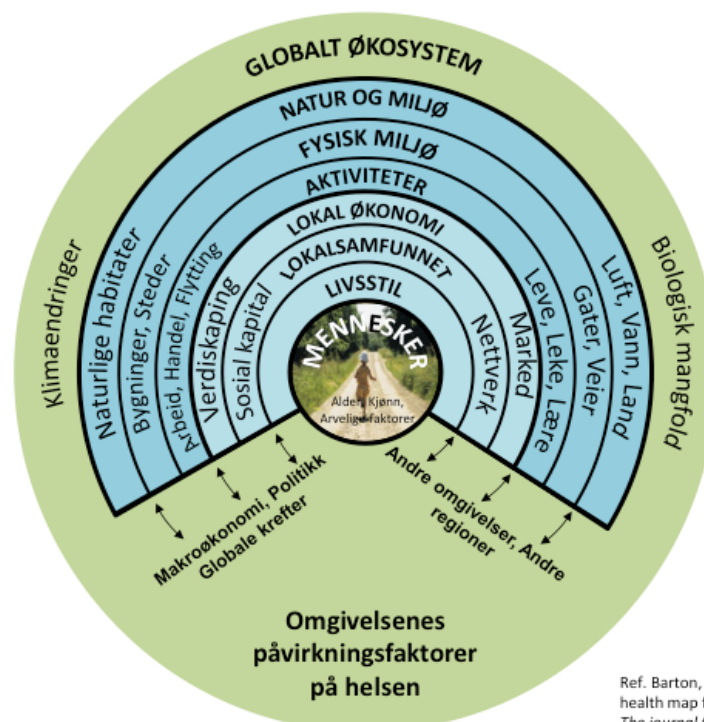


# Folkehelse i Gildeskål

## Oversiktsdokument

Pr. 31. januar 2016



Ref. Barton, H. and Grant, M. (2006) A health map for the local human habitat. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*, 126 (6). pp. 252-253

**Basert på Helsedirektoratets veileder  
og mal fra Østfoldhelse**

# Innholdsfortegnelse

## 1) Innledning

## 2) Statusbeskrivelse

med beskrivelse av årsaksforhold og konsekvenser samt lokale og regionale ressurser

- Tema A. Befolkningssammensetning
- Tema B. Oppvekst- og levekårsforhold
- Tema C. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosial miljø
- Tema D. Skader og ulykker
- Tema E. Helserelatert atferd
- Tema F. Helsetilstand

## 3) Identifiserte folkehelseutfordringer

## 4) Områder for særlig overvåkning

## 5) Prosedyre for oversiktsarbeidet

## 6) Vedlegg

- a) Lov om folkehelsearbeid, kapittel 2
- b) Forskrift om oversikt over folkehelsen
- c) Mandat for ressursgruppa
- d) Ressursgruppe, deltakere

# 1. INNLEDNING

I henhold til folkehelseloven (vedlegg a) er kommunens ansvar å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Kommunen skal bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Loven pålegger at kommunen sørger for at medvirkning skjer blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltakelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

God oversikt over helse og påvirkningsfaktorer er en forutsetning for å beskrive folkehelseutfordringene, og nødvendig for å planlegge og gjennomføre tiltak. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Føringene i folkehelseloven, plan- og bygningsloven og forskrifter sier blant annet:

- a. Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Ansvar er todelt:
  - Kommunen skal løpende ha oversikt over folkehelsen.
  - Kommunen skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven.
- b. Planstrategiarbeidet vil normalt starte ved begynnelsen av ny valgperiode (høsten 2016). Krav til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer kom i lov 19 juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og i lov om folkehelsearbeid gjeldende for kommuner og fylkeskommuner fra 1. januar 2012. Førsteutgaven av oversikt skal nå legges til grunn ved utarbeidelse og rullering av årlige handlingsplan/økonomiplan/budsjett og ved utarbeidelse av kommunedelplaner og kommuneplan med samfunnsdel og eventuell arealdel. Det understrekes at oversikten må oppdateres i forbindelse med oppstart av arbeidet med ny planstrategi og skal brukes sammen med strategiens grunndokumenter for å avklare kommunens behov for planarbeid.
- c. Medvirkningsreglene som knytter seg til dette oversiktsdokumentet: Proposisjonen til folkehelseloven (Prop. 90L, 2010-2011) betegner medvirkning (fra innbyggerne) som "et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet og i oversiktsarbeidet. Det kan være hensiktsmessig å invitere bl.a. frivillige organisasjoner og andre viktige samfunnsaktører lokalt til dialog og medvirkning om oversikts- og kartleggingsarbeidet.»

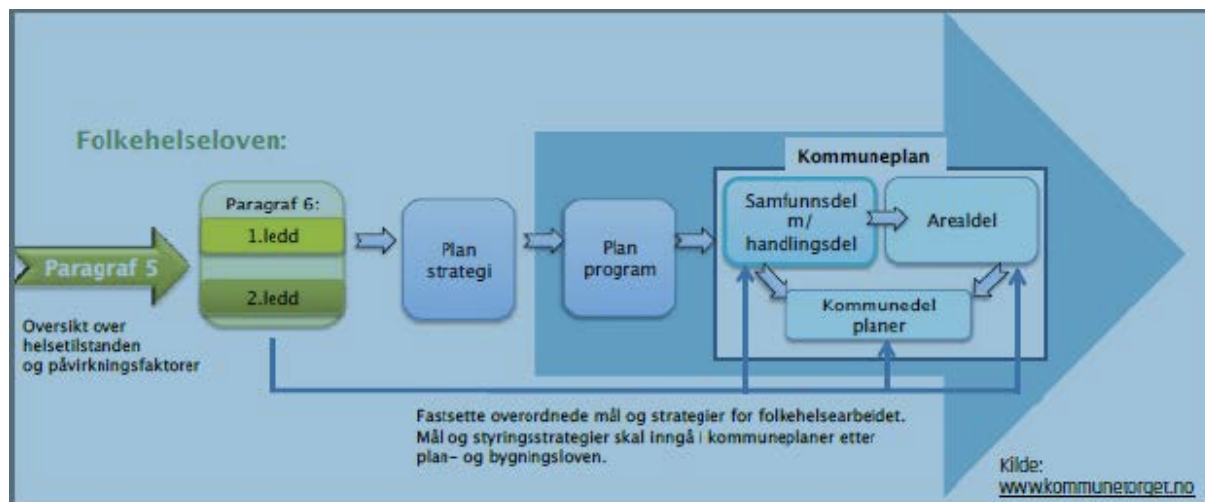
Loven pålegger at kommunen sørger for at medvirkning skjer blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltakelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Oversiktsdokument etter § 5 og folkehelseprofil etter § 6 skal være allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen.

