



**Finnmark fylkeskommune**  
**Finnmárkku fylkkagielda**



**Prosjektplan 2007 - 2009:**

**“Liv og lyst i lys og mørke”**

**Partnerskap for  
folkehelse i Finnmark**



## Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	3
1.1	Bakgrunn for prosjektet.....	4
1.2	Arbeidsgruppas sammensetning og mandat .....	4
1.3	Mål for prosjektet ”partnerskap for folkehelse i Finnmark” .....	4
2	Folkehelse – investering for det gode og sunne liv .....	6
2.1	Nasjonale målsettinger for folkehelsearbeidet .....	6
2.2	Nasjonale strategier for folkehelsearbeidet .....	6
2.3	Hva menes med partnerskap for folkehelse ?.....	7
2.4	Folkehelsearbeid sett i et nordområdeperspektiv .....	7
2.5	Utfordringer i Finnmark .....	8
2.5.1	Helsetilstand .....	8
2.5.2	Sosiale aspekter .....	10
3	Handlingsplan for folkehelsearbeidet i Finnmark.....	14
3.1	Mål for folkehelsearbeidet i Finnmark.....	14
3.2	Arenaer .....	14
3.3	Strategier .....	14
3.3.1	Folkehelse i et forebyggingsperspektiv .....	14
3.3.2	Profilering av folkehelsesatsinga .....	15
3.3.3	Organisering av prosjektet på regionalt nivå.....	16
3.3.4	Det lokale folkehelsearbeidet i kommunene .....	16
3.4	Prioriterte satsingsområder i Finnmark .....	17
3.4.1	Fysisk aktivitet og friluftsliv .....	17
3.4.2	Røyk- og rusfrihet .....	19
3.4.3	Matkultur .....	19
3.4.4	Kultur .....	20
3.4.5	Fysisk planlegging som helsefremmende verktøy .....	21
3.5	Finansiering.....	22
3.6	Framdriftsplan for oppstartsperioden .....	22
4	Evaluering .....	22
4.1	Kommunehelseprofiler.....	22
4.2	Evaluering av prosjektet.....	23

## 1 Innledning

Helse er det viktigste vi mennesker har. Hva som oppleves som god eller dårlig helse er individuelt betinget og ikke nødvendigvis relatert til faktiske levekår eller sykdom. Mennesket vektlegger faktorer som arbeid, inntekt og utdanning, skolesituasjon og prestasjoner, familiesituasjon, gode relasjoner og emosjonell tilstand ulik betydning når en skal definere livskvalitet og helse.

Folkehelse er summen av helse til enkeltindividene i en befolkning. Folkehelsearbeid har som mål å bedre helse og redusere helserisiko og handler om alle de forhold som har betydning for folkehelse.

Dersom man skal bedre helse i en befolkning må man sette i verk generelle tiltak rettet mot alle. Forebyggingstiltak er mest effektivt ved tiltak som får majoriteten i en befolkningsgruppe til å redusere sin risikoatferd, ikke ved tiltak mot et mindretall som har høy risiko. Spesielle tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og de som har utviklet sykdom vil derfor ha mindre betydning for folkehelse.

90 prosent av god helse skapes i andre sektorer enn helsesektoren. Innsats på områder som arbeid, barnehage, skole, fritid, bolig, sosiale relasjoner og miljø vil ha effekter på folkehelse. Folkehelsearbeid er politikerarbeid nr. 1 og det er nødvendig at sammenhengen mellom helseforhold, andre sektorer og politikkområders ansvar tydeliggjøres. Politikere på alle nivå tar hver dag beslutninger og skaper rammevilkår som har betydning for om finnmarkingene tar gode valg.

Finnmark har siden man begynte å registrere dødelighet for ca 130 år siden hatt høyere sykkelighet og dødelighet enn resten av landet. Forskjellene er ennå tilstede men er i ferd med å jevne seg ut. Forskjellene i dødelighet i dag skyldes i hovedsak høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, kreftformer som skyldes røyking og ulykker.

Folkehelsearbeid i Finnmark har pågått i mange år. Finnmark fylkeskommune, fylkesmannen i Finnmark og flere kommuner har i lang tid vært opptatt av og engasjert i folkehelsearbeid. Arbeidet har vært drevet gjennom prosjekter og det daglige arbeidet med tradisjonelle folkehelse tema. FYSAK – prosjektet framheves som en del av folkehelsearbeidet der 9 av kommunene i dag deltar. Frivillige organisasjoner har utgjort og vil fortsatt utgjøre en viktig helse- og trivselsfremmende rolle i Finnmark.

Sosial- og helsedirektoratet startet i 2004 en satsing på lokalt folkehelsearbeid gjennom stimuleringsmidler til regionale partnerskap. Denne prosjektplanen er en oppfølging av denne statslige satsingen og vil fungere som et virkemiddel for å koordinere, styrke og samordne folkehelsearbeidet i Finnmark på kort og lang sikt. Finnmark skal få til et helhetlig folkehelsearbeid i regionen med ”Liv og lyst i lys og mørke”.

## **1.1 Bakgrunn for prosjektet**

Finnmark er et av de tre gjenstående fylkene som staten v/ Sosial- og helsedirektoratet ønsker skal bli partnerskapsfylke fra 2007. Sosial- og helsedirektoratet krever at det skal være en god planforankring og foreligge et formalisert samarbeid og bredde i folkehelse tema. I Fylkesplanen for Finnmark 2006-2009 og andre fylkeskommunale planer nevnes folkehelsearbeid implisitt og eksplisitt. På bakgrunn av dette fattet fylkestinget i april 2006 i sak 06/07, følgende vedtak om oppstart av folkehelseprosjekt i Finnmark fra 2007:

1. Administrasjonen utarbeider en prosjektplan for folkehelseprosjektet innen utgangen av oktober 2006. Planarbeidet skjer i samråd med representanter fra Finnmark idrettskrets, Rådet for funksjonshemmede, Finnmark musikkråd og fylkesråder.
2. Det inviteres til et forpliktende partnerskap på regionalt nivå med relevante institusjoner.
3. Kommuner i Finnmark inviteres til å inngå forpliktende samarbeid med det regionale partnerskapet om lokalt folkehelsearbeid.
4. Folkehelseprosjektet skal drive folkehelsearbeidet med tanke på nordområdesatsingen og de utfordringer en her står ovenfor.
5. Fylkeskommunens egenandel i prosjektet finansieres gjennom økonomiplan og regionalt utviklingsprogram (RUP).

## **1.2 Arbeidsgruppas sammensetning og mandat**

Finnmark fylkeskommune har laget denne prosjektplanen i nært samarbeid med fylkesmannen og i samråd med arbeidsgruppa, som vedtatt i fylkestinget.

Gruppa har bestått av fylkesrådene Inger Lise Balandin og Hans M. Ellingsen, Finnmark idrettskrets v/ Marit Arntzen, Norges musikkråd Finnmark v/ Nils Petter Pedersen, Fylkesrådet for funksjonshemmede v/ Bjørnar Simonsen Fylkesmannen i Finnmark v/ Roger Lorentsen og Beate Lupton og Finnmark fylkeskommune v/ kultur- og idrettssjef Marianne Pedersen og prosjektleder Annie Abrahamsen Wik. Sistnevnte har vært gruppas sekretær.

