med forholdene?
- Er det spesifikke omstendigheter i kommunen (samfunnstrekk) som har ført til forholdene, situasjonen eller utviklingen, positivt og negativt?
- Hvilke områder og temaer kan kommunen faktisk gjøre noe med?

Ved å se disse vurderingene opp mot kunnskap innen folkehelsefeltet, er det definert fire hovedutfordringer for folkehelsen i Fredrikstad. Disse stemmer godt med de direkte beskrivelsene av utfordringer som kom frem i møtene med kommuneorganisasjonen og det sivile samfunn.

Hovedutfordringene vi ser er:

-
- A. Tidlige leveår og utdanning – ikke alle får en så god start som de kunne fått
 - B. Levekår – rammer og ressurser er ujevnt fordelt
 - C. Helserelatert atferd – sunne valg er ikke enkelt og attraktivt nok for alle
 - D. Flere eldre – andelen eldre øker i et relativt uforandret ressursbilde
-

I utfordringsområde B er sosial ulikhet selve kjernen; ulike muligheter på bakgrunn av sosioøkonomisk tilhørighet og levekår. For alle hovedutfordringene gjelder imidlertid at det er en dimensjon av sosial ulikhet. Dette har konsekvenser for valg av strategier og tiltak.



Mål, strategier og tiltak

«Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, ...». Slik er kommunens tiltaksplikt nedfelt i folkehelselovens § 7.

Planen svarer på dette ved å sette opp tre overordnede, strategiske grep for folkehelsearbeidet, samt mål og delstrategier (totalt 13) innen de fire utfordringsområdene. Fagkunnskap og innspill fra kommuneorganisasjon og befolkning ligger til grunn for valgte mål og strategier.

Strategiene under de ulike utfordringsbildene bygger i stor grad på hverandre. Eksempelvis vil en helhetlig tilnærming til det å bedre levekårene for alle, være en kombinasjon av tiltak rettet mot tidlige leveår og utdanning, og tiltak rettet konkret mot levekårsforhold. På samme måte vil tiltak rettet mot tidlige leveår, utdanning, yrkesdeltakelse, boforhold og helsevalg, være viktige grunnlag for en god alderdom, selv om strategier rettet mot eldre år også er nyttige.

Konkrete tiltaksforslag omhandles ikke av planen, da dette er lagt til handlingsplan- og budsjettarbeidet. En tverrsektoriell arbeidsgruppe vil være pådriver, tilrettelegger og eventuelt samarbeidspartner i dette arbeidet (se kapittel 6). På bakgrunn av kunnskap og lokale innspill er det likevel, i vedlegg, satt opp en tabell med tiltaksforslag som er å betrakte som idéer og inspirasjon til hvordan strategiene kan operasjonaliseres innen ulike alderssegment.

Overordnet mål og strategi for folkehelsearbeidet i Fredrikstad

Overordnet mål:

Bedret folkehelse og redusert sosial ulikhet i helse.

Overordnet strategi - tredelt:

Dreie en større del av innsatsen over mot helsefremming og forebygging.

Satse på universelle tiltak, men med innsats dosert etter behov.

Videreutvikle og satse på tverrsektorielt og nivåovergripende samarbeid.

Utfordringsbilde, mål og strategier for Fredrikstad per 2014

Se 5 A-D for Utfordringsbilder med tilhørende mål og strategier

5 A. Tidlige leveår og utdanning

Utfordringsbilde

Ikke alle får en så god start som de kunne fått

De ressurser og egenskaper man får med seg gjennom de første leveårene, spesielt tillit, mestring og ferdigheter, har avgjørende betydning for muligheter, valg og mestringsstrategier gjennom livet. Ett resultat av disse grunnleggende egenskapene er i hvilken grad man klarer å skaffe seg utdanning. Et annet resultat er helse. Utdanning er dermed et mål på hvilke ressurser man har med seg fra de tidligste leveårene, og det er en markør for helse. De fleste helserelaterte parametere kan fordeles fra minst gunstig til mest gunstig etter nettopp utdanningslengde.

Å prioritere oppvekst og utdanning i folkehelsearbeidet, betyr ikke at flest mulig skal ha høyest mulig utdanning. Men gjennom intellektuell, språklig, emosjonell og sosial stimulering får barn muligheter til å videreutvikle ferdigheter og mestring, og en grunnleggende tillit til seg selv og andre. Det er et godt grunnlag for helse, og for utdanning.

