

RAPPORT



RAPPORTSERIE FRA
SENTER FOR HELSEFREMMEDE FORSKNING
HIST/NTNU

RAPPORT 2011/06

Lillefjell M, Knudtsen MS, Wist G.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger
samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet
lokalt og regionalt

Trondheim, desember 2011



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet

Lillefjell M, Knudtsen MS, Wist G.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

**Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger
samt forsknings- og kompetansebehov i
folkehelsearbeidet lokalt og regionalt.**

Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU

© Lillefjell M, Knudtsen MS, Wist G.

ISBN 978-82-93158-08-0

ISSN 1892-6207

Rapport 2011/06

Forord

Målsettingen med dette forprosjektet har vært å kartlegge dagens kunnskapsgrunnlag, FoU-behovet og kompetansebehovet i fylkeskommune og kommune. Rapporten består av en gjennomgang av relevant litteratur på området, tilgjengelige data/databaser på folkehelseområdet, regionale og lokale satsinger i Nord-Trøndelag, presentasjon av muligheter med utgangspunkt i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) samt resultater fra fokusgruppediskusjoner med informanter fra helse, oppvekst, kultur, plan, forskning og politikk i Nord-Trøndelag.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU, HUNT forskningssenter NTNU, Sør-Trøndelag fylkeskommune og Nord-Trøndelag fylkeskommune. Prosjektgruppen har bestått av Monica Lillefjell, Line Oldervoll, Klara Jakobsen, og Lise Jaastad fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU, Steinar Krokstad fra HUNT forskningssenter, John Tore Vik fra Sør-Trøndelag fylkeskommune og Margunn Skjei Knudtsen og Guri Wist fra Nord-Trøndelag fylkeskommune.

Margunn Skjei Knudtsen og Guri Wist har koordinert arbeidet. Kapittel 3.3 i rapporten "Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag" er skrevet av Steinar Krokstad, HUNT forskningssenter NTNU.

Vi ønsker å takke Regionalt forskningsfond Midt-Norge (RFF M-N) for delfinansiering av prosjektet. Utover regionale midler har Nord-Trøndelag fylkeskommune, HUNT forskningssenter NTNU, Sør-Trøndelag fylkeskommune og Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU bidratt med ressurser i form av egeninnsats i prosjektet.

Videre retter vi en stor takk til informantene fra Steinkjer kommune, Vikna kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og HUNT forskningssenter NTNU, som har bidratt med sine erfaringer og kompetanse inn i prosjektet.

Monica Lillefjell
Forskningsleder, Enhet for beste praksis,
Senter for Helsefremmende forskning HiST/NTNU

Trondheim 12.12.2011

Norsk sammendrag
Engelsk sammendrag

1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN	5
1.2 TEORETISK REFERANSERAMMEN OG KUNNSKAPSSTATUS	7
1.2.1 Helsebegrepet	7
1.2.2 Helsefremming og forebygging	8
1.2.3 Utfordringsbildet	9
1.3 KUNNSKAPSBASERTE BESLUTNINGER	13
1.4 KOMPETANSEBEHOV	14
2. METODE	16
2.1 KUNNSKAPSTILFANG	16
2.1.1 Tilgjengelige data/databaser	16
2.1.2 Regionale og lokale satsinger	16
2.1.3 HUNT	17
2.1.4 Fokusgruppeintervju	17
3. RESULTATER	20
3.1 TILGJENGELIGE DATA/DATABASER	20
3.2 REGIONALE OG LOKALE SATSINGER	22
3.3 HELSEUNDERSØKELSEN I NORD-TRØNDELAG (HUNT)	27
3.3.1 Helsetilstanden i befolkningen	27
3.3.2 Årsaksforhold	28
3.3.3 Samfunnsmedisinsk og helsevitenskapelig kunnskap	28
3.3.4 Intervensjons- og implementerings kunnskap	29
3.4 FOKUSGRUPPEINTERVJU	30
3.4.1 Aktører og arena	30
3.4.2 Kunnskap	34
3.4.3 Fra kunnskap til handling	41
3.4.4 Samhandling	45
3.5 SAMMENSTILLING AV RESULTATER	48
4. KONKLUSJON	52
5. “VEIEN VIDERE”	53
REFERANSER	54

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Data- og statistikkgrunnlag (2011) til bruk i folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag fylke

Sammendrag

Bakgrunn: Fylkeskommune og kommune er gjennom ny folkehelselov pålagt å drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I dette ligger også samarbeid og nye samarbeidsformer mellom FoU-sektor og forvaltning innen folkehelsearbeidet.

Metode: For å kartlegge eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behov og kompetansebehov i fylkeskommune og kommune ble det valgt å identifisere, innhente og systematisere kunnskap om; tilgjengelige data/databaser på folkehelseområdet, regionale og lokale satsinger i Nord-Trøndelag og muligheter knyttet til helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). I tillegg ble det gjennomført fokusgruppediskusjoner med sentrale aktører på folkehelseområdet for å avklare og belyse emneområde.

Resultat: Dette forprosjektet viser flere eksempler på fylkeskommunalt og kommunalt nivå hvor man har lyktes med sektorovergripende tiltak. Videre beskrives tilgangen på data som gir oversikt over helsetilstanden i befolkningen som god. Kunnskap om effekter av intervensjoner og tiltak samt kunnskap om hvordan politiske prosesser fram til vedtak eller manglende vedtak foregår, beskrives imidlertid som mangelfull.

Konklusjon: De strukturelle og overordnede satsingene har en kunnskapsbasert profil med klare mål om kompetansebygging, tverretatlig og tverrsektoriell samhandling. Utvidet samarbeid mellom fylkeskommune, kommuner og FoU-sektor er imidlertid nødvendig for å lykkes i å systematisere og omsette gjeldende kunnskap (forskningsresultater, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap) til målrettede tiltak. Økt kunnskap om politiske prosesser er nødvendig for at tiltak som besluttes iverksatt, er basert på godt dokumentert kunnskap og erfaringer om behov og effektive metoder.

Abstract

Background: Due to a new public health act, county and local governments are now required to drive knowledge-based public health. This includes increased and new forms of cooperation between the research and development sector (R&D sector) and management in public health.

Methods: In order to identify existing knowledge, research and development needs, and skills needed in county and municipal agencies, available data from databases on public health, regional and local initiatives in Nord-Trøndelag County, and opportunities related to the Nord-Trøndelag health survey (HUNT) were identified and systemized. In addition, focus group discussions with key players in the field of public health were performed in order to clarify and illuminate the subject area.

Results: This pilot project shows several examples at the county and municipal level where cross-sectoral initiatives have succeeded. Furthermore, clearly defined access to data gives a good overview of the health of the population. However, the effects of interventions, measures, and knowledge of the political process until a decision or lack of decision takes place are described as inadequate.

Conclusion: The structural and general priorities have a knowledge-based profile with the clear goal of capacity building and inter-agency and cross-sectoral collaboration. However, enhanced cooperation between the county council, municipalities, and the R&D sector is necessary for success in organizing and translating current knowledge (i.e., research results, experience-based knowledge, and user knowledge) into targeted measures. Moreover, increased knowledge of political processes is essential in order to ensure that decisions on measures are evidence based.

1. INNLEDNING

Innledningsvis beskrives bakgrunn og målsetting for prosjektet, teoretisk referanseramme og kunnskapsstatus på folkehelseområdet. Videre blir kunnskapsbaserte beslutninger og kompetansebehov beskrevet med utgangspunkt i kravene som ligger i ny folkehelselov.

1.1 BAKGRUNN

Folkehelsepolitikkenes overordnede mål er flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte sosiale helseforskjeller (Prop. 90 L. 2010-2011). Fylkeskommunene skal være pådriver og koordinator for nå dette målet ved blant annet å ha oversikt over helsetilstanden i fylket og faktorer som påvirker befolkningas helse. Rollene beskrives i *Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* (2009). Det forutsettes at arbeidet foregår gjennom alliansebygging og partnerskap med andre aktører. Spesielt skal fylkeskommunene understøtte kommunenes folkehelsearbeid.

Folkehelsemeldingen (St.meld. nr. 16, 2002-2003) tydeliggjør fylkeskommunens sentrale rolle innen regional planlegging og utvikling. Som oppfølging av St. meld.nr. 25 (2008-2009 *Lokal vekstkraft og framtidstru. Om distrikts- og regionalpolitikken*) ble satsningen *Lokal samfunnsutvikling i kommunene* (LUK) startet opp i 2009. LUK har som målsetting å styrke kommunene sitt arbeid med å bygge attraktive lokalsamfunn. Satsingen skal være med å gjøre kommunene enda bedre til å planlegge, mobilisere, samarbeide og gjennomføre utviklingsprosjekt. Fylkeskommunen har i denne satsningen fått en sentral rolle overfor kommunene som samordner, rådgiver og støttespiller.

Øvrige statlige og regionale føringer for folkehelsearbeidet finner vi i Plan- og bygningsloven, Lov om helsetjenesten i kommunene, St.meld. nr. 20 (2006-2007) – Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, St.meld. nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen, Felles fylkesplan 2009-2012 for Nord- og Sør-Trøndelag, Helse Midt-Norge RHF – Strategi 2020 og Helse Nord-Trøndelag HF – Strategi 2016. Kommunene skal i følge Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-4. (Planlegging, informasjon og samordning) til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Samhandlingsreformen innebærer dessuten styrket krav til kommunene på dette feltet. Ny folkehelselov vil stille ytterligere krav om at

fylkeskommunen skal ha god oversikt over befolkningas helse, kompetanse til å analysere data samt betjene kommunene på dette feltet.

Å vurdere om tiltak på befolkningsnivå har effekt eller ikke, er et vanskelig arbeidsområde. Faktorer som påvirker enkeltindividenes helse, er ikke uten videre de samme som gjelder for en hel befolkning. Dette må selvfølgelig også ha konsekvenser for valg av metode. Hva slags dokumentasjon som kreves for å si at et tiltak virker i folkehelsesammenheng, diskuteres fortsatt. Det er imidlertid svært viktig å skaffe fram kunnskap om sammenhenger mellom levekår og helse som grunnlag for beslutninger om levekårsendringer som kan gi positiv helsepåvirkning. Det er en oppgave for fylkeskommunen å samle og formidle den dokumentasjon som finnes over befolkningsrettede tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom. Inkludert i dette ligger et ansvar om å bidra til å skape arenaer i kommunene hvor slik dokumentasjon drøftes og omsettes i planer og politiske beslutninger.

For å videreutvikle et robust folkehelsearbeid lokalt og regionalt er verken nytt lovverk, økonomiske virkemidler, eller erfaringer fra utprøvingsarbeid nødvendigvis tilstrekkelige betingelser for å lykkes. Utfordringen må utvides til også å omfatte styrking av fagkompetanse hos gjennomføringsaktørene av nytt lov- og regelverk. Folkehelsearbeidet skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om utviklingstrekk, både risikofaktorer for sykdom, faktorer som fremmer helse og helseutviklingen generelt. Beste tilgjengelig kunnskap hviler på flere elementer; forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer, brukerne eller borgernes kunnskap og medvirkning samt verdier, ressurser og politikk. Til sammen kan dette omtales som *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*.

Målsettingen med dette forprosjektet var å kartlegge eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behovet og kompetansebehovet i fylkeskommune og kommune for å kunne ivareta lovpålagt krav om å drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I dette ligger også styrket samarbeid og nye samarbeidsformer mellom FoU-sektor og forvaltning innen folkehelsearbeidet.

1.2 TEORETISK REFERANSERAMMEN OG KUNNSKAPSSTATUS

Litteraturgjennomgangen består av en kort oppsummering av utvalgt teori og empiri på folkehelseområdet som vurderes som relevant med tanke på å gi et nyansert bilde av kunnskapsbehovet som ligger i det å kunne ivareta kravene i ny folkehelseov (Prop L 90 2010-2011). Helsebegrepet defineres og redegjøres for. Videre tydeliggjøres forskjellen mellom helsefremming og forebygging, samt forståelsen av helsefremming og forebygging i lys av folkehelsebegrepet og folkehelsearbeid. Videre gis en kort beskrivelse av utfordringsbildet innenfor folkehelsearbeidet med fokus på samhandling.

1.2.1 Helsebegrepet

Helsebegrepet omfatter fysisk, mental og sosial trivsel og ikke bare fravær av sykdom. Det er svært vanlig er å definere helse som ”å ha overskudd til å mestre hverdagens krav”. Med folkehelse menes befolkningens samlede helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i befolkninga (St. meld. 16, 2002-2003). Generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser påvirker befolkningas helsetilstand (Folkehelse rapporten, 2010). De fleste av utfordringene knyttet til befolkningas helse må derfor løses utenfor helsevesenet. Folkehelsearbeid er *samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helse og trivsel, redusere faktorer som medfører helserisiko og beskytte mot ytre helsetrusler* (Folkehelse rapporten, 2010). Det er en uttalt politisk målsetting at folkehelsearbeidet skal bidra til en jevnere sosial fordeling av forhold som påvirker helsa, noe som fordrer sektorovergripende tiltak (St.meld. nr 20, 2006-2007). Folkehelsearbeidet forutsetter både helsefremmende og sykdomsforebyggende tilnærminger. Dette er tilnærminger som supplerer, overlapper og forsterker hverandre. En utvidet definisjon av helse, jfr. WHO (1986) gir med andre ord i langt større grad plass for tiltak som ikke bare har til formål å forhindre sykdom og skade, men også å fremme trivsel og livskvalitet.

1.2.2 Helsefremming og forebygging

Det internasjonale begrepet "health promotion" ble for alvor etablert med Ottawa-charteret (WHO, 1986). "Health promotion" dekker det vi gjerne benevner som folkehelsearbeid, og som omfatter både det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Helsefremmende arbeid er definert som "den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse" (Ottawa-charteret, WHO 1986). Selv om Ottawa-charteret må betegnes som et utgangspunkt, og ikke en endelig definisjon, har idègrunnlaget fått internasjonalt gjennomslag og stimulert til nytenkning om gjennomføringen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I følge Ottawa-Charteret (WHO) handler helsefremmende arbeid om den enkeltes og/eller lokalsamfunnets mulighet for å ha aktiv innflytelse over egen situasjon. Et helsefremmende fokus vektlegger kunnskap om hva som fremmer, vedlikeholder og gjenoppretter god helse og livskvalitet – både blant friske, utsatte grupper og blant mennesker som er eller har vært utsatt for helsesvikt. Det helsefremmende arbeid bygger dermed på en salutogen tilnærming (Antonovsky, 1979) hvor fokuset rettes mot styrking av faktorer som fremmer helse. Dette i motsetning til ensidig søkelys på sykdomsframkallende faktorer. På mange måter kan man si at Ottawa-charteret la grunnlaget for et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet med sitt brede samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse (Helsedirektoratet, 2010). Dette innebærer en økende forståelse for at folkehelsearbeidet må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen (helsedeterminanter). Eksempel på slike helsedeterminanter kan være utdanning, arbeid, inntekt, bo- og nærmiljø, sosial inkludering, tilgang til tjenester, tilgang til friskfaktorer som ren luft, naturområder, gang – og sykkelstier med mer. Med andre ord fordrer en helsefremmende tilnærming et fokus på tiltak for å bedre livskvaliteten for enkeltindividet, i lokalmiljøet og i samfunnet (Raphael, 2010). Dette er i tråd med en salutogen orientering som fremhever at det viktigste fokuset i det helsefremmende arbeidet er aktiviteter/tiltak som muliggjør et godt liv, og hvor opplevd god helse betraktes som en sentral determinant for livskvalitet (Lindstöm & Eriksson, 2010).