Prosjektplanen er ment som et strategisk verktøy for å få i gang et koordinert folkehelsearbeid i Finnmark. Dette betyr at gruppa har foreslått innsatsområder, tiltak og organisering av partnerskapet. Kommuner og organisasjoner vil bli invitert til å delta i det videre arbeidet med prosjektet. Prosjektplanen vil således ikke være dekkende for all det regionale og kommunale arbeidet som skal igangsettes i denne perioden.

Fra desember 2006 vil Finnmark fylkeskommune starte prosessen med å invitere kommuner, organisasjoner og andre til å delta i partnerskap for folkehelse. Rekruttering av kommuner og andre partnere vil være en kontinuerlig prosess.

## **1.3 Mål for prosjektet ”partnerskap for folkehelse i Finnmark”**

Vi velger å organisere dette arbeidet først som et treårig prosjekt for å få en ekstra oppmerksomhet, men også for å teste ut ulike metoder og virkemidler i Finnmark. Målet er likevel varig forankring av folkehelsearbeidet i regional og lokal planlegging og den daglige virksomhet i alle sektorer i alle forvaltningsnivå.

Mål for prosjektet:

- Å rekruttere alle kommunene i Finnmark.
- Å rekruttere frivillige organisasjoner og andre regionale aktører i offentlig sektor.
- Å få til et systematisk, helhetlig og langsiktig folkehelsearbeid regionalt og lokalt.
- Å integrere folkehelsearbeid i planarbeid og ordinær tjenesteproduksjon lokalt og regionalt.

I løpet av prosjektperioden skal det vurderes om det er behov for å utarbeide en regional handlingsplan for folkehelse i Finnmark.

Prosjektet har forankring i nasjonale og regionale dokumenter:

- Fylkesplan for Finnmark 2006-2009.
- ”Frisk og rask i Finnmark”. Strategiplan for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet 2005-2008, Finnmark fylkeskommune.
- Ressurs Rik Region, Finnmark, 2004-2007.
- Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge.”
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011).
- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009, 1-2-30.
- Regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne, 22.11.04.
- Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. 1/2005.
- En skjult ressurs. En undersøkelse laget for fylkeskommunens råd for funksjonshemmede. Norut NIBR Finnmark 2005:6.
- Helse- og sosialmeldingen 2005. Vi står han av. Helsetilsynet i Finnmark/Fylkesmannen i Finnmark.
- De harde fakta andre utgave. Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, mai 2005.
- Prosjektbeskrivelse FYSAK-Finnmark. Finnmark fylkeskommune 2004.

## **2 Folkehelse – investering for det gode og sunne liv**

### **2.1 Nasjonale målsettinger for folkehelsearbeidet**

*Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdien som gir det enkelte individ og grupper muligheten for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.*

(NOU 1998:18. Det er bruk for alle).

St. meld 16 (2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge” – folkehelsepolitikken bygger på regjeringens overordna mål om et sunnere Norge.

Målsettingen for den nasjonale folkehelsepolitikken er å oppnå flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn, gjennom å:

- identifisere og påvirke viktige faktorer for helsen
- styrke helsetjenestens forebyggende virksomhet
- bidra til at andre samfunnssektorer ivaretar helse

Dette henger sammen med Verdens helseorganisasjons formulering av fire strategiske mål, som de fleste nasjoner arbeider etter:

- et lengre liv
- et sunnere liv
- et rikere liv
- likhet i sunnhet

Nasjonale prioriterte satsingsområder er fysisk aktivitet, ernæring, tobakk, rus og psykisk helse. Andre områder som framheves som viktig er universell utforming, fysisk planlegging, oral helse, integrering av nye landsmenn, skade- og ulykkesforebygging og helsefremmende arbeidsplasser. Prosjekt og tiltak som kan nevnes er helse i plan, fysisk aktivitet og måltider i skolen og grønn resept. Prosjektene gjennomføres i enkelte fylker og kommuner.

### **2.2 Nasjonale strategier for folkehelsearbeidet**

Et godt folkehelsearbeid får man til når lokalbefolkning, politikere og administrasjonen opplever at de kan påvirke forutsetningene for befolkningens helse.

Regjeringen framhever følgende fire strategier som viktige i folkehelsearbeidet:

1. Skape gode forutsetninger for å ta ansvar for egen helse
2. Bygge allianser/partnerskap for folkehelse
3. Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre
4. Utvikle ny kunnskap

Disse strategiene vil legges til grunn i fylkeskommunens planlegging. Partnerskap og alliansebygging sees på som spesielt viktig under oppstart av og som drivkraft i folkehelsearbeidet.

Fylkeskommunen har forventninger om at direktoratet bidrar med kompetanse, utvikling av verktøy som f.eks. kommunehelseprofiler og evaluerte tiltakspakker.

### **2.3 Hva menes med partnerskap for folkehelse ?**

Helse påvirkes av faktorer som befinner seg i alle samfunnssektorer og favner langt bredere enn det som er helsesektorens ansvarsområder. Partnerskap for folkehelse dreier seg om tverrfaglig, sektorovergripende og forpliktende samarbeid på regionalt og lokalt nivå. Partnerskapet skal være et gjensidig og forpliktende samarbeid mellom frivillig og offentlig sektor:

- Aktører med felles mål og strategier
- Alle parter har nytte av å delta
- Deltakerne er forpliktet til å bidra med avtalte innsatsfaktorer
- Samarbeid er av en viss varighet
- Partnerskapet er beslutningsdyktig innenfor gitte områder
- Det er avtalt en oppfølgingsmåte av vedtatte tiltak
- Deltakerne deltar på like vilkår

### **2.4 Folkehelsearbeid sett i et nordområdeperspektiv**

Livsstilsendring gir økt risiko for dårlig helse. I de mest industrialiserte landene er minst en tredjedel av sykdomsbyrdene resultat av fem av disse faktorene: tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og fedme. Fedme, høyt blodtrykk og kolesterolnivå er sterkt knyttet til fysisk inaktivitet og kosthold med for mye fett, sukker og salt.

Forventa levealder i Norge er 77 år (nyfødte gutter 2006) og 82 for kvinner (nyfødte jenter 2006). Finnmark har ligget mellom 1,5 år - 2,8 år lavere enn på landsbasis på forventa levetid. Levealderen i Russland ligger langt under Finnmark noe som uttrykker den store ulikheten i helsetilstand mellom Norge og Russland.

Nordområdeutvalget under Helse Nord RHF tydeliggjør følgende utfordringer :

”Det er en oversykkelighet og overdødelighet i den nordlige befolkning i alle landene i nordområdene. De helsemessige og sosiale gradientene er tydeligst over grensen mellom Norge og Russland, og representerer i seg selv en trussel mot folkehelsen. Noen av de viktigste risikofaktorene i dette området er knyttet til kaldt klima, lysvariasjoner mellom årstidene, livsstil generelt; herunder økende rusmisbruk, spesielle levekår og livsstil i urbefolkningsgrupper, fattigdom, industriell forurensning, ulykker, økende infeksjonssykdommer og økende antibiotikaresistens. På russisk side er det en betydelig negativ befolkningsutvikling, med større dødelighet enn fødselstilvekst. Denne demografiske

utviklingen er et stort sosialt og økonomisk problem som til en viss grad kan bedres gjennom helsetiltak som fører til redusert overdødelighet og redusert spedbarnsdødelighet.”<sup>1</sup>

Organiseringen av helsetjenesten i nordområdene utfordres på grunn av spredt bosetning, og lange avstander mellom ytterkant og de sentrale sykehus og helsetjenestetilbud.

Nordområdeutvalget mener den viktigste årsaken til dårlig rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distriktene i nordområdet skyldes følelsen av faglig isolasjon.

De store forskjeller i helsetilstand og helsetjenester i nordområdene stiller store krav til en målrettet, koordinert og langsiktig innsats dersom målet skal være å utjevne forskjellene.

Oppsummert kan man si at de felles utfordringer Finnmark har med Nordvest Russland er oversykkelighet, livsstilsendringer, lange avstander, klima- og lysvariasjoner.

Man antar at samhandling over landegrensene vil øke og utvikles raskt i årene fremover også i forhold til helse spørsmål. Samarbeid om folkehelse tema mellom Finnmark og Murmansk kan igangsettes og koordineres gjennom samarbeidsprogrammer knyttet til helse og infrastruktur. Finnmark fylkeskommune, Finnmark idrettskrets og Murmansk oblast v/ idrettskomiteen har inngått en egen samarbeidsavtale om idrettssamarbeid, som blant annet innebærer at Murmansk oblast er en partner i folkehelseprosjektet i Finnmark.

Vi vil i første omgang å etablere og videreutvikle gode og stabile faglige nettverk og kommunikasjonskanaler som er en forutsetning i et fremtidig samarbeid. Dette innebærer blant annet at vi vil invitere Murmansk oblast til samarbeidsmøter, seminar og konferanser. Det vil også være naturlig å samarbeide med andre aktører som Helse Nord, Universitetet i Nord-Norge og Barentssekretariatet. Finnmark fylkeskommune vil samarbeide regionalt med Nordland og Troms og videreutvikle det bilaterale arbeidet.

## **2.5 Utfordringer i Finnmark**

Finnmark beskrives som en naturperle både av de som bor her og av besøkende. Lokalsamfunnene i Finnmark er dominert av selveide boliger, lokalt selvstyre nær befolkningen, stort frivillig engasjement, gode nettverk, lite rasisme og tilgang på jakt, fiske, natur og rekreasjon. Befolkningen er mangfoldig og består av etnisk norske, samisk befolkning, kvener/finske og innvandrere fra over 20 nasjonaliteter. Et slikt mangfold utgjør både en styrke og utfordring for Finnmark fylke.

Nedenfor følger en beskrivelse av noen av utfordringene Finnmark står overfor knyttet til folkehelsearbeid.

### *2.5.1 Helsetilstand*

I løpet av en 30 års periode har forventet levetid for mannlige finnmarkinger økt med 4,7 år mens det for kvinner har økt med 3,7 år<sup>2</sup>. Både blant menn og kvinner går utviklingen i retning av at forskjellene i forventet levetid mellom finnmarkinger og landet som helhet

---

<sup>1</sup> Helsesamarbeid i Nordområdene. Strateginotat mars 2006. Nordområdeutvalget helse, et utvalg under Helse Nord RHF

<sup>22</sup> Statistikk om Finnmark, Norut NIBR 2005

knappes inn. Innhentingene har vært størst for den mannlige befolkningen. Bedring av både helseskadelig livsstil, psykelighet og dødelighet skjer raskere i Finnmark enn resten av landet.

De viktigste årsakene til helseproblemene skyldes hjerte- og karlidelser, kreftformer som skyldes røyking, muskel- og skjelettlidelser og ulykker. Felles over hele landet er at de med høyere utdanning og sosial status har bedre helse. Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag er en viktig oppgave og krever at det settes i verk tiltak som også når denne gruppen.

*Hjerte- og karsykdommer* er årsak til over 42% av alle dødsfall i Norge. Finnmark har hatt sterk nedgang i hjerte- og kardødelighet i 1990 årene men vi ligger fortsatt øverst når det gjelder menn. Kvinner fra Finnmark ligger for øvrig under landsgjennomsnittet.

Selv om det i dag er færre som dør av hjerte- og karsykdommer mener Verdens helseorganisasjon at denne utviklingen kan snu som følge av endret livsstil og at man ennå ikke har sett konsekvensene av livsstilsendringene.

For lite *fysisk aktivitet* vektlegges som en viktig årsaksfaktor. Undersøkelse viser at Finnmark har stort potensiale for å øke sitt aktivitetsnivå. 5 % av befolkningen er helt inaktiv, 8% har begynt å tenke på at de skal bli aktiv mens 28% er noe, men ikke regelmessig aktiv. Dette betyr at 44% av befolkningen bør øke sitt aktivitetsnivå sett i forhold til nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet<sup>3</sup>. Undersøkelsen viser videre at mange vil være fysisk aktive dersom arbeidsgiver legger til rette for det. Samtidig er Finnmark det fylke som benytter natur og friluftsliv mest. 89% av de som er aktive bruker naturen som arena for utfoldelse. Dette er svært positivt da det er påvist sammenheng mellom friluftsliv og god mental helse.

Forventet levealder har blant annet sammenheng med livsstil og spesielt med røykevaner. Stadig færre røyker, både blant kvinner og menn. Tallet på antall som røyker i Finnmark har sunket dramatisk og det er i dag *ca. 2 prosent flere røykere* sammenlignet med resten av landet. I 2004 var differansen 6 % for menn og 9 % for kvinner. Andelen daglige røykere blant kvinner i Finnmark har sunket betraktelig fra 48 prosent i 1995-1999 til 35 prosent i 2000-2004.

*Kreft* er etter hjerte- og karsykdommer den nest vanligste dødsårsaken. Det er vanskelig å si hvorfor noen får kreft og andre ikke. Forskning tyder imidlertid på at enkelte faktorer som usunn livsstil, fedme, overdreven soling, kjemiske stoffer og radioaktiv stråling øker risikoen for kreft. Man snakker sjelden om årsak til kreft bortsett fra når det gjelder tobakk som anses å være en årsaksfaktor ved lungekreft. I følge kreftregisteret kunne 85 prosent av alle lungekrefttilfeller vært unngått dersom ingen røykte. Antall nye krefttilfeller i befolkningen har blant annet sammenheng med befolkningens størrelse og alderssammensetning. Forekomsten av kreft vil øke når gjennomsnittlig levealder går opp. Økt eksponering for risikofaktorer vil også kunne føre til økt kreftforekomst. Evnen til å oppdage kreft påvirker kreftforekomsten.

Insidensraten for kreft har vært lavere både blant kvinner og menn i Finnmark enn på landsbasis i perioden 1953-2003. Lavere insidensrate for kreft har trolig sammenheng med lavere levealder både blant kvinner og menn i Finnmark. Lungekreft forekommer hyppigere blant både kvinnelige og mannlige finnmaringer noe som trolig har sammenheng med røykevaner.

---

<sup>3</sup> Landsomfattende MMI måling i 2006

*Kostvanene* kan forbedres over hele landet. Vi spiser for mye sukker, usunt fett og salt og for lite frukt og grønnsaker. Utfordringene er spesielt store knyttet til ungdom og da særlig borteboende elever. Ungdomsundersøkelse viser videre at samisk ungdom har et noe mer usunt kosthold enn etnisk norske ungdommer. Fedmeproblematikk er økende og Helse Nord rapporterer om at antall henvisninger som skyldes overvekt har økt. 15-16-åringer i de tre nordligste fylkene veier mer i forhold til høyde enn i resten av fylkene. Brusdriking er en risikofaktor for overvekt og den samme ungdomsundersøkelsen viser at mellom 12-16% av guttene drikker 4 glass eller mer til daglig mot tre til fem prosent blant jenter.

Det er fortsatt slik at Finnmark i likhet med Troms har store utfordringer i forhold til seksuelt overførbare sykdommer.

Når det gjelder *psykisk helse* påvirkes den av mange faktorer deriblant fysisk aktivitet, deltakelse på skole- og i arbeidsliv, familietilknytning, kultur og tilhørighet. Noen kommuner rapporterer om en forverring av barn og unges psykisk helse. Hvordan man definerer psykiske vansker vil imidlertid være av betydning når man skal kartlegge omfanget. Således kan det være vanskelig å trekke konklusjoner omkring hvor mange som har psykiske vansker og i hvilken grad.

De polikliniske tjenestene har hatt økt aktivitet blant barn og unge. Vi vet at mange barn og unge sliter med vansker knyttet til blant annet lærevansker, identitet, etnisitet, og familierelasjoner. For noen gir dette utslag i form av angst, atferdsvansker og eksperimentering med *rusmidler*. Det rapporteres om økt forbruk av illegale rusmidler blant barn og unge samtidig som debutalderen for alkohol senkes. Blant samiske barn og unge viser en ungdomsundersøkelse (2004) at det er mindre forekomst av røyk, alkohol- og rusmisbruk sett i forhold til etnisk norske ungdommer.

I forhold til psykisk helse ønsker vi å ha et forebyggingsperspektiv rettet mot faktorer som fremmer psykisk helse. Ved å ha fokus på aktiviteter og rammer som øker trivsel og deltakelse på lokalt nivå mener vi at dette vil ha positiv innvirkning også på den psykiske helsa. Vår oppfatning er at psykisk helse ikke kan sees isolert på men må sees i sammenheng med andre faktorer som f.eks. fysisk helse.

Den orale helsen (tannhelsen) blant barn i Finnmark bedres. De siste 5 årene har det vært en gledelig bedring i Finnmark. I 2005 var 60 prosent av 5 åringene i Finnmark uten karieserfaring mot 70 prosent på landsbasis. Blant 12-åringer var 27 prosent i Finnmark og 42 prosent på landsbasis uten karieserfaring. Når det gjelder ungdom har de fleste 18-åringer hatt hull i tennene. Det er for øvrig store interne forskjeller på den orale helsa i fylket. I enkelte kystkommuner har 70% av alle barn fra to til atten år hatt hull. Utviklingen i tannhelse har vært noe bedre på landsbasis enn i Finnmark, og tallene for Finnmark vitner fortsatt om dårligere tannhelse generelt sett enn på landsbasis. Vi ønsker derfor å ha en særskilt satsing på oral helse.

### 2.5.2 Sosiale aspekter

Det er et faktum at vi har et *høyere forbruk av trygd og stønad* som følge av uførhet og lavere deltakelse på arbeidsmarkedet.

Antall stønadstilfeller med *økonomisk sosialhjelp* sett i forhold til innbyggertall var i 2004 langt høyere i Finnmark enn på landsbasis. Mens det var 31 stønadstilfeller per 1000

innbyggere på landsbasis, var det 43 i Finnmark. Andelen kvinnelige stønadsmottakere var imidlertid lavere. Mens 41 prosent av stønadsmottakerne i Finnmark var kvinner, var kvinneandelen på landsbasis 44 prosent.

Det er mindre bruk av *kontantstøtte* i Finnmark enn på landsbasis. I 2004 hadde 46,3 prosent av barn mellom ett og tre år i Finnmark kontantstøtte mot 63,3 prosent i landsgjennomsnitt. Årsaken til dette kan blant annet være at Finnmark i mange år har hatt høyest barnehagedekning. Finnmark har noe større andel barn under *barnevernstiltak* enn på landsbasis.

*Voldsomme dødsfall* er mer vanlig i Finnmark enn på landsbasis. De aller fleste dødsfall tilskrives en eller annen form for sykdom. På landsbasis døde 95,7 prosent av alle kvinner av sykdom i 2003. Tilsvarende andel blant menn var 92,6 prosent. I Finnmark var andelen som ikke døde av sykdom - såkalte voldsomme dødsfall – noe høyere enn på landsbasis. Andelen voldsomme dødsfall har vært høyere blant menn i Finnmark enn på landsbasis gjennom hele perioden fra 1996-2003. Andelen voldsomme dødsfall blant kvinner har variert. I 2003 var 7,5 prosent av dødsfallene blant menn i Finnmark voldsomme dødsfall, mens andelen blant kvinner i Finnmark var 3,9 prosent. Voldsomme dødsfall omfatter blant annet ulykker, selvmord og drap.

*Familiestruktur* og nettverk er også noe som påvirker helsa vår. I denne sammenheng nevnes det helt kort at Finnmark har en høy andel av skilte og enslige forsørgere. Fylket har også relativt stor gjennomstrømning at tilflyttere noe som innebærer at mange ikke har det sikkerhetsnettet som familie og nettverk utgjør.

### 2.5.3 Utdanning og yrkesdeltakelse

Andelen personer i yrkesaktiv alder er lavere i Finnmark men med store interne forskjeller i fylket. Av de som blir arbeidsufør utgjør muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser til sammen 50% (37,7% og 13%).

Finnmark har høy yrkesdeltagelse i regionale senter. Ved årsskiftet 2004/2005 var 44.500 personer i alderen 20-66 år registrert bosatt i kommuner i Finnmark. Av disse var 33.200 registrert som yrkesaktive i fjerde kvartal 2004, noe som gir en yrkesaktiv andel i denne aldersgruppa på 75 prosent, litt lavere enn yrkesaktivandelen på 76 prosent på landsbasis. Andelen yrkesaktive i de regionale sentra i Finnmark var i gjennomsnitt litt over landsbasis, mens den i kystkommunene og innlandskommunene var lavere.

Finnmark har *høy arbeidsledighet i kystkommunene*. Andelen arbeidsledige varierer med store regionale forskjeller. Tendensen er at andelen helt arbeidsledige er relativt lav i de regionale sentra og i innlandskommunene, mens den er klart høyere i kystkommunene. Andelen utgjør 5 prosent mot 3 prosent på landsbasis.

