

RAPPORT



RAPPORTSERIE FRA
SENTER FOR HELSEFREMMEDE FORSKNING
HIST/NTNU

RAPPORT 2011/3

Espnes GA, Riseth L & Lillefjell M

Folkehelse: Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen

Trondheim, mai 2011



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet

Espnes GA, Riseth L & Lillefjell M

Folkehelse: Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen

Trondheim, mai 2011

Espnes GA, Rieseth L & Lillefjell M

**Folkehelse:
Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen.**

© Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU
ISBN 978-82-93158-02-8
ISSN 1892-6207
Rapport 2011/3

Innholdsfortegnelse	Side
English summary	5
Sammendrag	6
Forord	7
Innledning	8
Oversikt over sentrale føringer som regulerer folkehelseområdet	12
Folkehelseforankring i kommuneplanene	16
Ressursoversikt	23
Måleparametre, sårbarhetsanalyse, behovskartlegging og tiltaksoversikt	25
Måleparametre for folkehelse i kommunene	
Forebyggende tiltak i kommunene	
Styrking av folkehelseiltak og regionale folkehelseoppgaver	
Folkehelseiltak	
Sentral kunnskap vi kan basere våre råd om folkehelsearbeid på	28
Hvordan drive et evidensbasert folkehelsearbeid	30
Beslutningstakerlinjen og tiltakslinjen	
Beslutningstakerlinjen	
Tiltaks-evalueringlinjen	
Råd	40
Konklusjon	42
Litteraturliste	43

ENGLISH SUMMARY

This report comprises laws, regulations and research within different areas and settings which is considered important in public health work. The report also comprise an overview over resources employed and which attention and emphasis each municipality have on public health and their plans for the future on the public health areas. The intention with this knowledge overview and the advice given through the report - is to show the present standpoint for the public health work in the different municipalities targeted by the work with this report and to show how the public health work should be planned and carried through given the present and coming laws and regulations at the area.

It has become very obvious that good health and quality of life not is achieved through initiatives in institutionalized health care, the health care responsibility is mainly when disease appears or health is poor - while good health is created in relationships between people, in human life activity - in short, everything we humans do.

If we as participants in society make the wrong choices, well then ill health appear, if we make the right choices, then the health of people can be impacted to the better.

The basic principles of this report are influenced by the Canadian researcher Dennis Raphael's book "Health Promotion and Quality of Life in Canada" (2010). The model described is essentially borrowed from here but translated to Norwegian conditions. Another major inspiration is the work on salutogenesis - origins of health - which in 2010 was conveniently presented in the book "The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis (Lindström & Eriksson, 2010).

When one has decided to do a locally-based public health work with a focus on health promotion, the settings one will be worked with needs to be set in the driver's seat. The setting one selects, based on surveys and analysis of the status of the municipality health, will be crucial to how the status of knowledge looks like. To build up a knowledge base setting will be important for every one municipality. This is needed because such a knowledge base both contain knowledge that is relevant across all municipalities, but will also include local and context-specific knowledge which is of crucial importance for the individual municipalities to be able to implement targeted public health practice. Owing such a knowledge base will also be necessary to be able to comply with the requirements of the new Public Health Law and new Law of Health and Care. The new public health work is in the new law going from being a "can service" to a "shall service" in Norwegian municipalities - which places the Norwegian Board of Health Supervision in place to monitor the work done in the counties and municipalities on public health.

The most important in this report is probably the advice given to how to work in the municipalities and local societies to achieve evidence-based public health, as well as on how the evidence-based public health work should involve politicians, municipal officials, users and volunteers.

SAMMENDRAG

Det er to begreper som brukes mer eller mindre overlappende i rapporten – det er helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid. Helsefremming brukes om den delen av helsearbeidet som utelukkende konsentrerer seg om å bedre helsa til befolkningen, mens folkehelsearbeid også inkluderer forebyggende arbeid. I samfunnet vårt finnes det innenfor helsetjenesten en gruppe som er spesialisert på å drive helsefremmende og forebyggende helsearbeid; helsesøstrene. Nå er det imidlertid slik at folkehelsearbeidet favner mye videre enn det denne faggruppen arbeider med. Det favner helse og samfunn, og tar inn i seg alle sektorer og alle arenaer i samfunnet. Det er slik sett et komplisert arbeid, men denne kompleksiteten gjør det også til et spennende felt å arbeide med.

I denne rapporten har vi tatt for oss allerede samlet forskning innen ulike områder og settinger som vurderes som viktige i folkehelsearbeidet. Rapporten viser også en oversikt over folkehelseressursene i kommunene og hvor stort fokus den enkelte kommune har på folkehelse i kommunens planer. Intensjonen med denne kunnskapsoversikten og rådene som gis gjennom denne rapporten – er å vise ståsted for folkehelsearbeidet i kommunene og å synliggjøre hvordan det bør arbeides med folkehelse i henhold til gjeldende lovverk.

Det er veldig tydelig at god helse og livskvalitet ikke blir til gjennom satsninger i helsevesenet alene, helsevesenet trår i hovedsak til når helsa er dårlig, - mens helse skapes i relasjoner mellom mennesker, i menneskelig hverdagsaktivitet – i kort sagt alt vi mennesker foretar oss. Gjør vi som samfunnsdeltagere feil valg, ja så blir helsa dårlig, gjør vi de riktige valgene, kan helsa hos menneskene påvirkes til det bedre.

Mye av grunnprinsippene i denne rapporten, er hentet fra den kanadiske forskeren Dennis Raphaels bok "Health Promotion and Quality of Life in Canada" (2010). Modellen som beskrives er i hovedsak lånt herfra men omsatt til Norske forhold. En annen viktig inspirasjon er arbeidet med salutogenese – helsens opprinnelse – som i 2010 på praktisk vis ble presentert i boken "The Hitchhikers Guide to Salutogenesis" (Lindström & Eriksson, 2010).

Når en skal i gang med lokalbasert folkehelsearbeid med fokus på helsefremming, vil settingene det skal arbeides med komme i førersetet. Settingen en velger, med bakgrunn i kartlegging og analyser av status i kommunen, vil være avgjørende for hvordan kunnskapsstatus blir seende ut. Å bygge opp en settingsbasert kunnskapsbase vil være viktig for enhver kommune. Dette fordi denne både vil inneholde kunnskap som er aktuell på tvers av alle kommuner, men vil i tillegg inneholde kommune og kontekst spesifikk kunnskap som er av avgjørende betydning for at den enkelte kommunene skal kunne iverksette målrettede folkehelseiltak. Å ha en slik kunnskapsbase vil også være nødvendig for å være i stand til følge opp de kravene til kunnskap om helsetilstand og hvordan dette arbeidet skal utføres i henhold til ny Folkehelselov og ny Helse og omsorgslov. Det nye folkehelsearbeidet går i nytt lovverk fra å være en "kan tjeneste" til en "skal tjeneste" i norske kommuner – noe som gjør at Helsetilsynet vil følge med på dette arbeidet.

Det aller viktigste i denne rapporten er sannsynligvis rådene som gis til hvordan en skal kunne arbeide med å få til et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, samt videre hvordan det evidensbaserte folkehelsearbeidet involverer både politikere, kommunebyråkrater, brukere og frivillige.

FORORD

Dette er en rapport som er utarbeidet i samarbeid med Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO). SiO eies av kommunene Agdenes, Frøya, Halså, Hemne, Hitra, Meldal, Oppdal, Orkdal, Rennebu, Rindal, Skaun, Snillfjord og Surnadal, totalt 13 kommuner og 56.188 innbyggere.

Kommunene utreder regionale og interkommunale samarbeidsløsninger iht. de muligheter som St.meld. nr. 47 trekker opp rundt fremtidens helse- og omsorgsutfordringer.

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen. Det er behov for tiltak som fremmer helse og forebygger helseproblemer. Det er viktig at SiO tilpasser sitt arbeid til helsebildet i befolkningen, og utfordringer i helsetjenestene og samfunnet forøvrig.

Vi håper at denne rapporten først og fremst skal være til hjelp i de 13 kommunene som omfattes av SiO, men også at rapporten kan være med på å bidra til arbeidsmåter for kunnskapsbasert folkehelsearbeid i andre kommuner.

INNLEDNING

Helsefremming er prosessen med å bidra til at mennesker øke kontroll over, og bedrer, helse si og dermed gjøres i stand til å leve et aktivt og produktivt liv med god livskvalitet (Ottawa Charter for health promotion, 1986).

Det internasjonale begrepet "health promotion" ble for alvor etablert med Ottawa-charteret (WHO, 1986). Slik "Health promotion", til norsk oversatt til helsefremming, dreier det seg primært om å styrke helsen blant folk, altså en salutogen tilnærming som først og fremst vektlegger positive ressurser for helse (Antonovsky, 1979; 1987; Eriksson, 2008). Logisk nok må folkehelsearbeid også inkludere innsatser for å motvirke at helsen svekkes. Når det gjelder mål og innsatsområder er ikke skillet mellom det helsefremmende og det forebyggende arbeidet så tydelig, men derimot er det klare forskjeller i ideologi, arbeidsmåter og valg av virkemidler (Mæland, 2005). Et av hovedbudskapene i Ottawa-charteret var behovet for etablering av "Healthy Public Policy" – altså en helsevennlig offentlig politikk, hvor det ikke handlet om en ensektorpolitikk for folkehelse, men hvor helsehensyn skal integreres i alle politikkområder og på de fleste samfunnsarenaer.

En utvidet definisjon av helse, jfr. WHO (1986) gir 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. 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 idègrunlaget fått internasjonalt gjennomslag og stimulert til nytenkning rundt gjennomføringen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet som viktige komplementære strategier. 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.

I Helse- og omsorgsdepartementets NOU 1998: 18, defineres folkehelsearbeid som "samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger

nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon". Slett ikke ulikt slik WHO definerer Health Promotion, og det har medført at begrepet "empowerment" nå står sentralt i folkehelsearbeidet (Høringsnotat; Forslag til ny folkehelselov, 2010). Empowerment brukes oftest 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). Community empowerment, eller samfunns-empowerment, som i helsefremmingssammenheng spesielt ble satt fokus på i den WHO's 7 globale konferanse på helsefremming ("Community empowerment refers to the process of enabling communities to increase control over their lives") handler om å sette lokalsamfunn i stand til å styrke og mestre sine medlemmers evne og muligheter til å ha kontroll over prosesser viktig for eget liv og helse. 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 den salutogene orienteringen 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 (Lindsstöm & Eriksson, 2010).

Det knytter seg store samfunnsøkonomiske utgifter til livsstilsykdommer; innbefattet blant annet direkte forbruk av helsetjenester, sykefravær og trygdeutgifter. En svensk undersøkelse beregner samfunnskostnadene på grunn av overvekt og fedme til å utgjøre om lag 13,6 milliarder NOK årlig, og man regner med at kostnadene vil fordobles innen 2030 dersom utviklingen fortsetter (Livsmedelverket och Statens Folkhälsoinstitut, 2005). Når det gjelder røyking er samfunnskostnadene beregnet til om lag 24 milliarder norske kroner (Statens Folkhälsoinstitut, 2004). I Norge er helseutgiftene doblet på under 10 år og utgjør i 2008 8,6 % av BNP (Helsedirektoratet, 2008). Store ressurser brukes i helsesektoren, men vi har ikke god nok kunnskap om hva ressursbruken gir av helseforbedringer (Bringedal, Iversen & Kristiansen, 2003).