Kompenserende tiltak senere i livet, eksempelvis i form av livsstilsendring eller boligstøtte, er både personlig og samfunnsøkonomisk betydelig mer kostbare og har mindre effekt enn tidlig innsats. Dette betyr ikke at tiltak senere i livet ikke skal gjøres, men at det er klokere å prioritere innstas tidlig i livet.

De fleste barn, og alle fra seks års alder, har to hovedarenaer i oppveksten; familien og barnehage/skole;

Hjemmearenaen preges i stor grad av personlige kvaliteter, men også av de sosioøkonomiske rammer som finnes; hvilken utdanningsbakgrunn, yrke, økonomi og bolig foreldrene har. Disse faktorene påvirker hvilke ressurser og muligheter som finnes. Uten påvirkning er disse faktorene i stor grad gjenstand for arv. Mekanismene er imidlertid påvirkelige. Forskning tyder på at til og med intellektuell kapasitet er påvirkelig dersom ressurser i oppvekstmiljø og familie styrkes der det trengs, og tiltak settes inn tidlig. Både i form av støtte til foreldremestring, og gjennom å prioritere de tjenester som jobber med barn og unge, har kommunen muligheter til å bidra.

Barnehagene er i dag viktige læringsarenaer, for alle typer ferdigheter. Barnehager av god kvalitet kan bidra til å redusere sosiale forskjeller. I dag er det slik at de gruppene barn som ville hatt størst nytte av et godt barnehageopplegg, oftest holdes utenfor barnehagen. Vi har en stor utfordring i å øke barnehagetilknytningen for disse gruppene.

Skolen har mange av de samme kvaliteter og muligheter som barnehagen, og sammen med helsestasjonstjenesten er dette unike kommunale tjenester, i det at de ser bortimot alle barn og familier i kommunen, og de møter dem i den perioden vi kan gjøre mest for å påvirke livsløpene i positiv retning. Disse arenaene er derfor kjernepunkter i folkehelsearbeidet, og kan sammen med andre instanser bidra til en bedre start for alle.

Hovedbudskap

Tidlige leveår er viktigste angrepspunkt for å påvirke folkehelsen i Fredrikstad. Å tilrettelegge for utvikling av mestring, tillit og ferdigheter, uansett sosioøkonomisk bakgrunn, er sentralt. Det er også støtte til god foreldremestring.

Mål og strategier

Mål:

Alle barn i Fredrikstad har gode muligheter for utvikling av tillit, mestring og ferdigheter.

Hovedstrategi:

Gode, universelle tilbud til barn og barnefamilier, med ekstra innsats for å nå de som trenger det mest.

Delstrategier:

1. Styrke foreldremestringen

Å støtte foreldre i å oppleve best mulig mestring av foreldrerollen er viktig. Dette er viktigere jo yngre barna er. Gjennom å støtte foreldre til å gi best mulig intellektuell, språklig, emosjonell og sosial stimulering, vil flere barn kunne vokse opp med gode mestringsstrategier for god fysisk og psykisk helse og trivsel gjennom livet. Helsestasjonen utgjør en kjernetjeneste i dette arbeidet, sammen med blant andre barnehage, skole, hjelpetjenester og også frivillige. Noen tiltak for styrket foreldremestring er allerede igangsatt, og erfaringer fra dette kan brukes og videreutvikles.

2. Barnehagedeltakelse for alle

Det anses vesentlig å øke barnehagetilknytningen for de gruppene barn som hadde hatt størst utviklingsmessige gevinster av å være i barnehage, men i størst grad står utenfor. Barn i lavinntektshusholdninger er en viktig gruppe, spesielt minoritetsspråklige. Koordinert innsats gjennom flere instanser er vesentlig.

3. Styrke barnehager og skoler i deres helhetlige tilnærming til utdanningsoppdraget

Utvikling av tillit, mestring, ferdigheter, samt kognitiv, språklig, emosjonell og sosial utvikling, er alle viktige og likestilte deler av utdanningsoppdraget ut fra en folkehelsefaglig vurdering. Gjennom fellesskolen har vi muligheter til å videreutvikle kompetanse, samarbeid og rutiner som bedrer mulighetene i livet, spesielt for de som har et mer utfordrende utgangspunkt. Tett samarbeid mellom flere instanser og parter og involvering av foreldrene i barnas barnehage- og skolegang vil være viktige brikker i dette.