Kommunens oppgave med å ha oversikt er ikke ny. Den har kommunen i praksis hatt gjennom Sundhedsloven av 1860. Med folkehelseloven gis arbeidet med å ha god oversikt ny aktualitet, spesielt fordi dette nå er knyttet nærmere til kommunens og fylkeskommunens planprosesser.

## 1.1 Formål

Loven setter som krav at oversikten inngår som grunnlag for planstrategien ved fastsetting av mål og strategier. Oversikten er også grunnlag for folkehelseiltak og hensyn til folkehelse i det daglige arbeidet.



Helseoversikten kan være et kunnskapsgrunnlag som sier noe om fakta, og som skal utvikles løpende. Informasjonen som framkommer må tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold. Prioriteringer av satsningsområder foretas i kommunale planer og i planstrategien.

## 1.2 Nasjonale mål

St. meld.nr. 20 (2006-2007) - Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller - har som overordnet mål å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Meldingen slår fast at geografiske forskjeller i helse i stor grad er sammenfallende med geografiske forskjeller i levekår. I arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller er en geografisk tilnærming til utforming av tiltak viktig, blant annet fordi det muliggjør målrettede tiltak uten å stigmatisere. I ny folkehelselov fremheves det også at kommunen skal bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt. Den nye folkehelsemeldingen, Meld.St.34 (2012-2013) – Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar, presiserer enda sterkere at folkehelsearbeidet skal prioriteres i tiden framover. Nasjonale mål for folkehelsearbeidet er at

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Folk skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

## 1.3 Lokale temaområder

Forskrift om oversikt over folkehelsen, § 3 (vedlegg b), setter krav til oversiktens innhold og omtaler kort hva som menes med de ulike temaene. Gildeskål kommune velger å bruke den tematiske inndelingen for oversiktsdokumentet i samsvar med Helsedirektoratets veileder (Veileder Helsedirektoratet IS-2110 God oversikt–en forutsetning for god folkehelse.)

Oversikten skal vise datamateriale eller informasjon fra følgende områder:

- a) Befolkningssammensetning
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert atferd
- f) Helsetilstand

Hvert tema bør ifølge veilederen og forskriften inkludere<sup>1</sup>:

- 1) Oversikten – statistikk fra stat, fylke, kommune, lokale kilder
- 2) Vurdering av konsekvenser og årsaker
- 3) Identifisere lokale ressurser
- 4) Identifisere lokale utfordringer

Ad konsekvenser og årsaker og aktuelle hjelpespørsmål:

1. Hvor viktig antas de ulike forholdene/situasjonen å være for befolkningens helse (positivt og negativt)? Hva kan være konsekvenser av ikke å gjøre noe med forholdene/situasjonen?

Vurderinger av konsekvenser vil omfatte å beskrive de menneskelige konsekvensene (hva dette innebærer i helse), men også kvantifiserte beregninger som kostnader/gevinster over tid. F.eks. kostnader relatert til lårhalsbrudd. Å vurdere konsekvenser handler om å forstå sammenhengen mellom beslutninger, tiltak og politikktutforming innen ulike sektorområder og de konsekvensene det kan få for befolkningens helsetilstand.

2. Er det spesifikke omstendigheter i kommunen/fylket (samfunnstrekk) som har ført til forholdene, situasjonen eller utviklingen, positivt og negativt?

Et eksempel kan være økt frafall i videregående skole, som kan ha sin årsak i bl.a. manglende satsing på elevenes læringsmiljø i kommunen/fylket. Med vurdering av årsaker menes ikke en eksakt identifisering av årsaker til sykdommer eller f.eks. sammenhenger mellom levekår og levevaner basert på lokale data i den enkelte kommune. Dette vil som oftest ikke være mulig. Hensikten er å bli oppmerksom på bakenforliggende årsaker til helse slik at folkehelsearbeidet kan orienteres mot årsakene til god eller dårlig helse heller enn mot å håndtere symptomer. Disse vurderingene må gjøres på bakgrunn av etablert kunnskap om påvirkningsfaktors betydning for helse.

3. Hva kan være aktuelle områder for tiltak/utvikling?

I arbeidet med vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser bør de som har kunnskap om ulike påvirkningsfaktorer involveres, altså fra ulike sektorer/virksomhetsområder.» Hva kan kommunene gjøre noe med?

Ad ressurser så nevner veilederen dette i utvidet mening. En positiv faktor kan være av fysisk, menneskelig eller økonomisk art. Ressurser kan være menneskelige ressurser og kvaliteter i lokalsamfunnet som fremmer befolkningens helse og det gode liv. Gode møteplasser og sosiale og faglige nettverk kan være slike helsefremmende ressurser.

Ad utfordringer så kan dette være et tema, et område, et problem eller problemkompleks eller en mulighet til å skape gode helsefremmende lokalsamfunn. Sosial ulikhet i helse bør alltid vurderes i tilknytning til utfordringsbilde. <sup>2</sup>

#### 1.4 Informasjonskilder

«Folkehelseloven stiller krav til hva oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal baseres på, som et minimum. For kommunen vises det til § 5, første ledd. Oversikten skal i følge §§ 20 og 25 blant annet baseres på:

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

---

<sup>1</sup> Helsedirektoratets veileder kap 2.4.5 og forskriftens §3

<sup>2</sup> Veilederen kap 2.4.5

## For fylket og den enkelte kommune betyr det benyttelse av data fra:

Folkehelseprofil 2012, 2013 og 2014 Fra Folkehelseinstituttet

Folkehelseprofiler for kommunen ble første gang tilgjengelig i januar 2012 og er en videreutvikling av Norgeshelsa. Folkehelsestatistikk ligger lett tilgjengelig for innbyggerne på folkehelseinstituttets hjemmeside [www.fhi.no/folkehelseprofiler](http://www.fhi.no/folkehelseprofiler). På kommunehelsas statistikkbank [www.khs.fhi.no](http://www.khs.fhi.no) finner man mer informasjon.