For å kunne vurdere nytten av fremtidig ressursbruk i helsesektoren må effekten av både forebyggings- og behandlingstiltak måles. Det er behov for mer kunnskap, og en økt satsning på forsknings- og utviklingsarbeid. Levealderen øker, og vi får en stadig større andel eldre over 70 år. Helseutgiftene til en nordmann i alderen 75-79 år er nesten tre ganger høyere enn

utgiftene til en nordmann i alderskategorien 50-64. Danmark har beregnet at 70-80 % av helsevesenets kostnader er knyttet til kroniske sykdommer. Tilsvarende beregninger fra Norge er ikke kjent, men det antas at verdiene er sammenlignbare for norske forhold (Helsedirektoratet, 2008).

Basert på data fra British Columbia i Canada er det beregnet at de årlige kostnadene relatert til inaktivitet er i størrelsesorden 3,9 milliarder kroner (Colman & Walker, 2004). British Columbia er sammenlignbart med Norge på befolkningsstørrelse og livsstil. Kostnader relatert til overvekt, psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser (bortsett fra beinskjørhet) er ikke inkludert i beregningene. (Beregningene tar utgangspunkt i årlig kostnad på 572,75 millioner CAD i 2001, valutakurs 1 CAD = 5,8074 NOK i 2001, 1 NOK i 2001 = 1,16 NOK i 2009. Kilde: Norges Bank).

Et enkelt helsetiltak som økt fysisk aktivitet i befolkningen kan potensielt spare samfunnet for enorme kostnader gjennom reduserte behandlingskostnader, høyere produktivitet, lavere sykefravær og reduserte trygdeutgifter. God helse påvirker den økonomiske utviklingen, både på individnivå og nasjonsnivå, gjennom: høyere produktivitet, økt tilbud av arbeidskraft, bedre ferdigheter som resultat av høyere utdanning og opplæring og økt sparing som kan anvendes for investering i både fysisk og intellektuell kapital (Helsedirektoratet og Nordland fylkeskommune, 2010). Det er ikke uten grunn at EU sier at "Healthy Regions are Wealthy Regions" eller at sammenslutningen av Caribiske stater (CARICOM) i sin Nassu declaration fra 2001 slår fast at "The Health of the Region is the Wealth of the Region".

Evidensbaserte beslutninger i folkehelsearbeidet

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

Ny folkehelselov 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

folkhälsöarbete, Karolinska Institutet, 2011). Dette er prosesser og aktiviteter som i hovedsak er basert på erfaringer. Den erfaringsbaserte kunnskapen er viktig, men kravet om evidensbasert folkehelsearbeid forutsetter også at man fremskaffer forskningsbasert kunnskap om tilstand, årsaker og effekter av tiltak. Det innbefatter også spesifikk kunnskap om metoder og verktøy på folkehelseområdet

Hva innebærer Evidensbaserte beslutninger?

- Benytte best tilgjengelig kunnskap/evidens i alle stadier av politikk og program/ tiltaksutvikling
- Tydeliggjøre kriterier for inkludering eller ekskludering av evidens
- Benytte et variert datagrunnlag (bred samfunnsvitenskapelig tilnærming)
- Generer data gjennom ulike forskningsmetodiske tilnærminger
- Identifisere og vurdere effektive intervensjoner
- 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 helse i befolkningen (Strategic Policy Directorate of the Population and Public Health Branch, Canada, 2001; Raphael, 2010).

OVERSIKT OVER SENTRALE FØRINGER SOM REGULERER FOLKEHELSEOMRÅDET

Folkehelsearbeidet reguleres her i landet av mange ulike lover og et årlig utgitt prioriteringsskriv som direkte regulerer helseområdet.

Det årlige prioriteringsskrivet kalles ”Nasjonale mål og hovedprioriteringer” og gir føringer for hele helse- og omsorgsområdet. Folkehelsearbeidet er et av de viktigste områdene, men ulikt mange av de andre områdene. I folkehelsearbeidet er det fylkeskommunene og kommunene som har det direkte ansvaret, dette var fastslått før, fordi det skulle foregå over kommunebudsjettene, men ble enda klarere etter ny lov av 1.1.2010.

Den 1. januar 2010 trådte Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet [folkehelseloven] i kraft. Denne loven klargjør fylkeskommunenes ansvar for å fremme ”trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge sykdom, skade eller lidelse, samt bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”. Videre fastslår denne loven at ”Fylkeskommunen skal være pådriver for, og samordne folkehelsearbeidet i fylket, bl.a. gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes folkehelsearbeid.”. Loven sier også noe om hvordan dette kan oppnås ved å si at ”To eller flere fylkeskommuner kan samarbeide om å utføre oppgaver etter loven når det er hensiktsmessig å samordne arbeidet over fylkesgrenser”. Loven fastslår at ”som grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket, jf. § 3, skal fylkeskommunen ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og de faktorer som kan virke inn på denne, herunder trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.”. I Rapporten ”Fylkeskommunenes ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse” som kom i april 2011 ser en på hva dette betyr for fylkeskommunenes selv, men også for deres respektive kommuner.

Dette siste er en meget stor utfordring. Tidligere så har en hatt Statistisk sentralbyrå sine tall å forholde seg til. Disse tallene gir i hovedsak en oversikt over sykdomsprevalens, og innsidens. Dette er helsetall som i liten grad kan si noe om hvordan folkehelsearbeid skal drives, eller effekt av det som gjøres i lokal målestokk. Loven pålegger dermed fylkeskommunene å komme opp med indikatorer/ helsedeterminanter som kan si noe om utviklingen og effekten av folkehelsearbeidet – herunder helsefremmende og forebyggende arbeid i de kommunene de

har ansvar for. Dette setter helt nye standarder for evidens og kompetansekrav i folkehelsearbeidet, noe som de sentrale myndighetene må være klart over at fylkeskommunene, eller kommunene, ikke nødvendigvis besitter.

Folkehelsearbeidet vil i årene som kommer i stor utstrekning være regulert av to nye lover som hadde sin høringsfrist 18.1.11 og som forventes vedtatt i Stortinget høsten 2011. Det er den nye folkehelseloven og ny lov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Begge disse nye lovene baserer seg på arbeidet som ble gjort i forkant av Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen som Regjeringen la fram i juni 2009. Reformen med disse to nye lovene og en plan for hvordan arbeidet skal skje; Nasjonal helse- og omsorgsplan skal etter planen trå i kraft 1.1.12.

Det som er felles for arbeidet med Samhandlingsreformen og lovtekstene er at stadig mer av helsearbeidet, og også sykdomsarbeidet, skal skje nær det sted mennesker lever, altså i kommunene og lokalsamfunnene i kommunene. Dette medfører nye store utfordringer knyttet til helsearbeidet i kommunene, og krever at alt helsearbeidet integreres på en ny måte. Det vil være flere store utfordringer. For eksempel vil det å løse problemstillingene knyttet til spesialistsykdomsarbeidet integrert sammen med folkehelsearbeidet være en stor utfordring. En annen stor utfordring vil være det å imøtekomme kravene til evidensbasert praksis i deler av helsearbeidet der dette ikke har vært vanlig så langt. Videre vil det å tydeliggjøre viktigheten av andre samfunnssektors bidrag (utover helse) i folkehelsearbeidet være nødvendig, men utfordrende. Det er først og fremst utfordringen knyttet til å imøtekomme kravet om evidensbasert praksis i lokalbasert/kommunalt folkehelsearbeid denne rapporten omtaler.

I tillegg til lovene som regulerer folkehelsearbeidet direkte, er det mange andre lover som har en mer indirekte virkning på feltet og som folkehelsearbeidere må forholde seg til i folkehelsearbeidet, fordi arbeidet utføres på mange arenaer og i mange ulike settinger. Arbeidsmiljøloven (LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.) vil for eksempel ha stor betydning for arbeidet med helsefremming og sykdomsforebygging på arbeidsplasser – som vil være en naturlig setting for folkehelsearbeid. I loven heter det i lovens § 1- 1 som omhandler lovens formål at det er (punkt a) ” å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard

som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet". Dette er selvfølgelig et arbeide som det enkelte foretak; eiere, ledelse og arbeidstakere har ansvar for, men det setter klare krav til helsefremming og forebygging på arbeidsplassen. Dette gjelder for så vidt på samme måte i alle vestlige land, og "Work Place Health Promotion" er i dag et stort både forsknings og praksisfelt. I Norske foretak er bedriftshelsetjenesten, HMS-ansatte og HR (personal) sterkt inne i arbeidet. Arbeidstilsynet er tilsynsmyndighet, og skal passe på at lovens minstekrav blir oppfylt.

En annen sentral lovtekst som er med og regulerer folkehelseområdet er den nye Plan- og bygningsloven (Lov om planlegging og byggesaksbehandling) som trådte i kraft i 2010. Her slås det i § 1-1 om lovens formål 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". Dette må kunne leses som direkte knyttet til hvordan bygninger, eller byggeprosesser kan påvirke omgivelsenes egnethet til å gi gode oppvekstvilkår, som kan knyttes til ulike problematikk, men uten tvil til helse gjennom nærmiljøets utforming. Spesielt er dette viktig siden forskning har vist at nærhet til miljø, som gir utfordringer når det gjelder bevegelse og fysisk aktivitet, henger nøye sammen med den aktiviteten som ungdom (og for så vidt alle) utøver.

Når det gjelder folkehelsearbeidet er både kommuneplanens samfunnsdel og dens økonomidel viktig for at folkehelsearbeidet skal bli best mulig. I samfunnsdelen vil det være viktig å påpeke at det i kommunen skal drives et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, samt at det beskrives hvordan og at det settes konkrete mål for dette arbeidet. Mens det i økonomidelen må vises hvordan dette arbeidet skal finansieres. Et godt planarbeid er avgjørende for å forankre arbeidet i kommunens øverste beslutningsorgan, kommunestyret.

Andre lover med sterk påvirkning på området per i dag finnes i boksen under. Noen av disse vil bli endret eller forsvinner som følge av de nye lovene på området.

Boks 1: Andre lover med påvirkning på folkehelseområdet

- Helseforetaksloven
- Helseforskningsloven
- Helse- og sosialberedskapsloven.
- Helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- Helsepersonelloven (endringslov).
- Helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven).
- Psykisk helsevernloven (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern)
- Pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen) (endringslov)
- Spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell). (endringslov).

Det er også en rekke NOU-er og Stortingsmeldinger som er viktige for å forstå det politiske beslutningene innefor folkehelseområdet. Noen av de viktigste nevnes i boksen under.

- NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge
- NOU 1998:18 Det er bruk for alle
- St.meld nr 21 (1998 – 1999) - Ansvar og meistring "Rehabiliteringsmeldingen"
- St.meld nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge
- St.meld nr 40 (2002 – 2003) - Nedbygging av funksjonshemmende barrierer
- St.meld nr 45 (2002 – 2003) - Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene
- St.meld nr 45 (2002 – 2003) - Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene
- St.meld nr 48 (2002 - 2003) - Kulturpolitikk fram mot 2014
- St.meld nr 9 (2005 – 2006) - Arbeid, velferd og inkludering
- St.meld nr 25 (2005 - 2006) - Mestring, muligheter og mening - "Omsorgsmeldingen"
- St.meld nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening
- St.meld nr 17 (2006 – 2007) - Et informasjonssamfunn for alle
- St.meld nr 39 (2006 - 2007) - Frivillighet for alle
- St.meld nr 47 (2008 - 2009) - Samhandlingsreformen

Boks 2. Stortingsmeldinger og NOU-er som har og har hatt påvirkning på folkehelsearbeidet.

Stortingsmeldinger vil ofte ha karakter av å være en orientering til Stortinget om arbeid som er gjort på et spesielt felt, eller drøfting av og forslag til fremtidig politikk.

FOLKEHELSEFORANKRING

Folkehelseforankring i Kommuneplanene

Samhandlingsreformen understreker betydningen av at folkehelse er forankret politisk i kommunale planer, jf. Helse i planprosjektet.

Kommuneplanen er styrende for all planlegging i de norske kommunene og formålet med en kommuneplan er langsiktighet i politikken.

Helse i plan er bruk av kommuneplanen som verktøy i folkehelsearbeidet. Helse i plan har som mål å forankre folkehelsearbeidet i kommunale og regionale plan- og styringsdokumenter. Plan- og bygningsloven er et sentralt verktøy i dette arbeidet. Det følger av Plan- og bygningslov § 3-1f at kommunenes planer og planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosial helseforskjeller.

Gjennomgangen av kommuneplanene for kommunene i SIO, viser at det er store variasjoner i forankringen av folkehelseperspektivet inn i planverket. Selv om Folkehelse inngår som en av flere viktige elementer i utviklingen av kommunenes planer, er dette fraværende i mange av planene. For enkelte kommuner er imidlertid levekår, livskvalitet, folkehelse og helsefremming en viktig og grunnleggende del av kommuneplanene. Resept for et sunnere Norge (2002-2003) og St. meld. Nr. 16 (2002-2003) understreker at folkehelsearbeidet bør forankres politisk og inn i plan- og styringssystemer i kommunene. Dette er godt ivaretatt i enkelte kommuner i SIO, mens andre kommuner ikke har forankret folkehelseperspektivet politisk, eller at det inngår som en del av kommuneplanene.

Det er i avsnittet under tatt utgangspunkt i alle de 13 kommunene sine kommuneplaners samfunnsdel og sett på forankring av folkehelse og bruk av "Helse i plan" i planarbeidet.

Orkdal kommune:

Kommuneplanen er delt i to deler, en samfunnsdel og en arealdel. Samfunnsdelen sier noe om hvordan Orkdal kommune skal klare å gi et best mulig tjenestetilbud til innbyggerne og hva kommunen må gjøre for at det skal være godt å bo der.

Folkehelse er et av de fire overordna målene, hvor Orkdal kommune skal bidra til god folkehelse i befolkningen.

Orkdal kommune har deltatt i nettverket for Helse i plan i Sør-Trøndelag, med erfaringsutveksling og kompetanseheving. Med ny plan og bygningslov har folkehelsebegrepet kommet inn i formålsparagrafen til loven. All planlegging etter plan- og bygningsloven skal bidra til å fremme befolkningens helse. Dette er ivaretatt i komunedelplaner for Orkanger, Fannrem og Gjølme gjennom fokus på turveger, friområder, trafikkisikkerhet.

Kommunen er i startfasen på arbeidet med ny helse- og velferdsplan. Her skal det arbeides på tvers av sektorene ut fra tanken om at folkehelse ikke er helsesektorens eneansvar.

Orkdal kommune har flere del-planer; Oppvekstplan, Idrett og fysisk aktivitet, plan for psykisk helsearbeid, pleie og omsorgsplan og ruspolitisk handlingsplan med flere.

Agdenes kommune:

I kommuneplanen for Agdenes kommune legges det vekt på hovedutfordringene befolkningsutvikling, næringsutvikling, kommunikasjon og kommunens tjenesteproduksjon. Det vises til at det forebyggende helsearbeidet bør prioriteres for å redusere utvikling av livsstilssykdommer og kroniske lidelser i befolkningen. Kommuneplanen viser til at systematisk forebyggende helsearbeid er en utfordring for kommunen. Et av de seks overordna mål for Agdenes Kommune er å prioritere en samfunnsutvikling som sikrer livskvalitet og livsgrunnlag i dag og for kommende generasjoner.

Det finnes handlingsplan for FYSAK og flere delplaner i Agdenes kommune.

Halsa kommune:

Lokal prosjektleder for Halsa kommune sier kommunen har lite oppdaterte planer innen Helse og omsorg. Intensjonen er at dette skal revideres etter hvert som SIO – kommer lenger i prosess og tiltak er mer avklart.

I dag er ikke folkehelse eller helsefremmende tiltak en del av planverket i kommunen.

Halsa kommune har flere delplaner som plan for idrett og friluftsliv, landbruksplan, ruspolitisk handlingsplan og trafikkisikkerhetsplan med flere.

Hemne kommune:

I kommuneplanens samfunnsdel for Hemne kommune er det lite fokus på folkehelse. Det legges noe vekt på bedre helse og økt livskvalitet gjennom fysisk aktivitet. Handlingsplanen for FYSAK- Hemne beskriver en rekke tiltak for å legge til rette for- og motivere til en aktiv

livsstil. Det legges i et avsnitt vekt på at tjenestene innenfor helse og omsorg i Hemne, skal bidra til at den enkelte i størst mulig grad, blir i stand til å ta vare på seg selv. Videre vises det til at for å unngå at det forebyggende arbeidet i helsestasjonen blir nedprioritert, må tjenesten sikres tilstrekkelig med ressurser.

Det er flere sektorplaner i Hemne kommune som er tematiske planer som beskriver mål, satsningsområder og tiltak innenfor de ulike tjenesteområdene i kommunen. Det er plan for idrett og fysisk aktivitet, FYSAK-handlingsplan, ruspolitisk handlingsplan og plan for psykisk helsearbeid med flere.

Hitra kommune:

Kommuneplanen i Hitra består av en strategisk samfunnsdel og en arealdel der den overordnede disponering av kommunenes arealer fastlegges. I Hitra står det at kommuneplanens samfunnsdel på mange måter er kommunens ”politiske kompass”, som skal vise hvilken kurs kommunen skal ha. Kommuneplanens samfunnsdel har i Hitra seks hovedmål, hvor mål nummer fire er Hitra- med livskvalitet for alle. Flere av hovedmålene er relatert til folkehelse, og forankrer dermed helsefremmende arbeid i planverket. Hitra har flere delplaner som kommunale pleie og omsorgstjenester, reguleringsplan med flere.

Når det gjelder Helse i plan så har planavdelingen og helsetjenesten deltatt i felles kursing om Helse i plan og kravet om konsekvensutredning i den nye plan og bygningslovensom i regi av fylkeskommunen. Hitra kommune er i ferd med å rullere kommuneplanen og vil legge fram et strategidokument som inneholder hvordan denne rulleringen skal gjøres. I denne prosessen vil Folkehelse og helsefremmende tiltak gå som en rød tråd i alle områder av planen. Strategidokumentet er forankret administrativt hos rådmannen og vil bli forankret politisk før sommeren.

Frøya kommune:

Kommuneplanen for Frøya er delt inn i en samfunnsdel og en arealdel. Frøyas samfunnsdel har en klar hovedprioritering for planperioden (2008-2017); å tilrettelegge for næringsvekst. Overordnede mål i samfunnsdelen er et allsidig og bærekraftig næringsliv, tilflyttingskommune, utvikle kommunesenteret til kystby, en ledende oppvekst – og kulturkommune og å være god på offentlig service. Kommuneplanens samfunnsdel inneholder ikke folkehelse og har et magert avsnitt om omsorg. Dette er ikke en god samfunnsplan med tanke på folkehelseperspektivet. Dette er en samfunnsplan, med hovedfokus på næringsutvikling og befolkningsvekst.

Kommunen jobber med en omsorgsplan 2015, forventes å ferdigstilles høst 2011.

Rindal kommune:

Rindal kommune sitt overordnede plandokument er Kommuneplanens samfunnsdel. Den beskriver hvilken retning kommunen ønsker at Rindal skal utvikle seg i og hvordan kommunen i fellesskap skal kunne nå målsetningene. Kommuneplanen heter; ”Rindal-tid til å leve”. I samfunnsdelen legges det størst vekt på å få snudd den negative befolkningsutviklingen i Rindal kommune. Folkehelse er ikke en del av kommuneplanens samfunnsdel. I omsorgsplanen for kommunen er folkehelse et eget avsnitt, hvor det legges vekt på at det skal være større fokus på folkehelsearbeidet i kommunen, med flere leveår med god helse for innbyggerne.

Rindal var med i Helse i plan prosjektet i Møre og Romsdal i forbindelse med omsorgsplanlegging. Kommunen la derfor vekt på folkehelseperspektiver i omsorgsplanen.

Der er flere delplaner i Rindal kommune som kultur, komunalteknisk og omsorgsplan med flere.

Skaun kommune:

Skaun kommune jobber med en helse, omsorgs og mestringsplan, en videreføring og utvidelse av dagens pleie- og omsorgsplan. Planen er en delplan i Kommuneplanen, og vil, slik det ser ut nå, også inneholde temaet folkehelse.

Det står ingen ting om folkehelse i kommuneplanen i dag. Har noen delplaner som går indirekte inn på folkehelseområdet, men prosjektleder for Skaun Kommune sier at heretter må kommunen bli mye tydeligere mht folkehelseperspektivet.

Skaun kommune har flere delplaner som barne og ungdomsplan, psykiatriplan, og ruspolitisk handlingsplan med flere.

Snillfjord kommune:

I Snillfjord Kommune sine kommuneplaner er det lite om folkehelsearbeid. I følge prosjektleder for Snillfjord kommune er helse i plan sentralt i kommunens nye planstrategi. Det er flere delplaner i Snillfjord kommune som økonomiplan, rehabiliteringsplan med flere.

Surnadal kommune:

I Surnadal kommune er det ønskelig at Kommuneplanens samfunnsdel skal være et overordna utgangspunkt og at det skal være den planen der nye satsningsområder synliggjøres først. Men i

mange tilfeller er det slik at det tar tid før nye satsningsområder kan forankres i samfunnsdelen. I Surnadal kommune ble samfunnsdelen rullert i 2009. Derfor måtte kommunen arbeide med å få inn folkehelsetenkningen i andre planer som var under rulling før samfunnsdelen (2009) ble vedtatt.