(For strategier som gjelder fysisk aktivitet og kosthold, se kapittel 5 C.)

4. Identifisere og gi tidlig hjelp til familier og barn med ekstra risiko

Kommunen har allerede flere gode systemer for dette, men utfordringen nevnes allikevel av mange. Det vil derfor være nyttig å videreutvikle systemer for ansvar og tiltak, inkludert god oversikt og samarbeidsrutiner, slik at usikkerhet eller manglende tilbud ikke står i veien for å støtte og hjelpe de barna og familiene som «alle vet hvem er». Tidlig støtte og hjelp til de med risiko er en god investering på både kort og lang sikt. Tverrfaglighet er et kjernepunkt.

5 B. Levekår

Utfordringsbilde

Rammer og ressurser er ujevnt fordelt

Det er godt dokumentert at sosioøkonomisk status, i form av utdanning, jobb og økonomi er avgjørende for folks helse, trivsel og samfunnsdeltakelse.

For å utjevne disse sosiale ulikehetene i helse, må vi gå til de mest grunnleggende årsakene; tidlige leveår og oppvekstforhold. Men for å klare å bidra til en bedre start for barna, eller for å bedre helse og trivsel for de som allerede er voksne og har et vanskelig utgangspunkt, er også det å bedre levekårene *i seg selv* avgjørende. Dette vil direkte bidra til bedre livssituasjon og bedre valgmuligheter for mange. Et minimum av rammer må være på plass for å kunne gjøre gode valg for oss selv og våre. Jobb gir økonomi og sosialt miljø. Økonomi gir muligheter. Bolig gir verdighet, trivsel og praktisk fundament. Blant annet.

Arbeid er i de fleste tilfeller helsefremmende. Med en lavere andel yrkesaktive i Fredrikstad enn på landsbasis, kommer sysselsetting høyt opp på lista over utfordringer. Utfordringene knyttes, i tillegg til grunnleggende faktorer som mestrings- og utdanningsnivå, blant annet til sykemeldings- og uføre«kultur», tilgang på praksisplasser og å ha nok jobber som er tilpasset ulike utdannings- og funksjonsnivåer.

Fredrikstad er en kommune med gjennomsnittlig lavere personinntekt enn landssnittet. Kommuneorganisasjon og befolkning uttrykker spesielt bekymring knyttet til barnefattigdom. Mange barn i Fredrikstad får ikke deltatt i samfunnet på lik linje med jevnaldrende, på grunn av dårlig familieøkonomi. I tillegg til lavinntekt, ser mange utfordringer når det gjelder kunnskap om, og forvaltning av økonomiske ressurser.

Mange ser også store utfordringer i Fredrikstad knyttet til at det er for få og for dårlige boliger til grupper som ikke klarer å skaffe bolig selv. Blant annet er boligsituasjonen utfordrende for mange barnerike familier med innvandrerbakgrunn. Nok universelt tilpassede boliger og en blandet boligstruktur som fremmer integrering og «bydels»-intern boligkarriere, er også viktige momenter.

Kommunen har mulighet til å påvirke den ujevne fordeling av levekårsfaktorer gjennom innsats i tidlige leveår, men også gjennom å direkte påvirke levekårene til mennesker som av ulike grunner har dårligere muligheter. Blant annet gjennom rådgivningstjenester, å være pådriver og samarbeidspartner med det sivile samfunn, som arbeidsgiver og som boligeier. Vi må sammen jobbe for at alle, uavhengig av ståsted i livet, har et best mulig utgangspunkt for egenmestring, helse og trivsel.

Hovedbudskap

Yrkesdeltakelse, en viss grad av inntjening og boligforhold påvirker i seg selv helse og trivsel. Påvirkning av disse faktorene, med mål om sosial utjevning, vil påvirke folkehelsen.

Mål og strategier

Mål:

Alle har en levestandard som muliggjør god helse og trivsel.

Hovedstrategi:

Bidra til at alle opplever god mestring og kontroll over levekårsforhold som yrkesdeltakelse, økonomi og boligsituasjon.

Strategier fra kapittel 5 A vil også være vesentlige for å møte utfordringsbildet «Levekår».