Folkehelseprofilene for Gildeskål og Nordland for årene 2012 – 2015 har vært et vesentlig grunnlag for arbeidet med oversiktsdokumentet. Profilen inneholder lite statistikk, men peker på områder som bør vurderes. Vi har naturligvis sett på hvordan Gildeskål ligger an i forhold til Nordland og hele landet. Men viktigere har det vært å vurdere hvilke utfordringer profilen faktisk peker på. For det hjelper ikke å ligge godt an nasjonalt, om hele landet har et problem.

### Kommunehelsas statistikkbank

Flyttdiagrammet viser hvordan data hentes fra ulike kilder og tilrettelegges for publisering i Kommunehelsa statistikkbank. Denne brukes som kilde for folkehelseprofilene.

Statistikkbanken dekker et stort antall emner som er valgt ut med tanke på folkehelsearbeidet i kommunene. For mange emner vises statistikk som et gjennomsnitt for flere år. Dette gjøres for at grunnlaget skal bli godt nok også for små kommuner.

I arbeidet med oversiktsdokumentet er det i samarbeid med Fylkesmannen gjennomført kurs for ressursgruppa i bruk av Kommunehelsas statistikkbank. Det har likevel vært en utfordring å finne relevant tallgrunnlag, da enkelttilfeller i en liten kommune kan gi store utslag.

### Andre kilder

Ungdata er spørreskjema-undersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring, og ble i 2015 brukt i 120 kommuner. Undersøkelsene gir svar på mange spørsmål: Hvor fornøyde er ungdom med livet sitt – og hvordan liker de seg på skolen, i fritida, med vennene og i nærmiljøet? Hva bruker ungdom tida si til når de ikke er på skolen? Hvor mange er med i idrett og andre organiserte aktiviteter? Hvordan opplever de unge foreldrene sine? Er det mange som blir mobbet av jevnaldrende? Hvor mange av de unge har erfaringer med alkohol, tobakk og narkotika? Ungdata-undersøkelsen i Gildeskål ble gjennomført i Gildeskål første gang høsten 2015, og resultatene bidrar på flere områder til å gi et mer nyansert og /eller sikrere bilde.

I arbeidet med oversikten innenfor de seks temaene har det videre vært viktig å bruke lokale ressurser til å utfylle bildet som statistikken gir. Dette gjelder lokal kunnskap fra kommunens tjenesteproduksjon (som helsesøster, kommunelege, skoler og barnehager), Helse og miljøtilsyn Salten IKS, lensmann, Kunnskapssenteret i Gildeskål og lag/foreninger.

## 1.5 Organisering av oversiktsarbeidet

Opplysninger om helsetilstanden i befolkningen og ulike positive og negative påvirkningsfaktorer er sammensatte og dekker mange samfunnssektorer. Organiseringen skal derfor reflektere et tverrsektorielt bidrag i oversiktsarbeidet, herunder vurdering av materialet.

Oversiktsarbeidet i Gildeskål er gjennomført av en bredt sammensatt ressursgruppe på 13 personer, nedsatt av rådmannen, og arbeidet har vært ledet av prosjektmedarbeider i rådmannens stab. Rådmannen har vært tydelig på viktigheten av arbeidet, og selv deltatt i møter med ressursgruppa.

Ressursgruppa fikk 24.09.2014 følgende mandat fra rådmannen:

*Utarbeide et første utkast til et «Oversiktsdokument» som kan danne grunnlaget for et videre planarbeid, både med Kommuneplan, og «Folkehelseplan». Oversiktsdokumentet skal tilfredsstillende kravene i § 5 i Folkehelseloven og være helseutfordringer på et samfunnsnivå. Det skal identifisere de mest kritiske folkehelseutfordringer, og det skal drøftes om mulige påvirkningsfaktorer. Det skal også drøftes omfanget i forhold til det ressursgrunnlaget kommunen har til å drive et løpende oppfølgingsarbeid*

Ressursgruppa har vært delt inn i fire arbeidsgrupper som har tatt for seg 1-2 av de seks temaene angitt i veilederen fra Helsedirektoratet. Veilederen angir eksempler på problemstillinger og undertemaer, og arbeidsgruppene har gjort vurderinger av alle disse, selv om man på enkelte områder har konkludert med at det er lite relevant eller så lite viktig at det ikke vektlegges.

Den første oversikten ble utarbeidet høsten 2014. I møter med de andre kommunene i Salten kom det imidlertid fram at de ikke var kommet i gang med dette arbeidet. Det videre arbeidet ble derfor forskjøvet slik at vi kunne dra nytte av en gjensidig kunnskaps- og erfaringsutveksling. Dette har medført at vi i eget arbeid har lagt større vekt på å holde statistisk materiale opp mot egen kunnskap og vurderinger, og at vi i større grad har drøftet våre funn med andre relevante personer/grupper.

I den avsluttende fasen har de fire arbeidsgruppene presentert oppsummeringene for de seks temaene for hverandre. Deretter har ressursgruppa hatt plenumsdiskusjon for å komme fram til felles forståelse av status for folkehelsa i Gildeskål. På grunnlag av denne forståelsen har ressursgruppa så drøftet seg fram til de 11 identifiserte folkehelseutfordringene, samt prioritert fire områder for særskilt overvåkning / videre kartlegging.

Vedlegg c: Mandat for ressursgruppa

Vedlegg d: Ressursgruppe, deltakere

*"Det er etter folkehelseloven kommunen og fylkeskommunen som sådan som har ansvar for folkehelsearbeidet. Oversiktsarbeidet, som er del av dette, kan delegeres og løses på den måten kommunen/fylkeskommunen finner mest hensiktsmessig. Løsningene som velges må gi tilstrekkelig forankring inn mot sentral ledelse og de instanser som arbeider med plan- og utvikling for å ivareta kravet om at oversiktsarbeidet skal inngå som grunnlag både for den løpende virksomheten og for arbeidet med overordnede strategier og planer.*

*Kommunen og fylkeskommunen må vurdere om det er formålstjenlig å fatte egne delegeringsvedtak, utarbeide mandat el.l. For å tydeliggjøre oversiktsarbeidets strategiske verdi opp mot politisk styringsnivå anbefales det uansett at ansvar, organisering og delegering gjøres kjent for, eller vedtas av, politiske organer. Det er også avoversiktsarbeidet forutsetter mange involverte.*

*Organisering og styring av oversiktsarbeidet er et administrativt ansvar. Innhenting, sammenstilling og vurdering av oversiktsmaterialet er definert som en faglig opp- gave. Hva som i oversiktsdokumentet hvert fjerde år defineres som kommunens/ fylkets samlede folkehelseutfordringer og ressurser skal baseres på (tverr)faglige vurderinger og skal ikke påvirkes av aktuelle økonomiske eller politiske motiver eller situasjoner."(Veilederen kap. 5.1)*



## 2. Statusbeskrivelser

For hvert av de seks temaene beskrives:

- **Årsaksforhold**

En vurdering av årsak innebærer å ta stilling til hvorfor denne situasjonen har oppstått. Gjennom å vurdere årsaksforhold kan en nærme seg områder for aktuelle tiltak.

- **Konsekvenser**

En vurdering av konsekvenser innebærer å ta stilling til hvor viktig en tilsynelatende utfordring er. Dvs. om et forhold har stor betydning for folkehelsen.

I vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser skal kommunen og fylkeskommunen være spesielt oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, eller sosiale helseforskjeller.

- **Lokale ressurser**

En ressurs vil kunne betegnes som en positiv faktor, enten av fysisk, økonomisk eller menneskelig art. Ressurser kan både være menneskelige ressurser og kvaliteter i lokalsamfunnet. Om en bare ser etter utfordringer kan en komme til å overse viktige kvaliteter i lokalsamfunnet som virker fremmende på folkehelsen. En bør derfor også vurdere om det er forhold i kommunen/fylket som virker positivt inn på befolkningens helse og som det derfor bør hegnes om eller styrkes.

For hvert av de seks temaene gjengis Helsedirektoratets beskrivelse av temaet med *tekst i kursiv*. De identifiserte folkehelseutfordringene beskrives under punkt 3. Områder for særlig overvåkning beskrives under punkt 4.

### Tema A. Befolknings sammensetning

*«Grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Denne type informasjon er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen/fylket. Ikke minst vil utviklingen i befolknings sammensetningen kunne påvirke strategiske valg, som inkluderer folkehelse.»*

Befolkningen i aldersgruppen 0-17 er nedadgående (nedgang på 20 personer fra 2010 til 2014) og kommunen må se på hva som kan gjøres for å beholde og tiltrekke seg ungdom, bl.a. slik at befolkningen i fertil alder (aldersgruppen 25-44 år) opprettholdes og helst øker. I 2014 utgjorde denne gruppen 452 personer (en økning på 54 personer fra 2010). I denne sammenheng blir samferdsel viktig for å legge til rette for at innbyggere kan bo i Gildeskål og pendle til jobb andre steder. Også innad i kommunen vil det være viktig med bedre kommunikasjon for å legge til rette for at så mange som mulig kan benytte seg av aktiviteter og videre legge til rette for samhold i bygdene. Flere boliger vil være nødvendig, både gjennomgangsboliger og tilrettelegging for nybygg. Dette er både en forutsetning for å kunne imøtekomme behovet i forhold til flyktninger, men også generell etterspørsel som gir en forutsetning for økt tilflytting. For å tiltrekkes dagens og framtidens unge må det tilrettelegges for aktiviteter på flere områder. Sosiale møteplasser og organiserte tilbud når det gjelder idrett, friskliv og fysisk aktivitet. God kvalitet på barnehager og skoler som bidrar til inkludering, trivsel og et godt læremiljø vil være nødvendig.

I 2014 var det en andel eldre over 80 år på 153 personer. Det er en nedgang på 15 fra 2007, men framskrevet fra 2030 vil det være estimert 190 personer. Dette er nesten det doble av landsgjennomsnittet. Når det gjelder eldre, tilsier prosjektet «Fortettet omsorg» at brukere skal kunne bo lengst mulig i hjemmet, evt. med bruk av hjemmetjenester. Dette innebærer færre institusjonsplasser. Det skal etter planen tilbys nattjeneste, med oppstart på strekningen Sund - Storvik (ambulerende hjemmetjeneste). Dette er en omstillingsprosess, både for tjenesteyter og tjenestemottaker. Det må legges til rette for at befolkningen i større grad får mulighet til sosiale møteplasser og fysisk aktivitet, som dagsenter og eventuell bruk av frivillige for å bevare sin fysiske og mentale helse i størst mulig grad. Også en bevisstgjøring av befolkningen i forhold til eget ansvar for egen helse.



Bosetting av innvandrere har vært med på å bidra til at befolkninga i Gildeskål har økt med 239 personer pr 2015. (Dette inkluderer norskfødte med innvandrerforeldre, men ikke de som jobber på kontrakt.) I forhold til flyktninger, er utfordringen at de har et annet skolesystem i hjemlandet og at utdanningskravet i Norge er høyt. Det vil dermed ta lengre tid å kvalifisere disse personene til arbeid eller utdanning. Det er mangel på arbeidsplasser som de er kvalifisert for etter intro. En utfordring er opplæring i normer og regler for andre kulturer, som vil lette arbeidet med inkludering i deres nærmiljø. Flyktningene trenger en del hjelp med det samme de kommer til kommunen, men erfaringsmessig er de flinke til å hjelpe hverandre. Offentlig kommunikasjon gjør at det er utfordrende å bosette flyktninger flere steder i kommunen, men dette vurderes på sikt. Det har så langt ikke vært press på helsetjenester (smittsomme sykdommer, psykiske). Legekontoret har fortsatt kapasitet. Kosthold og fysisk aktivitet er spesielt viktig for denne grupperingen. Dersom kommunen skal ta imot flere flyktninger, må det også bygges flere boliger. I h.t. gjeldende vedtak skal kommunen bosette 10 nye flyktninger pr. år. Det er ikke tallfestet hvor mange av flyktningene som pr i dag er i jobb eller hvor mange som har valgt å forlate kommunen.

## Tema B. Oppvekst- og levekårsforhold

*«Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller. Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygding. Utdanningsforhold omfatter f.eks. andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv.»*

Gildeskål har et lavere inntektsnivå enn landsgjennomsnittet, men har hatt en positiv utvikling. Andel barn som bor i husholdninger med lav inntekt er imidlertid noe lavere enn landsgjennomsnittet. Arbeidsledigheten i kommunen er på et lavt nivå, omtrent som landsgjennomsnittet. Andel uføretrygdede i alder 18-44 år er vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet. (Gildeskål: 4,1%, Norge: 2,5%)

Utdanningsnivået i Gildeskål har hatt en positiv utvikling i perioden 2007-2013, det ligger nå omtrent på nivå med Nordland, men litt under landsgjennomsnittet. UngData-undersøkelsen 2015 foretatt av elever i alder 13-16 år, viser at det er færre som tror de vil ta høyere utdanning enn landsgjennomsnittet. En høyere andel enn landsgjennomsnittet mener de vil ta fagbrev, men en lav andel av ungdommene oppgir at de vil ta utdanning på høyskole eller universitets nivå.

Frafall i videregående skole er et omfattende problem i hele landet. På dette området har også Gildeskål en utfordring. Frafallet i Gildeskål kommune i årene 2011-2013 er på 33,3% mot 24,6% i hele landet. Blant elever fra familier med lavt utdanningsnivå, er andelen som faller fra høyere sammenliknet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse. Elever på Meløy videregående skole, avd. Inndyr møter en ekstra utfordring. Fordi de fleste elevene fra Inndyr går videregående skole i Meløy eller Bodø, er det få fritidsaktiviteter på Inndyr til denne aldersgruppen. Samtidig får Inndyr et større miljø for ungdom i denne aldersgruppen. Dette kommer fastboende ungdom til gode.

Både norsk og internasjonal forskning viser sammenheng mellom psykisk helse og frafall i videregående skole. Frafallet i videregående skole er størst blant elever på yrkesfagene. Når det gjelder trivsel i lokalmiljøet, viser Ung Data-undersøkelsen at 64% generelt sett er fornøyde med lokalmiljøet. Det er litt under landsgjennomsnittet. Når det gjelder kulturtilbud, kollektivtilbud og lokaler for treffes, viser resultatet av Ung Data at elevene i Gildeskål ikke er fornøyde.

I Ung Data-undersøkelsen svarer 92% at de trives på skolen. På spørsmålet om mobbing svarer 12% at de blir utsatt for plaging/trusler/utfrysning av andre unge på skolen eller i fritiden. Elevundersøkelsen fra årene 2006-2015 viser at andelen elever i 10. klasse som føler seg

mobbet er halvert. Den ligger i 2015 på 10,4%. Disse tallene støttes av Ung Data. Gildeskål har likevel en høy andel elever som oppgir at de mobbes.

Gildeskål kommune har en utfordring når det gjelder læringsmiljøet i grunnskolen. Vi scorer vesentlig lavere på nasjonale prøver enn landsgjennomsnittet. Eksamensresultatene for 10. klasse viser imidlertid at vi ligger på landsgjennomsnittet. Et styrket læringsmiljø vil kunne bidra til å redusere frafallet i videregående skole.

Gildeskål kommune har full barnehagedekning, og vi følger anbefalt bemanningsnorm. Det er positivt at barn til flyktninger som går på intro-programmet har full barnehageplass. Barnehagen har gunstig effekt på barns språklige og sosiale utvikling. Særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status og innvandrerbakgrunn, har barnehagen stor betydning. Kommunen har helsesøster i 100% stilling. Helsesøstertjenesten er desentralisert, med en dag i mnd. på skolene. I elevundersøkelsen fra Meløy Videregående skole, avd. Inndyr kommer det fram at elevene ønsker at helsesøster er mer tilgjengelig. Årsverket er innenfor nasjonal norm, men mye tid går til forflytning. Skolehelsetjenesten er også viktig for barn og unge på områder som psykisk helse eller andre helsemessige utfordringer.

Det er så langt ikke funnet statistikk som peker på åpenbare arbeidsmiljøproblemer. Dette er et område som man bør se nærmere på.

Det finnes pr i dag ingen samlet oversikt over boligsituasjonen i kommunen, men det generelle inntrykket er at det er knapphet på boliger og at det bygges mindre enn tilflytting og befolkningsvekst skulle tilsi. Fra utredning for boligsosial handlingsplan ser vi:

- I Gildeskål er det stor etterspørsel etter små, rimelige utleieleiligheter, noe som er viktig for mottak og integrering av flyktninger. Det er viktig å kunne tilby utleie av familiebolig som er tilrettelagt for funksjonshemmede.
- Det er behov for boliger tilpasset brukere med psykiske lidelser eller som sliter med rusproblematikk og derav har lav boevne.
- Så langt i 2015 har kommunen mottatt 15 søknader om startlån og 2 søknader om utbedring. Generelt gis det sjelden avslag på søknader.
- Det bør tas høyde for økt behov på bakgrunn av demografisk utvikling. Dette gjelder spesielt senterleiligheter og bofellesskap for utviklingshemmede.
- Pr. i dag disponerer kommunen 90 boenheter gjennom eie og framleie. Av disse 90 boligene er 32 leid ut til personer som inngår i kategorien vanskeligstilte, samt 19 boliger til flyktninger.

## Tema C. FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIAL MILJØ

*«En rekke miljøforhold har effekt på helsen. Eksempler er drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett og kvaliteter ved nærmiljøet som tilgang til friområder, friluftsområder osv. Oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i kommunen etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 bør samordnes med oversikt etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen og komme inn under biologiske faktorer. Sosialt miljø kan omfatte organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser osv. Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kap. 3 i folkehelseloven.»*

Trafikksikkerhetsplanen skal ferdigstilles i løpet av 2016. Planen vil fremme trafikksikkerheten og gi kommunen mulighet til å søke om penger for tilsvarende prosjekter. Skoleveier i kommunen er dårlig sikret med tanke på barnas ferdsel til og fra skolen. Dette blant annet i forhold til manglende gangveier og veilys. Skoleområdene er også områder der barn og unge ferdes mye på fritiden. Viktig at kommunen satser på opplæring av barn/ungdom og foreldre i forhold til å ferdes sikkert i trafikalt miljø. Her kan det gjennomføres årlige kampanjer, for eksempel gjennom Trygg trafikk (Barnas trafikkklubb). Det er mangel på veilys på mange

strekninger i kommunen. Det er også mye tett vegetasjon langs kommunale veier, som påvirker sikten. Det er også områder i kommunen der elg-problematikken hemmer trygg ferdsel for fotgjengere. Trygge skoleveier er viktig for trygghetsfølelsen for befolkningen i kommunen. Det er per i dag ikke registrert alvorlige uhell i forbindelse med dette. Men dette kan bero på tilfeldigheter, samt at uhell og nesten-ulykker ikke rapporteres inn til kommunen.

Både internt i kommunen og ut av kommunen er det dårlig med kollektiv kommunikasjon. Buss og ferge har for få avganger og er dårlig tilpasset til lokalbefolkningens behov. Enkelte (spesielt de svakeste) har ikke mulighet til å være med på helsefremmende aktiviteter. Det bør tas med i planen at det på politisk nivå skal arbeides med saken. Innbyggernes tilgang til offentlige tjenester, fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter på tvers av bygdene i kommunen begrenses svært på grunn av dette.

Tiltak på støydemping og inneklima i skoler og barnehager må gjennomføres i forhold til anbefalinger fra HMTS sitt tematisyn fra 2015. Slike tiltak gjør at barn, ungdom og ansatte ikke blir utsatt for faktorer som påvirker helse negativt. Per i dag er en del barnehager utsatt for mye støy og dårlig inneklima. Det må arbeides for å utbedre de barnehager og skoler som har dårlige resultater etter tematisyn fra HMTS.

Kommunen mangler tilrettelegging av aktiviteter for funksjonshemmede. Det bør kartlegges hva behovet er og hvordan dette kan gjennomføres. I diakoniplanen av menighetskontoret ønskes det gjennomført, men kapasiteten strekker ikke til.

Kommunen mangler en frivillighetsentral, som vil tilby tjenester til utsatte grupper ved behov. Det skal lages en oversikt på hva som gjøres allerede i dag og hva som er behov for i tillegg til eksisterende aktiviteter.

Omfang av sosiale risikomiljøer: Det er en økning av narkotikasaker, men ifølge politiet kan årsaken være økt ressursbruk hos politiet. Gildeskål kommune ligger under landssnittet på kriminalitet ifølge politiets parametere. Det er en økning i rusbruk hos unge voksne, men det finnes ingen konkret dokumentasjon på dette.

Kommunale vannkilder er ofte dårlig, men renseanlegg fungerer bra. Når det er strømbrydd på renseanlegg, er det fare for en del av befolkningen (e-coli smittefare, særlig hos unge og eldre). For tiden er det ingen vaktordning i tilfelle det er strømbrydd. Da kan det gå en stund før det legges merke til det. Planen er å etablere nødaggregater i kommunale renseanlegg. Alle private vannverk som brukes av 20 personer eller mer har rapporteringsplikt og er med i statistikken. I januar finnes det nye statistikk på vannkvalitet

Mange tidligere søppelområder er ikke avdekket. Det er viktig at disse områder kartlegges. Det bør tas prøver om disse områdene utgjør en miljøtrussel. I forhold til visuell forurensning finnes det mange områder med opphopning av avfall som ikke blir tatt tak i. Disse områdene er ikke kartlagt. Det gjelder også gamle falleferdige bygninger samt ruiner etc.

## Tema D. SKADER OG ULYKKER

*«Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer osv. kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikkerhet i tiltaksarbeidet.»*

Ut fra de opplysningene som er innhentet er det ikke noe som tyder på at omfanget av skader og ulykker er spesielt utfordrende. Unntatt er behovet for ytterligere sykkel og gangstier. Behov for vurdering av fartsgrenser på enkelte strekninger og tiltak knyttet opp mot skolevei. En av årsakene til at det innmeldt få skader, kan være at mange kjører barna til barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Dette vil da bidra til å kamuflere behovet for trygge skoleveier.

Dersom foreldre er redde for å la ungene gå/sykle til barnehage/skole, vil dette føre til mindre fysisk aktivitet blant barna. Om de derimot lar dem sykle/gå, kan barna bli utsatt for trafikkuhell, og muligheten for tidlig å innarbeide gode vaner i forhold til aktivitet blir vanskeligere.

## Tema E. HELSERELATERT ATFERD

*«Med helserelatert atferd menes helseatferd som har vist seg å ha innvirkning på et helseutfall. Dette kan være for eksempel fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmidler. Helserelatert atferd kan også omfatte seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker.»*

Når det gjelder fysisk aktivitet i skolene, er status noe usikker. Rektorer melder at de følger minstetimetall, og Nygårdsjøen skole sier at de har innslag av fysisk aktivitet daglig. Vi har altså ikke data som gir et sikkert bilde, men vår lokale kunnskap tilsier at det er betydelige lokale forskjeller. Videre kartlegging og systematisk oppfølging i planer og daglig arbeid vil være viktig for god helse for barn og ungdom i kommunen.

Organisert aktivitet er ulikt fra bygd til bygd. Størst oppslutning er det på Inndyr hvor det er flest barn. Kulturhuset er fullt oppdekt hver ettermiddag med organisert aktivitet for barn og voksne. Fotballgruppa og skigruppa på Inndyr opplever nedgang, mens svømmegruppa opplever oppgang. Det finnes ikke organisert aktivitet i Storvik, og Sørarnøy har dans som eneste aktivitet. Sandhornøy har barneidrett som eneste aktivitet for barn, og innebandy for voksne. Nygårdsjøen har fotball for barn og voksne. Ungdata 2015 viser at ungdom er misfornøyd med tilbud av idrettsanlegg med 49% mot 72% på landsbasis. Gode kulturtilbud scorer også lavt med 33%, og 61% på landsbasis. 51% av ungdommene sier de er ute om kveldene, og 36% sier det samme på landsbasis. 73% sier at de trener ukentlig, og 87% på landsbasis. Skjermtiden er høy med 86%, og 73 på landbasis når det er snakk om 2 timer pr. dag.

Uorganisert aktivitet i form av topptur/ Telltur har satt ny rekord i 2015. Dette har vært en suksess og det tiltrekker folk. Det er mange merkede turstier, men noen områder er ikke merket/skoget og det finnes for få bålplasser og lys til at det kan brukes mer. Kulturtilbudet for øvrig som kino, konserter e.l. svarer 55 % av ungdommene at de synes tilbudet er nokså dårlig.

Frukt og grønt i skole og barnehage

Tilgang til frukt og grønt i skoler og barnehager er i negativ endring når de gjelder skoler. Tilskuddsordningen opphørte i 2015 og elevene får dermed ikke gratis frukt lengre. Nygårdsjøen skole opprettholder ordningen med eksterne midler gitt av en lokal forening. Det er ikke undersøkt i barnehager, men alle barnehagene i kommunen er med som helsefremmende barnehager. Kosthold generelt er ikke kartlagt. Inndyr skole har skolehage, Inndyr barnehage har økohage som de dyrker og høster av.

Tall fra Ungdata 2015 viser at ingen ungdommer røyker eller snuser ukentlig. Vi har en litt høyere forekomst av røyking hos gravide ved første svangerskapskontroll, enn nasjonalt nivå. Ingen av ungdommene rapporterer bruk av hasj de siste 12 mnd., mens 4% har brukt alkohol minst en gang de siste 12 mnd. Det gjøres noe rusforebyggende arbeid i kommunen, men

rusfritt 16 mai- arrangement, ANT- program for skolene. Rusmiddelpolitisk plan ble påbegynt i 2013, men er ikke politisk behandlet.

Risikoatferd i forhold til rusmidler og alkohol opplever vi årlig, i ulik skala på videregående skole hvor det kommer ungdom som skal bo på hybel. Kommunen har ingen oppfølging på disse elevene, bortsett fra at kommunen eier hybelhuset som noen elever bor på. Nordland fylkeskommune har ei 50% stilling som miljøarbeider. Helsesøster er tilgjengelig for elevene en halv dag pr. uke på dagtid.

Vaksinasjon

På vaksinasjonsdekning er det ingen store utfordringer, men det finnes lokale variasjoner. Vi opplever ingen økte utfordringer med hensyn til mottak av flyktninger. Tallene som er meldt til vaksinerregisteret fordrer at helsesøster får lagt inn opplysninger til rett tid, og noen vaksiner er etterregistrert.

## Tema F. HELSETILSTAND

*«Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l.»*

Forekomst av forebyggbare sykdommer er vurdert på grunnlag av Folkehelsebarometer for Gildeskål kommune 2015.

Hjerte/kar sykdom: Færre antall personer med hjertekar- lidelser enn landsgjennomsnittet. Antall per tusen i landet er 105 mens vi i Gildeskål har 86. Altså godt under snittet. Derimot har vi flere enn landsnittet som behandles på sykehus mot hjerte/karsykdom der landet ligger på 18 mens vi har 21. Vi ligger også over landsgjennomsnittet på dødelighet der tallet for landet er 62,2 mens vi ligger på 70. Mulig det forklares med at vi ligger høyere enn landet på eldre i kommunen.

Diabetes Type 2: Høyere forekomst enn landet for øvrig. Landet 34 Gildeskål 37

Ungdata 2015: Viser at 77 % av ungdommene er fornøyd med helsen. 2 % rapporterer at de sliter med daglige helseplager.

Psykisk helse: antall per tusen med diagnose innen psykiatri på landsbasis er 137. Gildeskål ligger på 169. Det vil si at vi ligger over landsgjennomsnittet. Ungdata 2015 viser at 14% sier at de er plaget av ensomhet mot 18 % på landsbasis. Når det gjelder depresjon sier 10% at de sliter med dette mot 11 på landsbasis. Tallene fra Ungdata stemmer nok bedre da de er registrert direkte fra elevene. Tallene i kommunehelseprofilen er hentet fra diagnoser på regningskort hos fastlege og legevakt og inngir større usikkerhet.

Kreft: Høyere forekomst enn landet for øvrig

. Nye tilfeller per 1000 er 564,9 i landet mens vi ligger på 589.

KOLS/Astma: Vil ligger under landsgjennomsnittet. Her er jo KOLS forebyggbar, mens astma ikke er det. Landet 98,6 og Gildeskål 81,1

På muskel/ skjelettsykdommer ligger vi rett over landet forøvrig. Landet 258 Gildeskål 276.

De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke. 18-åringene i Nordland har noe høyere antall tenner med karieserfaring sammenliknet med hele landet, mens 5- og 12-åringene ligger på landsgjennomsnittet.

I 2050 vil det i Norge være over dobbelt så mange personer med demens som i dag. Det innebærer to store utfordringer: for det første en nødvendig utbygging av hjemmetjenester og sykehjem og en fordobling av antall omsorgspersonell til eldreomsorgen. For det andre må man forsøke å forebygge eller utsette demens. En viktig faktor i forhold til forebygging er fysisk aktivitet. Grunnlaget for å ha et fysisk aktivt liv legges allerede i barneår og det er her forebyggingen må starte.

Demens er ingen stor folkehelseutfordring i Gildeskål kommune per i dag, men vi vet at bølgen kommer. Det er viktig at dette er med i planlegging av helsetjenester og folkehelseiltak fremover. Forebygging er noe som man ser resultatet av etter mange år, og det er derfor viktig å komme igang med arbeidet med dette i god tid.

Demenssykdom har store ringvirkninger da det ikke bare rammer den som er syk, men også gir store påkjenninger for de som er rundt pasienten, være seg familie, venner eller hjelpepersonell. Målet er at pasienten skal få bo lengst mulig hjemme, og dette kommer til å kreve store ressurser. Å ha gode planverk som tar høyde for alle aspekter vil være svært besparende.

I Ungdata-undersøkelsen fra 2015 svarer ungdomsskoleelevene i Gildeskål på noen spørsmål som kan være indikatorer for deres trivsel og selvopplevd helse. 2 % av ungdommene svarer for eksempel at de ikke er så ofte sammen med jevnaldrende venner eller at de har ingen som de vil kalle venner for tiden. 16% svarer at de ikke har noen de vil snakke med dersom de har et personlig problem eller er triste. Andelen som svarer at de trives på skolen er forholdsvis høy. 65 % er helt enige og 27 % er litt enige i at de trives på skolen. Det er 2 % som er helt enig i og 16% som er litt enig i at de gruer seg for å gå på skolen.

Mobbing er nærmere kartlagt under tema B.



### 3. Identifiserte folkehelseutfordringer

I henhold til folkehelselovens § 5 skal oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer identifisere de viktigste folkehelseutfordringene i kommunen. Dette innebærer en vurdering av hva som er viktigst å ta tak i for Gildeskål kommune. Begrepet folkehelseutfordringer skal forstås i vid forstand og kan omfatte for eksempel levekår, levevaner, selvopplevd helse eller sykdomsforekomst. I henhold til folkehelselovens § 7 skal kommunen iverksette nødvendige og tverretatlige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Kommunale ressurshensyn som innebærer at det ikke vil iverksettes omfattende tiltak på kort sikt skal ikke være til hinder for at forhold identifiseres som en folkehelseutfordring.

Det understrekes at selv om Gildeskål kommune ligger bedre an enn landsgjennomsnittet på et område, kan det likevel innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Folkehelselovens § 4 lovfester prinsippet om «helse i alt vi gjør» i kommunene og tydeliggjør at kommunen skal fremme folkehelse innen alle oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt.

Ressursgruppa peker på følgende folkehelseutfordringer som viktigst for Gildeskål kommune:

1. Økning av befolkning i fertil alder
2. Syke og eldre skal bo lengst mulig hjemme med bruk av hjemmetjenester
3. Integrering av flyktninger / innvandrere
4. Fysisk aktivitet: Oversikt over tilbud/muligheter, tilrettelegging og tilgjengelighet
5. Fysisk aktivitet i kommunale virksomheter: Må forankres i ledelse og planer
6. Trygge skoleveier
7. Kollektiv kommunikasjon
8. For få sosiale møteplasser og for lite info om aktiviteter
9. Frafall i videregående skole
10. Mangel av boliger
11. Sykefravær og uføretrygdede

Begrunnelsene for vurdering av de viktigste folkehelseutfordringene ligger i kartlegging og vurderinger under punkt 2.

### 4. Områder for særlig overvåkning / videre kartlegging

Ressursgruppa peker på følgende områder for særlig overvåkning og videre kartlegging:

1. Støy i barnehager og skoler
2. Psykisk helse og mobbing
3. Ernæring: Overvekt synes å være folkehelseutfordring
4. Demens: Starte arbeid for å forebygge

Begrunnelsene for vurdering av områder for særlig overvåkning og videre kartlegging ligger i kartlegging og vurderinger under punkt 2.



## 5. Prosedyre for oversiktsarbeidet

For å imøtekomme krav om å føre internkontroll med kommunens oppgaver etter folkehelseloven (§ 30) er det utarbeidet en prosedyre for praktisk gjennomføring av det langsiktige oversiktsarbeidet hjemlet i § 5 i folkehelseloven:

### 1. Ansvar

Ansvar for oversiktsarbeidet i henhold til § 5 i folkehelseloven er delegert til Helse- og sosialavdelingen. Folkehelsekoordinator er ansvarlig for at beskrevne prosedyrer for det langsiktige oversiktsarbeidet er i henhold til gjeldende lov og forskrift.

### 2. Organisering og forankring av oversiktsarbeidet

Det strategisk overordnede ansvaret er lagt til virksomhetsleder Helse- og sosial. Dette for å sikre best mulig faglig forankring og integrering med eksisterende helsefremmende- og forebyggende ressurser, samtidig som arbeidet forankres innenfor kommunens strategiske toppledelse gjennom samarbeidet i kommunens øverste ledergruppe.

Folkehelsekoordinator ivaretar det operative ledelses-/koordinatorarbeidet i en tverrfaglig ressursgruppe, det praktiske ansvaret for det løpende oversiktsarbeidet, revidering av planverk mv, veiledning, løpende tiltak, oppfølging og rapportering/internkontroll.

I det løpende oversiktsarbeidet ligger det at koordinator sammen med tverrfaglig ressursgruppe legger frem et utkast til skriftlig oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer hvert fjerde år, slik at dette kan inngå som et grunnlag for kommunens planstrategi.

Tverrfaglig ressursgruppe skal bygge videre på arbeidet gjort i 2014-2016.

### 3. Praktisk gjennomføring

Oversiktsarbeidet etter folkehelseloven § 5 skal hvert 4 år være ferdig før arbeidet med planstrategien starter opp, og skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategien. Arbeidet starter i januar året etter valget, og avsluttes før sommeren samme år. For å sikre bred medvirkning kan det avholdes åpent møte før dokumentet ferdigstilles, frivillig sektor må da inviteres spesielt. Det ferdige oversiktsdokumentet behandles politisk høsten etter valget, og foreligger da før arbeidet med planstrategien starter opp samme høst.

Kilder til kunnskap og statistikk er først og fremst folkehelseprofilen som FHI årlig publiserer for hver kommune, kommunehelsestatistikkbank, Ungdata og Nordland fylkeskommune sin oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I tillegg innhentes det oppdatert kunnskap fra de kildene som er identifisert i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Oversiktsdokumentet skal være tilgjengelig for befolkningen på kommunens hjemmeside.

## 6. Vedlegg

- a) Lov om folkehelsearbeid, kapittel 2
- b) Forskrift om oversikt over folkehelsen
- c) Mandat for ressursgruppa
- d) Ressursgruppe, deltakere