Det er høyere *sykefravær* i Finnmark. I 2005 ble 7,3 % av arbeidstakerne i Finnmark registrert med legemeldt sykefravær mot 5,9 % av arbeidstakere på landsbasis.

Det er høyere andel *yrkeshemmede på attføring* enn på landsbasis. Som årsgjennomsnitt for 2004 var det nesten like mange som var registrert som yrkeshemmede under attføring som var

registrert som helt arbeidsledige i Finnmark. Omtrent 5 prosent av personer i alderen 20-66 år i Finnmark var altså yrkeshemmede under attføring, mot 3 prosent på landsbasis.

Totalt var det i Finnmark 5.800 *uførepensjonister* som årsgjennomsnitt for 2004, noe som utgjorde 13 prosent av aldersgruppa 20-66 år. Dette er noe høyere enn de 10 prosent uførepensjonistene utgjør på landsbasis. Jevnt over er andelen uførepensjonister litt høyere i kystkommunene enn de øvrige kommunene.

*Yrkesaktiviteten i Finnmark er like stor blant menn og kvinner.* Andelen yrkesaktive var i 2004 omtrent den samme for menn og kvinner i Finnmark. For kvinner er andelen yrkesaktive litt høyere enn landsgjennomsnittet, mens den for menn er klart lavere enn landsgjennomsnittet. Det er altså den lavere andelen yrkesaktive menn som gjør at Finnmark totalt sett har lavere andel yrkesaktive enn på landsbasis. I de regionale sentra og kystkommunene er jevnt over andelen yrkesaktive menn litt høyere enn andelen yrkesaktive kvinner, men i innlandskommunene er andelen yrkesaktive kvinner høgest.

Når det gjelder *utdanning* er det flere unge kvinner som tar utdanning enn menn. Det er flest kvinner med høyere utdanning både i Finnmark og på landsbasis. Man ser en markant forskjell i Finnmark mellom kjønn der det finnes 23,7% kvinner med universitet- og høgskoleutdanning mot 16,2% menn. I forhold til resten av landet er det ca. 3% færre med høyere utdanning. Man ser også at utdanningsnivå blant yngre øker noe mer på landbasis enn i Finnmark.

Blant ungdom er det i Finnmark, i likhet med Oslo og Troms, færre som starter på videregående utdanning. Over 30% fullfører ikke på normert tid der flertallet er gutter. Dette tallet er markant høyest i Finnmark men er generelt også noe høyt på landsbasis.

*Andelen helt arbeidsledige er klart høyere blant menn enn kvinner i Finnmark.*

Arbeidsledigheten, målt som andel av befolkningen i alderen 20-66 år, er derimot klart høyere blant menn enn kvinner i Finnmark. Også i forhold til landsnivået er forskjellen i arbeidsledighet større blant menn enn kvinner, med 6 prosent blant menn i Finnmark mot 3 prosent blant menn i landet, mens den er 3 prosent både blant kvinner i Finnmark og på landsbasis.

Utfordringer for folkehelsearbeid i Finnmark kan oppsummeres som følger:

- a) Det *fysiske* aktivitetsnivået er redusert og vi har et stort forbedringspotensial i forhold til *kosthold*. Det er særlig de med lavest inntekt og utdanning som har en livsstil med høyest risiko for sykdom.
- b) Antallet som *røyker* har gått dramatisk ned men er fortsatt en stor trussel for folkehelsa.
- c) For mange andre *kreftformer* enn de som skyldes røyking ligger Finnmark under landsgjennomsnittet
- d) De *psykiske* problemer og lidelser er en stor helseutfordring i Norge og også i Finnmark. Psykiske problemer og lidelser har stor innvirkning på situasjoner til enkeltindivider, familier, og lokalmiljø.
- e) Når det gjelder *oral helse* er det iøynefallende at så mange barn og unge har karriererfaring.

- f) Det flerkulturelle Finnmark er både en styrke og en utfordring. Identitet, selvfølelse, tilhørighet og medvirkning er sentrale forutsetninger for å ha et meningsfylt og aktivt liv.
- g) Økende *rusmisbruk* er et aktuelt tema både i Finnmark og resten av landet. Dette gjelder spesielt blant ungdom.
- h) Flere barnevernstiltak og personer som mottar sosialstønad.
- i) Stor andel enslige forsørgere.
- j) Det er avdekket at Finnmark har noe høyere *voldsproblematikk*. Statistikken viser at Finnmark er det fylket med flest anmeldte trusler og voldslovbrudd i forhold til befolkningsmengden.
- k) Det er flere *ulykker* med døden til følge. (På havet og i trafikken).
- l) Yrkesdeltakelse:
  - Høy arbeidsdeltakelse i regionale sentra.
  - Høy arbeidsledighet i enkelte kystkommuner og blant menn.
  - Flere yrkeshemmede og uførepensjonister enn på landsbasis.
- m) Utdanning:
  - Flere kvinner enn menn tar utdanning.
  - Færre som tar videregående utdanning og mange fullfører ikke på normert tid.

## **3 Handlingsplan for folkehelsearbeidet i Finnmark**

### **3.1 Mål for folkehelsearbeidet i Finnmark**

Det er utfordrende å utarbeide konkrete mål innen folkehelse fordi helse kan være vanskelig å måle.

Overordna målsetting for det regionale folkehelsearbeidet er:

- Å øke antall leveår med god helse

Resultatmål:

- At vi har tilrettelagt for at alle kan ta gode valg
- At vi har redusert sosial ulikhet i helse
- At vi har mobilisert lokal- og nærmiljøene til innsats

### **3.2 Arenaer**

Det overordna målet er å øke antall leveår med god helse. For å nå dette må det tilrettelegges for at det skal være enkelt å gjøre de riktige valg på ulike arena som barnehage, skole, arbeid og fritid. Folkehelsearbeidet skal videre ha et forebyggingsperspektiv. I dette ligger at barn og unge skal være prioriterte grupper i satsinga. Barn og unges holdninger og atferd speiles igjen fra de voksne. De voksne er derfor viktige bidragsytere i sin posisjon som rollemodeller og oppdragere. Andre grupper som er viktig å ivareta er funksjonshemmede, innvandrere, eldre, arbeidsledige og uføretrygdede.

For å nå disse gruppene legger folkehelsearbeidet opp til innsats på arenaer som en naturlig møteplass:

- Forebyggende helsetjeneste
- Barnehage
- Grunnskole
- Videregående skole
- Arbeidsliv
- Fritid
- Bo- og omsorgssenter/Helse- og omsorgsinstitusjoner

### **3.3 Strategier**

#### *3.3.1 Folkehelse i et forebyggingsperspektiv*

Tradisjonelt folkehelsearbeid kan deles inn i sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid:

1) *Helsefremmende arbeid* og tiltak har som målsetting å fremme god helse i befolkningen og gjøre det enkelt å ta valg som gir god folkehelse. Innsats som reduserer sosiale forskjeller vil også være helsefremmende. Slike tiltak vil i stor grad være strukturelle og rettet mot rammevilkårene i samfunnet. En helsefremmende strategi er ressurs- og mestringsorientert og kan beskrives som en nedenfra-opp-strategi med vekt på lokalbefolkningens innflytelse.

2) *Sykdomsforebyggende arbeid* er rettet inn mot tiltak som reduserer helseproblemer og sykdom og er ofte mer spesifikke enn helsefremmende tiltak. Det retter søkelyset mot sammenhengen mellom levevaner og helse, psykisk helse og på å redusere sosialt betingede helseforskjeller. Sykdomsforebyggende tiltak vil ofte være mer individ- og livsstilsfokustert selv om en del strukturelle tiltak er aktuelle også i forebygging av sykdommer.

På den ene siden vil spesielle tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og de som har utviklet sykdom ha mindre betydning for folkehelsen. På den andre siden er det nødvendig med slike tiltak for å bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. En av utfordringene er også å få de helsefremmende og generelle tiltakene til å nå ut til de mest utsatte.

Det er helt nødvendig å rette satsingen mot bestemte grupper for å hindre sosial ulikhet og for at man ikke bare skal treffe de som har relativt god helse fra før av. Dermed bør begge strategiene legges til grunn for folkehelsearbeidet.

Finnmark fylkeskommunes rolle vil dermed være å legge til rette for både helsefremmende- og på sykdomsforebyggende arbeid på regionalt og lokalt nivå. Folkehelsearbeidet skal imidlertid ha et hovedfokus på primærforebyggende arbeid som handler om å forhindre at helseproblemer oppstår. Sekundærforebygging, som er en del av sykdomsforebygging, handler om tiltak som skal hindre at problemer varer eller videreutvikles. Forebygging på dette nivået gir kommunene muligheten til å målrette innsatsen mot bestemte grupper.

### 3.3.2 Profilerings av folkehelsesatsinga

Visjonen "*Liv og lyst i lys og mørke*" skal brukes i profilering av folkehelsearbeidet i Finnmark. Visjonen skal symbolisere den aktive og lykkelige finnmarkingen gjennom alle årstider. Andre stikkord som er vektlagt er humor, fellesskap, identitet og tilhørighet til Finnmark.

Media, internett, møter og seminarer brukes som en felles kommunikasjonsstrategi for å kommunisere folkehelse på alle områder.

Mediestrategi skal være offensiv. Vi inviterer media til partnerskap og bruker media aktivt for å synliggjøre når kommuner og organisasjoner rekrutteres, partnerskap dannes og tiltak og arrangement settes i gang. Aktuelle medier inviteres også til å delta i partnerskap.

Internettssidene til Finnmark fylkeskommune skal publisere aktuell informasjon om folkehelse, med blant annet linker til nasjonale nettsteder og kampanjer som f.eks. Bedre helse på 1-2-30. Målgruppa for sidene er befolkningen generelt, media, kommuner og organisasjoner og andre interesserte.

Fylkeskommunen vil bidra aktivt på ulike arenaer, møter, konferanser der man møter kommuner, statlige etater og frivillige organisasjoner.

### 3.3.3 Organisering av prosjektet på regionalt nivå

Finnmark fylkeskommunen har en ledende rolle i partnerskapet, og skal opptre som aktiv pådriver og veileder samt skape nettverk og møteplasser.

Prosjektet skal ledes av en styringsgruppe med representanter fra Fylkesmannen i Finnmark, Finnmark fylkeskommune, to kommuner, Finnmark idrettskrets og Høgskolen i Finnmark. Styringsgruppa skal ha en ledende rolle i prosjektet og gi overordende føringer og økonomisk ramme for prosjektet.

Det skal dannes et regionalt partnerskap med representanter for Finnmark fylkeskommune, Fylkesmannen i Finnmark, Høgskolen i Finnmark, Samenes idrettsforbund, Finnmark idrettskrets, Statens vegvesen, Norges jeger- og fiskerforening Finnmark, Forum for natur og friluftsliv, Norsk musikkråd Finnmark, NHO, LO og NAV. Aktuelle partnere rekrutteres kontinuerlig. Det regionale partnerskapet skal bidra med ressurser og kompetanse i folkehelsearbeidet i Finnmark. Det skal inngås formelle partnerskapsavtaler med de regionale partnere, slik at de forplikter seg til å bidra. Den enkelte regionale partner skal være pådriver for folkehelsearbeidet på ulike arena og med ulike virkemidler.

### 3.3.4 Det lokale folkehelsearbeidet i kommunene

Det konkrete og viktigste folkehelsearbeidet skal skje lokalt, dvs i kommunene og organisasjonene. Erfaring viser at det er større mulighet til endring når lokalsamfunnet selv innser behov for endring og dermed selv er med på å finne løsninger, en såkalt *nedenfra og opp strategi*. Dette tror vi også er viktig for å få til en tverrsektoriell satsing.

Fylkeskommunen skal invitere kommunene som partner i prosjektet. For å sikre et planlagt, langsiktig og koordinert folkehelsearbeid er det viktig at også kommunene forplikter seg i partnerskapsarbeidet. Selv om de lokale folkehelseprosjektene i kommunene må forholde seg til rammene i det regionale prosjektet, er det viktig at kommunene definerer sitt prosjekt ut i fra lokale forhold, utfordringer og behov.

Partnerskapskommunene vil få tilskudd til sitt lokale folkehelsearbeid fra fylkeskommunen. Det vil bli stilt krav til blant annet å ha en folkehelsekoordinator i kommunen. Hvordan dette løses i hver kommune må avklares i hvert tilfelle, fordi kommunene har ulikt utgangspunkt. Eksisterende FYSAK – kommuner kan for eksempel se FYSAK – og folkehelsekoordinator i sammenheng. Koordineringsfunksjonen i partnerskap bør forankres i kommunenes administrative ledelse (jf. departementenes handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009). Interkommunalt samarbeid vil være svært nyttig også i dette prosjektet.

For at en kommune skal være en partnerskapskommune og få tilskudd må følgende iverksettes:

- a) Vedtak i kommunestyret om deltakelse i Partnerskap for folkehelse.
- b) Folkehelsesatsing integreres i kommuneplaner og andre relevante planverk.
- c) Opprette en styringsgruppe eller arbeidsgruppe for det lokale folkehelsearbeidet i prosjektperioden.

- d) Lokale partnerskap inngås med frivillige organisasjoner og offentlige etater
- e) Ivareta 20-50 % folkehelsekoordinatorfunksjon.
- f) Utarbeidelse av handlingsplan innen ett år.
- g) Kommunen deltar på felles kompetansehevingstiltak initiert av Partnerskap for folkehelseprosjektet i Finnmark.
- h) Gjennomføre minst to tiltak fra hvert innsatsområde i prosjektperioden.
- i) FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming skal legges til grunn i all planarbeid.

En tilnærmet slik modell er prøvd ut i andre fylker og utgjør basis for samarbeidet mellom fylkeskommunen og kommunene.

### **3.4 Prioriterte satsingsområder i Finnmark**

På bakgrunn av nevnte kunnskapsgrunnlag og utfordringer ønsker vi i starten av folkehelsearbeidet å prioritere fysisk aktivitet og friluftsliv, matkultur, røyk- og rusfrihet, kultur og fysisk planlegging. Kunnskap viser at dette er faktorer som i stor grad påvirker folkehelsa. Disse områdene anses også for å ha positivt innvirkning på den psykiske helsa.

I tillegg ønsker vi å ha noen særskilte satsinger på for eksempel områder som oral helse og rus blant ungdom. Prosjektet åpner opp for lokale tilnærminger da kommunene står overfor ulike utfordringer.

Prioriterte satsingsområder er:

1. Fysisk aktivitet og friluftsliv
2. Røyk- og rusfrihet
3. Matkultur
4. Kultur
5. Fysisk planlegging som helsefremmende verktøy

Tiltakene under disse satsingsområder skal ha fokus på forebygging og helsefremmende aktivitet. Tiltakene skal primært rettes inn mot store målgrupper. Folkehelse skal kommuniseres i forhold til alle de valgte områder og målgrupper. Det kan gis tilskudd til særskilte satsinger.

Nedenfor skisseres forslag på tiltak som regionale aktører kan være pådrivere av. Det utarbeides en egen tiltaksmeny som legges ut på internettsidene til Finnmark fylkeskommune og skal fungere som en idebank for partnere i prosjektet.

#### *3.4.1 Fysisk aktivitet og friluftsliv*

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert. Regelmessig fysisk aktivitet beskytter mot utvikling av hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, diabetes type 2, overvekt, fedme, tykktarmskreft, brystkreft og andre kreftformer. Fysisk aktivitet er også viktig for muskel- og skjeletthelse. For personer som er fysisk inaktive vil selv en beskjeden økning i daglig aktivitetsnivå gi betydelig helsegevinst i form av økt livskvalitet og redusert sykdomsrisiko.

I tillegg til at fysisk aktivitet forebygger en rekke sykdommer er aktiviteten også en kilde til livsutfoldelse, glede og positive mestringsopplevelser. Fysisk aktivitet er også en mulig behandlingsform for personer med depresjon, blant annet fordi fysisk aktivitet stimulerer kroppens egen produksjon av antidepressiva.

Allsidig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er nødvendig for god helse i oppveksten og for å etablere regelmessige aktivitetsvaner som gir varig aktivitetsglede.

Det er også sammenheng mellom friluftsliv og psykisk helse. Aktivt ute- og friluftsliv blant barn og unge har positiv innvirkning på trivsel, generell mestringsevne og livskvalitet. I Finnmark eksisterer en unik mulighet til å drive friluftsliv. Vi ønsker å arbeide for at denne muligheten videreutvikles og gir alle mulighet til å delta på sine premisser.

**Mål: Å fremme den fysiske og psykiske helsa**

**Målgruppe: Alle men spesielt barn og unge**

**Ønsket resultat:**

- **At barn og unge lærer seg å bli glad i fysisk aktivitet**
- **At alle innbyggere gis arenaer for fysisk aktivitet**
- **At alle gis mulighet til drive friluftsliv i nærmiljøet**
- **At det gis tilbud om fysisk aktivitet på dagtid**
- **At kommunene gjør systematisk bruk av tilpasset fysisk aktivitet i forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeid**
- **At vektøkning, forekomst av diabetes 2 og hjerte- og karsykdommer reduseres**
- **At allerede pågående arbeid synliggjøres og styrkes**

<b>Forslag på tiltak</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Partnere</b>
1. Videreføre FYSAK som merkevare i folkehelsesatsinga	FFK Kommuner	Frivillige organisasjoner
2. Fysisk aktivitet i skolen : 60 min hver dag -Grunn- og videregående skole	Kommune/skole Fylkesmannen	FFK
3. Fysisk aktivitet i barnehage, inne og ute	Kommune/barnehage Fylkesmannen	FFK
4. Prøve ut trim på resept i to kommuner	FFK Kommune	Frivillige organisasjoner
5. Seniordans i alle kommuner	Forbundet Seniordans, Region Finnmark	FFK
6. Kompetanseheving innenfor anlegg og spillemidler	FFK og Finnmark idrettskrets	
7. Temakvelder: Tilrettelegging av fysisk aktivitet for barn/funksjonshemmede barn	Finnmark idrettskrets	

### 3.4.2 Røyk- og rusfrihet

Tobakksbruk fører til betydelige helseskader og for tidlig død i Finnmark. Tobakksbruk er den enkeltfaktor som er mulig å forebygge som kanskje har størst innflytelse på helsetilstanden. Redusert tobakksbruk vil kunne bety et stor løft for folkehelsa i Finnmark.

Det har vært en økning av illegal rusmisbruk blant ungdom og mange har både rusproblemer og sosiale problemer. Generelle tiltak rettet mot hele befolkningen kan ha stor effekt men det er avgjørende å bistå de mest utsatte med hjelp tidligst mulig. Vi ønsker derfor å satse på rusforebygging blant ungdom.

<b>Mål: Å redusere rekruttering og antall dagligrøykere</b> <b>Å øke debutalderen for alkoholbruk og forhindre rusmisbruk blant ungdom</b>		
<b>Målgruppe: Barn, ungdom og voksne</b>		
<b>Ønsket resultat:</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>At flere unge velger røykfritt</b></li><li>• <b>At debutalderen på alkohol heves</b></li><li>• <b>At unge ikke eksperimenterer med/ blir brukere av illegale rusmidler</b></li><li>• <b>At antall rusfri møteplasser for ungdom økes i alle kommuner</b></li></ul>		
<b>Forslag på tiltak</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Partnere</b>
1. Røykfrie skoler: -Implementering av "FRI" på ungdomskole -Jobbe for røykfri skoletid på videregående skole -Bruk av "Ditt liv" på v.g.s	Kommune/skole	FFK Fylkesmannen
2. Røykesluttkurs	Forum for røykfrihet	FFK Fylkesmannen
3. Implementering av dvd for veiledning av gravide røykere	Kommune/helsestasjon	FFK Fylkesmannen
4. Røykfri arena og idrett uten røyk (Merking av idrettsanlegg)	Finnmark idrettskrets	

### 3.4.3 Matkultur

Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur og har stor betydning for riktig ernæring og sosialt, mentalt og fysisk velvære. Riktig kostsammensetning vil alene, og sammen med økt fysisk aktivitet, redusere risikoen for utvikling av hjerte- og karskdommer, enkelte kreftformer, overvekt, diabetes 2, benskjørhet og bedre den orale helsa.

<b>Mål:</b> <b>Å øke inntak av frukt, grønt og ferskvarer</b>
--

- Å øke sanking av naturressurser
- Å spre matglede
- Å øke kunnskapen om mat og hvordan spise sunt
- Å bedre den orale helsa

**Målgruppe: Barn, ungdom og voksne**

**Ønsket resultat:**

- At kunnskap om riktig kosthold og tilgang på gode råvarer bidrar til sunne kostvaner
- At tannhelsen i Finnmark forbedres
- At vektøkningen forebygges og reduseres

<b>Forslag på tiltak</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Partnere</b>
1. Grønne skoler og kantiner: -Skolefrukt -Innkjøp av oppskjæringsutstyr -Innføring av vannautomater -Utdeling av vannflasker -Fjerne brusautomater -Utvikle gode modeller for skolemåltid	Grunn- og videregående skole  Fylkesmannen/FFK	FFK Fylkesmannen
2. Egen folkehelsesatsing på oral helse. Seminar om oral helse helsesøstre og tannpleiere	FFK	Kommunene
2. Frukt og grønt på idrettsarrangement, ”MER” (gratis materiell)	Finnmark idrettskrets	FFK
4. ”Sunne barnehager”	Kommune/barnehage	Fylkesmannen, FFK

#### 3.4.4 Kultur

Egen aktivitet og frivillig arbeide er en viktig bidragsyter for å skape aktivitet og trivsel gjennom gode sosiale fellesskap. Kulturdeltakelse og opplevelse gir mening og innhold til livet, er en kilde til kunnskap og bidrar til tilhørighet. Kulturaktiviteter er viktig for bolyst og psykisk helse. Kultur er også en bidragsyter til vekst og utvikling i lokalsamfunn.

**Mål: Å øke trivsel og bolyst**

**Målgruppe: Barn, ungdom og voksne**

**Ønsket resultat:**

- At lokalbefolkningen får økt tilbud av kulturaktiviteter og opplevelser
- At identiteten styrkes
- At mestingsopplevelser økes

<b>Forslag på tiltak</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Partnere</b>
1. Lokale kulturtiltak	Kommune, organisasjoner	FFK
2. Fylkeskommunale kulturtiltak	FFK, Musikk i Finnmark, Finnmark fylkesbibliotek, Den kulturelle skolesekken i Finnmark	Kulturinstitusjoner og organisasjoner Fylkesmannen
3. Andre kulturtiltak og kulturprosjekter	Kulturinstitusjoner og organisasjoner	FFK, kommunene, arrangører, festivaler
4. Den kulturelle spaserstokk		

### 3.4.5 Fysisk planlegging som helsefremmende verktøy

God forankring i det overordna plansystemet er en forutsetning for å gjøre folkehelsearbeidet mer systematisk, kontinuerlig og helhetlig. Plan- og bygningsloven er kommunenes og fylkeskommunens fremste verktøy i samfunnsplanleggingen. Samfunnsplanlegging er igjen et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet.

<b>Mål: Å inkludere folkehelsearbeid i all fysisk planlegging</b>		
<b>Målgruppe: Kommuner</b>		
<b>Resultat: At infrastrukturen stimulerer til fysisk aktivitet og tilgjengelighet for alle</b>		
<b>Aktiviteter/tiltak</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Delaktig/pådriver</b>
Universell utforming	Kommune	FFK/Fylkesmannen
Helse i plan	Kommune, FFK, Fylkesmannen	Miljøverndepartementet

### 3.5 Finansiering

Prosjektet partnerskap for folkehelsearbeid i Finnmark skal gjennomføres med eksisterende ressurser og midler, og prosjektmidler for å finansiere den ekstra innsatsen vi skal gjennomføre i prosjektperioden.

Fylkeskommunen bidrar med inntil 1,5 mill kr årlig. Vi foreventer at staten bidrar med minimum det samme. Kommunene med inntil 0,5 mill kr. Med i dette bilde er også mange organisasjoner som vil bidra med sin innsats i form av kompetanse, innsats og penger.

Det er i tillegg en rekke andre prosjektmidler og aktivitetsmidler som må sees i sammenheng med folkehelsesprosjektet. Fylkesmannen vil for eksempel overføre aktivitetsmidler rettet mot frivillige organisasjoner som setter i gang tiltak med fysisk aktivitet til fylkeskommunen, i størrelsesorden kr 350 000,- årlig.

Årlig budsjett i prosjektperioden

<b>Inntekter</b>	<b>Beløp</b>	<b>Utgifter</b>	<b>Beløp</b>
FFK	1.500 000,-	Prosjektledelse	400.000,-
SH-dir	1.500 000,-	Kommuner	1.400 000,-
Kommuner	500.000,-	Nettverksbygging	400.000,-
		Kompetanseheving	800.000,-
		Regionale tiltak	500.000,-
<b>Totalt</b>	<b>3.500 000,-</b>	<b>Totalt</b>	<b>3.500 000,-</b>

### 3.6 Framdriftsplan for oppstartsperioden

<b>Oppgave</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Dato</b>
Konferanse	FFK, SH-dir	1.-2. nov
Invitere kommuner og organisasjoner til partnerskap	FFK	Fra desember 2006, kontinuerlig
Danne partnerskap	FFK, kommuner	Fra desember 2007
Iverksetting av tiltak	FFK, kommuner, organisasjoner	2007-2009

## 4 Evaluering

### 4.1 Kommnehelseprofiler

Kommnehelseprofiler presenterer data og artikler om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data samt data om tjenester i norske kommuner. Prosjektet konsentrerer seg om et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med gode data på kommunenivå. Nettstedet er et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og Sosial- og helsedirektoratet.

Anvendelig statistikk er avgjørende for en god planlegging av kommunenes tjenester og aktiviteter for befolkningen. Kommunene har i denne sammenheng behov for en sammenstilling av statistikk om helsetilstand og forhold som påvirker denne, og ikke minst en lett tilgang til de samme data. Gjennom kommunehelseprofiler er informasjonen samlet på ett sted. Vi oppfordrer kommunen til bruke dette hjelpemiddelet og håper at dette er med på å gjøre det enklere for kommunene å planlegge, sette i gang og evaluere tiltak.

## **4.2 Evaluering av prosjektet**

Forebyggende arbeid kan være vanskelig å måle og man kan forvente at det tar lang tid før man ser konkrete resultater av innsatsen (5-10 år). En måte å evaluere selve prosjektet på er gjennom kvantitativ tilnærming der man registrere antall tiltak i kommunene og deltakelse på tiltak. Kvalitative undersøkelser kan nyttes i form av for eksempel intervju og brukes som supplement.

Det er ønskelig å gjennomføre en evaluering av prosjektet på linje med evaluering av FYSAK-prosjektet.

## DET ARTIGE LANDET

Æ bor i det artige landet  
som både e hompat og flatt  
Om sommer'n e natta som dagen  
Om vinter'n e dagen som natt  
    Det' stappfullt av kjempegod plass over alt  
    På himmel'n der flammer det mest når det' kaldt  
    Der flammer det mest når det' kaldt

Æ bor i det artige landet  
kor uvær e virkelig vær  
Kor gråstein' e full utav farga  
Og ved ikke vokser på trær  
    Når folk drar på åran, først da får dem ro  
    Og folk dem ror fortest når motvind' e god  
    Ror fortest når motvind' e god

Æ bor i det artige landet  
kor fjellet kan bade i hav  
I lavlandet finner vi høyet  
I høylandet vokser det lav  
    Når rein spiser lav, så kan ku spise høy  
    Når sauen blir lamme', da får dem det skøy  
    Blir lamme', da får dem det skøy

Æ bor i det artige landet  
kor tida og tankan kan fly  
Kor sola kan trille på vannet  
Og bygda kan kalle sæ by  
    Det øste i vest og det syda i nord  
    Det artige landet ligg her kor æ bor  
    Det landet ligg her kor æ bor

*Ivar Thomassen*