Ut over dette er delstrategier:

5. Aktivt arbeide for å holde flest mulig sysselsatt

Å stå utenfor yrkeslivet er en av de største risikofaktorene for redusert helse og trivsel. Det er derfor sentralt å bidra til at flest mulig kan være i stand til å stå i jobb, inkludert å bidra med det vi kan for at det finnes jobber. Nærværarbeid, sykemeldings- og utførepraksis, lærlingeplasser, praksisplasser og språkplasser vil være sider kommunen kan se videre på. Å holde folk i jobblignende og sosial aktivitet, der det ikke er snakk om tradisjonell jobb, er også viktig for å forebygge inaktivitet, som igjen vil kunne være et hinder for senere yrkesdeltakelse og samfunnsdeltakelse. Samarbeid mellom ulike instanser er et nøkkelpunkt, i likhet med å høste erfaring fra og bygge videre på de gode systemer og samarbeid som allerede er iverksatt.

6. Redusere fattigdom

Inntekt er en uavhengig viktig faktor for valgmuligheter og muligheter for egenmestring. Å tilby rådgivning og støtteordninger som bidrar til muligheter, spesielt for barnefamilier, er kommunale muligheter.

7. Sørge for tilfredsstillende boforhold for alle

Å jobbe videre for å ha store nok og godt nok tilpassede boliger for alle grupper som trenger støtte til bolig, vil være viktig. Mange grupper vil også trenge «boligskole» for å klare å fungere godt i boligen over tid. Tilrettelegging i bolig, rundt bolig og et variert bomiljø i alle deler av Fredrikstad er stikkord. God kommunikasjon mellom de som ser behovene, de som kan utforme tiltak og de som lager planer er viktig. BOSO-planen er sentral i dette arbeidet.



5 C. Helsereelatert atferd

Utfordringsbilde

Sunne valg er ikke enkelt og attraktivt nok for alle

Fra Folkehelse rapporten 2014 kan vi lese at de fem desidert viktigste risikofaktorene for tidlig død er (i rekkefølge); usunt kosthold, høyt blodtrykk, tobakksrøyking, overvekt og fysisk inaktivitet/stillesitting. Tett deretter følger blant annet høyt alkoholforbruk.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner kan forebygge 80 prosent av hjerteinfarkt, 90 prosent av type 2 diabetes og over 30 prosent av kreft. Ut over dette seiler psykisk uhelse opp som en stor utfordring og som en hovedårsak bak dårlig selvpoplevd helse, sykemelding og uføre.

I Fredrikstad har vi kortere levealder enn landsgjennomsnittet og mer av nesten alle negative helseparametere. Av tall og innspill, ser vi at vi på årsakssida har store utfordringer også når det kommer til helsereelatert atferd som kosthold, fysisk aktivitet, skader og ulykker.

Psykisk uhelse er en stor bekymring også i Fredrikstad. Spesielt er bekymringen knyttet til lettere psykiske plager – som ser ut til å ramme mange unge. Både ungdom og voksne nevner livsstilsjag, tilgjengelighet, sosiale medier og hverdagsstress som utfordringer. Dette er plager vi bør ha et apparat til å møte så det ikke utvikler seg til tyngre, mer omfattende problematikk.

Som for andre helsereelaterte parametere, er det store sosiale ulikheter i helsevalg og atferd. Å gjøre sunne valg er i dagens samfunn et veldig *aktivt* valg. Samfunnet krever ikke lenger aktivitet, og usunne alternativer er mange. I hvor stor grad man gjør valg som er gunstige for egen helse og trivsel, avhenger av mange ting, blant annet oppvekst og levekår. Men hvilke valg vi gjør avhenger også av hva slags atferd det oppmuntres til og er tilrettelagt for. I folkehelsesammenheng prater man gjerne om at folk gjør det som er:

- mulig
- billig
- behagelig
- moteriktig
- lovlig

De mest effektive folkehelse tiltakene for direkte å påvirke folks vaner og valg, har vist seg å være påbud og forbud (å la røykeloven). Slike tiltak rår ikke kommunene over i særlig grad. Men vi kan tilrettelegge for hva som er mulig og behagelig, og vi har visse muligheter til å påvirke folks handlerom når det er snakk om økonomi. Gjennom blant annet barnehage og skole kan vi skape gode vaner, og gjennom rådgivning og lavterskeltilbud kan vi påvirke og endre helsevaner og risikoatferd.