Forebyggende helsearbeid tar utgangspunkt i kjente risikofaktorer for sykdom og svekket helse og innebærer arbeid med å fjerne, redusere, begrense eller stenge slike faktorer ute

(Krokstad, 2009). Eksempel på kjente risikofaktorer er tobakk, alkohol, støy, luftforurensing, overvekt og inaktivitet (Folkehelse rapporten, 2010). Forebyggende arbeid rettes mot både årsaker til individuell sykdom og mot årsaker til sykdom og svekket helse i befolkningen. Årsaker til individuell sykdom og årsaker til sykdom i befolkninga har hver sin korresponderende forebyggingsstrategi; den individrettede høyrisikostrategien og den befolkningsrettede strategien. I arbeidet med å styrke folkehelsa er befolkningsrettede tiltak på samfunnsnivå i kombinasjon med sosialpolitikk, økonomisk politikk og eventuelle lovreguleringer det sterkeste virkemiddelet. En slik strategi angriper det alle er utsatt for, og den er effektiv for påvirkning av helseatferd (Rose, 1992).

Begrepet ”empowerment” er sentralt i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Mæland, 2005). Empowerment benevnes gjerne som synonymt med begrep som myndiggjøring og mestring, og handler om å styrke egenskapene hos enkeltmennesket, det å kunne påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser, samt å legge til rette for at den enkelte skal kunne delta i prosesser som har betydning for å kunne ta kontroll over eget liv og helse (Mæland, 2005; Borge, 2007; Engeset, 2010).

Kort oppsummert kan man si at når det gjelder mål og innsatsområder, er ikke skillet mellom det helsefremmende og det forebyggende arbeidet så tydelig. Derimot er det klare forskjeller i ideologi, arbeidsmåter og valg av virkemidler (Mæland, 2005).

1.2.3 Utfordringsbildet

Alle industrialiserte land viser til en sosial gradient i helse og sykdom. Den sosiale gradienten i helse påvirkes av faktorer som sosial posisjon, relativ versus absolutt deprivasjon, kontroll og sosial deltakelse. Forskning viser blant annet at sosiale helseforskjeller kan dokumenteres i de fleste aldergrupper i befolkningen, både blant kvinner og menn, og at forskjellene i helse kan relateres til utdanning, yrke og inntekt (Helsedirektoratet, 2010). I litteraturen diskuteres ulike forklaringer på hvorfor sosiale ulikheter oppstår, og kompleksiteten i samspillet mellom ulike faktorer. De vanligste

forklaringene på sosial ulikheter i faglitteraturen kan sorteres i følgende kategorier; *oppvekstvilkår og livsløp, psykososiale faktorer, materielle forklaringer, helseatferd og livsstil, helsetjenesten og seleksjon* (Midtsundstad & Dahl, 2000).

Mye av diskusjonen om sosial ulikhet i helse har vært konsentrert om de helsemessige ulempene ved lav sosioøkonomisk status, som for eksempel høyere dødelighet. Data fra Whitehall-studiene og HUNT-studiene viser imidlertid at dette er forskjeller som opererer og varierer i omfang på tvers i hele samfunnet, og ikke bare blant grupper med lav sosioøkonomisk status (Krokstad, 2004; Wilkinson & Marmot, 2005). En kunnskapsstatus publisert på oppdrag fra EU, konkluderer med at sosialt baserte ulikheter i helse i alle europeiske land, Norge inkludert, skyldes forskjeller i materiell levestandard, psykososiale og atferdsmessige risikofaktorer (Wilkinson & Marmot, 2005; Helsedirektoratet 2010). Det er derfor viktig å fremskaffe kunnskap om sammenhenger mellom levekår og helse som grunnlag for beslutninger om levekårsendringer som kan gi positiv helsepåvirkning.

For å forstå de komplekse årsakssammenhengene og påvirke politiske beslutningsprosesser av betydning for helsen, trekkes livsløpsperspektivet fram som sentralt i folkehelsearbeidet. Sammenhenger mellom sosialt miljø og helse og betydningen av tidlig livserfaringer vektlegges (Marmot, 2011). For eksempel vises det til at det ligger et stort potensial i investeringer i helse i tidlige leveår med tanke på å redusere helseulikheter. Ungdomstiden beskrives som en kritisk tid i utvikling av helseatferd. Vaner, holdninger, og atferd som utvikles, vil få konsekvenser for helse og velvære senere i livet (Marmot, 2000).

Identifisering av faktorer, inkludert sosioøkonomisk status, som påvirker helse, er derfor en viktig folkehelseoppgave for å kunne redusere helseulikheter og gjennomføre målrettede helsefremmende intervensjoner på individ, gruppe, organisasjons- og befolkningsnivå (Helsedirektoratet, 2010).

Samhandling

Regjeringen har lagt fram ny lov om folkehelsearbeid, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester samt stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) som inneholder juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige grep for å sette samhandlingsreformen ut i livet.

Samhandlingsreformen innebærer målrettet satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Gjennom den nye loven om folkehelsearbeid får fylkeskommunen og kommunen en tydelig plikt til å ha oversikt over lokale folkehelseutfordringer og til å gjøre noe med dem. Folkehelseloven skal sikre at samfunnet fremmer helse, forebygger sykdom og utjevner sosiale helseforskjeller. Et grunnleggende prinsipp i den nye folkehelseloven er å tenke "helse i alt vi gjør," både for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

En av målsettingene i Samhandlingsreformen (St. meld. nr 47 (2008-2009) er å forebygge mer. Det lokale folkehelsearbeidet må derfor styrkes slik at kommunene i større grad kan overvåke helsetilstanden og utøve mer tverrsektorielt folkehelsearbeid, forebygging og tidlig intervensjon. For eksempel gis kommunene et større ansvar for å løse helseutfordringer der folk bor. Dette understøttes i ny Plan og Bygningsloven, fra 1. juli 2009, som gir sterke føringer i form av offentlig helse, godt bomiljø og gode boforhold. I lovens paragraf § 1-1, om lovens formål, slås det fast at *"Prinsippet om universell utforming skal ivaretas i planleggingen og kravene til det enkelte byggetiltak. Det samme gjelder hensynet til barn og unges oppvekstvilkår og estetisk utforming av omgivelsene."*

Kommunen er hovedaktøren i folkehelsearbeidet, og skal fastsette mål for folkehelsen i kommunen og forankre dem i planene sine. Kommunen skal også iverksette nødvendige tiltak for å møte helseutfordringene (Prop. 90 L. 2010-2011). Vi vet at tiltak i alle sektorer påvirker helsen. Derfor er det ikke lenger bare helsesektoren i kommunen som skal ha ansvar for folkehelse. Kommunen må bruke alle sektorer til å fremme folkehelse. Det settes blant annet fokus på samfunns- og arealplanleggingen som en viktig helsefremmende ressurs, hvor bygninger eller byggeprosesser kan påvirke omgivelsenes egnethet til å gi gode oppvekstvilkår og et godt bomiljø. Dette understøttes også av

forskning som for eksempel viser at nærhet til miljø som gir utfordringer når det gjelder bevegelse og fysisk aktivitet, henger nøye sammen med den aktiviteten som utøves (Helsedirektoratet, 2010).

Det meste av grunnlaget for god helse legges utenfor helsetjenesten. Mange oppfatter imidlertid at helse tilhører helsesektoren, noe som gjør det vanskelig å bryte ned den sektoriseringen av offentlig innsats som preger velferdssamfunnet (Mæland, 2005). For å realisere intensjonene med Samhandlingsreformen er det imidlertid, i tråd med Ottowacharteret (WHO 1986), nødvendig å etablere en helsevennlig offentlig politikk. Det omfatter ikke bare én-sektor politikk for folkehelse. Helsehensyn skal integreres i alle politikkområder og på de fleste samfunnsarenaer. Muligheten til å omsette helsefremmende målsettinger til politiske vedtak handler i følge Tones & Green (2004) om å sørge for og stimulere til samhandling mellom lokale myndigheter, lokalmiljø og forskningsmiljøer. Med andre ord handler det om kunnskapsbaserte politiske beslutninger (Wist, 2010). I denne sammenhengen nevnes også helsekonsekvensutredninger hvor det fokuseres på direkte og indirekte virkninger av en politikk og fremgangsmåter for å realisere den. Dette som et mulig verktøy for å oppnå en mer helsefremmende politikk (Mittelmark & Hauge, 2003).

Samhandlingsreformens målsetting om at tiltak skal iverksettes nærmere der folk bor, som for eksempel helsefremmende arbeid i nærmiljøet, stiller store krav til kompetanse lokalt. Mange kommuner er små, de vil trolig både være tjent med og avhengig av samarbeid på tvers av kommunegrensene for å utvikle mer robuste fagmiljøer. Departementet har gitt ut en veileder (www.regjeringen.no) som beskriver regelverket for interkommunalt samarbeid. Her presiseres det at god kunnskap om interkommunale samarbeidsmodeller er en forutsetning for at kommunene skal kunne treffe gode valg av samarbeidsformer. Det er opp til kommunene selv å velge hvilken modell som er mest hensiktsmessig for det aktuelle samarbeidet. I dag samarbeider kommuner på mange ulike måter, fra samarbeid innenfor ulike selskapsformer til samarbeid som er langt mindre formalisert. Aktuelle samarbeidsmodeller som skisseres i veilederen er

aksjeselskap, interkommunalt selskap, interkommunalt samarbeid, vertskommune og samkommune.

1.3 KUNNSKAPSBASERTE BESLUTNINGER

Kravet om effektmål er utfordrende i folkehelsearbeidet (Raphael, 2000). Ideelt sett burde det foreligge kunnskap om hvilken effekt det aktuelle tiltaket kan forventes å ha – helsemessig, økonomisk og fordelingsmessig før det iverksettes (Helsedirektoratet, 2010). Ser man nærmere på sentrale styringsdokumenter, handlingsplaner etc., diskuteres imidlertid evidensbegrepet fortsatt. Det er lite beskrevet hva slags dokumentasjon som kreves for å kunne si at et tiltak virker. Hvilke forskningsdesign som må inkluderes for å oppfylle dokumentasjonskravet, tydeliggjøres heller ikke (Wist, 2010). Det foreligger imidlertid en forståelse om at kunnskapsbaserte beslutninger i folkehelsearbeidet fordrer en bred samfunnsvitenskapelig tilnærming hvor *forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerbasert kunnskap* inkluderes (Mæland, 2005). Dette understøttes av flere studier som vektlegger betydningen av ulike type kunnskapskilder og metodiske tilnærminger (Davis et al., 2000; Pawson, 2006; Helsedirektoratet, 2010).

Målet med kunnskapsbaserte beslutningsprosesser i folkehelsearbeidet er å sørge for at beslutninger er basert på best tilgjengelig kunnskap. Når man skal benytte kunnskapsbaserte beslutningsprosesser, må man først vurdere hva som utgjør evidens dvs. hvilke kriterier legges til grunn, og hva er det viktig å fremskaffe kunnskap om. Dette gjelder konkrete helsefremmende tiltak, med tanke på beslutningsprosesser på organisatorisk eller politisk nivå (Raphael, 2010).

Ny folkehelseslov tydeliggjør kravet om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. Helsefremming og folkehelsearbeid handler gjerne om tilpassede prosesser og aktiviteter som i en gitt situasjon forventes å gi de mest positive effektene på helse (Best practice i folkhälsoarbete, Karolinska Institutet, 2011). Dette er prosesser og aktiviteter som i hovedsak er basert på erfaringer og brukerkunnskap. Den erfarings- og brukerbaserte kunnskapen er viktig, men kravet om kunnskapsbasert folkehelsearbeid forutsetter også

at man fremskaffer forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak, metoder og verktøy på folkehelseområdet.

Kunnskapsbaserte beslutninger handler om:

1. Benytte best tilgjengelig kunnskap/evidens i alle stadier av politikk og program/ tiltaksutvikling
2. Tydeliggjøre kriterier for inkludering eller ekskludering av evidens
3. Benytte et variert datagrunnlag (bred samfunnsvitenskapelig tilnærming)
4. Generer data gjennom ulike forskningsmetodiske tilnærminger
5. Identifisere og vurdere effektive intervensjoner
6. Formidle forskningsresultater og tilrettelegge for at disse skal gjøres tilgjengelig politisk for beslutningstakere

Kunnskap om helsestatus, helsedeterminanter og effektive intervensjoner er nødvendig for å vurdere helse, identifisere viktige prioriteringer og ikke minst utvikle strategier som fremmer helsa i befolkningen (Strategic Policy Directorate of the Population and Public Health Branch, Canada, 2001; Raphael, 2010). Å vurdere om tiltak på befolkningsnivå har effekt eller ikke, er imidlertid utfordrende. Faktorer som påvirker enkeltindividenes helse, er ikke uten videre de samme som gjelder for en hel befolkning (Næss, 2003). Dette må selvfølgelig også ha konsekvenser for valg av metode. Gray & Ison (2009) beskriver for eksempel at en viktig utfordring i folkehelsearbeidet er å supplere eksisterende kunnskap med flere kvalitative studier av høy kvalitet for å legge til grunn evidens, verdier og populasjonens behov og ressurser som tre typer viktige innspill på folkehelse beslutninger.

1.4 KOMPETANSEBEHOV

For å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, jfr. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009) og nytt lovverk (Prop. 90. L 2010-2011), kreves det større oppmerksomhet om faktorer som påvirker helsen. Med et påvirkningsperspektiv, i

motsetning til et sykdomsperspektiv, blir folkehelsefokuset sentralt i samfunnsplanleggingen/utviklingen. For å kunne skape gode oppvekst- og levekår, samt utviklet et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, felleskap, trygghet og deltakelse, må tiltak iverksetter i alle sektorer. Det betyr at folkehelsehensyn må inngå som et viktig element i den generelle samfunnsplanleggingen ved at folkehelsearbeidet forankres i ordinære plan- og styrings- dokumenter i fylker og kommuner og i øvrige samfunnsutviklingsstrategier. Dette tydeliggjør behovet kompetanse på tema som samfunnsforhold, samfunnssektorer, forvaltning, planarbeid og organisering relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2011 -notat).

For at folkehelsearbeidet skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om utviklingstrekk, både risikofaktorer for sykdom, faktorer som fremmer helse og helseutvikling generelt kreves både en naturfaglig- (helsefag/epidemiologi) og en samfunnsfaglig tilnærming (levestandard/samfunnsforhold). Videre kreves et bredt kunnskapstilfang gjennom forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer, brukerne eller borgernes kunnskap og medvirkning, samt verdier, ressurser og politikk.

2. METODE

I metodekapittelet beskrives og begrunnes kunnskapstilfanget i rapporten.

2.1 KUNNSKAPSTILFANG

I følgende avsnittet beskrives metodene som ble benyttet for å avdekke eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behovet og kompetansebehovet i fylkeskommune og kommune, samt eventuelle begrensinger ved disse metodene.

Vi har valgt å identifisere, innhente og systematisere eksisterende kunnskapsgrunnlag i følgende punkter:

1. Tilgjengelige data/databaser på folkehelseområdet
2. Regionale og lokale satsinger i Nord-Trøndelag
3. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)
4. Fokusgruppediskusjoner

2.1.1 Tilgjengelige data/databaser

Det ble gjennomført en kartlegging av hvilke data om folkehelseutviklingen som foreligger nasjonalt, regionalt og lokalt og som kan benyttes i folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Videre ble det sett nærmere på mulige strategier for å utvikle grunnlagsmaterialet ytterligere.

2.1.2 Regionale og lokale satsinger

Det ble gjennomført en kartlegging av hvilke satsinger er gjennomført lokalt og regionalt i Nord-Trøndelag, samt en kartlegging av hva slags dokumentasjon som foreligger fra disse satsingene. Tidsperioden for kartleggingen ble avgrenset fra og med 2005 til og med 2010.

Materialet som er blitt brukt for å skaffe oversikten, er i all hovedsak en gjennomgang av Nord-Trøndelag fylkeskommune (NTFK) sine årsrapporter om folkehelsearbeidet i fylket

i denne perioden. Oversikten omfatter *strukturelle eller overordnede satsinger* og ulike *program* for de forskjellige innsatsområdene i folkehelsearbeidet i fylket. Videre omfatter oversikten *prosjekter* og ulike *tiltak* som etter søknad er innvilget tilskudd fra Folkehelsekomiteen i Nord-Trøndelag.

2.1.3 HUNT

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), som et viktig kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet i Midt-Norge, presenteres nedenfor. Vi belyser særlig følgene hovedområder i denne sammenhengen: helsetilstanden i befolkningen, årsaksforhold, kunnskapsgrunnlag, intervensjon og implementering.

2.1.4 Fokusgruppeintervju

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte som har folkehelse og/eller organisatorisk og politisk ansvar som arbeidsfelt i Steinkjer kommune, Vikna kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og ved HUNT forskningssenter med tanke på å avdekke eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behov og kompetansebehov i fylkeskommune og kommune.

Et fokusgruppeintervju er et strukturert gruppeintervju. Intervjuene har en uformell form, slik at deltakerne har mulighet for å komme med egne tema og innspill underveis (www.kunnskapscenteret.no). Fokusgruppene er velegnet til å avklare og belyse et bestemt emneområde gjennom en felles samtale. Fordelen med at man samler en gruppe - fremfor at deltagerne intervjues enkeltvis - er at deltakerne forholder seg til hverandres meninger. Det er også hensiktsmessig for å få respons på ideer eller som del av utviklingen av nye tiltak. Metoden kan brukes som en løpende kvalitetsvurdering av en tjeneste (www.kunnskapscenteret.no).

Under intervjuene ble det brukt en delvis strukturert intervjuguide (se vedlegg 1), som hadde følgende hovedoppbygging:

- Forståelse av folkehelsebegrepet og utøvelse av folkehelsearbeid
- Forståelse av begrepet kunnskapsbasert folkehelsearbeid
- Utvikling av kunnskapsgrunnlag og samhandling

Fordelen med en delvis strukturert intervjuguide er at den har en rekke tema som skal dekkes og forslag til spørsmål, men samtidig er den åpen for forandringer i både rekkefølgen og spørsmålsformen (Jacobsen, 2004). Med en halvstrukturert intervjuguide har man muligheten til å endre spørsmål underveis etter hvert som man ser hvilke spørsmål som er best egnet for å få den informasjonen som ønskes (Kvale, 1997).

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med Nord-Trøndelag fylkeskommune. Alle som ble intervjuet, ble informert om at deltakelse var frivillig og alt som ble sagt ville bli anonymisert og slettet etter endt prosjektperiode. Det ble gjennomført 4 fokusgruppeintervju med 5 til 6 deltakere. Totalt ble 22 personer intervjuet. Informantene representerte helse, oppvekst, kultur, plan, forskning og politikk.

Det var Nord-Trøndelag fylkeskommune ved Margunn Skjei Knudtsen og Guri Wist som satte opp intervjudatoer og kom med forslag til hvem som skulle inviteres til å delta på intervjuene. Utvelgelsen av informanter ble gjort med bakgrunn i ønske om bred tverrfaglig kompetanse på folkehelsefeltet. Intervjuene hadde en varighet på 1-2 timer og ble tatt opp på båndopptaker. I etterkant ble alle intervjuene transkribert og kodet.

Analysestrategi

Lyddopptaket fra diskusjonen i de fire fokusgruppene ble transkribert og teksten analysert. Analysen var empiristyrkt (Charmaz, 2006). Nøkkelord ble anvendt for å identifisere sammenfallende tema som fremkom i diskusjonene (Babour, 2007). Data ble deretter organisert slik at det ble mulig å tydeliggjøre likheter og ulikheter i datamaterialet; mellom de ulike informantene og mellom de ulike fokusgruppene (Kreuger & Casey, 2009).

På bakgrunn av analysene av datamaterialet fremkom følgende sentrale tema:

- *Aktører og arena*
- *Kunnskap*
- *Fra kunnskap til handling*
- *Samhandling*

Begrensninger

Hvem som inviteres til delta i fokusgruppene, kan ha betydning for hvilken type informasjon man får ut. I dette prosjektet ble det benyttet et strategisk utvalg. Utvalget ble valgt ut på bakgrunn av et ønske om at informantene skulle inneha bred tverrsektoriell kompetanse innen folkehelsefeltet. Om de som ble valgt ut var de som var best egnet til å belyse temaet, kan man selvfølgelig problematisere. Med en annen gruppesammensetting kunne andre opplysninger ha kommet frem. Når en diskusjon skal gjennomføres i løpet av maksimalt 2 timer, i en fokusgruppe med 5-6 deltakere, kan det også være at enkelte tar ordet mer enn andre. Dette kan bety at ikke alle opplysninger har kommet godt nok frem. Videre har intervjuguiden også vært styrende i forhold til hvilke type informasjon man sitter igjen med.

3. RESULTATER

Innledningsvis beskrives tilgjengelige data/databaser på folkehelseområdet. Videre gis en oversikt over lokale og regionale satsinger på folkehelseområdet, samt en beskrivelse av muligheter med utgangspunkt i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Til slutt i resultatkapittelet presenteres resultater fra fokusgruppediskusjonene.

3.1 TILGJENGELIGE DATA/DATABASER

Hvilke data om folkehelseutviklingen foreligger nasjonalt, regionalt og lokalt som kan benyttes i folkehelsearbeidet regionalt og lokalt? Hva trengs for å utvikle grunnlagsmaterialet? Disse spørsmålene dannet utgangspunkt for å lage en oversikt over tilgjengelige data på folkehelseområdet.

Helseregistre

Det finnes en rekke landsdekkende helseregistre, såkalte sentrale helseregistre. Data fra disse kan deles inn på fylkes- og kommunenivå (se vedlegg 2). I tillegg finnes Medisinske kvalitetsregistre (ca. 200), men bare et fåtall er landsdekkende.

Helseundersøkelser

Helseundersøkelser (systematiske og repeterende) er viktige tillegg til helseregistre. De nasjonale helseundersøkelsene er imidlertid ofte ikke store nok til å dele inn i grupper. Det nasjonale materialet er heller ikke alltid lagt til rette på kommunenivå. Nord-Trøndelag fylke er heldig stilt som har gjennomført tre større undersøkelser HUNT 1-3. Dette materialet kan deles/er delt inn på kommunenivå.

Andre offentlige statistikk-kilder. Presentasjonsverktøy. Rådgivning og kompetanseheving.

Statistikk blir også gjort tilgjengelig via databaser, publikasjoner m.v. Dette gjelder Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet (FHI), Statens institutt for rusmiddelforskning, NAV, Helsedirektoratet mv (Utredningsrapport 2010-2011).

Det finnes ulike presentasjonsverktøy. Folkehelseinstituttet vil tidlig 2012 gi tilbud til kommunene om såkalte Helseprofiler som vil omfatte ulike helseindikatorer, bakgrunnsfaktorer og informasjon om hvordan kommuner kommer ut sammenlignet med resten av landet. FHI vil også tilby en statistikkbank. Helsedirektoratet/FHI skal også veilede kommunene i bruk av materialet samt tilby kompetanseheving på feltet.

Som nevnt ovenfor, er HUNT-data tilrettelagt for bruk av kommunene. Fylkeskommunen og HUNT forskningssenter har dessuten i perioden 2007-2011 samarbeidet om å bringe data fra HUNT tilbake til kommunene. Materialet er gjort tilgjengelig i møter, foredrag, på kurs/seminar og på nett samt som trykt rapport. Det er imidlertid behov for mer tilrettelegging på kommunenivå og kretsnivå (i større kommuner). HUNT-materialet mangler også i stor grad data som kan benyttes som helsefremmede indikatorer.

På regionalt nivå har Helseforetaket (Helse Nord-Trøndelag) i samarbeid med kommuner og Fylkeskommunen laget en oversikt over hvilket statistikkgrunnlag som er mulig å tilrettelegge for kommunene og hva som trengs i tillegg. Fylkesmannen m.fl. samarbeider om å utvikle en standardisert kunnskaps- og analysebase for helse- og omsorgstjenestene i fylket.

Konklusjon

Hverken i kommunal og fylkeskommunal sammenheng er problemet tilgang på helsedata. Utfordringen i det videre arbeidet vil være å velge hvilke data som er mest relevante i folkehelsearbeidet. Dette gjøres delvis av FHI gjennom de såkalte Helseprofilene. Videre er det behov for data som belyser sammenhenger mellom ulike helseindikatorer seg i mellom og mellom ulike helseindikatorer og påvirkningsfaktorer. I tillegg etterlyses det utvalg av helsefremmende indikatorer.

3.2 REGIONALE OG LOKALE SATSINGER

Hvilke satsinger er gjennomført lokalt og regionalt, og hva slags dokumentasjon foreligger fra disse satsingene?

Med utgangspunkt i en gjennomgang av Nord-Trøndelag fylkeskommune (NTFK) sine årsrapporter om folkehelsearbeidet i fylket i perioden 2005 til 2010 beskrives *strukturelle eller overordnede satsinger* og ulike *program* for de forskjellige innsatsområdene i folkehelsearbeidet i fylket. Videre beskrives *prosjekter* og ulike *tiltak* som etter søknad er innvilget tilskudd fra Folkehelsekomiteen i Nord-Trøndelag.

Strukturelle eller overordnede satsinger:

- Fylkestingvedtak (27.2.2008) om *Organisering av folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag*: Vedtaket innebar en dreining av folkehelsearbeidet fra til da prosjektbaserte satsinger, til å få en struktur med faste innsatsområder i folkehelsearbeidet.
- *Partnerskapsavtaler om folkehelsearbeid* med kommunene i Nord-Trøndelag: Nord-Trøndelag fylkeskommune har i oversiktsperioden inngått *partnerskapsavtale om folkehelsearbeid* med 18 av fylkets 24 kommuner. Gjensidig forpliktende partnerskapsavtaler er i en rekke nasjonale dokumenter framhevet som den anbefalte samarbeidsformen mellom regionalt og lokalt nivå for utøvelsen av lokalt folkehelsearbeid. Forpliktelsene fra fylkeskommunen omfatter økonomisk støtte til opprettelse av lokale folkehelsekoordinatorstillinger og årlig økonomisk aktivitetsstøtte til folkehelseiltak innenfor kommunens valgte innsatsområder. Inkludert i avtalen er også forpliktelser med hensyn til kunnskaps- og kompetansebygging. Ordningen med partnerskapsavtaler om folkehelsearbeid er ikke evaluert lokalt.
- Utarbeidelse av *Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014*: Strategidokumentet ble vedtatt av fylkestinget våren 2011. Strategidokumentet omfatter mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet som

skal foregå i regi av fylkeskommunen i perioden 2011-2014. Nord-Trøndelag fylkeskommune har gjennom vedtaket sagt at de ønsker at hovedvekten av folkehelsearbeidet skal rettes mot hele befolkningen - en befolkningsstrategi. Virkemidlene i folkehelsearbeidet skal i størst mulig grad rettes mot samfunnsforholdene som direkte eller indirekte påvirker helsa i befolkningen, og slik påvirke befolkningens levevaner. Folkehelsearbeidet skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om utviklingstrekk i fylket, både risikofaktorer for sykdom, faktorer som fremmer helse og helseutviklingen generelt.

- Utarbeidelse av *Handlingsplan for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011*: Handlingsplanen bygger på innsatsområdene nedfelt i strategidokumentet. Innsatsområdene omfatter fysisk aktivitet, friluftsliv og naturopplevelse, kultur og helse, kosthold og ernæring, rusforebygging, tobakksforebygging, mental helse, tannhelse, skade- og ulykkesforebyggende arbeid og til sist, utvikling og formidling av kunnskap. Til hvert innsatsområde er det knyttet et hovedmål. Hovedmålene er konkretisert gjennom delmål, tiltak, resultatmål, samarbeidsrelasjoner, tidsrom for gjennomføring og kostnader. Tiltakene er av både helsefremmende og forebyggende karakter. Alle tiltakene skal bygge på gjeldende kunnskap om hva som kan ha positiv effekt på befolkningens helse.

Program:

- FYSAK, et treårig modellprogram for helserelatert FYSisk AKTivitet (2003 – 2007). Bakgrunn for programmet var nasjonale anbefalinger om systematisk bruk av tilpasset fysisk aktivitet i helsefremmende og forebyggende arbeid. Målgruppen var særlig de som deltar lite i fysisk aktivitet. I Nord-Trøndelag tegnet 12 kommuner FYSAK-avtale. Programmet er ikke evaluert med tanke på effekt, men det er gjort en erfaringsevaluering med hensyn til gjennomføring. Evalueringen tilsier at politisk forankring er helt nødvendig for at det skal bli varige tiltak. Det stilles videre spørsmål om en når de som en skal nå ved denne arbeidsformen. FYSAK er ført videre som et innsatsområde i partnerskapsavtalene om folkehelsearbeid.

- FOLK2, et femårig regionalt kultur- og helseprosjekt (2004-2009) hvor kulturelle aktiviteter har blitt benyttet som virkemidler i folkehelsearbeidet. Bakgrunn for programmet var nasjonal og nordisk evaluert kunnskap om at kulturdeltakelse gir bedre helse; direkte gjennom selve kulturopplevelsen og indirekte gjennom sosial tilhørighet og sosiale nettverk. Målgruppene for programmet var barn og unge, og deler av den voksne befolkningen som deltar lite i kulturelle aktiviteter. Videre ledere og arbeidstakere på arbeidsplasser med interesse for kultur brukt i ledelses- og arbeidsmiljøsammenheng. Rapporten viser at kulturelle virkemidler nå inngår som en del av folkehelsearbeidet i flere kommuner, og at de nå i større grad er oppmerksom på ulike sammenhenger mellom kultur og helse.
- PREMIS, et treårig utviklingsprogram for lokalt rusforebyggende arbeid (2006-2009). Bakgrunn eller målsetting for programmet er å redusere forekomsten av ungdomsfull, heve debutalderen for bruk av alkohol og redusere bruk av narkotika blant ungdom. Kommunene ble invitert med i programmet, fire kommuner deltok i prosjektet. Evalueringen har ikke hatt fokus på effekten av tiltakene, men på gjennomføringen av programmet. Konklusjonen forteller at programmet har ryddet i tiltakene, styrket det tverrfaglige/tverretatlige samarbeidet, gitt kompetanseheving og ikke minst lagt et godt grunnlag for videre arbeid med rusforebygging.
- Sunt & Godt, et treårig ernæringsprogram for et sunnere kosthold i befolkningen (2007-2010). Bakgrunn for programmet var nasjonale anbefalinger om sunnere kosthold i befolkningen. Målgruppe for programmet var barn og unge i kommunene og ved de videregående skolene. Fem kommuner og tre videregående skoler deltok i programmet. Evalueringen har ikke vurdert effekt av tiltakene, men sett på ulike forhold ved gjennomføringen hos de forskjellige aktørene. En av de viktige konklusjonene er at et systematisk mattilbud i skolen oppleves som svært positivt på mange områder, ikke bare ernæringsmessig, men også sosialt. Skolene makter imidlertid ikke å innarbeide ordningen i sine egne budsjetter når prosjektpengene tar slutt.

Prosjekter:

- Fall-prosjekt (2 år): Kan fall og fallskader hos eldre forebygges? Målsetting med prosjektet var å redusere skader og belastninger som et fall kan ha, både for den det gjelder og for pårørende og samfunnet. Hvilke fallforebyggende tiltak har størst effekt? Evalueringens viktigste konklusjon var at hjemmebesøk med vurdering av fallforebyggende tiltak har best effekt for å forebygge fall.
- ”Tilbakeføringsprosjektet” (3 år), tilbakeføring av HUNT3-data til kommunene: Bakgrunn for prosjektet var at data fra tidligere helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT1 og HUNT2) i liten grad var blitt omsatt til konkrete folkehelseiltak i kommunene. Gjennom prosjektet er det utarbeidet en rapport med helseoversikter for alle kommunene i fylket. NTFK og HUNT har brukt dette materialet i ulike møter med kommunene, regionråd og frivillige organisasjoner til å presentere helsestatus og slik være med å danne grunnlag for lokale strategier og planer i folkehelsearbeidet.
- ”Lettere når jeg er aktiv”, et toårig prosjekt om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet for god helse og livskvalitet hos mennesker med utviklingshemming. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom NFU og HINT og tre kommuner i Nord-Trøndelag. Bakgrunn for prosjektet var en antakelse om at det er stor grad av inaktivitet og lite kunnskap om ernæring både hos personer med utviklingshemming og mange av deres støttepersoner. De erfaringene deltakerne og støttepersonene har formidlet i etterkant av prosjektet sier noe om hvordan kompetanse om kosthold og aktivitet kan bidra til bedre helse.

Tiltak:

- *NY GIV – livsstil for livstid*: Et prosjekt initiert av en allmennlege og en ernæringsfysiolog i Namsos, som i samarbeid med Sykehuset Namsos, HUNT og Spillum idrettslag, gjennomfører et tverrfaglig utvidet gruppetilbud til mennesker i Namsos som har fått påvist økt risiko for å utvikle diabetes type 2. Rapportering så langt tilsier at rekruttering av deltakere er en utfordring.

- Tre idrettsforeninger (turn, orientering, turmarsj) i Steinkjer har i samarbeid med kommunen etablert aktivitetsoppfølging av personer med kartlagt risiko for å utvikle livsstilssykdom. Utfordringen ser ut til å være rekruttering.
- *Norges sprekeste fylke*: Mosjonskampanje i regi av Nord-Trøndelag idrettskrets. Målsetting om at 80% av befolkningen i Nord-Trøndelag over seks år skal drive fysisk aktivitet minimum 3x30 min i uka.
- Treningskontaktkurs: Bakgrunn for ordningen med treningskontakt er kunnskap om bruk av fysisk aktivitet som behandling/terapi for personer med problematikk knyttet til rus og psykiatri.
- En rekke mindre tiltak har også fått økonomisk støtte. Tiltakene er mye knyttet til ulike risikogrupper utfordringer, spesielt rus og psykiatri.

Konklusjon

Strukturelle og overordnede satsninger i folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag fylkeskommune viser en kunnskapsbasert profil, hvor både helsefremmende og forebyggende faktorer er ivaretatt.

Gjennomførte program og prosjekter innen for de ulike innsatsområdene er også i hovedsak forankret i kunnskap om helsetilstand i befolkningen og nasjonale anbefalinger på innsatsområdene. Både i program og prosjekter er det gjennomført evalueringer både angående metode og helseeffekt.

Folkehelsekomitèens støtte til ulike tiltak i regi av frivillige lag og organisasjoner synliggjør også en viktig satsing. Disse tiltakene er imidlertid i liten grad evaluert.

3.3 HELSEUNDERSØKELSEN I NORD-TRØNDELAG (HUNT)

V/ Steinar Krokstad, HUNT forskningscenter, NTNU

Kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet i Midt-Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Hva har vi, hva trenger vi?

”No data, no problems. No problems, no action.” Michael Marmot

3.3.1 Helsetilstanden i befolkningen

Nasjonale data

Som basis for alt folkehelsearbeid er oversikt over befolkning og befolkningens helse essensielt. Uten slike data vil vi famle i blinde. Som bakgrunn for utvikling av helsestatistikk ligger data om demografi, befolkningssammensetning og sosioøkonomiske forhold, utdanningsnivå, arbeidsliv, geografi, kulturliv, konflikter og historiske fakta. I Norge eksisterer det gode nasjonale data for en rekke slike forhold.

HUNT og andre lokale data

Dernest er data om forekomst og endringer over tid av **helserelatert atferd** et viktig grunnlag. Her er fordeling eller variasjon i forskjellige grupper i befolkningen essensielle, mellom kjønn, aldersgrupper, sosioøkonomiske grupper og grupperinger basert på geografi, regionalt, mellom kommuner og i boområder. I Midt-Norge gir data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) en suveren oversikt for ett av fylkene representativt for regionen. Noe data er allerede publisert, men potensialet til å videreutvikle denne typen statistikk er stort. Det er mulig å utvikle kommunehelseprofiler for hver kommune, vise trender i utviklingen for hver kommune og peke på spesielle helsefremmende og helseskadelige forhold innen kommunene. Slike data vil vise hvor potensialet ligger og kunne motivere og bidra til mye bedre målretting av helsepolitikken.

Videre er data om forekomst og endringer over tid av **sykdom, helseplager og årsaksspesifikk dødelighet** helt grunnleggende. Også her er variasjon mellom ulike grupper i befolkningen viktig å kartlegge. Det er i å studere variasjon og årsaker til slik

variasjon kunnskap om årsaksforhold avdekkes. Også her har HUNT et rikt datamateriale. Noe data er allerede publisert, men potensialet til å videreutvikle denne typen statistikk er stort.

3.3.2 Årsaksforhold

Med basis i data om befolkning og helse er det mulig å forske på årsaker til hvorfor noen beholder en god helse, mens andre blir rammet av sykdom. Denne kunnskapen gir informasjon om sykdomsmekanismer og om hvordan samspillet mellom miljø og arv virker. Slik forskning foregår over hele verden både innen medisinske fag, basalfag, helsefag og samfunnsvitenskapelige fag. HUNT tilbyr unike muligheter for å forske på slike mekanismer i egen befolkning. Potensialet til å videreutvikle denne typen kunnskap er stort.

3.3.3 Samfunnsmedisinsk og helsevitenskapelig kunnskap

Folkehelsearbeidet har historisk sett dreiet seg mye om forebygging av sykdom med faglig basis i sosial- og samfunnsmedisin. Til dels har denne strategien hatt stor betydning for eksempel gjennom etablering av en nasjonal offentlig felles tilgjengelig helsetjeneste, sosial velferdsordninger (sosial utjevning og fattigdomsbekjempelse), strategier for full sysselsetting, sosial regulering av trafikk, regulering av reklame og tilgjengelighet for rus- og avhengighetsskapende stoffer, vaksinasjonsprogrammer og andre forhold. Fortsatt er det mye å hente i folkehelsearbeidet med å benytte denne kunnskapen og utvikle kunnskapen videre. I Midt-Norge er fagmiljøene innen dette feltet små og utydelige med noen unntak. Det er behov for både å styrke fagmiljøene og dermed dra bedre nytte av eksisterende kunnskap og følge med på utviklingen innen fagfeltet internasjonalt.

Det er et økende innslag og behov for å dra nytte av helsevitenskapelig kunnskap i folkehelsearbeidet. Sykdomspanoramaets endringer med lavere dødelighet og en sykkelighet mer påvirket av psykososiale samfunnsforhold, aktualiserer mer helsefremmende arbeid. Det er utviklet mye god teori på fagfeltet, men fortsatt er det ikke mye kunnskap om effekter av intervensjoner med intensjon å fremme helse. Her er fagmiljøene enda mindre, og har fått mindre fotfeste i kommuner og fylkeskommuner.

HUNT 4, som planlegges gjennomført i 2017-19, gir unike muligheter til å følge helseutviklingen i et fylke i Midt-Norge og i en norsk indikatorpopulasjon. De folkehelseiltak som gjennomføres i årene som kommer, kan evalueres i HUNT 4. Greier vi å stoppe økningen i antallet som utvikler fedme? Greier vi å utjevne sosiale forskjeller i røyking? Greier vi å tilby flere gode kulturopplevelser? Det er også mulig å samle inn mer data om helsefremmende forhold i tillegg til å se på utviklingen innen de helsevariablene som er målt helt fra 1980-årene i HUNT 1, HUNT 2 og HUNT 3.

3.3.4 Intervensjons- og implementerings kunnskap

Teori og praksis er to forskjellige ting. Innenfor en rekke fagfelt i folkehelsearbeidet er det manglende **kunnskap om effekter av intervensjoner og tiltak**. Fører tiltakene til ønsket effekt på helserelatert atferd, bedre folkehelse, mindre arbeidsuførhet, lavere omsorgsbyrde og samfunnsøkonomi? Hvilke tiltak skal vi velge, hvordan skal vi måle effektene? Det er også manglende kunnskap om hvordan politiske prosesser fram til vedtak eller manglende vedtak går for seg. Økt kunnskap om dette kan føre til at flere beslutninger om tiltak som har god dokumentasjon, blir tatt.

Intervensjons- og evalueringsforskning er ressurskrevende og komplisert, men innen utvalgte områder er det svært viktig å gjennomføre. En annen måte å måle effekter på er fortsatt å gjennomføre repeterte helseundersøkelser som HUNT i regionen, å benytte regionen som et levende laboratorium.

Konklusjon

Data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) gir en unik oversikt over helsetilstanden i befolkningen og helseutviklingen over tid. Det er mulig å utvikle kommunehelseprofiler og vise trender i utviklingen for hver kommune i Nord-Trøndelag, samt peke på spesielle helsefremmende og helseskadelige forhold innen kommunene. Slike data vil vise hvor potensialet ligger og kunne motivere og bidra til mye bedre målretting av politikken.

Videre kan økt kunnskap om politiske prosesser føre til at flere beslutninger om tiltak basert på god dokumentasjon blir tatt. Potensialet til å videreutvikle kunnskapen med utgangspunkt i HUNT-data er stort.

3.4 FOKUSGRUPPEINTERVJU

Resultatet fra fokusdiskusjonene fremstilles etter en analyse av samtlige 4 fokusgrupper. Resultatet som presenteres i denne rapporten søker å tydeliggjøre de sammenfallende emner (*aktører og arena, kunnskap, fra kunnskap til handling og samhandling*) som informantene beskrev som betydningsfulle i forhold til eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behovet og kompetansebehovet i fylkeskommune og kommune.

Resultatet presenteres delvis som direkte sitater, da i *kursiv skrift*.

For å kunne diskutere eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behov og kompetansebehov i de fire fokusgruppene, var det innledningsvis nødvendig å tydeliggjøre gruppenes forståelse av begrepene folkehelse og folkehelsearbeid. Beskrivelsene av folkehelse i de fire fokusgruppene varierte fra å beskrive folkehelse som et tverrfaglig begrep som handler om *”helsetilstanden i en hel befolkning”*, og gjerne relatert til individet med stikkord som *”ta ansvar, være solidarisk, mestre, ha kontroll over livet sitt i en hver situasjon”* til å beskrive det som et mangesidig begrep i endring hvor *”Folkehelse er inngang til det meste – berører alt og alle i et samfunn”*. Når det gjelder forståelsen av begrepet folkehelsearbeid, var gruppene relativt like i sine beskrivelser om at dette handler om *”den totale innsatsen som samfunnet gjør for å ivareta folkehelsen.”*

3.4.1 Aktører og arena

Fylkeskommune og kommune er gjennom ny lovgiving gitt et særskilt ansvar i folkehelsearbeidet med fylkeskommunen som regional aktør og kommunene som lokal aktør. Fylkeskommunen beskriver dette ansvaret som utfordrende. Spesielt gjelder dette når en skal jobbe befolkningsrettet og ikke bli dratt inn i persontrettet tiltak, som er et

kommunalt ansvar. Fylkeskommunens rolle som regional utviklingsaktør ble også problematisert i denne sammenhengen. Hva vil det si å være regional utviklingsaktør? Her ble tilretteleggerfunksjonen med kommunene som øverste interessent sammen med andre viktigste samarbeidspartnere på kommunenivå som frivillige lag og organisasjoner, utbyggere, folk som eier kulturminner, idrettslag etc., diskutert.

Til tross for at de fire fokusgruppene var relativt samkjørte i sin beskrivelse av hva de legger i begrepet folkehelsearbeid, var det ulikt hva de fire gruppene beskrev som sentrale aktører i dette arbeidet. Det vi si hvilke faggrupper og hvilken kompetanse man vurderer til å være viktig i utøvelsen av et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Mens en av gruppene i hovedsak trakk fram ulike helseprofesjoner, helseadministratorer, og politikere som de mest sentrale i folkehelsearbeidet, var de andre tre gruppene opptatt av at man trenger et bredt tverretatlig og tverrsektoriell samarbeid. Her ble oppvekst, kultur, plan, teknisk, miljø, politi, frivillige, etc. nevnt som spesielt sentrale aktører i folkehelsearbeidet.

”Folkehelse er ikke bare helsetjenestens ansvar”.

”Teknisk vil være viktig. Samfunnsplanlegging, areal-planlegging, tilrettelegging. Jeg ble så glad den gangen teknisk sjef ringte og spurte om råd, vedrørende planlegging av trafikk ved X skole. Bra!”

De tre gruppene som fremhevet behovet for tverrfaglig og tverrsektoriell kompetanse, var opptatt av at det finnes et betydelig unyttet potensial i mer systematisk samarbeid med aktører fra frivillige lag og organisasjoner som besitter viktig kunnskap og kompetanse som bør komme folkehelsearbeidet til gode.

”Lag og foreninger er gode drivere. Hvis de får noen kroner i løft for å fremme folkehelse så bidrar de skikkelig.”

”.....finn ildsjelene og ta vare på dem.”

”Saniteten har hatt en viktig rolle – de sliter nå med rekruttering. Disse vil bli viktige i framtida. Det er en utfordring å få med disse gruppene inn i det offentlige sitt ansvarsområde.”

Fra Fylkeskommunen ble det videre påpekt at det var viktig med en form for videreføring av folkehelsekomiteen, hvor sentrale aktører er representert. Helse-Nord Trøndelag ble spesielt nevnt som viktig aktør å ha med i en slik komité.

Helsetjenesten og dens rolle i folkehelsearbeidet ble også diskutert. At helsetjenestene er velfungerende, ble beskrevet som en viktig brikke i puslespillet om folkehelse.

”Fastlegene driver kurativ virksomhet, men skal også hindre sykdom i å utvikle seg, samt bidra til å holde stødig kurs etter at sykdom har inntruffet.”

Det ble påpekt at en stabil og velfungerende helsetjeneste er viktig å ha i bunnen. God veiledning på individnivå – det å bygge opp tillit - ble sett på som en mulighet til å kunne påvirke helseatferd. Det ble imidlertid påpekt at uavhengig av fastlegenes rolle burde samfunnsmedisinen styrkes. Kommunelegens råd om tilrettelegging for idrett, mosjon, trivsel og kultur ble ansett som viktig, men det ble presisert at det er politikerne som til slutt gjør vedtakene. Det ble også fremhevet at kommunens overlege er kommunens rådgiver i helsetjenester. Helsesøstertjenesten ble videre trukket fram som spesielt viktig aktør gjennom sitt arbeid rettet mot alle barn og unge under 18 år (og voksne).

Den kommunale folkehelsekoordinatorens rolle ble diskutert, og beskrevet som den som trekker i tråder og har oversikten over det totale bildet av det man har av folkehelseiltak i kommunen. Folkehelsekoordinatoren ble beskrevet som viktig i forhold til kontinuiteten i folkehelsearbeidet, men også her beskrives utfordringene med å flytte fokus fra individ til befolkningsnivå. Dette ble begrunnet med manglende tidsressurs, prioriteringer, økonomi etc.

Videre ble det presisert at avdelingsledere ved de ulike kommunale etatene, inklusive helse, har en spesiell og nødvendig rolle i å formidle kunnskap til politikerne. Politikere, næringsliv og handelsstanden ble omtalt som særdeles viktige aktører å spille på lag med

i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Til slutt ble foreldregruppen som aktør trukket fram som en spesielt viktig gruppe å nå for å kunne påvirke barn og unges oppvekstvilkår i en positiv retning. Her ble spesielt helsekonsekvenser i et livsløpsperspektiv diskutert.

Ny folkehelselov (Prop. 90 L 2010-2011) presiserer fokuset på utjevning av sosiale helseforskjeller og bærekraftig utvikling på tvers av etater og sektorer. Med andre ord handler ikke dette bare om helsesektoren, men helsekonsekvenser på alle arenaer i samfunnet (Mittelmark & Hauge, 2003). Når arena for folkehelsearbeidet utpeker seg som et av emnene det fokuseres på i fokusgruppediskusjonene, gjenspeiler det hvilke aktører som betraktes som sentrale i folkehelsearbeidet - og hvilken kompetanse man anser som relevant.

I fokusgruppene trekkes det fram at folkehelse henger sammen med samfunnsplanlegging. Til det knyttes forhold som fysisk tilrettelegging, måter å leve sammen på, organisering og måten vi disponerer arealet vårt på. Diskusjonen om stedsutvikling er fremtredende i gruppene. Det å opprettholde infrastruktur, butikk og servicetjenester, det å skape sosiale møteplasser i nærmiljøet hvor folk kan møtes og føler trygghet, beskrives som avgjørende for å lykkes i folkehelsearbeidet. Dette er noe den ene fokusgruppen beskriver at kommunen har jobbet med i mange år. Dette viser igjen hvor sentrale aktører politikerne er i folkehelsearbeidet gjennom sin påvirkning på muligheten til å utøve en helsefremmende politikk på ulike samfunnsarenaer.

”Trivselstiltak er avgjørende for hvor folk velger å bosette seg. Det er ikke all verdens kostnadskrevenende heller.”

Videre trekkes helsestasjonen fram som viktig arena for det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant barn og unge. Der kommer alle innom, uten at de opplever å bli stigmatisert. Utdanning, skolen, og ulike fritidsarena hvor unge møtes, beskrives med andre ord som viktig å prioritere i det fremtidige folkehelsearbeidet.

Behovet for at større fokus på arbeidsmarkedet som arena for folkehelsearbeid ble også diskutert i fokusgruppene. Her mente informantene at man hadde et stort potensial i en tettere dialog med blant annet arbeidslivsorganisasjoner og NAV.

Oppsummering

Fokusgruppediskusjonene fremhevet behovet for tverrfaglig og tverrsektoriell kompetanse, og gir uttrykk for at det finnes et betydelig unyttet potensial i mer systematisk samarbeid på tvers av sektorer.

3.4.2 Kunnskap

Kunnskap beskrives som viktig for å motivere til handling. Ny folkehelselov (Prop. 90 L 2010-2011) tydeliggjør kravet om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. I kunnskapsbaserte beslutninger i folkehelsearbeidet inkluderes gjerne *forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerbasert kunnskap* (Mæland, 2005). Målet med kunnskapsbaserte beslutningsprosesser i folkehelsearbeidet er å sørge for at beslutninger er basert på best tilgjengelig kunnskap.

I fokusgruppediskusjonene om kunnskapsbegrepet ble det diskutert hvordan kunnskapsbegrepet kan forstås, hvilken type kunnskap man trenger, hvorvidt man har tilstrekkelig kunnskap, om kunnskapen anvendes og hvilke krav man skal stille til kunnskapen.

Det var i hovedsak bred enighet i gruppene om at kunnskap inkluderer forskning, erfaringer og brukerkunnskap. Det ble imidlertid understreket at det var viktig at man ikke låste seg for mye til kravet om evidens.

”Kunnskap er både teori, det er erfaringsbasert kunnskap og så er det forskning.”

”Så må det være lov å tenke. Jo, det meste man går inn for skal være evidensbasert, men ikke nødvendigvis alt, for hvis en binder seg til at alt skal

være evidensbasert da blir man hemma. Man må ha lov til å gjøre ting man tror ut i fra erfaring vil være bra, så her er det et både og.”

I den ene fokusgruppen ble det også presisert at det å jobbe kunnskapsbasert ikke var noe nytt, og at man hadde jobbet kunnskapsbasert i mange år. Det ble imidlertid uttrykt en motvillighet mot å bruke begrepet kunnskapsbasert – som ble karakterisert som et moteord. Hovedutfordringen med å jobbe kunnskapsbasert var imidlertid i følge informantene, knyttet til det å klare å ta inn over seg nye forskningsresultater til enhver tid. Det ble i denne sammenhengen også stilt spørsmål til hvor viktig det er å forholde seg til forskningsbasert kunnskap.

”Forskninga har levd sitt liv og vi har levd vårt. Så har vi ikke klart denne brua imellom, hvis vi mener at det er forskere som sitter på det meste av kunnskapen.”

”hvis det bare var kunnskapen som skulle ligge til grunn, trenger vi ikke politikken. Dette er politikk på aller høyeste nivå.”

Informantene hadde med andre ord ulike meninger om hvor viktig forskning er, men hovedandelen beskrev den forskningsbaserte kunnskapen som nødvendig for å drive et målrettet folkehelsearbeid.

Fra utdanningssektoren ble det understreket at det var viktig å iverksette målrettede tiltak som i større grad bygger på forskning. Det ble videre påpekt at det var viktig å ha kontakt med ulike fagdisipliner og retninger innen forskningen.

”Da blir vi mer tryggere på at vi bruker ressursene på en riktig måte. Vi får en større treffsikkerhet for å oppnå de resultatene som vi ønsker å oppnå.”

Forskning ble imidlertid beskrevet som en liten brikke i ”det store spillet”, og det ble det presisert at mye viktig kunnskap er erfaringsbasert.

”.....vi har og mye erfaringsbasert kunnskap. Der er mye kunnskap ute i grendene.”

Det ble påpekt at man er heldige i Nord-Trøndelag som har HUNT-undersøkelsene. Andre databaser, som kommunehelseprofilene, som er tilgjengelige for fylkeskommuner og kommuner ble også beskrevet som noe man kan dra god nytte av for å få nødvendig kunnskap om helsetilstanden, fordelingen i befolkningen og utviklingen i befolkningen. Det varierte imidlertid blant informantene i hvor grad de opplevde å ha tilstrekkelig kompetanse vedrørende hvordan de kunne bruke alle tilgjengelige databaser. Mer kompetanse om hvordan de aktivt kan benytte tilgjengelige data var for noen ønskelig. Andre gav uttrykk for at de hadde kunnskap nok til å hente ut denne type kunnskap selv, men at utfordringer i stede lå på skaffe den kunnskapen som man må ut *”å snakke med folket”* for å få tak på.

Fokusgruppene påpekte også et behov for at kommunene øker kunnskapen om politiske beslutningsprosesser for å kunne påvirke beslutningstakerne. Her ble det understreket at kontakt med relevante fagsterke miljøer nasjonalt og internasjonalt kunne være med på å styrke gjennomslagskraften i beslutningsprosesser. Det ble imidlertid presisert at det ikke nytter kun med kunnskapsoversikter til de som sitter med beslutningsmyndighetene. Man må gjøre kunnskapen mer tilgjengelig. I denne sammenhengen ble behovet for god formidlerkompetanse påpekt.

Det å ha kunnskap om sammenhengene og evaluere effekt av tiltak ble beskrevet som viktig relatert til balansert målstyring i kommunen, men også utfordrende for de det er mye man ikke får målt. Det er mye man ikke får svar på gjennom HUNT eller andre databaser.

”Hva slags kunnskap er det når du ikke får målt det?”

”I tillegg er det mye kunnskap som en ikke får målt: hvordan oppleves det? Gir det deg glede? Hva betyr det for livssituasjonen at du opplever dette?”

Tverrfaglig kunnskap ble beskrevet som viktig i folkehelsearbeidet. For eksempel ble kunnskap om samfunnsøkonomiske konsekvenser av ikke å gjøre noe for å styrke folkehelsen, trukket fram som viktig å fremskaffe og formidle.

I fokusgruppene ble det også diskuterte i hvilken grad man mener at fylkeskommune og kommuner innehar nok kunnskap til å oppfylle kravene om et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Fylkeskommunen ble karakterisert til å ha kommet langt i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen, og da spesielt folkehelsekoordinatorene, oppfattes å ha god kompetanse. Fylkeskommunen beskrives i hovedsak som en aktiv bidragsyter, både i forhold til deltakelse på politiske møter, det å legge fram HUNT-data og det å bidra med tolkning og analyser av HUNT-data. Informantene uttrykte at fylkeskommunen har en annen type nyttig kunnskap enn den kommunene nødvendigvis besitter, og er derfor en viktig kunnskapsleverandør til kommunene. Det kom imidlertid til uttrykk en forskjell mellom kommunene i forhold til i hvor stor grad de opplevde at fylkeskommunene var en tilgjengelig samarbeidsaktør. Nærhet rent geografisk ble trukket fram som mulig forklaring på hvorfor noen kommuner får tettere oppfølging enn andre. Det understrekes imidlertid at man opplever at fylkeskommunen prøver å få en plass i dette arbeidet, og at det ikke bare opp til Fylkeskommunen om det skal lykkes.

Det var en klar forventning fra kommunene at fylkeskommunen burde inneha den kompetansen som kommunene ikke klarer å inneha selv. For eksempel uttrykte kommunene at det kunne vært fruktbart med en nærmere kontakt med politikere og administratorer, og at dette kunne vært en oppgave for fylkeskommunen å legge bedre til rette for.

”.....vite hvem en skal kontakte og når og hvordan en skal gjøre det, vite hvilke knapper det skal trykkes på og når.”

Når det gjelder utfordringer, ble det spesielt påpekt at fylkeskommunen er god på handling når de selv har satt fokus på noe, men oppleves ikke å være like gode til å ta i mot utspill fra kommunene og være med å utvikle disse til prosjekter. Blant informantene ble det derfor uttrykt en bekymring om fylkeskommunen i framtida vil klare å ivareta sin oppgave som regional utviklingsaktør overfor kommunene. Informantene uttrykte også bekymring i forhold til stabilitet og kontinuitet i fylkeskommunen. Dette kom spesielt til uttrykk gjennom kultur- og helsediskusjonen. Her gav noen av informantene uttrykk for å oppleve at Fylkeskommunen har administrert bort mye av det som tidligere var tilknyttet

kulturavdelinga. Dette gjaldt f.eks tilbud som bibliotek, teater, billedkunst, delvis også på musikk. Det ble påpekt at fylkeskommunen er i ferd med å tømmes for kompetanse på dette området. Dette mente informantene var uheldig med tanke på alle småkommuner som mangler kompetanse.

Det å omsette forskningsbasert kunnskap til praksis, ble betegnet som utfordrende. Det ble stilt spørsmål til om hvorvidt kommunene selv burde inneha denne type kompetanse eller om det var noe man kunne støtte seg på fra ulike forskningsmiljø. Forskningsmiljøene ble trukket fram som aktuelle kunnskapsleverandører til kommunene, men det ble understreket at fylkeskommunen også bør ha en rolle i forhold til å oversette forskning til praksis. Spesielt ble det påpekt at fylkeskommune burde ha en aktiv rolle overfor de små kommunene i å bistå med hjelp til konkretisering og prioritering av tiltak på bakgrunn av det bildet som gis gjennom HUNT-data.

”At kommunen selv skal ha ressurser til å oversette forskningskunnskapen tror jeg er urealistisk for kommunene. Vi kan ikke forvente at småkommunene skal klare dette selv/inneha denne kompetansen.”

”Utfordringen i kommunen er å sette sammen biter av sannheter.”

Informantene påpeker at man har kunnskap som tydelig viser «hvordan det går» med utviklinga, men at man i kommuner og fylkeskommuner har vært for lite opptatt av å fremskaffe kunnskap om effektive virkemidler – hva man skal gjøre med det. Videre påpekes det et stort behov for mer kunnskap om effekt av intervensjoner og tiltak, med andre ord behov for intervensjonsforskning. Det ble også påpekt at kommunene hittil vært mest opptatt av kartene fra HUNT med «de mørkerøde lysene», det man skal være med på å forebygge. Fremover blir det også, i følge informantene, viktig å sette fokus på helsefremming, på hvordan å bygge positive samfunn hvor det er trygt og godt å vokse opp. Dette krever i følge informantene tverrfaglig og tverrsektoriell involvering og kompetanse.

Informantene var skeptiske til om kommunene har nok kunnskap når samhandlingsreformen skal settes ut i praksis. De var tydelig på at kommunene er

avhengige av kunnskap fra andre. Det ble imidlertid påpekt at kommunene selv også sitter med betydelig kunnskap knyttet til lokale utfordringer og muligheter. Det påpekes at det er mye kunnskap i en kommune, og at det er viktig at man utvikler bedre strategier for å utnytte kunnskapen til hverandre.

”Vi vet hvor skoen trykker, hvilke utfordringer vi har.....”

”Vi har begynt kartlegginga av kompetansebehov som vi trenger å få dekket i forhold til nytt lovverk. Vi trenger absolutt mer kompetanse. Det handler om spesialkompetanse i forbindelse med eksempelvis kreft, kols og diabetes.”

At kunnskap finnes tilgjengelig og at man besitter tilstrekkelig kompetanse til å hente ut denne, betyr ikke nødvendigvis at man anvender kunnskapen når beslutninger skal tas og tiltak iverksettes. Fylkeskommunen og mange av kommunene i Nord-Trøndelag beskrives imidlertid som flinke til å oppsøke kunnskapen fra HUNT. Det blir allikevel påpekt at det mye å gå på i forhold til videreutvikling av utnytting av den kunnskapen som finnes, både for Fylkeskommunen og kommunene, og at dette er en oppgave som Fylkeskommunen må gripe fatt i. I tilknytning til diskusjonen om videreutvikling av kunnskapen kommer informantene inn på behovet for mer ressurser.

*”Noen kunne jobbet bare med oppdatering i forhold til ny tilgjengelig kunnskap”.
Vi trenger forskere, statistikere som kan jobbe med dette.”*

Det påpekes imidlertid at ressurser alene ikke løser utfordringen med å anvende kunnskapen. Mye handler i følge informantene om hvordan kunnskapen formidles. Forskere oppfordres til å skrive mer i kortform og i et mer populærvitenskapelig format. Dette er imidlertid ikke uproblematisk fordi det gjerne kommer i konflikt med de krav som stilles fra universitetene til formidling. En av informantene påpeker at i tillegg til formidling handler det også om å aktivt ta til seg kunnskap. For å nå igjennom er det viktig å være tilstede der beslutninger tas. For eksempel det å delta i kommunestyret, faktisk sette seg inn i sakene, beskrives som viktig.

”Alle har en plikt til å lese de sakene vi skal behandle. Viktig at informasjonsflyten går begge veier.”

Informantene var også opptatt av hva slags krav man skal ha til den kunnskapen man skal forholde seg til. Det ble diskutert at det ofte er et dårlig kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for en rekke tiltak som iverksettes, noe informantene uttrykte som en bekymring med tanke på konsekvenser på sikt. Et eksempel som ble nevnt var ungdom som slutter i ungdomsskolen. Denne målgruppen ble beskrevet som et voksende folkehelseproblem i åra som kommer, men man er usikker på hvordan man skal gripe det an - hva som er effektive tiltak.

”Ungdom som ikke får oppleve at noen har bruk for dem ser på seg selv som et problem. Hvordan få kunnskapsbasert forskning på slikt? Det lar seg i hvert fall ikke gjøre på kort sikt.”

Til tross for bekymring i forhold til å iverksette tiltak basert på manglende kunnskapsgrunnlag, var det imidlertid i hovedsak enighet blant informantene om at en kan ikke vente på kunnskapen før en setter inn tiltak.

”Sunn fornuft må til for å kunne gjøre noe med det. ”

Det ble videre understreket at det er viktig å være kritisk til kilden, også når det gjelder forskning. Mye er sannheter ut i fra bestemte forutsetninger – eller deler av en sannhet. Diskusjonen ble også relatert til kravet om å evaluere tiltakene som iverksettes. Informantene var tydelige på at evaluering er viktig, men var usikre på hvordan man skal evaluere, og hvorvidt Fylkeskommune og kommunene har nok kompetanse på dette området.

”Tror ofte det settes i gang tiltak, både nasjonalt og internasjonalt, kanskje på sunn fornuft, men som ikke evalueres etterpå. Det brukes mange penger, men man vet ikke om det har effekt.”

Informantene fra forskningsmiljøet påpekte at det er viktig at de tiltak og evalueringsformer man velger, har en viss kvalitet. Det understrekes også man kan gjøre mye med enkle metoder, men at det er behov for mer kompetanse på tiltaks- og evalueringssiden.

Oppsummering

I fokusgruppediskusjonene var det bred enighet om at det å jobbe kunnskapsbasert inkluderer å anvende forsknings-, erfarings- og brukerbasert kunnskap. I fokusgruppediskusjonene påpekes imidlertid at man har mye kunnskap om risikofaktorer men mindre kunnskap om hvordan man omsetter denne kunnskapen til målrettede tiltak. Det savnes med andre ord mer kunnskap om årsaksforhold, intervensjon og implementering i tilknytning til HUNT-data og andre tilgjengelige data. Det ble videre påpekt manglende kunnskap om hvordan politiske prosesser fram til vedtak eller manglende vedtak går for seg. Økt kunnskap om politiske prosesser kan føre til at flere beslutninger om tiltak som er godt dokumentert, blir tatt.

3.4.3 Fra kunnskap til handling

Følgende sitat, hentet fra en av informantene, sier noe om de utfordringer som fylkeskommune og kommuner har når det gjelder å overføre kunnskap til handling:

”HUNT har som oppgave å drive kunnskapen framover, men dette er bare en del av kunnskapsutviklingen. Dette leddet, med hva som hjelper mangler... ..”

Her påpekes, i tråd med tidligere uttalelse, at det er behov for mer kunnskap om effekt av intervensjoner og tiltak. En av fokusgruppene sier det er behov for en aksjons-kjede hvor stegene fra innhenting av kunnskap, til hva en kan gjøre, vurdering av konsekvenser av tiltak eller mangel på iverksetting av tiltak, samt evaluering av tiltak tydeliggjøres. Her presiseres det at det svikter på flere punkt i praksis, og at man gjerne stoppes av politiske problemer.

”De (politikerne) har ikke de nødvendige virkemiddel som trenges og heller ikke det motet som skal til for å ta de upopulære avgjørelsene.”

Det pekes spesielt på effekten av strukturelle virkemidler, som lovregulering, som er godt dokumentert i forskningen. Det stilles spørsmål til forebyggingsviljen blant politikere, men også til hvor flinke man er som fagpersoner til å påvirke de politiske beslutningene. Informasjon, det å gjenta seg selv, ble trukket fram som viktig for å nå fram med budskapet.

”Samhandlingsreformen var oppe i juni. Da kunne jeg høre at noe av det jeg sa i januar har satt seg hos politikere. Repetisjon ser ut til å ha en viss virkning”.

Fra politikersiden er man imidlertid tydelig på at man må bli bedre til å utvikle prosjekter som skal styrke folkehelse, være flinkere både til å snakke om det, og aller viktigst, gjøre mer. Det ble blant annet påpekt fra politikersiden at politikere i kommunal sammenheng bør bli bedre til å diskutere seg i mellom hva som er gode tiltak. Det påpekes at økonomiske hensyn ofte går på tvers av de faglige vurderingene, og at det er til hinder for iverksetting av målrettede tiltak. Informantene er tydelige på at her må vi finne nøkkelen. Her nevnes blant annet at HUNT-dataene benyttes som grunnlag for å påvirke nasjonalt, gjennom utarbeidelse av nasjonale handlingsprogrammer. Det understrekes imidlertid at man er klar over at politikere har sterke motkrefter, og at det må respekteres.

Regional plan for folkehelse beskrives som et viktig dokument framover. I tillegg presiseres det at det er viktig å synliggjøre folkehelseperspektivet i kommuneplanens samfunnsplandel. Noen av informantene presiserer at folkehelseperspektivet må integreres i alle deler av kommunens plan- og utvikingsarbeid. I denne sammenhengen nevnes også helsekonsekvensutredninger som et relevant verktøy å benytte for å påvirke politiske beslutningsprosesser.

Forskningsresultater fra HUNT ble trukket fram som et viktig kunnskapstilfang utover det man allerede har av erfarings- og brukerbasert kunnskap. Betydningen av at

forskningsresultatene fra HUNT ble fulgt opp og formidlet til kommunene, ble beskrevet som svært viktig for anvendbarheten. I den sammenheng etterlyste imidlertid en av informantene et tydeligere fokus på risiko/risikoutvikling. Fokusgruppene foreslår også et tettere samarbeid mellom kommuner i å omsette kunnskapstilfanget til handling. For at kunnskapsformidlingen skal bli så god som mulig, mente informantene at det også er viktig at kommunen selv gir tilbakemelding om hvordan kunnskapen anvendes og behov for eventuell støtte fra fylkeskommune og HUNT i bruken av datamaterialet.

FOLK prosjektet, i regi av fylkeskommunen, ble brukt som eksempel på hvordan forskning, utdanning og aktivitet kan kobles sammen. I dette prosjektet ble kulturelementer benyttet inn i ulike settinger i samhandling med kommunene. Det ble påpekt at man som et resultat av denne satsinga klarte å få kulturspørsmål inn i HUNT 3.

”Særlig det med helse og kultur er satt skikkelig på dagsordenen.”

Når det gjelder utdanning, viser kunnskap fra HUNT at foreldres utdanning er viktig for barns utvikling. Noen av informantene mente et man i Norge ikke er flink nok til å la barn og ungdom foreta det sosiale spranget.

”Likehetslandet Norge reproducerer ulikhet.”

Det betyr også at vi får et helsemessig klasseskille, hvor de på toppen greier seg nesten uansett, mens de som er nederst klarer vi ikke å nå. Dette er en stor utfordring som løftes fram i HUNT – og som informantene er tydelige på krever handling.

”Vi er for lite ambisiøse. Når ikke voksenverden er ambisiøse, blir heller ikke ungdommen det. Forskning viser at det er kjempeviktig at voksne er ambisiøse i forhold til ungdommen, uansett hva der.”

For å iverksette målrettede tiltak mente informantene at vi må tørre å sammenligne oss mer med andre fylker, og også internasjonalt.

”Vi er flinke til å si at alt er så bra i Nord-Trøndelag - tror vi må våge å tenke annerledes”.

Det snakkes mye om den sosiale reisen i gruppene. Nord-Trøndelag ble beskrevet som et samfunn som tar i mot lite ungdommer med høy utdanning. Informantene mente det er viktig å rekruttere folk med høy kompetanse for framtida. For å lykkes med det, må vi ha noe interessant å flytte tilbake til, eller ha muligheter for å kunne skape noe. Informantene beskriver mange interessante industrimiljøer i Nord-Trøndelag, som de mener er fullt på høyde med det som er i resten av landet. Område utdanning og arbeid er noe informantene mener må løftes fram i regi av Fylkeskommunen.

”Vi har et næringsliv i Nord-Trøndelag som har behov for dem. Det er bare det at de ikke ser det, og næringslivet ser ikke ut til å etterspørre høgt utdanna folk. De legger seg på «godt nok nivå.»

”Vi hører også fra videregående skole at det er vanskelig å få tak i arbeidskraft – lite ingeniører – Vi tror mer enn vi vet. Vi skulle visst mer.”

En av fokusgruppene var spesielt opptatt av at man kan ha stor helsemessige og økonomiske gevinster av å benytte offentlige midler på å utvikle gode bomiljø utenom de store sentra.

Et annet område som ble diskutert i fokusgruppene var behovet for kurs og opplæring for å kunne omsette den forskningsbaserte kunnskapen til praksis. Det å tolke data, veiledning i å omsette de ”røde områdene” i HUNT rapporten til konkrete tiltak, kurs i relevant lovgiving etc. ble beskrevet som viktig for å kunne omsette kunnskapen til konkrete målrettede handlinger. For at så mange kommuner som mulig skal kunne benytte seg av et slik ”tilbud”, ble pris og tilgjengelighet (avstand) påpekt som viktig å ha med i vurderingen.

Oppsummering

En aksjons-kjede hvor stegene fra innhenting av kunnskap til hva en kan gjøre, vurdering av konsekvenser av tiltak eller mangel på iverksetting av tiltak, samt evaluering av tiltak

må tydeliggjøres. Her presiseres det at det svikter på flere punkt i praksis, og at man gjerne stoppes av politiske problemer.

3.4.4 Samhandling

”.....massivt folkehelsearbeid i samfunnet per i dag, men for å lykkes kreves mer samhandling. Vi trenger en ensartet politikk fra statlig nivå....., Per i dag finnes ingen klare nasjonale visjoner og mål for eksempel for å kunne stanse fedmeutviklingen. Men vi trenger det. Vi trenger et program som omfatter hele samfunnet. Vi er ikke i nærheten av dette... ”

Dette sitatet sier noe om utfordringene fokusgruppene uttrykker å stå overfor når det gjelder samhandling i folkehelsearbeid. Flere av informantene sier at man hadde forventinger om at ny samhandlingsreform skulle bli en folkehelsereform. Det har de nå imidlertid sluttet å tro på, men sier det er opp til Fylkeskommune og kommuner å gjøre den til det. Informantene gir uttrykk for at man har mange samhandlingsarenaer, men utfordringen ligger i å ”selge inn” folkehelse også til andre enn de som det er mest nærliggende å samarbeide med. Informantene presiserer at strukturelle endringer må til, og det krever samhandling på nye arena. I denne sammenhengen ble det foreslått at Fylkeskommunen burde ha et forum hvor også politikere involveres.

Eksempel på forum som allerede er etablert, og som man har gode erfaringer med, er et Samfunnsmedisinsk forum som ble etablert etter HUNT 3. Utgangspunktet for dette forumet er ønske om en dialog, det å skape debatt og få politikere og administratorer interessert. Noen av informantene gav imidlertid uttrykk for at dette forumet ikke er nok til å ta samhandlingsutfordringene på alvor. Med andre ord uttrykkes det et behov for et sektorovergripende forum.

Når samhandling ble diskutert, kom spørsmålet om prioritering opp. Det var bred enighet i fokusgruppene om at prioriteringer er nødvendig, men at man må bli bedre til å vurdere og prioritere selv om noe er nedfelt i en plan: det ble også uttalt at disse vurderingene og

prioriteringene må kommuniseres med politikerne, gjerne gjennom faste møter en gang i måneden hvor regional utvikling, utdanning og folkehelse blir satt på dagsordenen.

”Når det gjelder folkehelse har jeg lyst å berømme både fylkesrådet og fylkestinget. De vedtakene som er gjort nå de siste årene har fokusert sterkt på at dette er sektorovergripende. Dette er ikke noe som bare en avdeling jobber med, selv om vi har en avdeling som heter folkehelse. Det er spennende å se hvordan de som jobber med kultur og utdanning også jobber i forhold til folkehelse.”

Det understrekes at politikerne i Nord-Trøndelag har gjort vedtak som en ikke ser i andre fylker. I stedet for å legge oppgavene over på ei gruppe innen en sektor, har politikere vært bevisst på at dette arbeidet er sektorovergripende. Det presiseres imidlertid at samarbeidet mellom plan og folkehelse på regionalt og kommunenivå må tydeliggjøres. Her foreslås det at en ”folkehelse-person” må inn i teamet.

Fylkeskommunen beskrives å ha en arena for å tenke helhet.

”Vi så dette i forhold til oppvekstkommisjonen. Der hadde vi en bred inngang. Jobba bredt i forhold til kommuner, stat, politi, utdanning...”

Informantene uttrykker for eksempel at det som skjer med unger innenfor utdanningssystemet er svært viktig for hvordan folkehelsa vil utvikle seg framover. Sektorovergripende samhandling og dialog med politikerne beskrives som avgjørende for at gode vedtak skal fattes på dette området.

”Hvis ikke vi gjør det, så klarer heller ikke politikerne å gjøre dette – vi må samhandle om dette.”

”Og så tenker jeg at sammen med kultur, sammen med oppvekst og sammen med andre tjenester som planavdelinga osv. så ville vi i samhandlingens ånd kunne sette i verk de beste helsefremmende og forebyggende tiltakene.”

Hvorfor er det så en utfordring å få til samhandling? Informantene løfter fram ulike dilemma som dukker opp når man snakker om samhandling; forholdet mellom tjenesteyting og folkehelsearbeid, hvordan møte de som måles på å holde budsjettene? hva etterspørres i befolkningen?, hvordan klarer vi å engasjere i det ytterste leddet?, behov for mer kompetanse, behov for mer tid. Tid beskrives å være det største hindret for samhandling.

”Vi er enige om prioritering, men så jobber vi ikke lenge nok til at vi oppdager uenigheten i hva den enkelte legger i begrepene.”

”Prioriteringene i det daglige med de knappe ressursene en har, blir bare tjenesteyting. Mulighetene for samhandling er der, men tida strekker ikke alltid til – snakker litt for døve ører, dvs. det er så mye annet som skal prioriteres enn folkehelsearbeidet.”

”Tid er en mangelvare i kommunen. I fylkeskommunen er det rullende hav – og god tid. Her er det knapp sjø. En må manøvrere fort. Vi får ikke alltid tid til refleksjon.”

Selv om tid beskrives som en utfordring for tverretatlig og tverrsektoriell samhandling, spesielt i kommunene, gis også eksempel på at man har lykket med å etablere gode rutiner for samarbeid. Noe av nøkkelen i å få samarbeidet til å fungere, er i følge informantene, respekt for hverandres fagkompetanse, trygghet, samt ønske og vilje til å finne de gode løsningene sammen.

”Samarbeidet, det har vi vært bra på her i kommunen. Vi har vært igjennom flere prosjekter som krever involvering fra flere fagområder. Vi ledere har møtt jevnlig – vi er ikke alltid enige men vi får respekt for hverandres faglighet, og det er viktig for da tør en både være uenig, og tør og gi fra seg noe, og samtidig vite at det forvaltes på en god måte.”

Kommunikasjon beskrives som lettere i små kommuner kontra i større, både mellom etater og mellom de forskjellige avdelingene. Systemet beskrives som mer smidig, og

muligheten for å ta direkte kontakt med aktuelle personer når det trengs, oppleves som større. Samtidig påpekes det at regiontenkningen blir viktig i områder med små kommuner, nettopp fordi man i stor grad har sammenfallende utfordringer og interesser.

”Her er det regionen som gjelder. Utfordringene er de samme. Vi må tenke hele regionen, og da kan vi tenke mer helhet i forhold til tiltakene og...”

Samtidig, uttrykker informantene at det er viktig å ha folkehelsekoordinatorer i de forskjellige kommunene for å ivareta de lokale behovene. Kommunene uttrykker en usikkerhet om hvordan kunnskap fra HUNT-data eller andre datakilder skal omsettes til praksis. Dette gjelder spesielt de små kommunene som uttrykker behov for mer samhandling med Fylkeskommunen og forskningsinstitusjoner som HUNT når det gjelder formidling og tolkning av forskningsresultater, samt veiledning i iverksettelse av tiltak.

Oppsummering

Tverretatlig og tverrsektoriell samhandling beskrives som nødvendig, men utfordrende. Informantene viser til flere eksempler på fylkeskommunalt og kommunalt nivå hvor man har lyktes med å etablere gode rutiner for samarbeid, men fastslår at det er behov for å etablere et sektorovergripende forum. Noe av nøkkelen i å få samarbeidet til å fungere, er i følge informantene respekt for hverandres fagkompetanse, trygghet, samt ønske og vilje til å finne de gode løsningene sammen.

3.5 SAMMENSTILLING AV RESULTATER

Målsettingen med prosjektet var å fremskaffe kunnskap om eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behov og kompetansebehov i fylkeskommune og kommune.

For å tydeliggjøre utgangspunktet for prosjektet ble innledningsvis sentralt lovverk, sentrale føringer, teoretisk ståsted og utfordringsbilde beskrevet. Det var også nødvendig å beskrive nærmere hvordan kunnskapsbasert folkehelsearbeid og kunnskapsbaserte beslutninger kan forstås. Basert på sentrale styringsdokumenter og gjeldene lovverk på

folkehelseområdet ble også kompetansebehov forsøk beskrevet. Med det som utgangspunkt, ble kunnskapsgrunnlag, FoU-behov og kompetansebehov kartlagt ved å se nærmere på tilgjengelige data/databaser på folkehelseområdet, regionale og lokale satsinger og muligheter knyttet til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). I tillegg ble det gjennomført fokusgruppediskusjoner med sentrale aktører på folkehelseområdet for å avklare og belyse emneområde.

Oversikten over data om folkehelseutviklingen som foreligger nasjonalt, regionalt og lokalt til anvendelse i folkehelsearbeidet i kommunal og fylkeskommunal sammenheng, viser at det finnes mye generell data tilgjengelig. Å identifisere hvilke data som er mest relevante i folkehelsearbeidet, kan imidlertid være utfordrende. Fokusgruppene tydeliggjør at Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er et viktig kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet i Midt-Norge, med sin oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Fokusgruppene påpeker imidlertid at man har mye kunnskap om risikofaktorer, men mindre kunnskap om hvordan man omsetter denne kunnskapen til målrettede tiltak. Det savnes med andre ord mer kunnskap om årsaksforhold, intervensjon og implementering i tilknytning til HUNT-data og andre tilgjengelige data. Dette tydeliggjøres også av leder ved HUNT forskningssenter, NTNU Steinar Krokstad, når han beskriver hvilke muligheter og utfordringer som ligger i HUNT-materialet. Det påpekes videre behov for mer kunnskap om politiske prosesser med tanke på å påvirke slik at beslutninger om tiltak baseres på god dokumentasjon.

Gjennomgangen av tilgjengelige data/databaser viser også at data som belyser sammenhenger mellom de ulike helseindikatorer, og mellom ulike helseindikatorer og påvirkningsfaktorer er mangelfull. Det samme gjelder oversikt over helsefremmende indikatorer – som også informantene i fokusgruppene mener er lite beskrevet. Informantene uttrykker altså et behov for mer kunnskap om effektive intervensjoner og tiltak, samt mer kunnskap om hva som fremmer helse i befolkningen.

De strukturelle og overordnede satsingene som er gjort i folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag synliggjør en kunnskapsbasert profil, hvor både helsefremmende og forebyggende forhold er ivaretatt. Satsingene har klare mål som er knyttet til

kompetansebygging, tverretatlig og tverrsektoriell samhandling. Fokusgruppene uttrykker at fylkeskommunen har kommet langt i folkehelsearbeidet, og er gode når det gjelder egne satsinger. De gjennomførte program og prosjekter på de ulike innsatsområdene er også forankret i kunnskap om helsetilstanden i befolkningen (for eksempel fra HUNT) og nasjonale anbefalinger. Både program og prosjekter har gjennomført evalueringer både angående metode og helseeffekt.

Gjennom den nasjonale satsningen i LUK, har fylkeskommunen har fått en sentral rolle overfor kommunene som samordner, rådgiver og støttespiller for å gjøre kommunene enda bedre til å planlegge, mobilisere, samarbeide og gjennomføre utviklingsprosjekt. I fokusgruppeintervjuene framgår det imidlertid at kommunene ikke er like tilfreds med fylkeskommunens støtte, kompetansebidrag og involvering når initiativet til tiltak kommer fra kommunene selv.

Folkehelsekomiteens tilskuddsordning til tiltak i regi av frivillige lag og organisasjoner er i hovedsak ikke evaluert. Ordningen er en viktig og synlig satsing, men for å imøtekomme kravene om kunnskapsbaserte tiltak, bør tilskuddsordningen i større grad ha klare krav både til begrunnelse for - og evaluering av tiltakene.

Fokusgruppediskusjonene med ansatte som har folkehelse som arbeidsfelt i Steinkjer kommune, Vikna kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og ved HUNT forskningscenter avdekket følgende styrker og utfordringer når det gjelder kunnskapsgrunnlag, FoU-behov og kompetansebehov i fylkeskommune og kommune.

Styrker/muligheter:

- Forankring (politisk):
 - *Sterkt fokus på sektorovergripende tiltak*
- Datamateriale
 - *Tilgang på HUNT-data og andre data som gir god oversikt over helsetilstanden i befolkningen*
- Kompetanse

- *HUNT og Fylkeskommunen har viktig kompetanse som kan benyttes for å bistå kommunene*
- *Fylkeskommunen er gode "drivere"*
- Evaluering av prosjekter
 - *Mye erfaringsbasert kunnskap*

Utfordringer:

- Effekt
 - *Mangel på kunnskap om effekter av intervensjoner og tiltak, noe som gjør det vanskelig å prioritere.*
 - *Behov for implementeringsforskning.*
 - *Mangel på kunnskap om hvordan måle effekt*
- Analyse
 - *Behov for hjelp til tolkning av forskningsresultater, samt veiledning i forhold til iverksettelse av tiltak.*
 - *Behov for en aksjons-kjede fra kunnskap til handling.*
 - *Forskningsbasert kunnskap må gjøres mer tilgjengelig.*
 - *Behov for mer kunnskap om hvordan sammenstille og systematisere erfaringsbasert, brukerbasert og forskningsbasert kunnskap.*
- Samhandling
 - *Behov for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling gjennom for eksempel faste fora en gang pr mnd.*
 - *Behov for helsekonsekvenser vurderinger i alt planarbeid.*
 - *Behov for større involvering/inkludering av frivillige organisasjoner og næringsliv*
- Beslutningsprosesser
 - *Behov for mer kunnskap om politiske beslutningsprosesser.*
 - *Mangel på klare nasjonale visjoner og mål.*

4. KONKLUSJON

Dette forprosjektet hadde som målsetting å kartlegge eksisterende kunnskapsgrunnlag, FoU-behovet og kompetansebehovet i fylkeskommune og kommune for å kunne drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I dette ligger også kartlegging av samarbeid og behovet for nye samarbeidsformer mellom FoU-sektor og forvaltning.

I tråd med ny folkehelselov viser kartleggingen en kunnskapsbasert profil med et sterkt fokus på sektorovergripende tiltak, hvor fylkeskommunen beskrives som gode drivere. Satsingene har klare mål knyttet til kompetansebygging, tverretatlig og tverrsektoriell samhandling. Det uttrykkes imidlertid et behov for å definere og utvikle samarbeidet på tvers av sektorer ytterligere gjennom definerte forum.

Kartleggingen viser videre tilgang på data som gir god oversikt over helsetilstanden i befolkningen, samtidig som det påpekes at kunnskapen om helsefremmende indikatorer burde styrkes. Det påpekes videre behov for mer kunnskap om hvordan politiske prosesser fram til vedtak eller manglende vedtak foregår. Økt kunnskap om politiske prosesser beskrives som viktig for at flere beslutninger om tiltak som har god dokumentasjon blir tatt.

Kunnskap om effekter av intervensjoner og tiltak beskrives som mangelfull, noe som gjør det vanskelig å prioritere og omsette gjeldene kunnskapsgrunnlag til målrettede tiltak. Utvidet samarbeid mellom fylkeskommune, kommuner og FoU-sektor fremheves som nødvendig for å lykkes i å systematisere og omsette gjeldende kunnskap (forskningsresultater, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap) til målrettede tiltak.

5. “VEIEN VIDERE”

Dette forprosjektet viser at det trengs mer kompetanse i å samhandle lokalt og regionalt. Det er dessuten behov for å utvikle kompetanse i å vurdere ulike helsekonsekvenser av data/funn samt utvikle kunnskap om årsaker, til eksempel hvorfor har de ulike utfordringene oppstått. Det er særlig behov for å evaluere effekter av tiltak som settes i verk for å løse utfordringene. Selv om det foreligger god tilgang på kunnskap om helsestatus, trengs det videreutvikling av oversikter over helsetilstand og bakgrunnsfaktorer, men ikke minst utvikling av kunnskap om sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og helsetilstand.

Følgende forskningstema er særlig relevante framover:

- Prosesser og ulike former for organisering og samhandling i folkehelsearbeidet.
Utprøving av beste praksis
- Effekter av folkehelseiltak lokalt og regionalt. Utprøving av beste praksis
- Lokale og regionale årsaks- og helsekonsekvensutredninger
- Sammenhenger mellom helsetilstand og bakgrunnsfaktorer

I dette ligger også behov for å utvikle kompetanseopplegg for fylkeskommune og kommuner. Særlig gjelder dette utvikling av analyse- og prosesskompetanse.

REFERANSER

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Barbour, R. (2007). *Doing focus groups*: Sage. XV: London, s. 174.

Borge, L. (2007). Det gode liv – som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i Psykisk helse. I *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Almvik & Borge 2007 (red.) 2. opplag. Fagbokforlaget: Bergen.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. Introducing qualitative methods*. Sage. XIII: London, s. 208.

Davies, H. C., Nutley, S. M. & Smith, P. C., (2000). *What works? Evidence-based policy and practice in public services*. Bristol, The Policy Press.

Engeset, A. (2010). Psykisk helse i et folkehelseperspektiv. *Ergoterapeuten*, nr 6.

Eriksson, M. (2007). Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Akademisk avhandling, Folkhälsan Research Centre. Åbo Akademi, Turku.

Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; Rapport 2010:2.

Gray, J.A.M. & Ison, E. (2009). *Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health*. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier.

Helsedirektoratet (2011). Samhandlingsreformen og nytt lovverk: drøftings- og prosessnotat om kompetansebehov og folkehelseutdanning/kurstilbud. "Samfunnskompetanse". Notat, Oslo.

Helsedirektoratet (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: IS-1846.

Jacobsen, D.I. (2004). "Hvordan måles koordinering? Ulike strategier for empirisk forskning" I: Repstad, Pål (red.) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Bästa listan 2011- Best practice i folkhälsoarbete. En sammanställning av erfarenheter, metoder og verktøy inom folkhälsoarbete, 2011:1.

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. 4th ed., Sage. XVIII, Los Angeles, s. 219.

Krokstad, S. (2004). Socioeconomic inequalities in health and disability. Social epidemiology in the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT), Norway. Trondheim, NTNU. Thesis.

Krokstad, S. (2009). Grunnleggende strategivalg i forebyggende helsearbeid. *Utposten* Nr.4, s. 13-17.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.

Lindström B. & Eriksson M. (2010). The hitchhiker`s guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Rapport 2010:2. Folkhälsan, Finland.

Marmot, M. (2000). Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants. In: Berkman, L. & Kawachi, I. (Eds.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Marmot, M (2011). The Marmot Review. Fair Society, Health Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post -2010.

Midtsundstad, T. & Dahl, E. (2000). Yrke og forventet levealder. Notat. Fafo, Oslo

Mittelmark, M. B., & Hauge, H. A. (2003). Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. Hvorfor lokalsamfunn og nærmiljø er de sentrale arenaene. I: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget s. 39-51.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo.

NOU nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 9. februar 2007.

Næss, (2003). Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter – folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 22, s.3245-7.

Pawson, R. (2006). *Evidence-based Policy, A Realistic Perspective*. London, Sage Publications.

Prop. 90 L (2010-2011): Flere leveår med god helse i befolkning og reduserte sosial forskjeller – Likhet og rettferdighet, ”Helse i alt vi gjør”.

Raphael, D. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International* vol 15, No 4, s. 355-367.

Raphael, D. (2010). *Health promotion and quality of life in Canada. Essential Readings*. Canadian Scholar's Press Inc. Toronto, Ontario, Canada.

Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press. Oxford.

St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

St. meld. nr. 25 (2008-2009) *Lokal vekstkraft og framtidstru. Om distrikts- og regionalpolitikken*.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Strategic Policy Directorate of the Population and Public Health Branch. (2001) Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/discussion-eng.pdf>

Tones, K. & Green, J. (2004). *Health promotion: Planning and Strategies*. London, Sage Publications.

Utredningsrapport 2010-2011. ”Fylkeskommunenes ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse”. Utrykt manus.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2005). In: Social determinants of Health. Regional Office for Europe of the World Health Organization.

Wist, G. (2010). Kunnskapsbasert folkehelsearbeid I teori og praksis. Kunnskap som redskap i kommunal samfunnsplanlegging. Masteroppgave, Høgskolen i Vestfold.

World Health Organization (WHO) (1986); The Ottawa Charter for Health Promotion.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.

www.kunnskapssenteret.no 12.12.2011

www.regjeringen.no. Veileder interkommunalt samarbeid. 12.12.2011.

Vedlegg 1

Intervjuguide; Kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Innledning:

Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge eksisterende kunnskapsgrunnlag hos ansatte med folkehelse som arbeidsfelt.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og alle som deltar er anonyme. Anonymiteten til deltakerne vil også bli ivaretatt i etterkant av datainnsamlingen, dersom man for eksempel ønsker å bruke sitater fra intervjuene.

Det vil bli anvendt båndopptaker for å lette arbeidet med fremstillingen av intervjuet og i bearbeidningen av intervjumaterialet. Lydfilene vil bli slettet etter bruk, og kun personer som administrerer prosjektet vil ha tilgang på disse.

1: Forståelse av folkehelsebegrepet og utøvelse av folkehelsearbeid

- Kan du beskrive hva du legger i /eller forstår med begrepene
 - folkehelse
 - folkehelsearbeid.
- Hva slags rolle har du og eventuelt din avdeling i dette arbeidet? (forebyggende og helsefremmende arbeid)
- Hvem tenker du er sentrale aktører i folkehelsearbeidet, og kan du begrunne hvorfor?

2. Forståelse av begrepet kunnskapsbasert folkehelsearbeid

- Med bakgrunn i den forståelse av folkehelsearbeid som nå er tydeliggjort, kan du beskrive hvordan du forstår benevnelsen ”kunnskapsbasert folkehelsearbeid”?
- Er du kjent med folkehelse tiltak i fylkeskommunen som du vil trekke frem som kunnskapsbaserte - og kan du begrunne hvorfor?

- Hvordan vil du beskrive din kunnskap om aktuelle politiske prosesser, statsbudsjettet, lover/forskrifter, veiledere, rundskriv med mer - **av betydning for folkehelsearbeidet?**

3. Utvikling av kunnskapsgrunnlag og samhandling

- Hvilket kunnskapsgrunnlag/hva slags kunnskap mener du kommunene og fylkeskommunen trenger for å utvikle og gjennomføre et godt og systematisk folkehelsearbeid?
 - Hvor anser du det som aktuelt å hente denne kunnskapen?
- Hvilke andre forhold enn reint kunnskapsmessige mener du kan være av betydning når beslutninger for folkehelsearbeidet vedtas? (lobby virksomhet, allianser, emosjoner, politikk mm)
- Hvilken kompetanse er du kjent med at fylkeskommunene og kommunene har i dag, knyttet til kunnskapsbasert folkehelsearbeid?
- Hvilke behov for kompetanseheving mener du peker seg ut?
- På hvilke områder i folkehelsearbeidet mener du at fylkeskommunen og kommunene har tilstrekkelig kunnskap om sammenhenger/årsaker til god eller dårlig helse, og hvor har vi for liten kunnskap? F.eks HUNT – Hvilke svar kan HUNT gi oss om folkehelsa? Hva finner vi ikke svar på i HUNT
- Hvordan du ser for deg at nødvendige samhandlingsarena og nettverkskompetanse kan utvikles og utnyttes for å utvikle nødvendig kunnskapsgrunnlag i folkehelsearbeidet?
- På bakgrunn av kommunens/fylkeskommunens organisering; har du klart for deg hvordan du kan være med å skape rom for nødvendige samhandlingsprosesser?
- Hvordan ser du for deg at fylkeskommunen kan utøve en sektorovergripende samhandling om kunnskapsgrunnlaget i folkehelsearbeidet?
 - Har du tanker om hvordan fylkeskommunen best kan legge til rette for formidling av kunnskap som er av betydning for folkehelsearbeidet, både innen egen organisasjon og overfor kommunene?

Har du andre tanker eller kommentarer du gjerne vil formidle?

Takk for at du stilte opp til intervju!

Vedlegg 2

Data- og statistikkgrunnlag (2011) til bruk i folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag fylke

Den foreliggende oversikten omfatter noen utvalgte faktorer fra statistikkområder som er relevant i folkehelsesammenheng. Oversikten baseres på en gjennomgang av tilgjengelig data-/statistikkgrunnlag høsten 2011 og er utarbeidet i forbindelse med foreliggende prosjekt. Oversikten er ikke uttømmende, men er ment å skulle gi et visst inntrykk av hva slags datagrunnlag som er tilgjengelig. Det vises også til ”Fylkeskommunenes ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse”, Utredningsrapport 2010-2011. Uttrykt manus.

Det vil i løpet av 2012 foreligge statistikk på kommune- og fylkesnivå som blir gjort tilgjengelig av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nasjonalt folkehelseinstitutt har i folkehelseloven § 25 fått i oppgave å gjøre tilgjengelig opplysninger fra sentrale registre og annen relevant statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikt. Det vil bli utarbeidet folkehelseprofiler for hver enkelt kommune (senere også for hvert enkelt fylke). Instituttet skal dessuten drifte en nettbasert statistikkbank, Kommunehelse statistikkbank, som vil gi tilgang til mer detaljert statistikk. Helseprofilene som utarbeides for kommunene, vil bli tilgjengelig i januar 2012. Statistikkbanken erstatter Kommunehelseprofiler som til nå har ligget på Helsedirektoratets nettsider. Statistikkbanken vil presentere statistikk for følgende hovedområder: Om befolkningen, levekår, miljø, skole, levevaner samt helse og sykdom. Den vil inneholde data fra sentrale helseregistre som Norsk pasientregister, Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Nasjonalt vaksinasjonsregister og Reseptregisteret. Andre datakilder er registre hos Arbeids- og velferdsetaten, Vannverksregisteret, Utdanningsdirektoratet samt registre i Statistisk sentralbyrå (befolkningssammensetning, utdanning, inntekt m.m.).

En vil imidlertid fortsatt savne data som belyser sammenhenger mellom ulike helseindikatorer og påvirkningsfaktorer. Dette gjelder også utvalg av helsefremmende indikatorer.

DEMOGRAFI/LEVEKÅR/BAKGRUNNSFAKTORER

Demografisk status og utvikling	Nasjonalt nivå	Region-nivå	Kommunenivå
Antall, fordeling kjønn og alder	SSB	SSB (Se også NTFKs nettsider)	SSB (Se også NTFKs nettsider)
Tilvekst, døde, fødte og flytting	SSB	SSB (Se også NTFKs nettsider)	SSB (Se også NTFKs nettsider)

Levekår/bakgrunn	Nasjonalt nivå	Region-nivå	Kommunenivå
Utdanning	SSB	SSB	SSB
Yrkestilhørighet	SSB	SSB	SSB
Inntekt	SSB	SSB	SSB
Sysselsetting	SSB	SSB	SSB
Sosialhjelp	SSB	SSB	SSB
Boforhold	SSB	SSB	SSB
Nærmiljø	SSB	SSB	SSB
Barnehagedekning	SSB	SSB	SSB
Lovbrudd	SSB	SSB	SSB

HELSETILSTAND

Helsetilstand	Nasjonalt nivå	Region-nivå	Kommunenivå
Kreft Kreft, nye tilfeller Barnekreft, nye tilfeller	FHI, Kreftregistret FHI, Kreftregistret	FHI (HUNT – ikke nye tilfeller)	HUNT (ikke nye tilfeller)
Hjerte- og karsjukdommer Hjerteinfarkt og angina pectoris Hjerneslag	FHI, Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser	HUNT HUNT	HUNT (grupper) HUNT (grupper)
Selvrapportert helse Egenvurdert helse Kronisk sykdom Plaget av hodepine Smerter i kroppen Søvnproblemer	SSB/FHI (LK) SSB/FHI (LK) SSB/FHI (LK) SSB/FHI (LK) SSB/FHI (LK)	HUNT HUNT HUNT HUNT HUNT	HUNT HUNT HUNT HUNT HUNT

Smittsomme sykdommer Seksuelt overførbare sykdommer Tuberkulose, nye tilfeller	FHI (MSIS) FHI (MSIS)	FHI FHI (helseregion og fylke)	Kommunehelsetjeneste Kommunehelsetjeneste
Tannhelse Andel med friske tenner	SSB/FHI fra KOSTRA	SSB/FHI fra KOSTRA	Regional tannhelsetjeneste (NTFK)
Obstruktive lungesykdommer	FHI (Dødsårsak)	HUNT	HUNT
Muskel- og skjelettplager	SSB (LK)	HUNT	HUNT
Diabetes	FHI/Reseptregistret	HUNT	HUNT
Demenslidelser	FHI	HUNT – kartlegging pågår	HUNT – kartlegging pågår
Psykisk helse Psykiske plager og symptomer	SSB/FHI (LK)	FHI/HUNT	FHI/HUNT
Sykefravær	SSB/FHI	SSB/FHI, NAV	SSB/FHI, NAV
Uføretrygd	SSB/FHI	SSB/FHI, NAV	NAV

Dødelighet	Nasjonalt nivå	Regionnivå	Kommunenivå
Kreft	SSB/FHI Dødsårsak	FHI (Helsereg./fylke)	FHI
Hjerte- og karsykdommer	SSB/FHI Dødsårsak	FHI (Helsereg./fylke)	FHI
Smittsomme sykdommer	SSB/FHI Dødsårsak	FHI (Helsereg./fylke)	Kommunehelsetjeneste
Døde i trafikkulykker	SSB/FHI Dødsårsak	FHI (Helsereg.)	Politi, Statens vegvesen
Sjølmod	SSB/FHI Dødsårsak	FHI (Helsereg.)	Politi
Perinatal dødelighet	FHI MFR	FHI etter mor	
Spedbarnsdødelighet	FHI/MFR	FHI (Helsereg./fylke)	
Forventet levealder	FHI	FHI	

Risiko- og beskyttende faktorer	Nasjonalt nivå	Regionnivå	Kommunenivå
Livstilsfaktorer			
Fysisk aktivitet	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Fysisk inaktivitet	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Kulturdeltakelse	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Tobakk	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Alkohol og rus	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Biologiske faktorer	Gamle tall		
Blodtrykk	FHI (delvis)	HUNT	HUNT
Kolestrol	FHI (delvis)	HUNT	HUNT
KMI	FHI (delvis)	HUNT	HUNT
Kosthold			
Frukt	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Grønnsaker	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Sukkerholdig drikke	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Søtsaker og snacks	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Sosial støtte			
Sosial støtte	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Uten fortrolig venn	SSB/FHI LK		
Miljøfaktorer			Kommunene, Mattilsynets distriktskontor
Drikkevannskvalitet	Vannverks- registret/FHI	FHI	
Vaksinasjonsdekning			
Vaksinasjonsdekning	SYSVAK/FHI/MSI S	FHI (Helseregion/ fylke) MSIS	MSIS

Fødsler, aborter	Nasjonalt nivå	Regionnivå	Kommunenivå
Aborter	MFR/FHI	MFR/FHI (fylke/by)	Helseforetak
Amming	HD/FHI		
Fødselsvekt	MFR/FHI	MFR/FHI (fylke/by)	Helseforetak
Keisersnitt	MFR/FHI	MFR/FHI (fylke/by)	Helseforetak

SOSIAL ULIKHET OG HELSE

Helsetilstand	Nasjonalt nivå	Region-nivå	Kommunenivå
Kreft	SSB/Kreftregistret	HUNT	HUNT
Egenvurdert helse	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Kronisk sykdom	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Obstruktive lungesykdommer		HUNT	HUNT
Hodepine	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Kroppsmerte	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Diabetes		HUNT	HUNT
Psykiske plager	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Uføretrygd/ sykefravær	SSB/NAV	NAV/ HUNT	HUNT

Dødelighet	Nasjonalt nivå	Region-nivå	Kommunenivå
Totaldødelighet	SSB/FHI		
Forventet levealder	SSB/FHI		
Forventet gjenstående levetid	SSB/FHI		
Kreft - totalt	SSB/FHI (Dødsårsak)		
Hjerte- og karsykdommer	SSB/FHI		
Voldsom død	SSB/FHI (Dødsårsak)		

Risiko- og beskyttende faktorer	Nasjonalt nivå	Regionalt nivå	Kommunalt nivå
Livstilsfaktorer			
Fysisk aktivitet	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Fysisk inaktivitet	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Kulturdeltakelse	SSB/LK	HUNT	HUNT
Tobakk	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Alkohol	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Biologiske faktorer			
Blodtrykk		HUNT	HUNT
Kolestrol		HUNT	HUNT
KMI		HUNT	HUNT
Kosthold			
Frukt	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Grønnsaker	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Sukkerholdig drikke	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Søtsaker og snacks	SSB/FHI LK	HUNT	HUNT
Sosial støtte			

Sosial støtte		Noe i HUNT	Noe i HUNT
---------------	--	------------	------------

FORKORTELSER

SSB: Statistisk sentralbyrå

FHI: Nasjonalt folkehelseinstitutt

MSIS: Statistikk om meldepliktige sykdommer

LK: Levekårsundersøkelsene

Dødsårsak: Dødsårsaksregistret

MFR: Medisinsk fødselsregister

Pasientreg.: Norsk pasientregister

SYSVAK: Nasjonalt vaksinasjonsregister

Reseptregistret: Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister

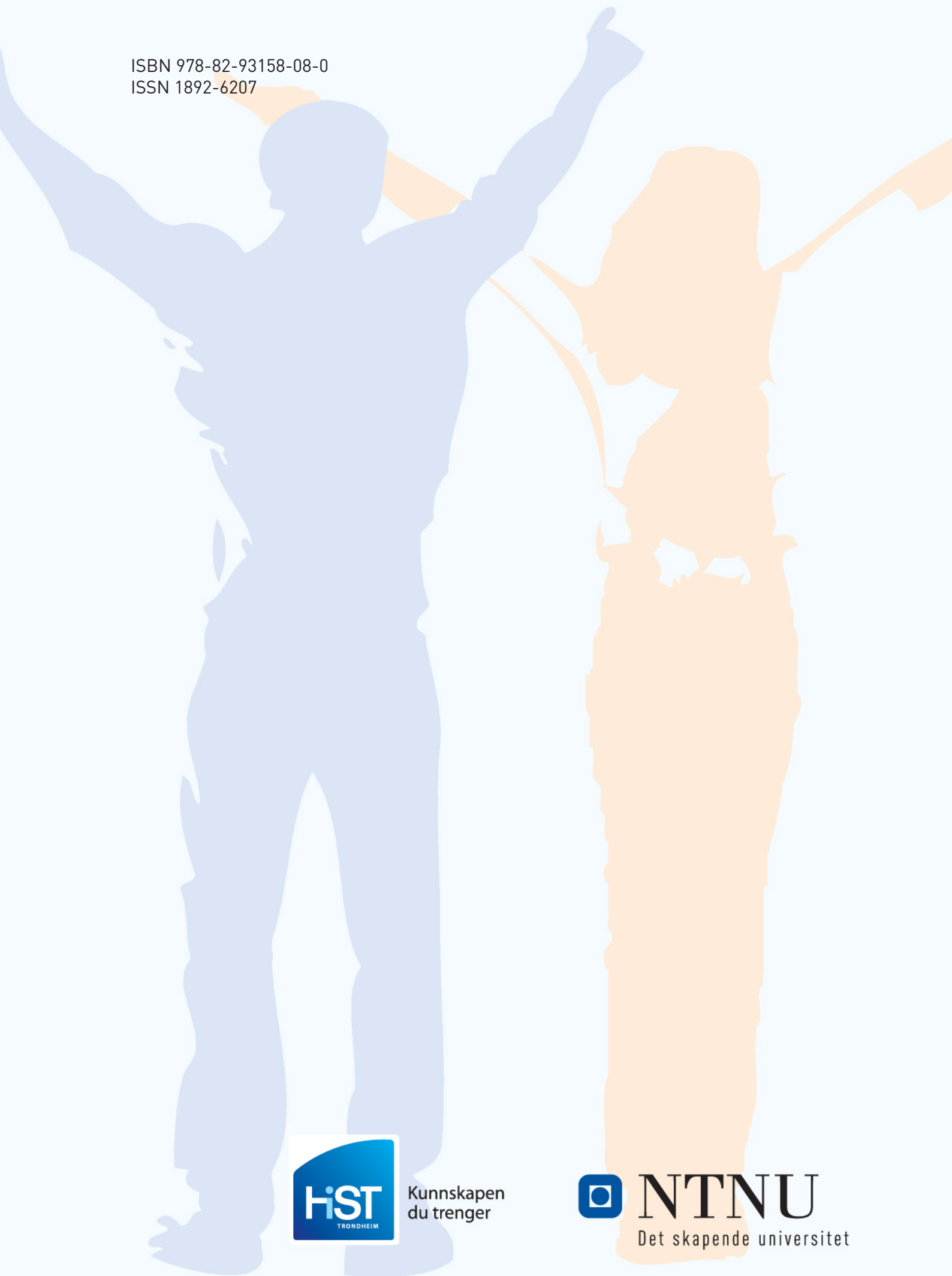
HD: Helsedirektoratet

NTFK: Nord-Trøndelag fylkeskommune

HUNT: HUNT 1-2-3. Befolkningsundersøkelser Nord-Trøndelag

Helsereg.: Helseregion

ISBN 978-82-93158-08-0
ISSN 1892-6207



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet