

TRØNDELAGSMODELLEN FOR FOLKEHELSEARBEID ©

VEILEDER



Senter for
helsefremmende forskning

 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden

RAPPORTSERIE FRA NTNU SENTER
FOR HELSEFREMMENDE FORSKNING

RAPPORT 2017/1

Forsidefoto: Guri Wist

NTNU Senter for helsefremmende forskning

© Copyright NTNU *Senter for helsefremmende forskning* – Rapportserie 2017/1

Lillefjell M., Wist G., Magnus E., Anthun K.S., Horghagen S., Espnes G.A., Knudtsen M.S.

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser.

ISBN 978-82-93158-35-6

ISSN 1892-6207

Rapport 2017/01

FORORD

Hvis du skal drive med folkehelsearbeid i din kommune, kan Veileder for *Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid* være til hjelp. I veilederen beskrives aktører og arbeidsmåter i folkehelsearbeidet.

Modellen med veileder er utviklet i innovasjonsprosjektet *Fra kunnskap til handling og fra handling til kunnskap* (2012-2016). Prosjektet har vært et samarbeid mellom Vikna kommune, Steinkjer kommune og Malvik kommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, KS Nord-Trøndelag, HUNT forsknings-senter NTNU og NTNU Senter for

helsefremmende forskning. Målet for prosjektet har vært å utvikle og forbedre arbeidsmåtene i folkehelsearbeidet i kommunene. For å få innsikt i arbeidsmåtene, har hver kommune utviklet folkehelseiltak.

Vikna valgte byparken og friluftsområdet Gluggen, Steinkjer kommune tok fatt i byanlegget Rismelen mens Malvik kommune videreutviklet Malvikstien.

Lokale prosjektledere har vært Trond-Stian Jenssen, Vikna kommune, Ellen Samuelsen, Steinkjer kommune og Lars Slettom, Malvik kommune. Monica Lillefjell, Eva Magnus, Kirsti Sarheim Anthun, Sissel Horghagen og Geir Arild Espnes, alle NTNU og Guri

Wist og Margunn Skjei Knudtsen, Nord-Trøndelag fylkeskommune har samarbeidet med kommunene om både tiltak og veileder.

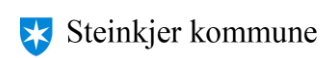
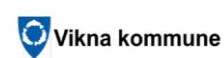
Alle aktørene har bidratt økonomisk. Regionale forskningsfond Midt-Norge og Nord-Trøndelag fylkeskommune har vært hovedfinansierer. Vi takker alle for økonomiske bidrag, stor arbeidsinnsats og godt samarbeid. En særlig takk til de lokale prosjektlederne.

Til slutt ønsker vi å takke Tone Østvang, Malvik kommune for gode og konstruktive innspill i utformingen av veilederen.

Trondheim, februar 2017.

Margunn Skjei Knudtsen
prosjektleder

Geir Arild Espnes
faglig leder



INNHold

Introduksjon til Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid	s. 4
Hvem er aktørene i folkehelsearbeidet?	s. 7
Steg 1 Samfunnsoppdraget	s. 11
Steg 2 Klargjøre kunnskapsgrunnlaget	s. 13
Steg 3 Involvere og utvikle	s. 15
Steg 4 Planlegge tiltak	s. 19
Steg 5 Gjennomføre	s. 21
Steg 6 Evaluere	s. 23
Steg 7 Videreføre fra handling til ny kunnskap	s. 27
Etterord	s. 29
Ressurslitteratur	s. 31

INTRODUKSJON TIL TRØNDELAGSMODELLEN FOR FOLKEHELSEARBEID

– en arbeidsmetode for å velge, sette i verk og evaluere kunnskapsbaserte tiltak

Kommunene står overfor store og sammensatte utfordringer i folkehelsearbeidet.

Helse er ulikt fordelt i befolkningen. I hovedsak er det sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt. Dagens sykdomsbilde er i stor grad knyttet til levevaner og livsstil og kroniske sykdommer som har sammenheng med de sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene den enkelte lever under. Demografiske endringer med økende antall eldre og flere som lever med kroniske sykdommer fører til økte helseutgifter og behov for en bærekraftig folkehelsepolitikk.

Politikk og praksis som gir enkeltmennesker, grupper og lokalsamfunn større mulighet for ansvar, deltagelse, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv, må styrkes.

Kommunene må legge til rette for en utvikling som skaper trygge og sunne lokalsamfunn der innbyggernes

grunnleggende behov blir ivaretatt.

Helsefremmende og forebyggende arbeid er investering i gode liv og bærekraftige lokalsamfunn. Innsatsen må være tverrsektoriell og kunnskapsbasert. Derfor er det avgjørende at kommunen henter inn og tar i bruk beste tilgjengelig kunnskap, etablerer felles forståelse for utfordringsbildet i kommunen, og sikrer bred involvering og forankring i folkehelsearbeidet.

Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid (Figur 1) tar utgangspunkt i de sentrale utfordringene i folkehelsearbeidet. Den er en metode for å operasjonalisere kravet i lovverket om kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid i kommunen. Modellen og metoden er forskningsbasert og bygger på utvikling og evaluering av tre folkehelse tiltak. Arbeidsmetoden er ikke begrenset til spesifikke fag eller sektorer, men vil kunne benyttes i andre sammenhenger hvor målet er å utvikle og forbedre praksis.

Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid beskriver sju steg for hvordan kommunen kan hente inn og omsette beste tilgjengelige kunnskap til målrettede tiltak gjennom felles forståelse, medvirkning og forankring.

Beslutninger tas på hvert steg og legger grunnlaget for neste steg. Hvert steg er nødvendige for det neste steget. Ingen av de sju stegene i modellen må derfor hoppes over.

Metoden er utviklet i tett samarbeid mellom aktørene i folkehelsearbeidet (se s.7), og sikrer dynamisk og kontinuerlig læring og forbedring gjennom gjensidig kunnskapsutveksling. Det anbefales at metoden integreres i det daglige folkehelsearbeidet.

Sentrale rammer og forutsetninger for modellen

Folkehelsearbeid er definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folks helse gjennom å svekke faktorer som

medfører helserisiko, og styrke faktorer som bedrer helse.

Sentralt rammeverk for folkehelsearbeidet er plan- og bygningslov, folkehelseloven og regionale og lokale politiske føringer.

I følge folkehelseloven skal kommunen hvert fjerde år utarbeide en oversikt over helsetilstanden i kommunen (oversiktsdokument). Denne oversikten, sammen med annen tilgjengelig kunnskap, danner grunnlaget for planlegging, styring, forankring og iverksetting av langsiktig folkehelsearbeid (se steg 1 Samfunnsoppdraget).

Sentrale problemstillinger som kommunen må vurdere i folkehelsearbeidet er:

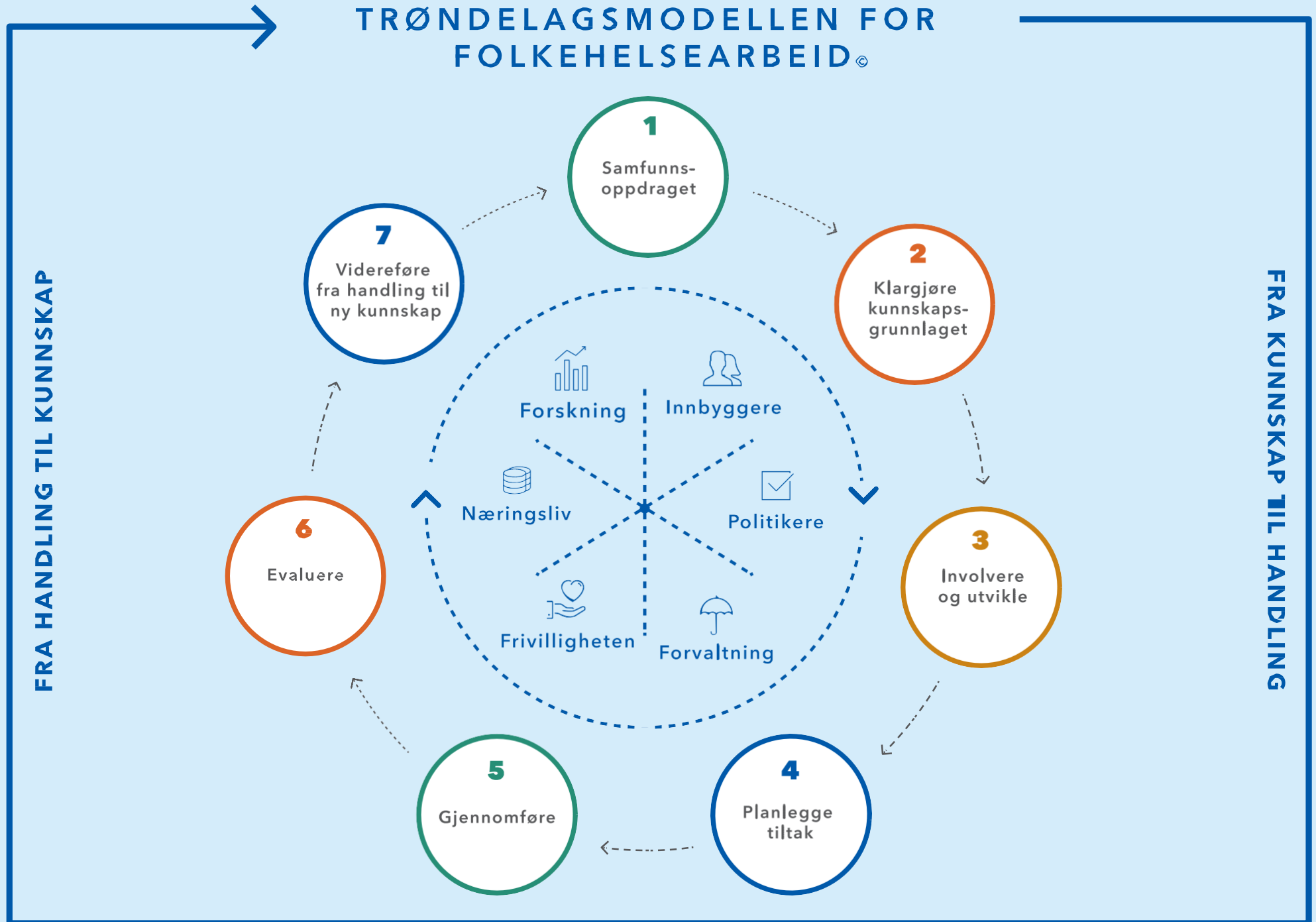
- √ Hvordan vurderes helsetilstanden i befolkningen i kommunen?
- √ Hva er status for folkehelsearbeidet i kommunen?
- √ Hvordan omsette sentral politikk til lokal praksis?
- √ Hvordan ivareta koblingen mellom

ulike politikkområder som klima og miljø, bolig, arealforvaltning og folkehelse?

- √ Hvordan velge og sette i verk målrettede tiltak?
- √ Hvilken kunnskap skal legges til grunn?

Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid (Figur 1) presenteres på neste side. Videre følger en beskrivelse av aktørene i folkehelsearbeidet (Figur 2: Aktørsirkelen i *Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid*) og detaljerte beskrivelser av hvert av stegene i modellen (i kronologisk rekkefølge). Deretter blir *Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid* satt i en global sammenheng. Til slutt i veilederen finnes aktuell ressurslitteratur.

TRØNDELAGSMODELLEN FOR FOLKEHELSEARBEID[©]



Figur 1: Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid

HVEM ER AKTØRENE I FOLKEHELSEARBEIDET?

Samfunnsoppdraget og det sentrale rammeverket for folkehelsearbeidet legger føringer for hvilke oppgaver som skal løses og aktørenes roller og ansvar.

Aktørsirkelen (Figur 2) viser hovedaktørene i folkehelsearbeidet. Den er ikke uttømmende, men viser bredden av aktører som har definerte roller og ansvar. Spesialisthelsetjenesten regnes ikke som en av hovedaktørene, og er derfor ikke inkludert i aktørsirkelen. Spesialisthelsetjenesten har likevel en viktig rolle i folkehelsearbeidet.

Under beskrives aktørenes roller og ansvar i folkehelsearbeidet.

Innbyggere

Når politikk og praksis skal utvikles for å gi enkeltmennesket, grupper og lokal-samfunn større mulighet for ansvar, deltagelse, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv, må de som blir berørt være med på prosessen.

Dette sikrer at offentlig innsats forankres i innbyggernes opplevde behov.

Retten til medvirkning er i Norge nedfelt i bl.a. Grunnloven og plan- og bygningsloven og er en grunnleggende forutsetning i lokaldemokratiet vårt.

Medvirkning styrker individets og gruppers mulighet til å ta ansvar for eget liv.

I arbeidet med medvirkning er det viktig å huske:

- √ Innbyggerne skal trekkes inn for å få tydeliggjort ønsker og behov samt for å utvikle, forbedre eller evaluere tjenester og tiltak.
- √ Innbyggerne er ikke en homogen gruppe, men består av grupperinger med ulike ønsker, behov og muligheter.
- √ Ulike involveringsmetoder må brukes slik at det sikres bred involvering.

Politikere

Politikerne legger føringer for folkehelsearbeidet. Mål og strategier skal

forankres politisk og folkehelsepolitikken skal nedfelles i planprosesser etter plan- og bygningsloven. Kommunale planstrategier vedtas i kommunestyret. Lokaldemokratiet har derfor stor innflytelse på rammevilkårene for god og tydelig folkehelsepolitikk.

Politikerne skal:

- √ anvende beste tilgjengelige kunnskap som grunnlag for beslutninger
- √ legge premisser for langsiktig og systematisk samfunnsutvikling.

Forvaltning

Stat, fylkeskommune og kommune utgjør de tre forvaltningsnivåene i folkehelsearbeidet. Nasjonale institusjoner, fylkeskommunen, fylkesmannen og kommunen er sentrale forvaltningsaktører.

- √ Nasjonale institusjoner, fylkeskommunen og fylkesmannen forvalter lover, regelverk og virkemidler og har ansvar for å bidra til utvikling, samordning, rådgiving og veiledning, særlig overfor kommunene.

- √ Kommunen skal sørge for hensiktsmessig organisering, nødvendige ressurser, kompetanse og kunnskap til å løse folkehelseutfordringene og fremme befolkningens helse. Rådmannen har det overordnede ansvaret, men oppgavene delegeres til relevante avdelinger og fagpersoner.
- √ Oppgavene må koordineres på tvers av sektorer og alle sektorer må delta i prosessene. Politikerne må også involveres i dette arbeidet.
- √ Forvaltningsaktørene skal legge til rette for medvirkningsarenaer og benytte ulike medvirkningsmetoder i arbeidet med å få fram forskjellige syn og interesser i samfunnsplanleggingen.

Frivilligheten

Samhandling med frivillige lag og organisasjoner, grupper og/eller enkeltpersoner er en viktig strategi i folkehelsearbeidet. Kommunen må kjenne

til lokale lag og foreninger, og ha kunnskap om frivillighetens egenart og potensiale. Frivilligheten utgjør et viktig supplement til det offentlige i arbeidet med å sikre samfunnsdeltakelse for alle og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Frivilligheten:

- √ bidrar til å skape viktige møteplasser i lokalsamfunnet
- √ har viktig erfaringskompetanse og er derfor en sentral kilde til ideer og kunnskap for utvikling av tiltak
- √ er en døråpner og kanal til ulike grupper innbyggere
- √ bidrar til å understøtte felles målsettinger og satsingsområder
- √ kan ta på seg målrettede samfunnsoppgaver og få satt i verk tiltak raskt på grunn av relativt flat struktur og sterk frivillighetsånd.

Næringsliv

Næringslivet påvirker menneskers liv og helse i stor grad, og er derfor en sentral

aktør i folkehelsearbeidet. Næringslivet

- √ skaper arbeidsplasser
- √ legger premisser for fysisk utforming
- √ er en viktig bidragsyter til frivillig arbeid.

Forskning

Forsknings- og utviklingsaktører fra universitets- og høyskolesektoren eller private forskningsinstitutt kan kontaktes for samarbeid eller leies inn på oppdrag i folkehelsearbeidet. Hvis kommunen eller fylkeskommunen har ansatte med forskerkompetanse, vil disse bidra til å støtte bestillerkompetansen når det skal hentes inn ekstern forskningsbistand.

Forsknings- og utviklingsaktører skal:

- √ utvikle og formidle kunnskap om faktorer og forhold som fremmer, vedlikeholder og gjenoppretter god helse, som kommer grupper eller hele samfunnet til gode
- √ være pådriver og samarbeidsaktør for implementering av forskningsbasert kunnskap i folkehelse-

arbeidet lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Samarbeidet med kommunene er særs viktig.

- ✓ bidra med kunnskap for å utvikle målrettet, systematisk og samordnet folkehelsearbeid
- ✓ bidra med kunnskap- og beslutningsgrunnlag for utvikling av faglige retningslinjer og anbefalinger
- ✓ utforme metoder og målekriterier i evalueringen av folkehelseiltak
- ✓ planlegge og utføre evalueringsprosesser i folkehelsearbeidet.

Sentrale folkehelseaktører i ditt lokalsamfunn:

Innbyggere:

Politikere:

Forvaltning:

Frivilligheten:

Næringsliv:

Forskning:



Figur 2: Aktørsirkelen i Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid



1

Samfunns- oppdraget

- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- Forankring, oppfølging og rapportering i henhold til plan- og styringssystem
- Strategier for medvirkning og deltakelse
- Strategi for tverr-sektoriell samhandling

**Mål og strategier for folkehelse-
arbeidet er hele kommunens ansvar.**

SAMFUNNSOPPDRAGET

Samfunnsoppdraget for kommunene i folkehelsearbeidet innebærer å utvikle lokalsamfunn som fremmer helse, utjevner sosiale forskjeller i helse og deltakelse, gir gode sosiale og miljømessige forhold samt bærekraftige velferdstjenester. Det er der mennesker lever, virker og bor, vi kan skape forhold som fremmer helse, trivsel og tilhørighet.

Nødvendige arbeidsoppgaver for kommunen er da å:

- ✓ få oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- ✓ forankre folkehelse i kommunens planer
- ✓ sørge for medvirkning og deltakelse i planlegging og beslutningsprosesser
- ✓ koordinere og samhandle på tvers av politikkområder, sektorer, fag og nivå.

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og

påvirkningsfaktorene for helse. Gjennom dette arbeidet skal kommunen identifisere utfordringer, muligheter og ressurser i folkehelsearbeidet. Oversikten danner grunnlag for kommunens planstrategi, som igjen konkretiseres i ulike planer og tiltak. Det er viktig at organiseringen av arbeidet ivaretar tverrsektorielle bidrag, også når kunnskapsgrunnlaget vurderes.

Er folkehelsearbeidet forankret i plan- og styringssystemet?

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer danner grunnlag for mål og strategier forankret i plan-systemet etter plan- og bygningsloven. Hver kommune kan bestemme hvordan folkehelse skal forankres i plan- og styringssystemet. Skal det lages egne folkehelseplaner eller skal folkehelse være gjennomgående tema i kommunedelplaner og sektorplaner? Kommunene må på bakgrunn av oversikten, drøfte hva som er den beste måten for sin kommune.

Strategier for medvirkning og deltakelse

Den enkeltes og gruppers ansvar for eget liv og rett til å kunne delta i og påvirke utrednings- og beslutningsprosesser er svært sentralt for å fremme helse, trivsel og tilhørighet. Kommunen må legge til rette for medvirkningsarenaer og bruke ulike metoder for å få fram alle syn i samfunnsplanleggingen.

Strategi for tverrsektoriell samhandling

Utfordringene i folkehelsearbeidet krever bred tilnærming og måløses i fellesskap og på tvers av politikk-områder. Det må tas hensyn til påvirkningsfaktorer for helse i alle samfunnssektorer som for eksempel barnehage-, skole-, bolig-, kultur-, nærings-, samferdsel- og helse-sektoren. Utfordringene løses ved at en diskuterer og finner fram til beslutninger sammen. Samhandlingen må bygge på likeverdighet mellom aktørene. Tverrsektorielle arbeidsprosesser omtales under steg 3 og 4.



2

Klargjøre kunnskapsgrunnlaget

- Innhente beste tilgjengelig kunnskap
- Skape felles forståelse for utfordringsbildet

Kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid forutsetter sammenstilling av et bredt kunnskapstilfang som grunnlag for felles forståelse.

KLARGJØRE KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Innerte beste tilgjengelig kunnskap
Å klargjøre kunnskapsgrunnlaget innebærer at kommunen henter inn og analyserer beste tilgjengelige kunnskap samt skaper felles forståelse for utfordringsbildet i kommunen. Beste tilgjengelig kunnskap danner grunnlag for beslutninger og tiltak.

Hvilken kunnskap skal legges til grunn for beslutninger?

Helsen vår blir påvirket av faktorer og forhold i alle samfunnssektorer. Kunnskapsinnhentingen kan derfor ikke begrenses til helsesektoren. Vi trenger kunnskap om de positive og de negative faktorene som påvirker helsen. Vi må identifisere ressurser både hos individ, gruppe og lokalsamfunn. Bevissthet om hvem som henter inn kunnskap, hvordan kunnskap hentes inn og hvilke kilder som benyttes, er avgjørende for å sikre tilstrekkelig bredde og dybde. Kommunen bør lage en oversikt over hvilken type kunnskap som trengs.

Videre bør kommunen ha klare rutiner for:

- ✓ Hvordan sikre systematisk innhenting av kunnskap?
- ✓ Hvordan sikre bredde og dybde i kunnskapstilfang?
- ✓ Hvor hente kunnskapen fra/ Hvilke kilder skal benyttes?
- ✓ Hvem/hvilken enhet skal hente inn kunnskapen?

Skape felles forståelse for utfordringsbildet

Felles forståelse for utfordringsbildet er utgangspunktet for valg og iverksettelse av målrettede tiltak som sikrer bred involvering og forankring hos aktørene i folkehelsearbeidet.

Aktuelle kunnskapskilder er:

- ✓ sentrale føringer, styringsdokumenter og lovverk
- ✓ upubliserte rapporter/ oversikter i kommunene om ulike type folkehelseiltak
- ✓ kunnskapsinnhenting blant innbyggerne i kommunen, for eksempel intervju med sentrale

personer i frivillighetsarbeid, skole og helsevesen

- ✓ kommunedatainnsamlinger
- ✓ regionale helseundersøkelser
- ✓ publiserte og tilgjengelige rapporter og bøker
- ✓ offentlig statistikk
- ✓ vitenskapelige forskningsartikler.

Eksempler på tilgjengelig offentlig statistikk:

- ✓ Kommnehelseprofiler
- ✓ Folkehelseinstituttet
- ✓ Folkehelseinstituttet «Norges helse»
- ✓ Folkehelseinstituttet MSIS-statistikk
- ✓ SSB Statistikkbank
- ✓ Ungdata
- ✓ Kostra
- ✓ Reseptregisteret.

Etter å ha klargjort kunnskapsgrunnlaget, må kommunen gjennom ulike metoder involvere aktørene i folkehelsearbeidet og sammen med aktørene utvikle ideer– steg 3 i modellen: Involvere og utvikle.



3

Involvere og utvikle

- Involvere og skape felles forståelse for folkehelseiltak i kommunen
- Gjennomføre en idédugnad
- Lage en konkret plan for aktuelle folkehelseiltak

De som blir berørt av planer og tiltak, må være med på denne prosessen.

INVOLVERE OG UTVIKLE

Kommunen må gjennom ulike metoder involvere aktørene i folkehelsearbeidet. Det kan gjøres gjennom idédugnader, spørreundersøkelser, folkemøter, samtaler m. v. Dette steget tar for seg planlegging og gjennomføring av en form for idédugnad. Hensikten er å komme fram til konkrete forslag til folkehelseiltak i kommunen. Det er mange måter å gjennomføre en idédugnad på. Det viktigste er å velge en metode som legger vekt på å involvere innbyggerne gjennom å skape felles forståelse, utvikle idéer, prioritere og sørge for eierskap til prioriterte tiltak. Her presenteres en idédugnad som kalles søkekonferanse.

Planlegging og forberedelse av en søkekonferanse

Kommunen setter ned en tverrsektoriell gruppe med ansvar for planlegging av konferansen. Folkehelsekoordinator må delta i gruppen.

Gruppen skal ta stilling til:

- √ Hvem som skal inviteres til å delta. Tenk bredt og tverrsektorielt; representanter fra forvaltning, innbyggere generelt, frivillige organisasjoner, forskning og næringsliv. Hvem tror du kan bidra positivt?
- √ Antall deltakere: 15 – 30 personer.
- √ Ledelse av konferansen: To personer som har erfaring med metoden.
- √ Innledere: To til tre personer som kan si noe om konferansens tema. Dette kan være fagpersoner, innbyggere, næringslivsaktører og/eller forskere.
- √ Tid og omfang: to hele dager, eller en arbeidsdag, for eksempel fra lunsj til lunsj.

Konferansedag 1 - Utvikle ideer

- √ Introduksjon og to til tre korte innlegg om temaet. Husk at dette skal inspirere!
- √ Gruppearbeid 1- skape idéer til ulike folkehelseiltak i kommunen.

Deltakerne arbeider i bredt sammensatte grupper.

Det sentrale her er å skape så mange idéer som mulig, bygge på hverandres idéer og ikke vurdere hva som er mulig og ikke. La det boble og blomstre! Prosjektidéene presenteres i plenum og konferansedeltakerne går hjem.

- √ Lederne systematiserer prosjektidéene som har kommet fram, og samler prosjekt som ligner hverandre tematisk.

Konferansedag 2 – Prioritere

- √ Deltakerne velger prosjektidé som de ønsker å utvikle videre. Det settes sammen nye grupper på bakgrunn av dette.
- √ Gruppene lager en så detaljert prosjektplan som mulig. Planen kan inneholde punkter som: Prosjekttittel, beskrivelse av prosjektidé og mål, målgruppe(r), hvordan realisere/hva skal gjøres i

prosjektet, tidsramme, organisering, eventuelle barrierer eller utfordringer og kriterier for suksess.

- √ Planen presenteres og diskuteres i plenum.
- √ Deltakerne får informasjon om hva som skal skje med planen framover, hvem som er ansvarlige, hvordan dette skal følges opp, koordineres, og hvordan informasjon om arbeidet med prosjektet blir formidlet framover.
- √ Deltakerne evaluerer hele prosessen og takkes for arbeidet de har gjort.

Tips:

Ta kontakt med fylkeskommunen for å få forslag til aktuelle personer som kan lede søkekonferansen eller en annen form for idédugnad.

Etter gjennomført søkekonferanse er neste steg å lage en endelig plan for tiltaket.

Notater:

Hva er aktuelt tema for søkekonferansen i vår kommune?

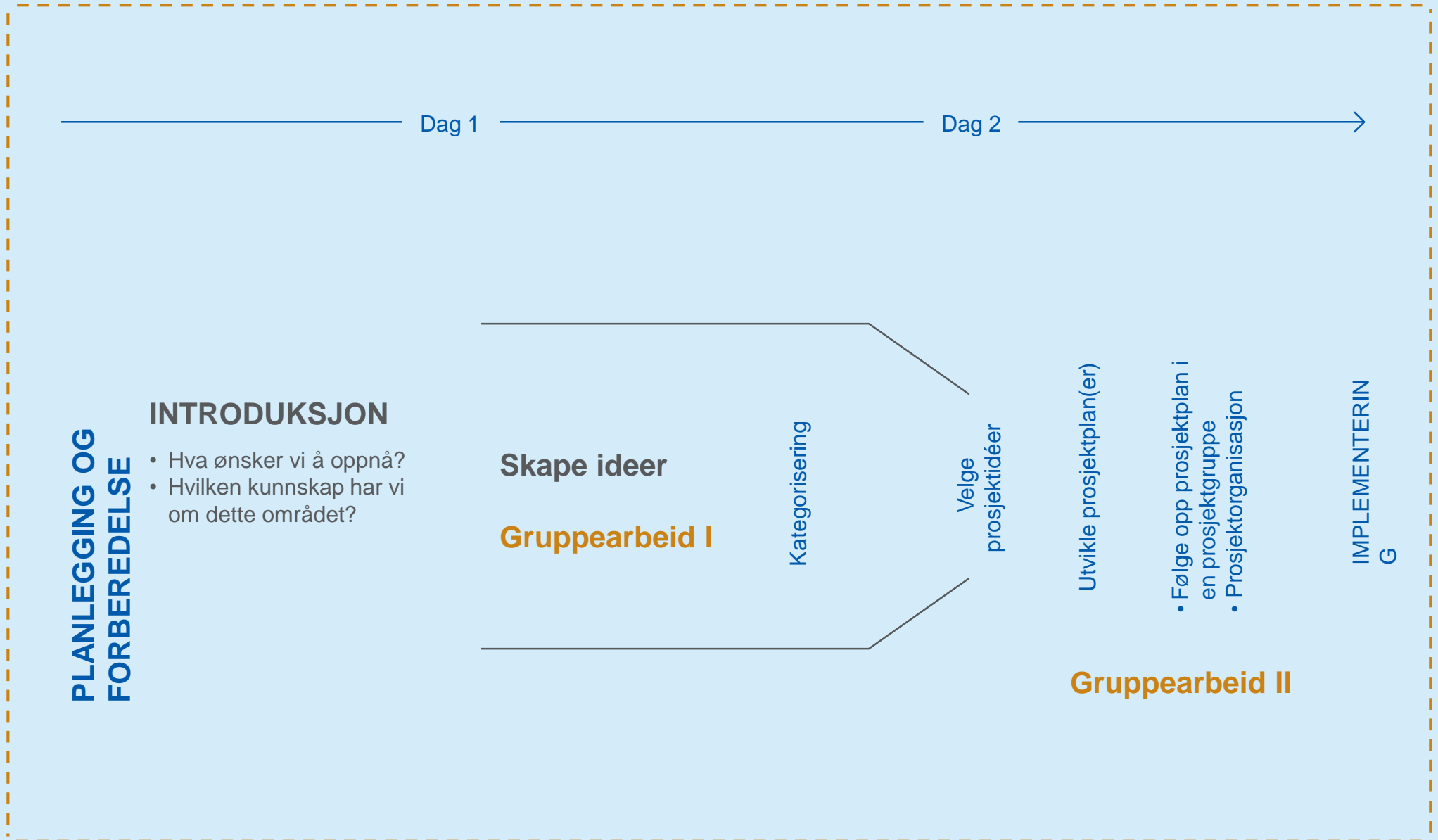
Hvem kan være aktuelle deltakere fra vårt lokalsamfunn?

Hvem er aktuelle innledere?

Hvem kan lede søkekonferansen?

Hvem er aktuelle veiledere og hvem skal koordinere det videre arbeidet?

SØKEKONFERANS E



Figur 3: Søkekonferanse etter modell fra Norsk senter for bygdeforskning



4

Planlegge tiltak

- Oppfølging av idédugnad
- Oppdatering
- Plan for tiltak
- Kommunikasjon og informasjon

Konkrete tiltak planlegges, utvikles og settes i verk i forpliktende samarbeid mellom aktørene.

PLANLEGGJE TILTAK

Oppfølging av idédugnaden

Idédugnaden bør følges opp straks:

- √ Kommunens ledelse har det overordnede ansvaret. Avklar hvem som har operativt ansvar.
- √ Tverrfaglig og tverrsektoriell deltakelse i organiseringen av planleggingen er nødvendig.
- √ Velg tiltak på grunnlag av forslag fra idédugnaden. Vær realistisk. Se tiltaket i lys av kommunens strategier, andre planer og økonomi.
- √ Tiltak og organisering av arbeidet må forankres hos ledelse og ansatte og alle øvrige aktører.

Oppdatering

Hvis viktige forutsetninger endrer seg, sjekk følgende:

- √ Skal andre aktører involveres?
- √ Er det fortsatt enighet om kunnskapsgrunnlag og begrep?
- √ Trengs det mer organisasjons- og forvaltningskunnskap, opplæring i prosjektarbeid e. l.?

Plan for tiltak

Plan i denne sammenhengen omfatter

plan for valgte tiltak. Det må settes av tid og ressurser til grundig planlegging. Bruk skissen fra idédugnaden som grunnlag for ny plan:

- √ Målet skal styre arbeidet. Beskriv hovedmål, delmål, effektmål og resultatmål. Se steg 6 om ulike typer mål.
- √ Beskriv aktiviteter og prosesser. Antall og omfang er avhengig av type tiltak. Større tiltak kan omfatte vedtak, arbeid for å skaffe finansiering, avhendelse av områder, anbudsprosesser samt oversikt over relevant regelverk, vedtak og tidsfrister. Mindre tiltak krever færre aktiviteter og prosesser.
- √ Hvem skal involveres i arbeidet og hvem skal gjøre hva? Hvem har ansvar og hvem skal lede? Bruk erfarne folk. Husk virksomhetsplanene.
- √ Når skal aktiviteter og prosesser gjennomføres? Er det behov for en forankringsplan? Se dette i sammenheng med plan for kommunikasjon og informasjon.

- √ Utarbeid budsjett og finansieringsplan. Husk kommunens årshjul. Når må det gis innspill til økonomiplaner og budsjett? Trengs det nye vedtak? Hva med anskaffelser og anbudsprosesser?
- √ Krever tiltaket avtaler med frivillige lag, næringsliv, andre offentlige aktører m. v.?
- √ Hvilke risikofaktorer finnes? Hvordan kan de reduseres?
- √ Hva skjer når tiltaket settes i verk? Kreves ny organisering? Hører oppgaver, ansvar og ledelse nå til andre?
- √ Kunnskapsbasert folkehelsearbeid krever evaluering. Planlegg evaluering nå. Hva skal evalueres, hvordan skal den gjennomføres, hvem skal evaluere og hvor mye vil det koste? Se steg 6 om evaluering.

Kommunikasjon og informasjon

God informasjon og kommunikasjon internt og eksternt er viktig. Lag en kort kommunikasjonsplan som omfatter mål, budskap, målgrupper, kommunikasjonskanaler og tidsplan.



5

Gjennomføre

- Statusoppdatering
- Gjennomføre tiltak
- Beskrive og dokumentere

Kontinuerlig oppfølging sikrer at arbeidet foregår i samsvar med intensjonene.

GJENNOMFØRE

Statusoppdatering

De aller fleste ønsker å sette i gang så raskt som mulig, men sjekk om sentrale forutsetninger har endret seg. Dette kan være økonomiske forutsetninger eller det kan trenge nye vedtak, anbudsrunder, avklaring med relevante aktører m. v. Et tiltak kan utløse ringvirkninger. Kan andre tiltak prioriteres og settes i verk på samme tid? Sjekk planer for frivilligheten og tiltak i regi av frivillige lag og organisasjoner samt privat næringsliv.

Gjennomføre tiltak

Det kreves ofte annen organisering og annen kompetanse i gjennomføringsfasen enn i planleggingen. Men tverrfaglig og tverrsektoriell koordinering og samhandling i denne fasen er også en nødvendig forutsetning for vellykket tiltak:

- √ Aktiviteter og prosesser må følges opp kontinuerlig. God oppfølging sikrer framdrift og at arbeidet foregår som planlagt.

I tillegg sikres fortsatt involvering av ulike aktører.

- √ Fordel ansvar og roller. Avklar i detalj hvem som har ansvar for ulike deler av tiltaket og hvem som skal følge opp de ulike prosessene.
- √ Påse at relevante lover og regler følges og at dette sikres gjennom avtaler.
- √ Sørg for å sikre framdrift gjennom avtaler der det er mulig. Husk også at om noen av aktivitetene kan ta tid, går arbeidet framover til tross for at en ikke ser umiddelbare resultat av egen og andres innsats.
- √ Involvering, informasjon og kommunikasjon er like viktig i gjennomføringsfasen. Dette gjelder særlig ved forsinkelser eller andre endringer. Husk at dette omfatter alle aktørene.
- √ Vurder om det trengs ytterligere kompetansehevingstiltak.

Beskrive og dokumentere

Beskrivelse og dokumentasjon bidrar til kunnskapsoverføring. En sikrer at

kunnskapen finnes i systemet og ikke bare er knyttet til enkeltaktører eller enkeltpersoner:

- √ Lag rutiner for dokumentasjon.
- √ Ta vare på dokumenter, skriv referat, samle e-poster og noter stikkord fra telefonsamtaler, andre samtaler m. v.
- √ Beskriv nøkkelroller, nøkkelpersoner og meningsbærere i kommuneorganisasjonen, blant innbyggerne og andre aktører.
- √ Opprett felles digital arena/prosjektrom hvor dokumenter m. v. legges ut.
- √ Hvis eksterne partnere er utførere, kan informasjon gå tapt. Ansvarlige i kommunen må dokumentere arbeid og prosesser som eksterne aktører utfører.
- √ Gi opplæring og trening i dokumentasjon og beskrivelse hvis det trengs.

I neste steg beskrives ulike former for evaluering.



6

Evaluere

- Planlegging
- Evalueringsformer
- Rapportering

Tiltak må evalueres med tanke på om de påvirker folkehelsen, særlig om de fører til sosial utjevning av helse.

EVALUERE

Et langsiktig kunnskapsdrevet folkehelsearbeid avhenger av at innsatsen evalueres. Evaluering handler om å vurdere hvorvidt bestemte målsettinger og tiltak har ført til tilsiktede/utslsiktede og positive/negative effekter.

Informasjon om brukererfaringer, hvordan tiltakene er gjennomført og hvem som har deltatt, kan også inkluderes i evalueringer av folkehelseiltak. Selv tiltak som ikke har ført til ønsket effekt, kan gi viktig lærdom for senere innsats.

Evalueringer kan gjennomføres av kommunen selv, i samarbeid med andre eller som eksternt oppdrag. Det å planlegge evalueringen bør inngå i planleggingen av selve tiltaket.

Sentrale punkter er:

- √ Hva skal evalueres (mål for evalueringen)?
- √ Hvordan skal det evalueres (metoder og datakilder)?
- √ Når skal det evalueres (i forkant, midtveis, følgeevaluering)?

- √ Hvordan og når skal målgruppen(e) involveres?
- √ budsjett, tidsplan, personalressurser og lederansvar
- √ plan for rapportering.

Evalueringsformer

Det finnes mange måter å evaluere på. Kommunen må vurdere hvilken type evaluering som trengs, og om det skal foretas målinger i forkant av tiltaksprosessen (referansemåling), slik at det blir mulig å si noe om endringer og effekter i etterkant. Hvis det trengs ekstern hjelp til å gjennomføre evalueringen(e), kan fylkeskommunen kontaktes for råd om hvor det går an å henvende seg.

Resultatevaluering vurderer de positive og negative observerbare og umiddelbare resultatene som er kommet som følge av tiltaksarbeidet. Hvis resultatevaluering skal gjennomføres, må det settes egne resultatmål, og evalueringen må si noe om i hvilken grad disse er oppnådd. Eksempler på

resultatmål for utbedring av et parkanlegg kan være:

- √ x antall flere ukentlige brukere av parken
- √ parken skal oppfylle krav om universell utforming
- √ brukeropplevelser skal være bedre
- √ nye brukergrupper av parken.

Effektevaluering forteller noe om hvordan tiltaket har påvirket omgivelsene både på positiv og negativ måte. Til forskjell fra resultatevalueringen beskriver effektevalueringen hva vi ønsker å oppnå med tiltaket på lengre sikt og faller sammen med hovedmålsettingen for tiltaket.

Prosessevaluering hjelper oss å tolke effekter og resultater mer presist. Prosessvalueringen innebærer også beskrivelse av forhold som:

- √ Hvor effektiv har innsatsen og informasjons- og kommunikasjonsflyten vært?
- √ Hvilke arbeidsmåter er benyttet underveis og hvordan passet disse til situasjonen?

Hvis det er gjennomført følgeevaluering, finnes mye materiale som kan benyttes i prosessevalueringen. Det kan også være verdifullt å se på innsatsfaktorer (penger og årsverk) i lys av innbyggertall/brukere i målgruppen og antall kvadratkilometer og oppnådd effekt/resultat. I tillegg vil informasjon om konteksten, det vil si om hvordan forholdene var da tiltaket ble innført (demografiske forhold, flyttemønstre, økonomiske konjunkturer og det generelle "utfordringsbildet" i kommunen), bidra til mer presis tolkning av effekter/resultater.

For noen tiltaksprosesser kan det settes opp egne prosessmål. Disse ligger ofte på siden av selve tiltaket, men er mål som likevel ønskes oppnådd. Prosessevalueringen bør da inneholde vurdering av i hvilken grad disse målene er nådd. Eksempler på prosessmål kan være:

- √ kunnskapsutvikling i prosjektteamet
- √ etablering av nye arenaer for tverrsektorielt samarbeid

√ bruk av nye metoder for involvering av innbyggerne.

Knyttes effekt-/resultat-evalueringen og prosessevalueringen sammen med de lokale, strategiske målene og planene, kan det skapes gode, lærende prosesser som sikrer kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

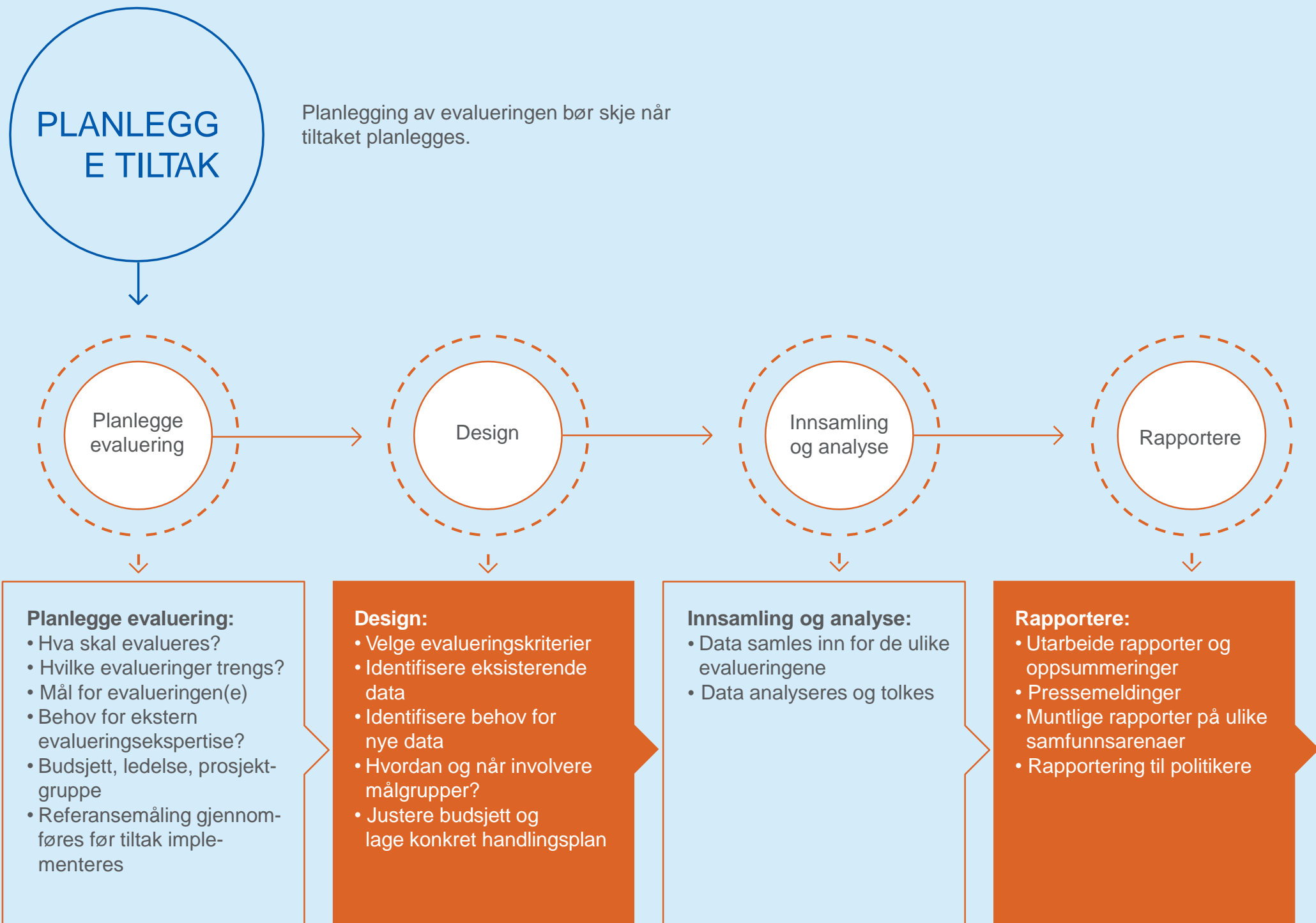
Utfordringer i evalueringsarbeidet

Vær oppmerksom på at evaluering av folkehelsearbeid kan by på mange utfordringer. Det en ønsker å gjøre noe med, kan ofte påvirkes av forhold som ligger utenfor eget handlingsrom. I mange tilfeller vil de tiltakene som iverksettes lokalt, også påvirkes av andre lokale eller nasjonale folkehelse tiltak. Dette gjør det vanskelig å isolere konsekvenser og å velge kriterier for evalueringsarbeidet. Det kan ofte også gå lang tid før en kan se konkrete effekter av folkehelse tiltak. Selv om disse utfordringene ikke kan løses, bør de ikke hindre oss i å evaluere.

Rapportere

Etter at alt evalueringsmaterialet er samlet inn, organisert og tolket, må det skrives rapporter. Det bør overveies om det skal utarbeides spesialrapporter for utvalgte målgrupper, og om det skal sendes ut pressemeldinger.

Evalueringsrapportene med dokumenteringen av effekter/resultater og brukererfaringer vil utgjøre et sentralt grunnlag for videreføring fra handling til ny kunnskap, det sjuende og siste steget i *Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid*.



Figur 4: Evalueringsprosessen i Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid



7

Videreføre fra handling til ny kunnskap

- Avklar de viktigste erfaringene fra arbeidet
- Samle kunnskapen som grunnlag for beslutninger
- Delta på sentrale politiske, administrative og faglige møteplasser for å spre kunnskapen

**Systematikk i samhandling og kunnskapsdeling.
Bredde og dybde i kunnskaps-tilfang.**

VIDEREFØRE FRA HANDLING TIL NY KUNNSKAP

I det videre arbeidet er det viktig å stille disse spørsmålene: Hva har vi lært av arbeidet med tiltaket? Hvordan sikre at den nye kunnskapen blir en del av beslutningsgrunnlaget i kommunen og fører til ny policy og praksis? Og hvordan sikre at den nye kunnskapen rapporteres tilbake og inngår i plan- og styringsarbeidet i kommunen?

Arbeidet – eller handlingene - i de seks foregående stegene skal ha gitt god kunnskap om hvordan innbyggere, politikere, forvaltning, frivillige, næringsliv og forskning kan samarbeide om å fremme initiativ som fører til ønskede resultater.

Kommunen skal ha skaffet seg innsikt i/ praktisk erfaring med:

- √ kommunens oppdrag i folkehelsearbeidet
- √ kunnskapsgrunnlaget
- √ metoder for å nå og involvere alle aktørene herunder beslutningstakere
- √ å planlegge og gjennomføre folkehelse tiltak

- √ effekter, resultater og brukerefaringer fra arbeidet
- √ samle kunnskapen for videre bruk.

Den nye kunnskapen må bli kjent for ledelsen i kommunen og danne en del av beslutningsgrunnlaget. Dette kan gjøres ved å lage en oversikt over, delta og formidle på:

- √ lokale arenaer hvor det diskuteres saker som har betydning for folkehelsearbeidet
- √ relevante administrative og faglige arenaer i kommunen
- √ relevante politiske arenaer lokalt for å snakke med politikerne og presentere resultater før politiske avgjørelser tas. Husk at mye skjer før politiske vedtak fattes. Kan regionale politiske møtepunkter være relevante?
- √ relevante regionale og nasjonale møteplasser for sentrale aktører i folkehelsearbeidet som samlinger i regi av fylkeskommune, fylkesmannen, direktorat, frivillige

organisasjoner, forskningsmiljø, næringsliv m. v. Alle kan gi faglige innspill og bidra til å støtte arbeidet lokalt, regionalt og nasjonalt.

Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid legger til rette for kontinuerlig forbedring og utvikling av praksis. Den sikrer at aktørene benytter de beste metodene og beste tilgjengelig kunnskap. Modellen gir også et godt grunnlag for omstilling og for å takle nye utfordringer.

Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid vil inspirere og påvirke kommunens folkehelsepolitikk til beste for alle innbyggerne.

Vi ønsker kommunene lykke til med arbeidet.

ETTERORD

Trøndelagmodellen for folkehelsearbeid sett i en global sammenheng

Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid er en arbeidsmetode som fortrinnsvis kan brukes i folkehelsearbeidet på lokalsamfunnsnivå.

Helseutviklingen i et lokalsamfunn må ses i lys av utviklingen i verden forøvrig. Verden er i rask endring, hvor økt globalisering fører til at mennesker, samfunn og helsemessige utfordringer knyttes tettere sammen. Helse må derfor forstås som mer enn et endimensjonalt og lokalt tema. Forutsetningene for å oppnå god helse er ulike og avhenger av sosiale forhold, levekår og helseatferd. Utjevning av sosiale ulikheter vil bidra til bedre folkehelse i alle samfunn.

FNs bærekraftsmål (SDGs) reflekterer tre dimensjoner som er sentrale for bærekraftig utvikling; klima og miljø, økonomi og sosiale forhold. Disse målene er nedfelt i en arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og bremse klimaendringene slik at vi ivaretar behovene til menneskene

som lever i dag, samtidig som vi tar vare på framtidige generasjoners muligheter til å dekke sine behov. En viktig forutsetning for å oppnå bærekraftig utvikling er at alle skal kunne leve friske og sunne liv. Bærekraftsmål nr. 3 slår fast at vi skal: «Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder.» Internasjonalt er retten til grunnleggende helse også forankret i Barnekonvensjonen artikkel 24 og i artikkel 25 i FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har bidratt til å utvikle kunnskapsgrunnlaget for forholdet mellom bærekraftig utvikling og helse og de strategier som må til, for å realisere dette. I Ottawa-charteret fra 1986 understrekes det hvor nødvendig det er å etablere en mer helsevennlig og sektorovergripende politikk for å få realisert de intensjonene som er formulert i strategier, reformer, lover og regelverk. Helsehensyn skal integreres i alle politikkområder og på de fleste samfunnsarenaer.

En helsefremmende politikk er derfor noe mer enn helsepolitikk. Siden faktorene som påvirker folks helse finnes i alle samfunnssektorer, må folkehelsearbeidet favne langt bredere enn helsesektoren.

Helsefremming ble etablert med Ottawa-charteret og defineres av WHO som: «den prosess som setter folk bedre i stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse». Denne tilnærmingen har mye til felles med Antonovskys teori om salutogenese. Salutogenesen har sitt utgangspunktet i hva som skaper god helse (salus = helse, genese = opprinnelse). Med en salutogen tilnærming søker en å identifisere helsefremmende faktorer, ta i bruk ressurser både hos individ, grupper og i lokalsamfunnet samt å utvikle og delta i aktiviteter som gjør det mulig å leve gode liv. I Ottawa-charteret nevnes lokalsamfunnet som et sentralt innsatsområde.

Lokalsamfunnet er den viktigste arenaen for kollektive tiltak når vi skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid. Utfordringen for kommunene består i å skaffe beste tilgjengelig kunnskap og omsette kunnskapen til hensiktsmessig praksis, og å ta med seg kunnskap fra praksis over i det videre utviklings- og forbedringsarbeidet. Denne tilnæringsmåten, ofte omtalt som styrings sirkelen, er nedfelt i lover, regelverk og føringer. Lover, regelverk og føringer angir arbeidsform for folkehelsearbeidet slik at arbeidet blir mer systematisert og standardisert.

Folkehelseutfordringene skal identifiseres gjennom å utarbeide oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Ressurser og utfordringer som identifiseres på lokalnivået, danner grunnlag for planlegging og tiltak på alle samfunnsområder. Innsatsen og tiltakene må evalueres for å utvikle og forbedre praksis i det videre folkehelsearbeidet.

Gjeldende lov og regelverk i Norge støtter behovet for sektorovergrep og tverrfaglige strategier i folkehelsearbeidet. Dette behovet forsterkes gjennom krav om å ta i bruk beste tilgjengelige kunnskap som grunnlag for beslutninger og tiltak i offentlig sektor. Beste tilgjengelige kunnskap i folkehelsearbeidet hviler på en bred sammenstilling av kunnskap fra forskning og teori og erfaringsbasert kunnskap fra offentlige, private, frivillige aktører og innbyggere i et lokalsamfunn.

Folkehelsearbeid forutsetter med andre ord kunnskapstilfang og reell medvirkning og deltagelse fra alle samfunnssektorer.

RESSURSLITTERATUR

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

Brokhaug, I. K. (1983). *Handlingsrettet lokalsamfunnsforskning med søkekonferanse som basismetode*. Trondheim: IFIM Rapport.

Conner, R. (2005). Community-based evaluation. I: *Encyclopedia of Evaluation*, Mathison, S. (ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications, 70.

Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Fosse, E. (2012). National Objectives–Local Practice: Implementation of Health Promotion Policies. I: *An Ecological Perspective on Health Promotion Systems, Settings and Social Processes*. Wold, B. & Samdal O. (ed). Bergen: University of Bergen; 34-39.

FNs bærekraftsmål <http://www.fn.no/Tema/FNs-baerekraftsmaal/Dette-er-FNs-baerekraftsmaal>

Future Search Network (Internet). Philadelphia: Future Search Network 2001-2015, Sandra Janoff and Marvin Weisbord, Co-Directors (cited 2015 Dec 17). Available from <http://www.futuresearch.net>

«Helse i alt vi gjør» – det nye credo? (2015). *Plan- Tidsskrift for samfunnsplanlegging, bolig og byplan*, Nr. 3-4. Universitetsforlaget. Oslo.

Helsedirektoratet (2013). Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonaloppfølging av WHO's mål. Oslo: Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer-nasjonal-oppfolging-av-whos-mal>

Medvirkning i planlegging - Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven (veileder). Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.

Lillefjell, M., Knudtsen, M. S. & Wist, G. (2011). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt*. Rapport 2011/06 SHF, Trondheim.

Lillefjell, M., Knudtsen, M. S., Wist, G. & Ihlebæk, C. (2013). From knowledge to action in public health management. Experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health*; 41, 771-777.

Lov om folkehelsearbeid (Folkehelse-loven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Folkehelseloven>

Magnus, E., Knudtsen, M. S., Wist, G., Weiss, D., & Lillefjell, M. (2016). The search conference as a method in planning community health promotion actions. *Journal of public health research*, 5(2), 621.

Mark, M.M., Henry, G.T. & Julnes, G. (2000): *Evaluation: An Integrated Framework for Understanding, Guiding, and Improving Policies and Programs*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Miljødirektoratet/Norwegian environment agency (2016). Miljøinformasjon fra offentlige myndigheter. Hentet fra: <http://www.miljostatus.no/>

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3:11 (2014-2015): <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2014-2015/OffentligFolkehelsearbeid.pdf>

Weiss, D., Lillefjell, M., & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – a scoping review at the local community level. *BMC public health*, 16 (1), 140.

Verdens helseorganisasjon (WHO) (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Wist, G. (2016). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i teori og praksis. Kunnskap som redskap i kommunal samfunnsplanlegging*. Masteroppgave, Høgskolen i Vestfold.

TRØNDELAGSMODELLEN FOR
FOLKEHELSEARBEID®