Dersom vi ender opp med å bare reparere, er de personlige og samfunnsmessige kostnadene enorme i forhold. Å forebygge ved å påvirke våre helsevalg, styrke egenmestringen og tilrettelegge for sunne vaner og helsefremmende aktivitet, er derfor viktig. Det dreier seg ikke om å overta styringen over folks liv, men om å tilrettelegge på en måte som gjør at alle har muligheter til å velge, og har noe å velge. En befolkning som i utgangspunktet skårer høyt på trivselsparametere, som vi gjør i Fredrikstad, og som ønsker å bruke både naturen og byen mer til sosial, kulturell og fysisk aktivitet, er et godt utgangspunkt.

Hovedbudskap

De viktigste direkte årsakene bak sykdom og død i Norge i dag, er helsereelatert atferd. Tilrettelegging for sunne vaner, hensiktsmessige valg og god psykisk helse er vesentlig.

Mål og strategier

Mål:

Alle i Fredrikstad har mulighet til å gjøre sunne valg av betydning for helse og trivsel.

Hovedstrategi:

Tilrettelegge på en måte som gjør det enklere og mer nærliggende for alle å gjøre sunne valg.

Strategier fra kapittel 5 A og 5 B vil også være vesentlige for å møte utfordringsbildet «Helserelatert atferd».

Ut over dette er delstrategier:

8. Stimulere til etablering av gode helsevaner

Vaner etableres tidlig, men kan også påvirkes gjennom livsløpet. Som kommune kan vi sørge for at barnehager og skoler har sunn mat og inkluderende, fysisk aktivitet som en naturlig del av hverdagen. Et samarbeid med de mange private barnehagene er en faktor. Kurs og rådgivning kan bidra til at flere klarer å etablere gode vaner også på hjemmearenaen. Kunnskap og kvalitet i tjenestene, og kunnskap om motivasjon og atferdsendring hos voksne, er stikkord. Blant andre barnehage, skole, helsestasjon, kommunekjøkken og Frisklivssentral er ressurser.

9. Tilrettelegge for fysisk aktivitet

Innsats på flere områder vil samlet sett kunne øke andelen som oppfyller rådene for fysisk aktivitet betraktelig. Det handler for de fleste om å få fysisk aktivitet som en naturlig del av hverdagen, - å gjøre de sunne valgene enkle og attraktive. Det anses som vesentlig at aktiv transport fortsatt må ha høy prioritet i all arealplanlegging. Tilgjengelighet til områder og anlegg for rekreasjon og fysisk aktivitet må være god for alle, og vi må ha et bredt utvalg av attraktive lavterskelaktiviteter. Møteplasser bør utformes for lek og aktivitet på tvers av grupperinger.

10. Tilrettelegge for sunt kosthold

Kommunen er ansvarlig for hva slags kost som tilbys på mange arenaer; som barnehage, SFO, skolens kantine, sykehjem, fritidsklubber og andre kommunale kantiner. Tilbudet her bør være resultat av kunnskap og nasjonale retningslinjer.

11. Tilrettelegge for sosiale og kulturelle aktiviteter

Kulturell aktivitet og møter mellom mennesker, også på tvers av tradisjonelle grupperinger og sosiale markører, er helsefremmende. Som kommune bør vi ha et bevisst forhold til hvilke møteplasser vi har og hvilke vi kunne trenge flere av. Det er viktig at folkehelseperspektivet fortsatt har en viktig rolle i areal-planleggingen, der et aktivt sentrum, gode nærmiljø, områdeløft, strøksheving og medvirkning er stikkord. Utvikling av samarbeid med det frivillige må være en del av tiltakssiden.

12. Forebygge risiko, sykdomsutvikling, skader og ulykker

På kommunalt nivå vil dette hovedsakelig dreie seg om undervisning og opplæring i forebygging, samt tidlig intervensjon på bakgrunn av risiko. Her vil blant annet grunnskole, FRIS, skolehelsetjeneste og Frisklivssentralen være viktige aktører. Blant annet rus, psykisk helse, vold, skader og ulykker er viktige satsningsområder. Metodikken i Trygge lokalsamfunn systematiserer det skade- og ulykkesforebyggende arbeidet. (For eldregruppen, se kapittel 5 D.)

5 D. Flere eldre

Utfordringsbilde

Andelen eldre øker i et relativt uforandret ressursbilde

I Fredrikstad, som ellers i landet, øker levealderen. Det er et resultat av bedre levekår og bekjemping av sykdom. Nasjonale og internasjonale studier er sprikende når det gjelder hvorvidt de ekstra leveårene i befolkningen også representerer bedret helse, eller om de «vunne leveårene» er år med sykdom og dårlig funksjon. Mye tyder på at det totalt sett, som resultat av økt levealder kombinert med blant annet usunne levevaner og medisinsk behandling som forhindrer død, vil være flere i samfunnet med sykdom og funksjonssvikt.

Dermed gir den i utgangspunktet positive, demografiske utviklingen oss noen utfordringer. Vi vil mest sannsynlig få:

- Økt andel av befolkningen som lever med kroniske sykdommer
- Økt andel av befolkningen som lever med kreft
- Flere med demens
- Flere i risikozonen for skader og ulykker, som fallskader og brann

Det vil altså være flere mennesker som trenger hjelp og bistand i fremtiden, og det vil være færre personer i arbeidsfør alder per pensjonist (fra 5 per 1 til 2,5 per 1 innen 2040). Dette tydeliggjør viktigheten av godt helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeid for å bidra til best mulig helse i befolkningen, gjennom hele livsløpet. Her er spesielt fokus på oppvekst og utdanning, samt levekår, viktig. Som for yngre henger nemlig eldres helse sammen med sosioøkonomiske faktorer som utdanning, yrkeshistorie og økonomi.

Forskningen er imidlertid tydelig på at også helsen hos eldre er påvirkbar; Også tiltak sent i livet kan bedre egenmestring og helseutfallene betydelig. Fire nøkkelfaktorer er hentet frem i Folkehelse rapporten 2014 som spesielt viktige med tanke på god aldring:

- Vedlikehold av mental funksjon
- Høy grad av fysisk aktivitet
- Et aktivt sosialt liv
- Et godt kosthold

Dette er faktorer vi til dels kan påvirke ved kommunal tilrettelegging.

Å bidra til at folk holder seg friskest mulig lengst mulig har åpenbare etiske og menneskelige aspekter. I tillegg er det økonomiske incentiver til å satse på god egenmestring og skadeforebygging. For eksempel koster de 180-190 årlige hoftebruddene kommunen anslagsvis 51 millioner kroner per år, samt at det beslaglegger 35 langtids sykehjemsplasser.

Kommunen kan bidra til god egenmestring gjennom styrking av individuelle, helserelaterede faktorer, men også ved tilrettelegging av rammer. Trygge og funksjonelle boliger og nærmiljøer vil bidra til eldres muligheter for egenmestring og deltakelse.

Hovedbudskap

Selv om eldres helse i stor grad er resultat av faktorer tidligere i livet, som oppvekst, levekår og helsevalg, ligger det stor gevinst i å jobbe målrettet for god egenmestring og skadeforebygging hos eldre.

Mål og strategier

Mål:

Høyere levealder, og friskere eldregruppe.

Hovedstrategi:

Bidra til at alle har et best mulig utgangspunkt for god helse og trivsel også etter pensjonsalder.

Strategier fra kapittel 5 A, 5 B og 5 C vil også være vesentlige for å møte utfordringsbildet «Flere eldre».

Ut over dette er delstrategier:

13. Ha fokus på egenmestring og forebygging i utformingen av tjenester og tiltak rettet mot eldre.

Som kommune har vi flere muligheter til påvirkning, som vi kan ta mer aktivt i bruk. Målet må være å fremme valg og løsninger som kan støtte egenmestringen i eldre år. Hverdagsrehabilitering, fallforebygging og andre forebyggende tiltak, funksjonelle boligforhold og helsefremmende sosiale og fysiske aktiviteter er faglig anbefalte tiltak som kommunen kan jobbe videre med. Seksjon for helse og velferd er kjerneaktør i dette.



6. Helse i alt vi gjør - Organiseringen av det koordinerende folkehelsearbeidet

Folkehelse i Fredrikstad kommune er et overordnet, felles ansvar som omfatter alle seksjoner. Dette fremgår av kommunenes ansvar etter folkehelseloven.

Folkehelseutfordringene og levekårsutfordringene er så store og sammensatte at løsningene må finnes på tvers av seksjoner og i samarbeid med befolkningen. For å få en bærekraftig samfunnsutvikling må vi i større grad vri samfunnets bruk av tid og ressurser fra kompensierende og reparerende tiltak, over mot forebygging og helsefremming. Det er derfor vesentlig å tenke og arbeide med folkehelse i alle sektorer og å arbeide samordnet, kunnskapsbasert og systematisk.

Rådmannen er ansvarlig for folkehelsearbeidet

Rådmannen er ansvarlig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og levekårsarbeidet og orienteres jevnlig sammen med sin ledergruppe om dette av de som er delegert det koordinerende ansvaret. Et avsnitt om folkehelse og levekår inngår i rådmannens rundskriv for plan- og budsjettarbeidet. Et avsnitt om folkehelse og levekår inngår i kommunens handlingsplan.

De enkelte seksjonene

Hver enkelt seksjon har ansvar for å operasjonalisere relevante strategier fra folkehelseplanen blant annet gjennom plan- og budsjettarbeidet. Som støtte i det arbeidet, skal det som ledd i alle seksjoners plan- og budsjettarbeid, gis en folkehelseorientering. Denne er spesifikk for hver seksjon, og skal stå som eget punkt i alle seksjoners fremdriftsplan for plan- og budsjettarbeidet. En tverrsektoriell arbeidsgruppe er ansvarlig for orienteringene. Et avsnitt om folkehelse og levekår inngår i hver seksjons handlingsplan.

Tverrsektoriell gruppe for folkehelse og levekår

Virksomhet bærekraftig samfunnsutvikling har ansvaret for å lede en tverrsektoriell arbeidsgruppe som møtes månedlig. Den tverrsektorielle arbeidsgruppen består av minst en representant fra hver seksjon, folkehelsekoordinator, kommuneoverlege og kommunens ansvarlige for levekårskartleggingen. Hver seksjonsrepresentant skal ha en vararepresentant for å sikre kontinuitet og informasjonsflyt. Gruppen skal følge opp folkehelseplanen på overordnet nivå.

Til den tverrsektorielle gruppen legges følgende:

- Det koordinerende ansvaret for det løpende oversiktsarbeidet.
- Følge med på nasjonale og regionale kunnskapskilder.
- På bakgrunn av helseoversikt og kunnskap, spille inn til, justere, og være samarbeidspartner i, seksjonenes folkehelsearbeid.
- Være pådriver for å utvikle tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidsrutiner/-arenaer.
- Utarbeide et årlig ressurs- og utfordringsnotat.
- Orienterer rådmannen og seksjonene jevnlig. Orienterer politikerne jevnlig.
- Utarbeide et helseoversiktsdokument hvert fjerde år (se kap 4A).
- Være pådriver for at medvirkning ivaretas i alt utviklingsarbeid, inklusiv metodeutvikling.
- Legge frem forslag til sektorovergripende tiltak og prioriterte utviklingsområder som legges frem til politisk behandling i forbindelse med det årlige plan- og budsjettarbeidet.
- Se på mulighetene for å arrangere folkehelseseminar hver høst.
- Sammen med relevante partnere utvikle tanken om «Fredrikstadkonferansen om levekår, attraktivitet og byutvikling» minst hvert fjerde år (før planstrategien).
- Ansvar for utarbeidelse av informasjonsstrategi.

Levekårsrapporten er en del av grunnlaget for folkehelsearbeidet, og behandles således i gruppa. Utarbeidelse av levekårsrapporten ligger derimot ikke til den tverrsektorielle folkehelse-/levkårsgruppa, men har en egen arbeidsgruppe.

Levekår og folkehelse i saksbehandling

I 2012 ble det vedtatt at alle politiske saker skulle vurderes med hensyn til konsekvenser for levekår og folkehelse. Dette tydeliggjør at saker fra alle politikkområder kan ha levekårs- og folkehelsekonsekvenser, enten tilsktede eller utilsiktede, positive og negative.

Erfaring viser at det er behov for kompetanseheving og metodeutvikling for å støtte saksbehandlerne. I 2014 startet Helsedirektoratet opp et nasjonalt prosjekt i samarbeid med Østfold fylkeskommune, Høyskolen i Østfold og bl.a. Fredrikstad kommune, for å utvikle nye verktøy for helsekonsekvensvurderinger og – utredninger. Dette er et ledd i metodeutviklingen, og vil være del av saksbehandlerstøtten BSU er ansvarlig for å videreutvikle.

Folkehelse i plan

Selv om alle saksbehandlere har selvstendig ansvar for å vurdere folkehelse og levekår har KMB et særskilt ansvar for å følge med på at dette blir hensyntatt i alle plansaker. I KMB ligger «følge med»-ansvaret særlig i den tverrfaglige plangruppa ledet av Miljø- og landbruk.

Folkehelse inn i politikeropplæringen

All politikk er folkehelsepolitikk og det er derfor viktig at folkehelse kommer inn som en del av politikeropplæringsprogrammet.

Folkehelse i kvalitetssystemet

Siste versjon av helseoversikt og folkehelseplan skal ligge i kvalitetssystemet i kommunen (jf. § 30, folkehelseoven)

Kommunen er med i partnerskapet Østfoldhelsa

Fredrikstad kommune er med i partnerskapet Østfoldhelsa og Bærekraftig samfunnsutvikling har ansvaret for oppfølging av dette. Det innebærer også veiledning og koordinering av søknader om midler til lokale forebyggende tiltak.

Kommunen er med i det nasjonale nettverket av Trygge lokalsamfunn

Fredrikstad kommune fikk status som trygt lokalsamfunn i 2002. Fredrikstad kommune er med i det nasjonale nettverket av trygge lokalsamfunn og rapporterer og re-sertifiseres i tråd med de nasjonale kravene. Den tverrsektorielle gruppa er prosjektgruppe og skaderegistrering inngår i helseoversiktsarbeidet.

Kommunen i samarbeid med frivillige

Folkehelseutfordringer er som oftest sammensatte. Slike utfordringer fordrer samarbeid som både er sektorovergripende (innad i kommunen) og nivåovergripende (samarbeid mellom kommune, frivillighet, lokalsamfunn, næringsliv, forskningsinstitusjoner, m.fl.).

I Meld. St. 16 (2010-2011) har frivillige organisasjoner og frilligsentraler blitt trukket frem som viktige aktører i folkehelsearbeidet. I ny folkehelselov (2012) legges det i tillegg vekt på frivillig sektors forebyggende rolle og muligheter i forhold til å bedre innbyggernes livsvilkår.

Koordinerende arbeidsgruppe ser på eksisterende planer og systemer for samarbeid med det frivillige og andre samarbeidsaktører, og foreslår en systematisering og videreutvikling av dette på folkehelseområdet. Dette vil i første omgang innebære å få på plass faste møtearenaer for informasjon, diskusjon og utvikling, mellom kommunen og frivilligheten. Dette er i overenstemmelse med vedtatt Frivillighetsmelding for Fredrikstad.

Utviklingsarbeidet gjøres i samarbeid med representanter for de frivillige i Fredrikstad.

Kilder/kunnskapsgrunnlag

Ut over de dokumenter som er satt opp under lover og føringer, har vi spesielt forholdt oss til følgende dokumenter som grunnlag for kunnskap:

- «Fair Society Healthy Lives» The Marmot Review. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Sosiale ulikheter i helse – en norsk kunnskapsoversikt. <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse>
- St.meld. Nr. 16 (2006-2007) ... og ingen sto igjen. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/stmeld-nr-16-2006-2007-.html?id=441395>
- Folkehelse rapporten 2010: Helsetilstanden i Norge. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?&Main_6157=6261:0:25,5532&MainContent_6261=6649:0:25,5535&List_6314=6327:0:25,5535&Content_6649=6259:84163::0:6340:1::0:0
- Folkehelse rapporten 2014. <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/folkehelse rapporten>
- Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 2. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/strategier-og-tiltak-for-a-utjevne-sosiale-ulikheter-i-helse-utjevning-av-helseforskjeller-del-2/Sider/default.aspx>
- Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport, IS-2203. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Sider/default.aspx>



Vedlegg til planen

Komplett helseoversikt 2014

Matrise løpende helseoversikt

Tabell tiltaksforslag (ikke del av planen som sådan, men idébank til bruk i folkehelsearbeidet)



FREDRIKSTAD KOMMUNE

Kommunedelplan for folkehelse 2015 – 2018/2026

Utgitt: 2015

Foto: Fredrikstad kommune, Sofie L. Danielsen

Omslag: Kommunikasjonsenheten