Folkehelse er nevnt med et lite avsnitt i kommuneplanens arealdel fra 2007. Der står det at folkehelseperspektivet skal hensyntas ved arealplanlegging og bruk. Prosjektleder for Surnadal kommune sier at dette vil se annerledes ut etter ny plan og bygningslov og ved ny rulling av arealdelen.

Surnadal kommune har hatt som mål med prosjektet Helse i plan å innarbeide folkehelsetenkningen i alt kommunalt planverk og at administrasjon og politikere tenker folkehelse i det daglige arbeidet.

I Surnadal kommune skal det forebyggende arbeidet basere seg på å bygge gode og robuste nærmiljø og lokalsamfunn. Kommunen ser at det er både menneskelig og økonomisk mer lønnsomt å forebygge og å komme fram til helsefremmende tiltak enn å reparere.

I 2005 ble kommunen med i pilotprosjektet som partnerskapskommune sammen med fylket og 3 andre kommuner i Møre og Romsdal. Gjennom å delta i dette prosjektet hadde kommunen et ønske om å forankre tiltak for bedre folkehelse i kommuneplanen og annet planverk etter Plan- og bygningsloven.

Surnadal kommune har flere delplaner som handlingsplan for fysisk aktivitet, omsorgsplan og kulturplan med flere.

Oppdal kommune:

Samfunnsdelen til Kommuneplan for 2010 – 2025; ”Det gode liv- i ei attraktiv fjellbygd” legges det vekt på at Oppdal kommune sin viktigste oppgave og målsetning er at alle skal oppleve god livskvalitet. Kommuneplanen peker på tre kritiske suksessfaktorer for å kunne lykkes med målet om god livskvalitet for innbyggerne i Oppdal, de tre kriteriene er folkehelse, omsorg og stedsutvikling. Kommuneplanen har et eget avsnitt for Folkehelse, hvor målet er å skape gode forutsetninger for at alle skal kunne ta ansvar for egen helse. Dette er en god kommuneplan hvor livskvalitet er grunnlaget for hele planen. Planen er oversiktlig og konkret, hvor folkehelseperspektivet er svært godt ivaretatt.

I følge prosjektleder for Oppdal er det på denne måten Oppdal kommune tenker å få realisert Helse i Plan. Det å la livskvalitet være hovedmålet for hele kommuneplanen.

Kommunen har flere underliggende delplaner som omsorgsplan, trafikksikkerhetsplan, klima og energiplan, kulturplan, rusmiddelpolitisk handlingsplan og boligsosial handlingsplan med flere.

Meldal kommune:

Kommuneplanen er den overordnede delen av handlingsprogrammet i Meldal kommune. Det finnes flere Delprogrammer som Plan for idrett og fysisk aktivitet, trafikksikkerhetsplan, utviklingsplan med flere.

Ift "Helse i plan", så skal samfunnsdelen i kommuneplanen, revideres neste år. I år revideres arealdelen. I nåværende plan for Meldal kommune som er vedtatt i 2001 er ikke folkehelse en del av planen, men kommunen har planer om å sette fokus på folkehelse i neste plan. Kommunen legger vekt på Fylkesmannens signaler om at helse skal gå igjen som en rød tråd i alle planer. Meldal kommune har tatt kontakt med Grethe Bakke Hoem hos Fylkesmannen for rådgivning under revideringen av kommuneplanens samfunnsdel.

Rennebu kommune:

I Rennebu kommune er kommuneplanen delt opp i samfunnsdel og arealdel i tillegg til delplaner. Samfunnsdelen er overordnet for hele kommunens virksomhet og klargjør prioriterte satsningsområder. Det er laget en særdeles god samfunnsplan med fokus på livskvalitet og folkehelse for Rennebu kommune. Denne er kortfattelig, lett å forstå og har en rød tråd som omhandler livskvalitet og livsgrunnlag i dag og for kommende generasjoner. I et av satsningsområdene for kommunen legges det vekt på at innbyggerne skal stimuleres til god helse og at det skal tilrettelegges for god folkehelse i kommunen. Helsesøster i kommunen jobber med en folkehelseplan for kommunen. Rennebu kommune er ikke med i Helse i Plan prosjektet via Fylkeskommunen, men jobber med å få folkehelse med i alle tverretatlige planer, jfr. samfunnsdelen av kommuneplanen.

Rennebu kommune har flere delplaner som trafikksikkerhetsplan, beredskap, energi- og klimaplan, idrett og fysisk aktivitet, omsorgsplan og ruspolitisk handlingsplan med flere.

Det er i første rekke kommunene som er pålagt ansvar for folkehelsearbeidet, selv om det har vært tradisjon for statlige tiltak på dette feltet. Kommunens folkehelseansvar er å forebygge smittsomme sykdommer, legge til rette for trygge og helsefremmende miljøer og å stimulere innbyggerne til en sunn livsstil. Forventningene til kommunenes folkehelsearbeid er omfattende. I følge rapporten Folkehelsearbeidet- veien til god helse viser evalueringer at det er stor variasjon mellom kommunene. Noen kommuner ivaretar sitt ansvar på en svært god

måte, gjennom politisk oppmerksomhet og forankring. Mens andre kommuner sliter med manglende oversikt, politisk forankring og lav økonomisk prioritet. Rapporten viser også til at et gjennomgående trekk er at kommunene ikke ser at folkehelsearbeidet angår hele kommunens virksomhet. Det vises også til at det er manglende kunnskap om kommunenes lovpålagte folkehelsearbeid (kommunetjenesteloven § 1-2, 1-3 og 1-4).

Folkemøter:

Det ble i folkemøter notert ned innspill i fra innbyggerne. Av alle de konstruktive innspillene som kom i folkemøtene retter mange av innspillene seg mot helsefremmende tiltak. Her noen av de innspillene som kom i flere av kommunene:

- Forebyggende arbeid må prioriteres høyere
- Frivillighetsarbeid må settes i system og gis status (partnerskap)
- Større ansvar for egen helse
- Nærhet er viktig

RESSURSOVERSIKT

Folkehelsestillinger:

Det er ikke krav til kommunene om å ha Folkehelsekoordinator eller FYSAK-koordinator eller lignende stillingsandeler innenfor folkehelse. Men det anbefales fra Helsedirektoratet at kommunene oppretter slike stillinger for å styrke den tverrsektorielle innretningen på kommunenes folkehelsearbeid og å styrke den politiske forankringen. Viktige områder innenfor slike stillingsandeler er ivaretagelse av helsehensyn i kommunale planer og bred forankring av folkehelsearbeidet i kommunen og lokalsamfunnet.

I tabellen under er det en oversikt over stillingsandeler for hver enkelt kommune i SIO som går direkte på folkehelse; stillinger som FYSAK- koordinator, Folkehelsekoordinator, Frisklivsstillinger og evt. andre stillinger som jobber direkte med folkehelse. Stillingene som er registrert her er øremerket folkehelse og stillingsandelen brukes til dette. Dette er faste stillinger som ikke er basert på prosjektmidler av kortere varighet.

Kommune	Folkehelsestilling	Kommentar	Innbyggertall 2010
Rennebu Kommune	20% FYSAK-koordinator	Har søkt om økning i budsjett til frisklivssentral.	2622
Orkdal Kommune	30 % FYSAK-koordinator		11 276
Agdenes	10 % Folkehelsekoordinator og FYSAK-koordinator uten fastsatt stillingsandel		1719
Frøya	Ingen folkehelsestilling		4314
Halsa	Ingen folkehelsestilling	Dette kommer opp som et eventuelt tiltak når tiltak skal prioriteres for budsjett 2012. Folkevalgte er positive til dette tiltaket og ønsker og sette av midler til dette for neste budsjettår.	1650
Hemne	FYSAK-koordinator		4207

Hitra	30 % FYSAK-Koordinator 50 % Folkehelsekoordinator	50 % Folkehelsekoordinator ble vedtatt i 2011	4256
Meldal	FYSAK-koordinator uten fast stillingsandel	Liten prosjektstilling inn i overvektsprosjektet ved St. Olavs H.	3920
Oppdal	30 % FYSAK-koordinator	Spesialsykepleier i samfunnsmedisin i 90 % stilling som arbeider tett med kommunelege 1 i 20 % stilling.	6603
Rindal	50 % Folkehelsekoordinator		2041
Skaun	Ingen Folkehelsestilling	Ledende helsesøster er folkehelsekoordinator i kommunen, men vi har ikke satt noen stillingsandel på denne funksjonen.	6626
Snillfjord	20 % FYSAK-koordinator		998
Surnadal	50 % Folkehelsekoordinator		5956

MÅLEPARAMETRE, SÅRBARHETSANALYSE , BEHOVSKARTLEGGING I KOMMUNENE OG TILTAKSOVERSIKT

Måleparametre for folkehelse i kommunene:

Kategori 1: Innebærer begrensede eller fraværende tjenester/tilbud i egen kommune, som kommunen bør organisere selv. Eksempler fra Kateogori 1:

- Folkehelsekoordinator
- Frisklivssentral
- Helse i Plan
- Samhandling – kompetanseutveksling på tvers av fag og tjenesteområder
- Samarbeid med lag og organisasjoner
- Kompetanse
- Kartlegging av folkehelsearbeid i kommunen
- Folkehelsearbeidet sårbart i konkurranse med store tunge kommunale helse – og omsorgsoppgaver
- Folkehelsearbeidet blir i stor grad oppfattet som et ansvar for helsetjenestene
- Utfordringer med å få til det brede samfunnsengasjementet
- Kunnskapsbasert kompetanse, forskning
- Politiske folkehelsestrategier
- Folkehelse (helsefremming, forebygging og universell utforming)

Kategori 2: Innebærer de tjenesteområdene hvor kommunen mener det bør vurderes muligheter for interkommunalt samarbeid. Eksempler fra Kategori 2:

- Kompetanse (Diabetes, KOLS, Overvekt, Rus)
- Kunnskapbasert kompetanse, forskning
- Frisklivssentral, interkommunale tilbud/tiltak
- Helse i plan
- Folkehelsekoordinator
- Fagnettverk
- Forebyggende tiltak i kommunene:

Kommunene har gitt en beskrivelse av de 4 viktigste forebyggende tiltak i sin kommune. Her er eksempler på kommunenes viktigste forebyggende tiltak:

- FYSAK
- Aktivisering av eldre
- Tirsdagstreff
- Tur/trim grupper, helsesti
- ICDP grupper/foreldreveiledning
- MOT-kommune
- Aktivitetstilbud i ferier for barn og unge i skolealder
- SLT-gruppe/trygghetsråd, involverer også ikke kommunale tjenestetilbydere
- Videreføring overvektsprosjekt
- Tigris, Premis – rusforebyggende samarbeid
- Jenter i fokus, der jenter i 7. og 8. blir veiledet i fysisk aktivitet og kosthold
- Livsmestring for elever i grunnskole og i videregående skole
- Frivillighetssentralen

- Livsstilsgrupper
- Folkehelsekoordinator

Dette gir et bilde av at det gjøres mange og ulike helsefremmende tiltak i kommunene. Dette er tiltak som er basert på erfaring og tradisjon og er i liten grad kunnskapsbasert og evaluert. Det er et mål for folkehelsearbeidet i kommunene at det skal bli mer kunnskapsbasert. Folkehelserelevante tiltak skal evalueres i forhold til effekt på helse, helsefordeling og økonomi.

Styrking av folkehelse tiltak/tilbud i kommunene:

Lokale prosjektleder i SIO har jobbet med hvilke områder det er behov for å styrke i kommunene. Det er i dag ulik grad av behov i kommunene. Lokale prosjektledere har kommet frem til enkelte delområder innen folkehelsearbeidet som de fleste kommuner har behov for å styrke:

- Folkehelse og helsefremmende arbeid
- Ansettelse av Folkehelsekoordinator
- Opprettelse av Frisklivssentral
- Ungdommer med psykisk problemer
- "Foreldreveiledning", Helsefremmende tiltak rettet mot hele familien
- Helsefremmende tiltak relatert til livskvalitet
- Forskning
- Fagnettverk
- Kompetanseheving
- Samhandling
- Utvikle strategier for helsefremmende arbeid

Regionale folkehelseoppgaver:

Lokale prosjektledere i SIO har sett på mulige Regionale folkehelseoppgaver:

- Utarbeidelse av regional modell for frisklivssentral, frivillighetsarbeid, helse i plan og lærings og mestringscentre.
- Nettverksbygging, fagnettverk og kompetanse.
- Forskning

Folkehelse tiltak skissert ut i fra kommunebesøk, sårbarhetsanalyse, lokale prosjektledere og ståstedanalyse:

Tiltak: Videreutvikle interkommunalt samarbeid innen folkehelse tilbudet, og spesielt vedrørende helsekartlegging, frisklivssentraler, lærings og mestringscentre, kompetanse, forskning og fagnettverk.

Tiltak: Økte ressurser og stillingsandeler i folkehelsearbeidet. Kommunal og interkommunal/Regional Folkehelsekoordinator. Opprettelse av kommunale Frisklivssentraler og Lærings og mestringscentre.

Tiltak: Kompetanseheving, forskning og evaluering av tiltak. Lage systemer for kompetanseheving og knytte kontakter til forskningsmiljøer med tanke på fremtidig forskning

Tiltak: Styrke frivillige lag og organisasjoners rolle i folkehelsearbeidet. Partnerskapsavtaler og forpliktende samarbeid.

Tiltak: Forankre folkehelsearbeidet i kommunene politisk og i plan- styringssystemer.

Tiltak: Videreføre Helse i Plan, slik at kommunenes overordnede planer fremmer befolkningens helse og motvirker sosiale helseforskjeller.

SENTRAL KUNNSKAP VI KAN BASERE VÅRE RÅD OM FOLKEHELSEARBEID PÅ.

Ralph L. Keeney skriver i en artikkel (2008) at det er feil at det er de store sykdomskategoriene som tar flest liv tidlig i dag, han hevder at det er menneskenes dårlige valg som gjør det. De velger å kjøre for fort, de velger å la være å drive fysisk aktivitet, de velger feil kosthold etc. og samlet er det dette som medfører både dårlig helse, sykdom og død. Dette er et utgangspunkt, mens andre mener at de folkehelseproblemene vi har i dag ikke kan tilskrives den enkeltes valg, eller i alle fall ikke alene, men at det er symptomer på det samfunnet vi lever i.

Det er i dette litt uklare feltet at en helt ny forskningstradisjon nå vokser fram, forskning på hvilke helsefremmende tiltak og folkehelseiltak som faktisk har effekt på helsa i befolkningen.

Forskning på begrensede settinger der helsefremmede arbeid er utprøvd, er mangelfull (Oldervoll og Lillefjell, 2011), når det gjelder forskning på helsefremming i hele kommuner og lokalsamfunn er den omtrent fraværende. Dette er delvis fordi det i så lang tid har vært uttalt at det omtrent er umulig å drive forskning på hva som virker og ikke virker her. Det finnes imidlertid noe forskning som ikke har hatt hele lokalsamfunn som datainnsamlingsområde, men som omhandler spesifikke trekk ved deler av lokalsamfunnet.

En viktig innfallsvinkel til hvordan en skal drive lokalbasert helsefremming er forskning på livskvalitet, men også her er forskningen i hovedsak enten knyttet til forskning på grupper eller enkeltindivider, og da så fragmentert at det er vanskelig å gjøre slutninger direkte til hele lokalsamfunn. Forskning på livskvalitet i en hel befolkning er svært begrenset, og vi har ikke funnet forskning hvor en har fulgt samfunn over tid. I Norge skal det skje en endring på dette, for i vårsesjonen i Stortinget i 2009 bestemte stortinget at befolkningen i Norge skal følges på sin utvikling av Brutto Nasjonal Livskvalitet (BNLK) på samme måte som når det gjelder Brutto Nasjonalprodukt (BNP).

Det finnes tre hovedperspektiver både for folkehelsearbeidet og for forskning knyttet til dette. Disse er det individuelle perspektivet, gruppe perspektivet, og lokalsamfunnsperspektivet. Med lokalsamfunnsperspektivet menes at en skal ha tiltak som når hele befolkningen best

mulig. Sett i folkehelsearbeid kan det være tiltak som trygging av trafikken, bedring av bomiljøer, gode fritidsmuligheter etc.

Gruppeperspektivet tar for seg mindre enheter i befolkningen som har et eller flere trekk felles. En mulig målgruppe kan være mennesker som lever i risikosone for rusproblematikk, det kan være overvektige, eller det kan være eldre som bør komme seg ut i samfunnet og delta der.

Med individperspektivet, som sjeldnere benyttes i folkehelsearbeid, er at det er den enkelte med et eller annet kjennetegn, som blir målgruppe. Dette kan være enkeltmennesker som trenger lavterskeltilbud der de kan møte en rådgiver for å få helseråd, det kan være enkeltforeldrepar som møter på helsestasjonen med usikkerhet knyttet til barnas oppvekst, eller det er enkeltmennesker som får et treningsopplegg hos fastlegen sin.

Det vanligste innenfor folkehelsearbeid er å tenke på hvordan helsa skal bedres hos alle i lokalsamfunnet, dvs. Helse i alt vi gjør. For å få til dette er det imidlertid som oftest nødvendig å se på de ulike settingene som menneskene er i og hvordan de skal nås som gruppe og hvordan de skal nås som enkeltindivider. Under vil vi se på forskning som tar for seg disse ulike settingene og perspektivene. Det er også nødvendig å se på hvordan en skal nå menneskene i lokalsamfunnet. Så arenaer er også viktig, for arenaer gir muligheter for kommunikasjon, informasjon og relasjoner.

Samfunnsperspektivet innenfor folkehelse dreier seg ofte om hva en kommunes politikere og lokale administrasjon kan bidra med for å bedre helsa i befolkningen, og å minske forskjeller i helse mellom deler av befolkningen. Men det dreier seg også om hva frivillig sektor gjør i samfunnet og hva brukerorganisasjoner bidrar med. Få lokalsamfunn har en koordinert innsats fra det offentlige og det frivillige. Det er mer eller mindre tilfeldig hva som blir organisert og eventuelt utført i samarbeid.

HVORDAN DRIVE ET EVIDENSBASERT FOLKEHELSEARBEID.

Som allerede påpekt vil den nye Folkehelseloven og Helse- og omsorgsloven stille langt strengere krav til at praksis skal være basert på ”evidens” – forskningsfrembrakt kunnskap – enn hva tilfellet er i dag. Det er derfor viktig at når en setter i gang nye tiltak innefor folkehelseområde at en har en god kunnskapsbase. Deretter må en velge ut målområder, basert på den kunnskapen en har om helsa i eget lokalsamfunn, sette inn tiltak, evaluere disse og benytte den nye kunnskapen som kommer fra evalueringen til å bedre praksis.

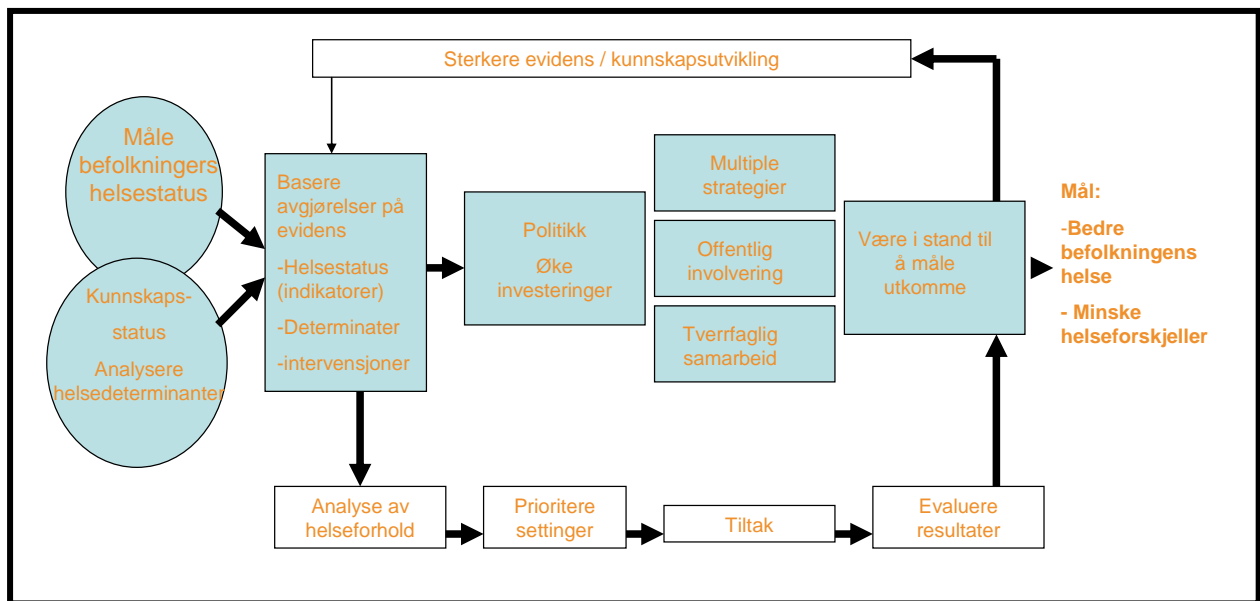
I avsnittet under følger en beskrivelse av hvordan kommunene kan drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kravene til godt folkehelsearbeid er at en ved avslutning av et spesifikt tiltak eller en bredere satsning på folkehelsearbeid skal kunne si noe sikkert om en har nærmet seg de ultimate målene for slikt arbeid: Bedret helse i befolkningen og minskede helseforskjeller.

Beslutningstakerlinjen og tiltakslinjen

Vi vil her presentere en modell for hvordan en kan arbeide for å evidensbasere folkehelsearbeidet i SIO. Modellen er basert på en modell for folkehelsearbeid presentert i boken ”Health Promotion and Quality of Life in Canada” (Raphael, 2010). Den underliggende tanken er at kunnskapsbasert folkehelsearbeid skal inneholde en ”oppad strebende” spiral hvor dagens praksis avløses av stadig bedret og mer kunnskapsbasert praksis.

Modellens ”sentrale” linje beskrives av de elementene som skal inngå i arbeidet for planleggere, administrasjon og beslutningstakere. Her vil vi i det videre benevne denne linjen for beslutningstakerlinjen.

Figur 1: En modell for hvordan en skal klare å evidensbasere folkehelsearbeidet i Orkdalsregionen.

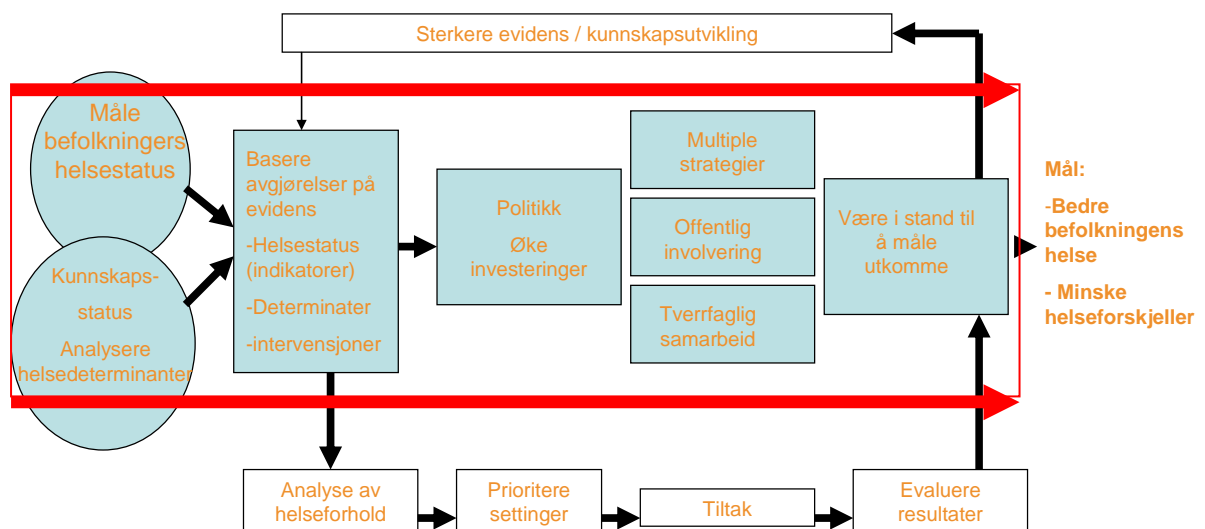


Som en ser i modellen har den to hovedsiktemål. Å bedre befolkningens helse, samt å minske helseforskjeller i befolkningen.

Under vil vi beskrive hovedelementene i prosessen for godt folkehelsearbeid.

Beslutningstakerlinjen

Figur 2: Hva som skal foregå i den beslutningstakerinjen.



Beslutningstakerlinjen som bør følges i folkehelsearbeidet, og som klargjøres ytterligere i omtalt nytt lovverk. Plan- og bygningsloven, som er kommunenes planlov sier klart fra hvilke planer en kommune skal ha. Alle vedtak skal være forankret i kommuneplanen som består av

rullerende handlingsplaner. Planverket inneholder både en samfunnsdel – som beskriver hvordan politisk ledelse vil at lokalsamfunnet/kommunen skal utvikle seg, og setter klare mål og legger mer eller mindre detaljerte planer for hvordan – og en økonomisk del som legger på plass ressursrammene for at dette skal være mulig. Alt større utviklingsarbeid i en kommune skal forankres i disse planene.

Planene har flere formål, det skal være en stabil ramme for både det politiske og administrative arbeidet. Mens politikere, og administrasjon for så vidt, skiftes ut, så består kommuneplanen som en kontinuitet for arbeidet i kommunen. Et kommunestyre kan selvfølgelig til enhver tid bestemme seg for å fravike planen, men å holde seg til planverket sier noe om det langsiktige arbeidet i kommunen. Mange vil også betrakte kommuneplanene som en ”kontrakt” mellom kommunens ledelse og befolkningen. Befolkningen skal kunne ha en langsiktighet i forståelse av det kommunale arbeidet, og også kunne forholde seg til det når de legger planer for egen framtid. For å lykkes er det altså helt nødvendig med både god politisk og administrativ involvering i folkehelsearbeidet.

Under vil vi gå gjennom hovedelementene i dette arbeidet. I denne gjennomgangen vil begrepet **indikatorer** bli brukt ofte. Indikator kommer fra verbet indikere som betyr ”å an vise, angi”. Man bruker indikatorer for å an vise eller angi forhold som er for kompliserte eller for kostbare å måle direkte. En indikator skal kvantifisere forhold: den skal altså angis i målbare størrelser. For å gi et tydelig og pålitelig signal må en indikator være mest mulig objektiv, altså entydig og personuavhengig. Helse kan ikke måles direkte – derfor brukes indikatorer. For oss er det i tillegg viktig at vi bruker indikatorer til å måle forhold som det er mulig å gjøre noe med.

Gjennomgangen av elementene vil i all hovedsak forholde seg til modellen som er presentert.

Det viktigste i starten på et kunnskapsbasert helsearbeid er å bli enige om helseindikatorer. Hva er de viktigste indikatorene for god helse? Dette er viktig å fastslå hvis en skal følge befolkningens helsestatus, så må de samme indikatorer måles gjentatte ganger for å se på utvikling. Da er det viktig at det er etablert indikatorer på helse som er til å stole på. Disse indikatorene må være slik at en både får målt en sikker helsestatus, men også er i stand til å se på forskjeller i helse individer, grupper og samfunn mellom. Først når en får det til er slike indikatorer nyttig for å beskrive helsesituasjonen, og som underlag for beslutninger. Det er et

krav til gode helseindikatorer at de også skal kunne bidra til å fastslå sammenhenger mellom det samfunn, den gruppe individene inngår i og deres helsestatus.

De indikatorene som bestemmes i arbeidet over må også inneholde muligheter for å måle på de ulike faktorene som en mener inngår som *bestemmende* for helsa i en befolkning eller gruppe. Dermed kan en få til å se på interaksjonen disse faktorene mellom, samt på se på hvilke faktorer som hører sammen med hvilke helseforhold.

Basere beslutninger på evidens.

Evidens er det sikreste anslaget vi kan gi på et årsaksforhold eller en sammenheng, eller det beskriver et kunnskapselements sikkerhet. Å evidensbasere praksis vil si å basere praksis på den sikreste tilgjengelige kunnskapen om et fenomen, felt eller tiltak. Når en skal beskrive evidens, slik som i dette tilfellet for folkehelse, så er det viktig at en beskriver sikkerheten i kunnskapen som inkluderes. Det må derfor beskrives hvordan en har ekskludert eller inkludert kunnskap i det som skal kunne bli et beslutningsrunnlag for evidensbasert praksis.

Det er også viktig at en benytter seg av en rekke typer kunnskap. Det er med andre ord viktig for planleggeren, policy-lageren, eller beslutningstaker å vite hvor sikker den kunnskapen en baserer seg på i sitt arbeid er.

Anvendelse av multiple strategier.

Det er slik det beskrives over, viktig og nødvendig å se på hva som gir best resultat. Å bruke multiple strategier for folkehelsearbeidet betyr, at det er nødvendig å anvende ulike strategier, hvor en ved hjelp av en systematisk kunnskapsgjennomgang, identifiserer de strategier som har vist seg å ha god effekt, for så å benytte disse for å øke effekten.

Samarbeid på tvers av sektorer og nivå.

Å få engasjert alle som er partnere i folkehelsearbeidet er viktig. Dette er viktig for å etablere et delt verdsett i arbeidet, men også for å lage en plattform for forståelse av hva som er hensikten med arbeidet. I arbeidet med dette bør det etableres konkrete målsettinger og synlige resultatindikatorer for arbeidet. Det er ofte også viktig å identifisere en som kan være det gode eksemplet, ofte hjelper det å ha en person som går foran.. I denne prosessen må det investeres ressurser i å lage gode allianser i arbeidet på tvers av sektorer og nivå. Det er også viktig at en klarer å skape en deling av ledelsesoppgavene i arbeidet.

Ta i bruk ulike mekanismer for offentlig involvering.

Det finnes ulike måter å gjøre dette på. Det er viktig å fange interesse til publikum og det offentlige. Media kan spille en avgjørende rolle for at en får den interesse som trengs for gjennomføring. Dette kan for eksempel gjøres ved å involvere media i å drive opplysningsvirksomhet, ikke bare om tiltakene – men også om helse generelt og hva som skal til for å bedre helse.

Begrunnelse for helseutkomme.

Det er viktig å kunne anslå endringer i helse i befolkningen over tid og å kunne ha beregninger på hvor mye som kan tilskrives tiltakene som settes i verk som ledd i et bevisst folkehelsearbeid. Dette kan ikke gjøres uten at en har gode og presise metoder.

Det som skiller denne måten å drive folkehelsearbeid på fra slik det er blitt drevet før, er den strenge systematikken i arbeidet som skal lede til at en både kan ha et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, men også sikrere kan gjøre estimater av resultater knyttet til ulike tiltak på området.

Det andre som skiller seg fra et mer tilfeldig helsearbeid er at en i denne tilnærmingen stiller krav til evalueringer.

I fortsettelsen vil vi vise hvordan man kan jobbe kunnskapsbasert når det gjelder valg av tiltak og evaluering.

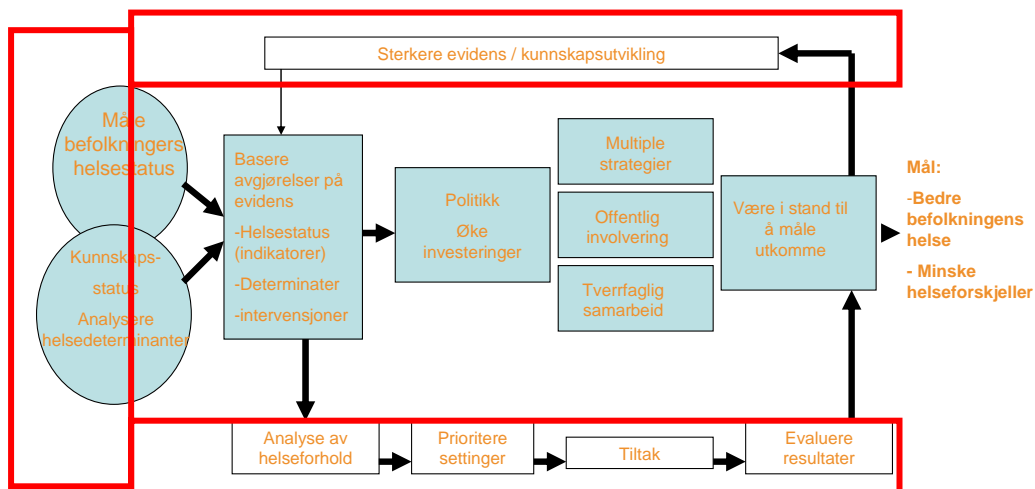
Tiltaks-evalueringlinjen.

I denne ”linjen” er hovedfokus hvordan en forskningsmessig skal kunne bidra til et best mulig beslutningsgrunnlag for folkehelsearbeidet og derigjennom et mest mulig evidensbasert folkehelsearbeid. Videre handler det om hvordan forskning skal kunne bistå gjennomførerne slik at en får sikrest mulig evidens for stadig å gjøre arbeidet sikrere og bedre. Gjennomførerne er per i dag en broket forsamling, litt forskjellig fra kommune til kommune. Her vil det finnes helsesøstre, kommuneleger, fastleger, miljørettet helsevern, frisklivsentraler, folkehelsekoordinatorer, FYSAK- koordinatorer og også andre aktører. Det som er felles i alle kommuner er at de har et frivillig apparat.

Det finnes i dag anbefalinger om hvordan evalueringer på helsefremmende arbeid skal gjennomføres. Rapporten Evaluation in health promotion som WHO gav ut i 2001 tar dette for seg (Rootman m.fl. 2001) uten at det så langt har hatt veldig stor innvirkning på forskning på helsefremming i vårt land.

Som en ser i modellen som vi benytter, har den to hovedsiktemål. Å bedre befolkningenes helse, samt å minske helseforskjeller i befolkningen. Dette må gjøres gjennom en prosess basert på god kunnskap om kunnskapsbasert folkehelsearbeid, samt gjennom godt samarbeid mellom de ulike deltakerne i prosessen; politikere må ville det og prioritere det, kommunebyråkratiet må få dette som oppgave, frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner må inngå i planlegging og gjennomføring. Og i tillegg må naturlige private (bedrifter, fylkeskommunale (videregående skoler, fylkeskommunens administrasjon) og statlige (politi, NAV etc.) spille med for å få til et godt folkehelsearbeid. De elementene som tilhører denne "linjen" er i modellen under identifisert innefor de røde rektanglene.

Figur 2: Tiltaks – evalueringslinjen



Kommunens helsestatus.

Helt til venstre i modellen over beskrives det at en må skaffe seg god oversikt over den kommunale helsetilstanden og status i det folkehelsearbeidet som drives. En må også analysere hvilke forhold som er viktigst å ta tak i. Hva er det som påvirker folkehelsen i vår kommune, og hvordan kan vi arbeide med disse forholdene.

For å finne status på et område, kreves en statuskartleging om hvordan helsa er i den enkelte kommune, samt en kunnskapsstatus for de konkrete områder en med bakgrunn i kunnskapen om kommunens helsetilstand vil arbeide spesielt på, ofte også kalt settinger.

En kommunes helsestatus kan kun fastsettes ved å samle kunnskap om en rekke ulike forhold på individ, gruppe og samfunnsnivå. I dag finnes det data fra Statistisk Sentralbyrå som kan hentes ut som indikerer helsetilstanden i kommunen. Det problematiske med disse data for å starte et kunnskapsbasert folkehelsearbeid er at de i hovedsak beskriver sykdomstilstander, sykdomsforekomster etc. Noen viktige tall, spesielt på bruk av midler på et område, vil en også finne i kommunenes eget system, KOSTRA, som drives av Statistisk Sentralbyrå for å kunne framskaffe sammenlignbare tall kommunene mellom.

Helsedirektoratet har sett utfordringene og arbeider nå med å finne "helseindikatorer" som kan beskrive helsebildet, som kommuner kan benytte når de skal måle hvordan befolkningen eller deler av denne har det helsemessig, og hvor en vil følge utviklingen gjennom gjentagne målinger. Det er også viktig at disse indikatorene skal være så konkrete at det er noe å ta fatt i når en vil bidra med å påvirke utviklingen av helse og livskvalitet for befolkningen generelt, eller spesifikke grupper. Ved å gjøre slike surveyer med noen års mellomrom vil kommuner ha et effektivt mål på helseutvikling. De vil kunne benytte denne kunnskapen til å i verksette målrettede tiltak mot de grupper eller i de settinger som vurderes å være mest nødvendig og/eller hensiktsmessig.

I slike kunnskapsinnhentinger er det viktig å påpeke at surveyer ikke er, og heller ikke bør være, den eneste måten å skaffe seg informasjon om befolkningens helse på. Men det er sannsynligvis den mest effektive, og som kan ha et kontinuerlig forløp, ved at kommunen bestemmer seg for at slik informasjon skal hentes inn for eksempel hvert tredje år og inngå i en benchmarking-prosess.

Når en arbeider med slike kommunale eller fylkeskommunale, eller for den saks skyld nasjonale, spesifikke kunnskapsoversikter er det viktig å ta flere midler i bruk som kan bidra med komplementær kunnskap. Det være seg spesifikke mindre undersøkelser rettet mot administrasjon, brukere, brukerorganisasjoner, tredje sektor etc. Det er mulig også da å bruke slike kvantitative mindre datainnsamlinger, men like ofte vil en ønske å benytte andre måter å skaffe kunnskap på som personlige kvalitative intervjuer eller fokusgrupper. De siste har det til felles at de ikke bare vurderer mengde og tilstedeværelse, men også er sterkere til å få fram

valører i kunnskapen. Ofte vil slike kunnskapsoversikter komme enda mer til sin rett når vi starter med arbeidet i settinger og grupper. Da er det viktig å komme tett inn på den eksisterende kunnskapen i kommunen og få denne ut i en slik form at det er konkret og nyttig å arbeide videre med.

Når en har en oversikt over helsetilstanden og dermed kan velge ut områder som en mener det bør arbeides spesielt med, trengs det en skikkelig kunnskapsoppsummering om hva det er som har fungert eller ikke fungert på nettopp de områdene (settingene) en velger å arbeide videre med.

Kunnskapsoppsummering

Kunnskapsoppsummeringen en vil gjøre har til hensikt å vurdere og å oppsummere tilgjengelig kunnskap på fagområdet. Dette for å gi et mest mulig helhetlig bilde av kunnskapstatus, bidra til eventuell ny kunnskap, men også kunne peke på eventuelle kunnskapshull og vise vei for videre arbeid.

For å lage gode kunnskapsoversikter forutsettes det at fagområdet er klart definert og avgrenset, og at man har klare utvalgs-kriterier. Dette er spesielt utfordrende innen folkehelseområdet. For ikke å ekskludere viktig kunnskap på folkehelseområdet, kreves en bred samfunnsvitenskapelig tilnærming, hvor kvalitative og kvantitative tilnærminger sidestilles.

For å systematisere og favne kunnskapstilfanget på folkehelseområdet og i tilknytning til kommunale satsninger har Senter for Helsefremmende forskning HiST/NTNU valgt å definere kunnskapen ut i fra ulike nivå av evidens; nivå 1 (lavest evidens) - nivå 4 (høyest evidens).

1. Oversikt over sentrale føringer, styringsdokumenter og lovverk
2. Upubliserte rapporter/oversikter i kommunene, egne rapporter på ulike typer folkehelseiltak
3. Publiserte og tilgjengelige rapporter, bøker med mer
4. Vitenskapelige artikler publisert i fagfellesvurderte norske og internasjonale tidsskrift

I tillegg til det som nevnes over er det vanlig at det gjøres spesifikke kunnskapsinnhentinger fra kunnskapsbesittere i kommunen selv. Dette kan til eksempel være fokusgruppeintervju med sentrale personer i frivillighetsarbeid, skole, helsevesen etc. Men det kan også være mindre spørreundersøkelser eller surveyer.

Beslutninger om innsatsområder/valg av settinger.

Når beslutningskunnskapen er på plass er det viktig at det politiske nivå blir ordentlig orientert og at de neste skrittene har en skikkelig forankring i styret (i de fleste tilfellene kommunestyret). Det politiske organ som skal ta beslutninger i forhold til ressursbruk må vite hva de gir seg ut på. Selv om det nå er tydeliggjort i lovverket at en skal tenke ”helse i alt vi gjør”, så kan de ulike kommunestyrene ha ulike prioriteringer de skal ta hensyn til. Det er derfor viktig at de saksframlegg som fremmes har en klar og tydelig beskrivelse av hva de neste trinnene kan være. Slike beslutninger vil uvilkårlig medføre økt ressursbruk og satsningene må sikres gjennom god forankring i politisk ledelse.

Tiltak.

Med basis i det arbeidet som er gjort i punktene over. Og spesielt med utgangspunkt i 5.1.1.c. velges det tiltak. Det er viktig at disse tiltakene er skreddersydd for settingen og hva en ønsker å oppnå. Tidligere ble tiltak nokså tilfeldig valgt. Men med en slik systematikk som det legges opp til her, vil en være i stand til å velge tiltak som passer den lokale settingen, og som en har kunnskaper om at har hatt effekt i andre sammenhenger. Det er også vesentlig at en arbeider nøye med å velge indikatorer for å måle effekt, som senere kan gi konkrete holdepunkter for om en har oppnådd målet, er på vei mot å oppnå det, eller om rett og slett tiltaket ikke har hatt noen effekt. Like viktig, og selvfølgelig, er det at en gjør målinger i forkant som viser hvordan tilstanden er før en setter i gang tiltak. Folkehelsearbeid har i stor grad basert evalueringer av tiltak på de involverte partenes oppfatninger.

Evaluerer resultater.

Her har vi foregrepet begivenhetenes gang noe i forrige punkt. Men dette er for å understreke viktigheten. For å kunne bedømme resultatene av et tiltak, må en vite hvordan det sto til før en satte i gang tiltaket. I de fleste folkehelse-/helsefremmingstiltak er det, av etiske og metodiske hensyn, vanskelig å kunne bruke det som kalles gullstandard i forskning. Med det menes at en ikke får til et kontrollert forsøk der en har en gruppe som får nytte godt av tiltaket, og en lik gruppe som ikke får tiltaket. Oftest er det få grupper tilgjengelig, og en ønsker både

av etiske og andre grunner at alle skal få tilgang til samme tiltak som i utgangspunktet er ansett som effektivt.

For å vurdere hva som vil være den beste metoden, krever god forskningsmetode- kunnskap. Kommunene har i dag begrenset forskningsbasert kunnskap og det kan derfor være hensiktsmessig å samarbeid med en forskningsinstitusjon.

Sterkere evidens – ny kunnskap.

Når de forutgående trinnene er oppfylte, og evalueringen er gjennomført har dette brakt oss videre ved at vi har gjennomført folkehelseiltak og vurdert effekten av det. Da vet vi om dette tiltaket er av en slik art at det skal implementeres som en måte å arbeide på i denne settingen som tiltaket er gjennomført. Om vi kommer fram til at tiltaket ikke hadde effekt på det vi var interessert i, er den mest sannsynlige konklusjonen at det ikke skal beholdes. Uansett har vi lært noe som har styrket kunnskapen vår om et folkehelseiltak. Enten vi fant at tiltaket hadde stor effekt, moderat effekt eller ingen effekt – eller kanskje til og med virket mot sin hensikt, så har vi flytte kunnskapsfronten vår. Dette vil få betydning for ny praksis. Vi utvikler folkehelsearbeidet i denne settingen på en annen og sikrere måte enn vi ellers ville ha gjort. Noen ganger får tiltak positive effekter som var utilsiktede, på noe annet enn det vi var interessert i, såkalte sideeffekter. Disse kan være av en slik art at vi beholder tiltaket selv om det ikke viste seg å ha stor effekt på det vi mente det skulle ha effekt på. Uansett om dette også blir tilfelle, så vet vi da hvorfor vi beholder det – og det kan begrunnes.

RÅD

I SiO er det 13 kommuner som er kommet ulikt langt i å planlegge sin behandling av og respons på samhandlingsreformen og nytt lovverk. Mens den nye Helse- og omsorgsloven har som første kjennetegn at stadig mer av helsearbeidet skal skje i kommunal eller interkommunal regi, er evidensbasis og større kunnskap om helsetilstanden i egen kommune det viktigste utspillet i den nye Folkehelseloven.

Når det gjelder folkehelsearbeidet, som er tema for denne rapporten, vil det allikevel være så mange felles problemstillinger i kommunene, at det vil være formålstjenlig å angripe noen av disse nye utfordringene samlet.

Ti råd om godt folkehelsearbeid.

- Søk sammen i sammenslutninger. Flere sammen gir gode effekter. Det er kostnadssparende og det er mye å lære av hverandre. Bruk disse sammenslutningene aktivt.
- Øk koordineringen slik at det kommunale og det frivillige sammen kan løse folkehelseutfordringer. Fordel ansvarsoppgaver. Lag kontrakter, med bindende samarbeid.
- Anbefaler å etablere tverrsektorielle arbeidsgrupper inn i kommunen med klare målsettinger. Arbeid også mot et felles verdigrunnlag for innsatsen.
- Øk folkehelsekompetansen i kommunen. Sats på interkommunalt samarbeid om dette.
- Still krav til fylkeskommunene. De er gitt et ansvar i folkehelsearbeidet i lov av 1.1.10 om Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (LOV 2009-06-19 nr 65)
- Still krav til Kommunenes Sentralforbund. De er kommunenes interesseorganisasjon og må ta en klar rolle i arbeidet med implementering av nytt lovverk på best mulig måte.
- Søk kunnskap om hva som finnes i kommunen av folkehelsearbeid. Skap tradisjon for kunnskapsbasert arbeid. Alle tiltak skal være basert på evidens, resultatmål og evalueringer.
- Samarbeid med kunnskapsinstitusjoner og se på muligheter for langvarige kontrakter. Kravet til kunnskapsbasert folkehelsearbeid vil ikke forsvinne, men et langvarig samarbeid med forskningsinstitusjon vil bidra til nødvendig kunnskapsutvikling og nødvendig kompetanseheving.

- Forankre alt arbeidet politisk og i plan- og styringssystemet i kommunen. Folkehelsearbeid og helseperspektiver skal være et gjennomgående tema også i planer på andre felter enn helsearbeidet. Dette må også gjenspeiles i ressurstilgangen i økonomiplanen. Helse i alt vi gjør.
- Skap god politikerinvolvering. Politikere må se at en god folkehelse er nødvendig for en blomstrende kommune, og at de kommunene som skal lykkes med å vokse og utvikle seg må satse på folkehelsearbeid. Politikerne må gjerne få best mulig eiendomsforhold gjennom å delta i referansegrupper og styringsgrupper.

KONKLUSJON

Kommunene i SIO tenker tildels ulikt når det gjelder hvordan en skal løse fremtidens utfordringer - også på folkehelseområdet. I oversikten i kapitlene 3,4 og 5 og i vedleggene ser en hvordan kommunene så langt har tenkt å møte disse utfordringene.

To store utfordringer er imidlertid ny for kommunene i Norge, og det er det klare kravet som er kommet til at måten en velger å løse disse utfordringene på skal være kunnskapsbasert. Da menes det ikke at folkehelseområdet har vært kunnskapstomt før, men det har i langt større grad enn de andre helseområdene manglet god forskning som basis for beslutninger. Dette har gjort at utviklingen på dette området har vært langsommere og mer usikker enn det en har sett på de sykdomsrelaterte helseområdene, hvor kunnskapen har utviklet seg raskt. En annen utfordring er at folkehelsearbeidet i kommunene går fra å være "kan tjeneste" til "skal tjeneste".

Vi har her vist at å skape et kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene slett ikke er en utopi. Det handler om å benytte de evaluerings- og forskningsmetodene som er tilgjengelige, gjennomføre evalueringer systematisk og på den måte skaffe seg kunnskap om hva som har effekt og hva som ikke har effekt.

Vi har også vist en modell for hvordan dette arbeidet kan foregå i årene som kommer for å etterkomme de kravene som nå stilles på folkehelseområdet. Kommunene går en utfordrende og spennende tid i møte, som krever både fleksibilitet i tanken rundt samarbeidet og nye innfallsvinkler til et område som i mange kommuner har vært lite påaktet.

Litteraturliste.

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

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.

Bringedal B., Iversen T., Kristiansen I.S. (2003). *VERDIEN AV LIV OG HELSE*. Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer? Redigerte konferanseinnlegg. Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, HERO 2003.

Clancy A. (2005). *Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 125:622

Colman, R., and S. Walker. 2004. *The Cost of Physical Inactivity in British Columbia*. B.C. Ministry of Health Services: Victoria, B. C. 30 p.

Dahl E., van der Wel K.A., Harsløf I. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Utgitt: 1/2010. Bestillingsnummer: IS-1774. Helsedirektoratet

Engeset, E. (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.

Espnes G.A., Smedslund G. (2009). *Helsepsykologi*. 2. utgave. Gyldendal

Høringsnotat; Forslag til ny folkehelselov, samhandlingsreformen. Helse og omsorgdepartementet, 2010.

Jaastad, L. (2011). *Kulturdeltakelse og helse*. Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU. Rapport 2011/1

Keeney, R.L. (2008). *Personal Decisions are the Leading Cause of Death*. *Operations Research*, 56,1335-1347.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2010). *The Hitchiker's Guide to Salutogenesis*. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research, Research Report 2010:2.

Loga J. (2010). *Livskvalitet. Betydning av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke*. En kunnskapsoversikt. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Oslo/Bergen.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo.
Oldervoll, L. & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling. Innherredsmodellen Trinn 1*. Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning Hist-NTNU. Rapport 2011:2.

Strand, M.L. (2005). Lærer som leder i klassen. Skolen i morgen. 1, Oktober.

Sørensen J.B., Skovgard T., Puggaard L. (2006). "Exercise on Percrption in General Practise: A Systeematic Review. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24, 69-74.

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

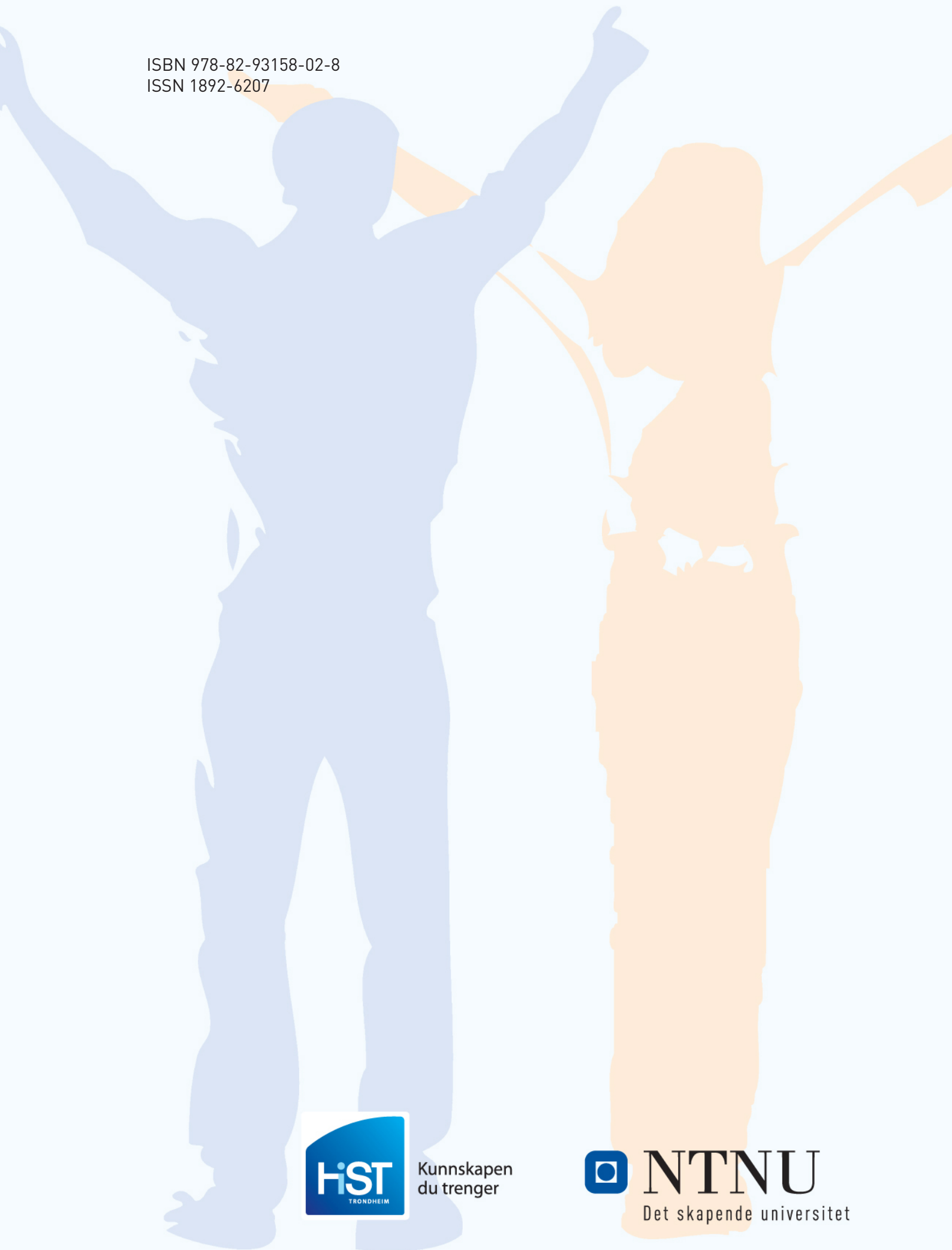
Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett J., Ziglio E. (2001). Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92.

Sælensminde K. (2007). Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. Sosial- og helsedirektoratet.

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

28

ISBN 978-82-93158-02-8
ISSN 1892-6207



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet