



Sunne kommuner

-WHO's norske nettverk

Folkehelseforeningen

Norsk forening for folkehelse

Norwegian Public Health Association (NOPHA)



# FOLKEHELSE PÅ TVERS





# FOLKEHELSE PÅ TVERS

# FORORD

Norske kommuner og fylkeskommuner er, og har lenge vært, sentrale i arbeidet med folkehelse. En del har allerede etablert et godt lokalt samarbeid om folkehelse på tvers av forvaltningsområdene, andre er ikke kommet så langt. Denne publikasjonen er ment å bidra og støtte i utviklingen som følger av den nye loven om folkehelse som gjelder fra 1. jan 2012.

Målet har vært å skape en faglig ramme for nye tanker og ideer lokalt, samtidig som vi har ønsket å presentere tiltak som virker. Forhåpentligvis vil leserne gjenkjenne utfordringer og muligheter som de selv står overfor, og se at de lar seg løse.

Vi ønsker ikke å vise hvordan det *skal være*, bare hvordan det *kan være* og hvordan ting *kan gjøres*. Da kan man ta ideer herfra og legge dem til grunn for nye grep og tiltak. Godt folkehelsearbeid foregår i inkluderende prosesser. Forhåpentligvis vil materialet også inspirere til nye former for samarbeid i kommune, statlig sektor og med frivillige og andre som har stått utenfor det tradisjonelle helsearbeidet.

Vi ønsker å gi inspirasjon og kunnskap til alle forvaltningsområder som nå har med- eller delansvar i det store området som kalles folkehelse. Slik dagens folkehelselov lyder, er *ordfører, formannskap, kommunestyre* og *rådmann* blitt de mest sentrale. Vi håper de alle vil se hvilket potensial som ligger i folkehelsearbeidet.

Rapporten oppsto i samarbeidet mellom Sunne Kommuner og Norsk Forening for Folkehelse om avviklingen av Folkehelsekonferansen 2011. Den er utviklet i en referansegruppe med Camilla Ihlebæk, Jorid Grimeland, Kathrine Krüger Østbøll, Dina von Heimburg og Monica Fleisje. Gruppen ble ledet av Johan Lund og rapporten er ført i pennen av Peter Koren. Gruppen står ansvarlig for innhold og utforming.

Publikasjonen er inspirert av en dansk veileder, som igjen er utarbeidet på bakgrunn av en undersøkelse som Rambøll management har gjort for Sundhedsstyrelsen.

Utgivelsen er økonomisk støttet av Helse- direktoratet – et eksempel på hvordan man fra sentralt hold ønsker å støtte seg på lokale initiativ og vurderinger av hva man kan lykkes med i dagens folkehelsearbeid. Vi takker for det.

Mars 2012.

**Jorid Grimeland**

Styreleder

Norsk Forening for Folkehelse (Nopha)

**Folkehelseforeningen**

Norsk forening for folkehelse

Norwegian Public Health Association (NOPHA)

**Kirsten Hasvoll**

Styreleder

Sunne kommuner

WHO's norske nettverk



# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	4
Leseanvisning	6
<b>Kapittel 1 - Folkehelse 2012</b>	<b>7</b>

## HVA

<b>Kapittel 2</b>	<b>10</b>
1. Hva er folkehelsearbeid	10
2. Hva er helseovervåkning	11
3. Arbeidet med sosiale ulikheter i helse	11
4. Folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid	13
5. 10-90-regelen	14
6. Nye ansvarshavende	15
7. Kommunens tiltaksplikt etter folkehelseloven	15
8. Fysisk aktivitet og samfunnsøkonomi	16

## HVORFOR

<b>Kapittel 3</b>	<b>18</b>
1. Innbyggernes helse er hele kommunens ansvar	18
2. Helse skapes på tvers av forvaltningsområder	19
3. Strukturell helsefremmende og forebyggende innsats	21
4. Helse som mål og/eller middel	21
5. Folkehelse som politisk prioritering	23
6. Lovgrunnlag for tiltak	25
7. Oppsummering av kapittel 3	26

## HVORDAN

<b>Kapittel 4</b>	<b>28</b>
1. Folkehelse som politisk område	28
2. Helseetatens rolle i samarbeidet	30
3. Nøkkelpersoner i lokalt folkehelsearbeid	31
4. Faktorer i samarbeidet	32
5. Fire ulike roller i folkehelsearbeidet	33
6. Nettverksarbeid	35
7. Frivillighet og partnere	35
8. Kompetanse og kultur	36
9. Kommunikasjon og formidling	37
10. Oppsummering av kapittel 4	38
<b>Vedlegg 1 – Viktige lovregler i folkehelsearbeidet</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 2 – Praktiske eksempler</b>	<b>49</b>

# LESEANVISNING

Publikasjonen er skrevet for å kunne leses fra start til slutt. Den har fått en form som likevel bør gjøre det mulig bare å ta for seg de fagområder man ønsker å arbeide med i en integrert helseinnsats.

I kapittel 1 og 2 presenteres utfordringen – at folkehelsearbeidet fremover vil måtte bli annerledes enn det helsearbeid man tradisjonelt har drevet – og hva folkehelsearbeid er: at folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helse er fordelt i befolkningen.

Kapittel 3 omhandler først og fremst hvorfor det er nødvendig å la arbeidet med folkehelse foregå i alle deler av en kommune.

Kapittel 4 gir dreier seg om hva den kommunale ledelsen kan gjøre for å sette folkehelse på dagsordenen i alle sektorer i en kommune, og hvordan dette gjøres i praksis, herunder ulike roller i folkehelsearbeidet – og hvordan man kan takle en del utfordringer og muligheter mht organisering, styring, samarbeid og politikkutvikling. Her vises også betydningen av bedret kommunikasjon og kompetanseutvikling, og betydningen av nettverk på tvers av forvaltningsområde

Som vedlegg følger en oversikt over lovgivning som har betydning for hvordan folkehelsearbeidet skal gjennomføres.

Sist ligger en eksempelsamling – en kort beskrivelse av noen vellykkede eksempler på godt, lokalt folkehelsearbeid, på kryss og tvers og i nettverk. Disse ligger på websidene til Sunne Kommuner; [www.sunnekommuner.no](http://www.sunnekommuner.no) og Norsk Forening for Folkehelse; [www.folkehelseforeningen.no](http://www.folkehelseforeningen.no)

Det hadde vært godt om det var flere gode eksempler – men loven er nylig trådt i kraft, det blir flere. Disse vil bli omtalt på de samme websidene. Følg med.

# KAPITTEL 1 - FOLKEHELSE 2012

I en middels norsk kommune sitter ordfører og rådmann i møte. Året er 2012, ny lov om folkehelse er trådt i kraft, kommunen er kjent med at det er definert en kommunal tiltaksplikt og at mange av ansvarsforholdene i helsearbeidet er endret. Ikke minst er det viktig å vite at de to, rådmannen og ordføreren, allerede har forstått at de er de viktigste skikkelser i folkehelsearbeidet i sin kommune.

Før møtet har de to tatt ut hvert sitt eksemplar av kommunens folkehelseprofil. De venter på folkehelsekoordinatoren og kommunelegen. Før de to kommer, legger ordfører og rådmann planer for møtet.

Med den nye loven er en del av fokuset i helsearbeidet forskjøvet. Kommunens viktigste oppgaver har vært pleie og omsorg samt medisinsk behandling. Nå skal også spørsmålene om ulikhet i helse tas opp, og også på det området er kommunen ansvarlig.

– Jeg tror nok kommunelegen vet mer om dette, sier rådmannen. – Vi kan vel vente på ham, og høre hvordan han mener vi skal gripe dette an. Ordføreren er ikke helt enig, kommunelegen kan mye om medisin, sier han, men en del av utfordringene i vårt arbeid med folkehelse kommer til å ligge langt unna det han har arbeidet med. Men han blir likevel viktig i arbeidet fremover.

Folkehelsekoordinatoren får også travle dager fremover. Det vet de begge. Folkehelsekoordinatoren kommer til å måtte bygge nye relasjoner for å bygge opp «det nye folkehelsearbeidet», og se til at mange andre enn kommunens helsepersonell kommer med. Det gjelder andre av kommunens egne ansatte, ansatte i private bedrifter og ikke minst de som er med i frivillige organisasjoner.

Ordfører og rådmann tar opp kommunehelseprofilene de har lastet ned, og ser på dem. Kommunen har mange innbyggere over 80 år, og fremskrivningen viser at de kommer til å ligge meget høyere enn både fylkes- og landsgjennomsnittet i årene fremover.

– Det er kanskje for sent å gjøre veldig virkningsfulle tiltak for denne gruppen nå, sier ordføreren. Men noe kan gjøres. Men det må jo være et mål at vi skal kunne gjøre flest mulig av dem i stand til å bo hjemme lengre. Da blir det ikke så mange i aldersinstitusjonene. Og presset på sykehusene bør antakelig bli noe mindre.

– Seniordans, smiler rådmannen. Få dem til å danse seg til bedre bevegelighet. Rådmannen har vært på folkehelsekonferanse, og er tydeligvis full av inntrykk. Ordføreren er glad for at rådmannen har skaffet seg kunnskaper og forståelse forut for det som ligger foran dem. Han tenker at seniordans neppe er nok, men rådmannen fortsetter. – Det finnes mange vellykkede prosjekter allerede. Mange kommuner har arbeidet etter en modell som ligner meget på tankene i den nye loven. Jeg vet om Flere freske folk i Østfold. Det er et prosjekt der fylkeskommunen har ansatt en koordinator som legger opp turer og andre tiltak for innbyggere over 60 år. Tanken bak er «Forebygge mer for å behandle mindre.»

– Men det dreier seg jo om sykehus, sier ordføreren. Vi kan jo ikke tenke slik. For oss dreier det seg om folk kan bo hjemme eller ikke. De blir fort enige om at bildet ikke er så enkelt, med reglene om at kommunen skal ta seg av de som er ferdigbehandlet på sykehus, kan det bli dyrt om man mangler plass for rehabilitering i kommunene.

– Hva med lårhalsbruddene, sier ordføreren. Det er mange gode prosjekter vi kan se på, også på det området. Både i Os i Østerdalen og i Hamar har de hatt prosjekter for å forebygge lårhalsbrudd. I Hamar hadde de lagt opp veldig bredt, med opptrening av balansen, med trimgrupper og tai chi, med sandstrøere og sand levert i hjemmet til dem som hadde bruk for det. I Østerdalen var det mye vekt på sandstrøing, men slik at eldre også kunne kjøre trygt på sparkstøtting.

Etter hvert kommer kommunelegen og folkehelsekoordinatoren. Rådmannen forteller dem hva han og ordføreren har snakket om. Både legen og koordinatoren har eksempler de også synes de skal se nærmere på. Kommunelegen snakker seg varm om skaderegistrering i Harstad og Os i Østerdalen, alle skader som er behandlet i kommunens legetjenester og på sykehuset blir registrert og vurdert, slik at man velger og setter i verk tiltak for å forebygge at tilsvarende skade skal skje igjen.

Folkehelsekoordinatoren slår frempå om det ikke kan være lurt å arbeide spesielt med unge innvandrerkvinner i kommunen. Hun er redd for at de mangler den kulturelle forståelsen som gjør at de igjen kan hjelpe sine barn inn i samfunnet. Dårlige skolerestultater fører gjerne til at det er vanskelig å få arbeid. Og vansker på arbeidsmarkedet fører lett til både dårlig økonomi og dårlig helse.

– Skolen er altså et viktig tiltak i folkehelsearbeidet, sier rådmannen. – Du skulle se på et prosjekt fra Verdal, fra Lappea, det er et sånt sjal som mange afrikanske kvinner bærer barn i, til vitnemål. Der har de fulgt opp innvandrerkvinner og deres barn i flere aldersgrupper. Slik det har fungert, bør kvinnene som har vært involvert, ha økt sin realkompetanse ganske betydelig.

– Dette er jo spennende, spørsmålet er vel bare om vi får tak i helsepersonell som kan gjøre dette. Iblant er det vanskelig nok å rekruttere til de kommunale tjenestene. Kommunelegen er bekymret, selv om han leder seg over initiativene. Han ser at dette er nye tanker i arbeidet med helse, og vil nødig at det skal strande på for lite personell.

– Vi kan neppe regne med at det blir lettere på få tak i helsepersonell fremover, sier ordføreren. – Nei, enig i det, svarer rådmannen. – Så de vi får tak i, må vi bruke som spisskompetanse og til behandling, pleie og omsorg. Nei, her må vi finne andre. Vi har helselag, vi har eldrelag, Sanitetsforening, Lionsklubb og mange andre. Kan ikke du høre i Lions, om noen der kan tenke seg å være sjåfører til og fra seniordansen? Og naturligvis må de også gjerne danse med, det er jo nesten bare damer som går på seniordansen etter hvert.

Og idrettslaget er jo bare opptatt av ungdom og fotball. Jeg skal ta opp i styret der om ikke de bør satse mer på tiltak for voksne, både orienteringsgruppen og sykkelgruppen kan jo legge opp noe som ikke bare dreier seg om å vinne.

– Jeg hører i hvert fall at dette dreier seg om atskillig mer enn jeg hadde forestilt meg, sier ordføreren. Her må det tenkes ordentlig, men vi får komme i gang med de selvsagte tingene, så fort som mulig.

– Hva er selvsagt? spør folkehelsekoordinatoren. Det vet vi ikke før vi har spurt folk. Det holder ikke med en kommunehelseprofil. Her må vi dypere inn i materien. Kunne det være en idé at jeg skriver en artikkel om folkehelseutfordringene i lokalavisen og inviterer interesserte lag og foreninger til å bli med på et folkehelsemøte. – Ikke bare lag og foreninger, sier rådmannen. – Vi må få med interesserte enkeltpersoner, og ikke minst bedrifter. I folkehelsearbeidet skal alle høres, og det viktigste er at vi greier å gi det en form som gjør at flest mulig kan identifisere seg med ideer og tiltak.

– Jeg tror vi kan bruke et begrep fra behandlende medisin her, sier kommunelegen. Dette dreier seg om en slags empowerment, der man gjør innbyggerne bedre i stand til å håndtere sin egen situasjon, og at tiltakene som legges opp virker meningsfylt for dem som de angår. Så må man identifisere og fjerne strukturelle hindringer.

– Det betyr at vi må ha en slags brukerstyring på i hvert fall en del typer tiltak. Da kan det være en fordel at det ikke er for mye helsepersonell involvert. Mange har en tendens til bare å ville instrueres, siden de tror at vi helsepersonell vet alt, også om deres egne utfordringer.

De fire fortsetter å tenke høyt om hvordan dette skal utvikles i årene fremover. Alle innser at dette ikke er noe som gjøres i en håndvending. Da stikker leder for plan- og byggsektoren hodet inn. Hun spør om ikke rådmannen og ordføreren husker at de har en avtale med henne. De skal diskutere utbyggingen av et større boligområde.

– Beklager, svarer ordføreren. – Vi ble sittende og diskutere folkehelse, og glemte helt tiden.

– Det vi skal diskutere er da ikke mindre viktig for folkehelsen, svarer hun. Kan du tenke deg noe som er av større betydning for helsa enn hvordan folk bor, avstander, friareal og hvordan man legger opp veier og trafikk. Kanskje bør vi diskutere om vi ikke skal anlegge veier ut av boligområdet, slik at barna der kan gå til og fra skolen, atskilt fra kjøreveiene. Om vi er villige til å satse på en gangvei gjennom skogholtene, kan vi sikre at barna går eller sykler farefritt til og fra skolen.

– Det der er folkehelse i langtidsperspektiv, sier kommunelegen.

Så går rådmann og ordfører til møtet i plan- og bygning, mens de andre går hvert til sitt for å se hvilke saker de har liggende, som bør tas opp til vurdering – i nytt folkehelseperspektiv.

Se mer om prosjektene de diskuterte på listen på side 49–50.



# FOLKEHELSE PÅ TVERS

HVA

KAPITTEL 2

# KAPITTEL 2 - FOLKEHELSE PÅ TVERS - HVA

Dette kapitlet dreier seg om hva folkehelsearbeid er, at folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helse er fordelt i befolkningen.

## 1. HVA ER FOLKEHELSEARBEID

I lov 2011-06-17 nr 64 om folkehelsearbeid (folkehelseloven), som gjelder fra 1. januar 2012, defineres folkehelsearbeid som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsearbeid skal være sektorovergripende, og skal drives gjennom tiltak i mange sektorer i samfunnet. Målene skal være:

- Trygghet og medvirkning for den enkelte og gode oppvekstvilkår for barn og unge
- Et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og en sunn livsstil
- Forebygging av sykdommer og skader

### Folkehelseloven sier:

#### §1. Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.



## 2. HVA ER HELSEOVERVÅKNING

For å kunne rette folkehelsearbeidet riktig, må man ha oversikt over utbredelsen av sykdommer og skader samt risikofaktorer og hvordan disse utvikler seg over tid i ulike grupper i befolkningen. Til dette drives en løpende overvåkning, der man setter sammen data fra ulike helseregistre, data fra forskningsprosjekter og fra helseundersøkelser på grupper eller hele befolkningen.

Etter folkehelselovens § 5 skal kommunene ha oversikt over innbyggernes helsetilstand og de faktorer som kan påvirke folkehelsen, positivt som negativt. Oversikten skal være skriftlig, og kommunen skal være særlig oppmerksom på det som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Slike oversikter skal være utgangspunkt for kommunenes arbeid med å innrette folkehelsearbeidet mest mulig hensiktsmessig og å fjerne sosiale ulikheter i helse.

Se mer om oppgave- og ansvarsfordelingen i kapittel 4 og i lovreglene som gjengis fra side 40 og utover. I folkehelseloven legges det opp til at kommunene skal få hjelp og støtte til å få denne oversikten. I § 21 pålegges fylkeskommunen å ha oversikt over helsetilstanden i fylket, og i §§ 24 og 25 gis Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt ansvar for å gjøre tilgjengelig opplysninger om folkehelsestilstand og påvirkningsfaktorer i kommuner og fylker.

Kommuneprofilene utvikles av Folkehelseinstituttet og ligger på [www.fhi.no](http://www.fhi.no). Gå videre fra forsiden > helsestatistikk > kommunehelse.

## 3. ARBEIDET MED SOSIALE ULIKHETER I HELSE

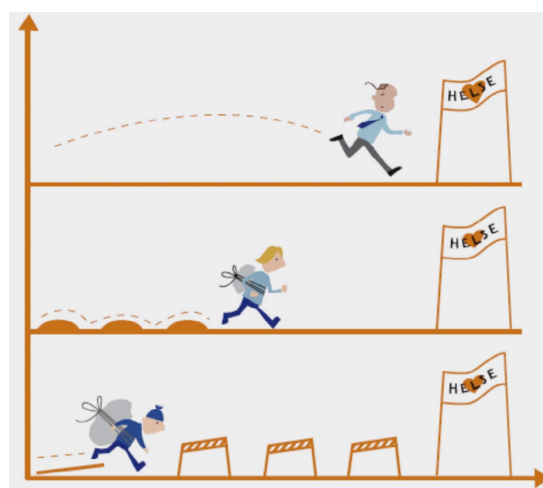
Tanken om å jevne ut sosiale ulikheter i helse skal altså være et sentralt element i folkehelsearbeidet. Utjevning betyr her at man skal motvirke helseforskjeller med slike virkemidler at verken gjennomsnittets, eller noen gruppes helse blir dårligere. Det følger av § 1.

Det er betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge, selv om norsk folkehelse generelt sett er god. Helseforskjellene følger bestemte sosioøkonomiske mønstre; den viktigste sammenhengen man ser, er at jo høyere sosioøkonomisk status (utdanning, yrke, inntekt), desto bedre helse.

Disse systematiske helseforskjellene har mange årsaker. De er delvis knyttet til grunnleggende samfunnsfaktorer som økonomi, miljø, kultur og oppvekstvilkår, til ulike risikofaktorer knyttet til hvilket arbeids- og bomiljø man har, og også til mer umiddelbare faktorer som hvordan man selv tar vare på egen helse og gjør bruk av helsetjenester.

Men i tillegg ser man andre sammenhenger. Hvilke levekår og omgivelser man har som barn påvirker blant annet hvilke utdanningsløp og yrkesmuligheter man får senere i livet. Dette igjen påvirke hvilken helse man får. Dermed blir barns utdanning og fritid viktige temaer i folkehelsearbeidet. Også hva man spiser, hvor aktiv man er og bruken av tobakk følger slike mønstre.

Forskning viser at strukturelle tiltak og ordninger er viktigst i arbeidet for å redusere helseforskjellene.



Figur 1. Alle har forskjellige forutsetninger, også for helse. Fra Stortingsmeld 20 (2006-2007)

Uansett hva man ellers gjør av godt folkehelsearbeid, vil det kunne være behov for særskilte tiltak for utsatte grupper. Slike tiltak vil være mer spisset, og gjerne rettet mot enkelte sider av problemet. Ofte vil målet være å fjerne eller lette et problem for disse gruppene, heller enn å fjerne dets grunnleggende årsaker. I mange tilfeller vil man måtte fatte svært vanskelige politiske beslutninger, for å kunne fjerne selve problemet.

Slike strategier overfor utsatte grupper vil måtte tilpasses hver enkelt målgruppes spesielle behov og krever at man har spesiell kjennskap til målgruppen. De fleste slike tiltak må derfor utvikles i samarbeid med målgruppen eller talsmenn for denne.

Eksempler på slike rettede tiltak er barnetrygd, sosiale ytelser, skattelettelser og andre økonomisk utjevnende tiltak som sikrer de utsatte gruppene god nok økonomi til å kunne gjøre sunne valg. I tillegg legger samfunnet til rette for sunne valg ved å sette ressurser inn i folkehelsearbeidet, som opplysning og opplæring. Men man ser likevel at dette ikke er nok til å gjøre alle i stand til å nyttiggjøre seg tiltakene.

Slike særlige behov vil variere med samfunns- og lokalsamfunnsendringer. Som ansvarlige i arbeidet med folkehelsen, må kommunene følge med og justere tiltak etter behovene som oppstår.

Om noen mister arbeidet, viser alle statistikker at deres helse er i fare. Det kan møtes ved at det opprettes grupper for fysisk aktivitet rettet mot arbeidsledige. Slike tiltak kan gjøre det lettere å holde formen ved like – da vil de også være mer attraktive på arbeidsmarkedet. På samme måte kan man tenke seg røykesluttkurs som et folkehelse-tiltak. Slike tiltak vil også kunne hjelpe arbeidsledige til å holde på en sunn livsstil. Men uten å generalisere for meget kan man antakelig si at det aller beste tiltak for god helse er å se til at alle unge får en utdanning som gjør dem i stand til å komme inn i arbeidslivet.

Uansett hvor mange gode grunnleggende tiltak og nå-situasjonstiltak den enkelte får og gjennomfører, vil ens helse forandre seg med alderen. Kroppslig forfall begynner rundt 23 års alder, og man får et økende behov for helsemessig oppfølging.

Et vesentlig folkehelse-tiltak for alle vil være tilgang på helsetjenester nok til at alle får nok innspill til å vite hvordan de skal ta vare på egen helse. Jo mindre kunnskap man har om helse, desto viktigere er tilgangen til helsetjenester som kan gripe inn i tide, i hvert fall med råd, men også med helbredende eller rehabiliterende tiltak.

Og også på dette nivået ser man at det finnes grupper med spesielt høy risiko, mennesker med psykiske lidelser og rusbrukere vil f.eks. ofte ha spesielle behov for både rådgivning og tilgang til behandling. Det samme ser man hos svært overvektige og mennesker som har lidelser og utfordringer som gjør at de havner utenfor de vanlige sosiale systemene.



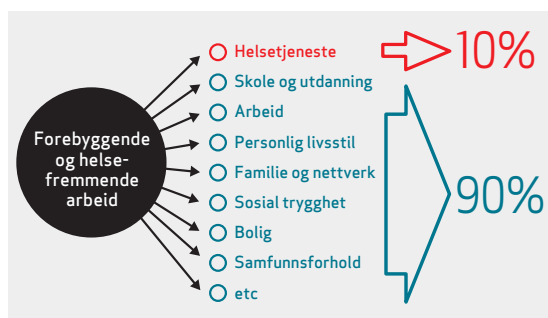


## 5. 10-90-REGELEN

10 – 90-regelen er en pekepinn på mye folkehelsearbeid atskiller seg fra annet helsearbeid, og lyder: «Bare 10 % av folks helseproblemer kan helse-tjenesten selv gjøre noe med. De resterende 90 % må løses utenfor helsetjenesten.»

Det vil si at tiltak og virksomhet som ligger under helsetjenestenes ansvarsområde bare bidrar med 10 % av det som skal til for å opprettholde befolkningens helsetilstand. Resten av helse-tilstanden i landet skyldes beslutninger som ligger i andre samfunnssektorer. Dette er en viktig huskeregel i folkehelsearbeidet.

Mange av rammebetingelsen for den kommunale folkepolitikken avgjøres langt unna de kommunale politiske sfærer, for eksempel i statsbudsjett, veibudsjett, tildeling til Husbanken etc. Selv om mange av de forholdene som er av betydning for folkehelsen ikke kan påvirkes av den kommunale helsetjenesten, er kommunen likevel helt eller delvis ansvarlig for hvordan de fleste av dem utvikles. Ansvar skal håndteres i en ganske komplisert planleggings- og beslutningsprosess.



Figur 3: 90-10-regelen (Wildavsky 1977) fra NOU 1998:18, Det er bruk for alle

Det er åpenbart at det som skjer i planlegging og boligbygging, trafikk og utvikling av skole- og fritidstiltak har betydning for folkehelsen. Av like stor betydning er hvilken økonomi kommunen har, og hvordan man politisk vedtar å fordele midler og ressurser på kort og lang sikt.

Kommuneplaner skal rulleres og evalueres i kort og langt perspektiv. Dette er også godt tilpasset tankegangen i folkehelsearbeidet, som også skal ha både kortsiktige og langsiktige perspektiv. Overordnede folkehelse mål vil passe inn i kommunens overordnede mål. Under de langsiktige målene, må man ha satsninger, arbeidsplaner og tiltak med kortere perspektiv. Disse må evalueres, man må vurdere større og mindre kursendringer for å sikre at man når de operative målene.

Man kan gjerne ha et 12 års perspektiv på de overordnede målsetningene, slik at de løper i hele langtidsplanperioden. På den annen side bør det første spesielle tiltaket for særskilt utsatte grupper antakelig utformes slik at det kan evalueres allerede etter ett år. Det skaper organisasjonsmessig læring på veien.

Se mer om planprosess og folkehelsearbeid på s 23-25.



## 6. NYE ANSVARSHAVENDE

Etter den nye folkehelseloven er rådmann/ administrasjonssjef, som leder kommunen administrativt, og ordfører som leder de politiske prosesser de viktigste personene i arbeidet etter den nye folkehelseloven.

De ulike oppgaver og roller i folkehelsearbeidet behandles videre i kapittel 4.

## 7. KOMMUNENS TILTAKSPLIKT ETTER FOLKEHELSELOVEN

Kommunens plikt til å gjennomføre folkehelseiltak er blitt mer tydelig i og med lov om folkehelsearbeid.

Langt på vei er den nye folkehelseloven en videreføring av fordelingen av oppgaver i kommunehelsetjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Formålet med den nye loven er definert som at man skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Loven skal legge til rette for et langsiktig, systematisk, samordnet forsvarlig folkehelsearbeid.

**Folkehelselovens § 4** viser hva som er kommunens oppgaver:

- fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse,
- bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Loven sier også at dette skal foregå som en integrert del av hvordan kommunen utøver kommunens oppgaver, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal med andre ord alltid vurdere folkehelseperspektivene ved politiske og administrative vedtak.

Kommunen skal i tillegg medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt, både av andre myndigheter og av bedrifter og virksomheter. Medvirkning skal skje gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal også legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

**Folkehelseloven § 5** gir kommunen plikt til å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og hvilke faktorer som kan virke inn på denne, både positivt og negativt.

Her skal man altså kunne identifisere de utfordringer for folkehelsen i kommunen, og man skal vurdere årsaksforhold og mulige konsekvenser. Her ligger kommunens plikt til å være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Oversikten skal være en del av grunnlaget for arbeidet med kommunens planstrategier.

**Folkehelseloven § 7** om folkehelseiltak lyder: «Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf § 5.»

Denne paragrafen kan omfatte plikten til å gripe inn med tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og bruk av alkohol og andre rusmidler. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Det nye er at dette etter den nye loven er et anliggende for *hele* kommunen, ikke bare for kommunehelsetjenesten.

Folkehelseloven hjemler tydeligere enn tidligere lover den plikten kommunen har til både å *fremme* helse og å *forebygge* sykdom og skade mv. Det understrekes også at folkehelsearbeidet skal foregå tverrsektorielt og systematisk. *Alle* kommunale sektorer skal bidra til oversikten over folkehelseutfordringer, vurdere behov og foreslå tiltak innen rammene av sine arbeidsområder, gjennomføre dem og evaluere hvilken innvirkning de har på folkehelsestilstanden.

## 8. FYSISK AKTIVITET OG SAMFUNNSØKONOMI

Det er mange samfunnsøkonomiske gevinster knyttet til fysisk aktivitet. Internasjonalt er det gjort kost-/nytteanalyser som viser at det er effektivt å satse på fysisk aktivitet på en rekke områder.

Eksempler er reduserte kostnader knyttet til sykefravær, behandling av overvekt, sykehusinnleggelse og uførepensjon blant personer som er fysisk aktive/ i god fysisk form, om man sammenligner med personer som har lavt fysisk aktivitetsnivå/dårlig fysisk form. Det er betydelige gevinster av å satse på økt fysisk aktivitet i den norske befolkningen.

Eksempelvis anslås samfunnsnyttene av gang- og sykkelveinettene til å være 4-5 ganger større enn kostnadene. En times daglig fysisk aktivitet i skolen kan ha en potensiell nyttegevinst på bortimot 40 ganger kostnadene. Norske beregninger viser videre at hver fysisk inaktiv tredveåring som begynner å bli moderat aktiv, gir en velferds-messig gevinst på tre millioner.

At kommunens ansvar for å iverksette folkehelse-tiltak også omfatter fysisk aktivitet er altså uttrykkelig nevnt i den nye loven. Og kommunen kan være nærmest garantert at en innsats i virksomme tiltak på dette området vil betale seg på lengre sikt.

### Barn og unge:

anbefales å være i aktivitet i minst 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være variert og omfatte aktivitet med både moderat og høy intensitet.

### Voksne og eldre:

anbefales å være i moderat fysisk aktivitet i minst 30 minutter hver dag.





# FOLKEHELSE PÅ TVERS

## HVORFOR

### KAPITTEL 3

# KAPITTEL 3 - FOLKEHELSE PÅ TVERS - HVORFOR

Dette kapitlet omhandler først og fremst hvorfor det er nødvendig å la arbeidet med folkehelse foregå i alle deler av en kommune.

## 1. INNBYGGERNES HELSE ER HELE KOMMUNENS ANSVAR

I 2040 vil hver femte innbygger i Norge være over 67 år, mot hver åttende i 2012. (Brunborg, H., Texmon, I. Befolkningsfremskrivning 2011-2100: Nasjonale resultater. Økonomiske analyser 4/2011.)

Om fremtidens eldre har samme grad av funksjonsbegrensninger som dagens eldre, vil stigningen kunne bety en økt etterspørsel etter pleie og omsorg på mer enn 50 %. Uten en aktiv forebyggende og helsefremmende innsats i årene fremover vil alle norske kommuner oppleve en etterspørsel etter behandling og pleie av eldre og syke i årene fremover, som det vil være vanskelig å finne ressurser til.

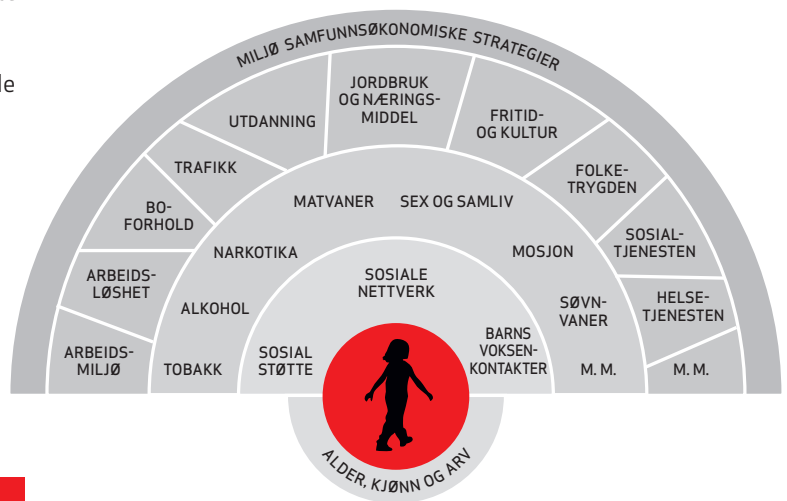
De samfunnsøkonomiske rammer gir ikke noe løfte om noen stor økning i offentlige økonomiske rammer. Det kan gjøre det vanskelig å sikre innbyggerne tilstrekkelig tilgang til grunnleggende velferdsytelser. Her kan langsiktige, helsefremmende tiltak være noe av løsningen. Om kommunene lykkes med å forbedre innbyggernes helse og funksjonsnivå, vil det kunne redusere deres behov for pleie- og omsorgsyttelser.

Dagens folkehelsearbeid i kommunene vil altså kunne få stor betydning for etterspørselen på lengre sikt etter kommunale yttelser som pleie, sosialhjelp, behandling og rehabilitering.

De helsefremmende tiltakene som kan virke her dreier seg om bolig, muligheten for fysisk aktivitet, sunn mat – kort sagt muligheten for sunne valg.

Dette er i tråd med tankene i Folkehelseloven, der det slås fast at kommunen har ansvaret for at alle innbyggere har sunne rammer og tilgang til både helsefremmende og forebyggende tiltak der de bor.

Den som ønsker å se mer detaljert på hvilke faktorer som påvirker folkehelsen henvises til EUR/RC61/Inf.doc./5 Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO, European Region. Spesielt kapittel II, fig 6, 7 og 8 vil være nyttige. Se også på internett, Solid Facts, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/08438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/08438/e81384.pdf)



Figur 4: Forhold som påvirker folkehelsen. Opprinnelig fra G. Dahlgren and M. Whitehead, Policies and strategies to promote social equity in health, Institute of Futures Studies, Stockholm, 1991. Tatt fra [www.fmst.no](http://www.fmst.no)

Som eksempel på hvilke innsparinger som kan ligge i et godt folkehelsearbeid, kan nevnes at man i Fredericia kommune i Danmark har spart 15 millioner kr årlig i hjemmesykepleien ved bruk av fysisk aktivitet, for å få eldre, som tidligere fikk hjelp fra kommunen, til å klare seg med mindre eller ingen hjelp.

Resultatet ble at 156 av 338 er helt selvhjulpne, 133 klarer seg med mindre hjelp enn tidligere. Bare 49 får like mye hjelp som før. Prosjektrapport ligger på internett: [http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=287&type=book\\_whole&project\\_id=3106](http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=287&type=book_whole&project_id=3106)

## 2. HELSE SKAPES PÅ TVERS AV FORVALTNINGSOMRÅDER

Figur 4 viser tydelig at ansvaret for rammer og forhold som påvirker folkehelsen ligger i mange kommunale sektorer og til dels utenfor kommunens tradisjonelle arbeidsområder. Utdanning, sosiale forhold og ikke minst plassen man har i arbeid og miljø i bred forstand, bestemmer mye av hvordan den enkeltes helse er og vil utvikle seg. Viktige er også trafikkforhold og de fritidsmuligheter man har (figurens nest ytterste ring). Den enkeltes egen utrustning, livsstil og atferd har naturligvis også stor betydning for helsen (figurens innerste og nedre ring).

Det er derfor viktig at alle innbyggere i kommunen får tilbud om både helsefremmende og sykdoms- og skadeforebyggende tiltak. Med slike tiltak påvirker man deres mulighet for å leve sunt i hverdagen, i skolen, i arbeidet, i trafikken og på offentlige steder. Mange kommuner har gode erfaringer med å tenke helsefremmende i tilretteleggingen av de rammer og betingelser for folkehelsen som de allerede sitter med ansvaret for.



## HOFTEBRUDD – FOLKEHELSE I ET NØTTESKALL

Hoftebrudd er en glimrende illustrasjon på hvorfor man kan si at folkehelsearbeid bør foregå i alle sektorer.

Hvert år skjer det ca 9000 hoftebrudd i Norge. 6000 er enkle brudd, 3000 er kompliserte brudd. Beregnede kostnader pr enkelt brudd er kr 235 000. De kompliserte bruddene er betydelig dyrere, kr 675 000 er beregnet kostnad pr brudd, inklusive sykehjemsopphold.

Totalprisen er ca 3 000 000 000 kr pr år – tre milliarder kroner for Norge som helhet.

Pr 1000 av befolkningen på 65 år +, vil det statistisk være 10 enkle og 5 kompliserte hoftebrudd pr år. Denne aldersgruppen utgjør 15 % av totalbefolkningen. Da kan man fort regne seg fram til at en kommune med 10 000 innbyggere vil ha 15 enkle og 7-8 kompliserte hoftebrudd pr år. Dette gir en total kostnad på kr 3 450 000 pr år til sykehusbehandling og kr 3 380 000 til opphold på sykehjem i tillegg til kr 1 730 000 til rehabilitering (i kommunen).

Hvert hoftebrudd man unngår, betyr en reduksjon av

- sykehusutgiftene med kr 150 000
- sykehjemsutgiftene med kr 150 000 og
- kommunal rehabilitering med kr 80 000

Risikofaktorene for fall kan deles inn i to:

- Ytre – som glatte gulv, ujevne overflater, glatte fortau, dårlige sko
- Indre – som medisiner, sykdom, dårlig gangevne, aleneboende

I tillegg vet man at det er to grupper som er mest utsatt for farer – de mest aktive og de mest passive.

Hoftebrudd forebygges altså ved hjelp til å holde gulvene trygge (kommunevaktmester), fortauene strødd (teknisk etat), gode sko (hjemmehjelp eller assistent). Tar man også med sikre gangeveier, ser man viktigheten av planene som legges til grunn for utbygging.

Dersom helsevesenet vet om risikoøkende forhold som medisiner eller sykdom, kan de alarmere noen som kan gi assistanse. Og gangevnen kan forbedres ved alminnelig fysisk aktivitet – har kommunen trim for eldre? Eller har noen av de frivillige organisasjonene?



### 3. STRUKTURELL HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE INNSATS

Arbeidet for å skape sunne rammer for innbyggerne dreier seg i stor grad om fjerne strukturelle barrierer, og «gjøre det lett å velge sunt», altså å styrke innbyggernes mulighet for å treffe sunne valg på egenhånd. I noen tilfeller er det riktig å sette inn tiltak som styrer dem i riktig retning.

I og med at det som bestemmer helsen ligger i ulike kommunale sektorer, dreier det kommunale folkehelsearbeidet å bygge opp en strukturell helsefremmende og forebyggende innsats med helsemessige hensyn arbeidet i ulike sektorer, og ende opp med at kommunale vedtak gir gode rammer for innbyggernes helseatferd.

Helsefremmende tiltak på tvers av sektorer krever ikke nødvendigvis noen ny og mer ressurskrevende innsats fra kommunens side. Den viktigste utfordringen på kort sikt er å skape eierskap til tanken om folkehelse som utfordring til alle deler av kommunen, identifisere hvor de ulike utfordringene ligger, og sette de som har utfordringene i gang med å bestemme hvordan de skal håndteres.

### 4. HELSE SOM MÅL OG/ELLER MIDDEL

Ønsket om å redusere behovene for fremtidig pleie og omsorg bør gjøre det lett å få oppslutning om bedret folkehelse som overordnet prioritering i arbeidet.

Men i hver enkelt enhet og avdeling bør man også kunne se at folkehelsemålene har sammenheng med de mål man tradisjonelt har hatt. Folkehelsemål som er knyttet til kommunens boligpolitikk f eks bør ikke stå i strid med andre hensyn som skal ivaretas i det løpende arbeidet med plan og utvikling av boligområder.

### 4A. HELSE SOM VIRKEMIDDEL I ANDRE FORVALTNINGSOMRÅDERS INNSATS

Helsefremmende arbeid kan i kommunens løpende arbeid slik ses som et middel til å oppnå mål som ligger i andre forvaltningsområder. Og de ligger ikke nødvendigvis bare i én sektor. Likevel kan de gjerne umiddelbart fremstå som gode handlingsmål for alle sektorer.

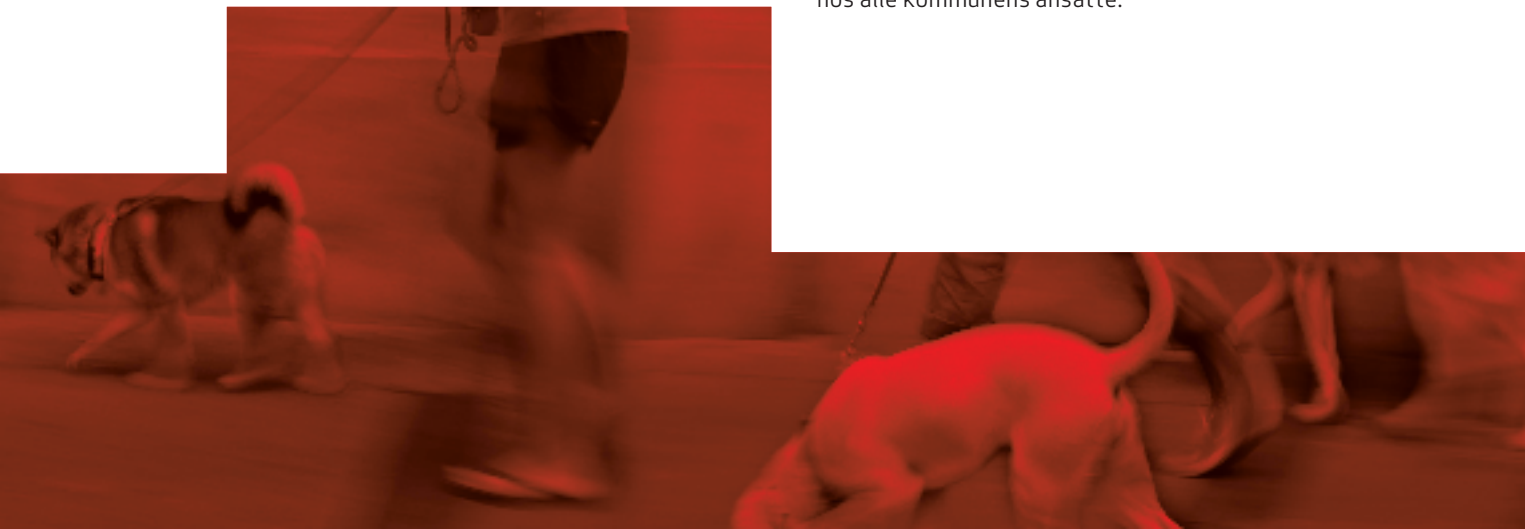
Oppvekstsektoren fokuserer tradisjonelt sitt arbeid på utdanning og trivsel, mens helsesektoren har bedre helsetilstand som mål for sitt arbeid. Da er det ikke vanskelig å se sammenfallende interesser i fysisk aktivitet for barn og unge:

Barn og unge som beveger seg nok, spiser sunt, blir sett og trives sosialt, øker samtidig sin personlige og sosiale handlingskompetanse. Samtidig vet man at fysisk aktivitet øker lærings- og konsentrasjons evnen hos barn og ungdom. I tillegg vet man at helsefremmende innsats for barn og unge kan bidra til å skape sosiale nettverk som bl.a. kan styrke dem i utdanningsløpet.

Legger man slike langsiktige perspektiver til grunn er det ikke vanskelig å se at helseetatens og oppvekstetatens mål faller sammen.

Der sammenhengene ikke er så umiddelbart synlige, kan det være behov for tiltak for å sikre at helse blir et felles omforenet mål mellom avdelinger og enheter. Det kan man oppnå ved å gjøre et politisk vedtak om at alle større saker som behandles i kommunen skal ha et avsnitt der man anslår hvilken betydning den vil ha for folkehelsen. Slik tvinges alle som arbeider med en sak til å vurdere den i et folkehelseperspektiv. Da blir det lettere å unngå vedtak som kan virke negativt på folkehelsen.

På lengre sikt gjør slike vedtak også at det utvikles en stadig bedre forståelse for folkehelse spørsmål hos alle kommunens ansatte.



Det finnes flere gode eksempler på måloppnåelse gjennom tiltak i andre enheter og sektorer:

Tiltak som fremmer sunn kost og fysisk aktivitet, kan også være gode midler i et prosjekt for å forbedre utsatte individers sosiale relasjoner og nettverk.

Slike tiltak kan inngå i sysselsetningsprogrammer der man ønsker å styrke deltakernes tro på at de selv kan få til noe eller for å hjelpe dem til å klare de krav om fysisk styrke som følger med noen typer arbeid. Mange kommuner har etablert spesielle helsetilbud til innbyggere i risikosoner, f.eks. i forhold til «steder å være» eller til håndtering eller behandling av misbruk. I tillegg har mange gode erfaringer med å tilby helsehjelp i forbindelse med sysselsetnings- og rehabiliteringstiltak for arbeidsledige.

Fra sosialpsykiatrien kjenner man eksempler på at helseinnsats med fokus på fysisk aktivitet slår positivt ut på generell trivsel og overskudd hos dem som får tiltaket. Slike tiltak viser seg også å kunne slå ut i redusert behov for antidepressive medikamenter.

#### 4 B. HELSE SOM MÅL I ARBEID UTENFOR HELSESEKTOREN

Helsefremmende effekt kan også gjøres til mål for innsatsen i alle områder og sektorer, og forbedring av helsefremmende rammer kan gjøres til felles kommunale mål. En kommunes helse- og miljøsektorer har for eksempel felles interesser i reduksjon av forurensning. For helsesektoren betyr redusert forurensning bedre helse i befolkningen, især for utsatte grupper. For miljøsektoren betyr redusert forurensning at man har beskyttet miljøet.

Et eksempel på hvordan dette kan gjøres er reduksjon av partikkelforurensningen ved miljøsoner for tungtrafikk eller miljøfartsgrenser.

Ikke sjelden vil det være helsesektoren som har størst erfaring med og motivasjon for slikt tversgående samarbeid, drivkraften vil være det dens ansatte ser av muligheter for å fremme helse i samarbeid. Og i en kommune der helse er gjort til overordnet politisk målsetning, vil det være bruk for helsesektorens kunnskaper i deler av arbeidet i de fleste andre sektorer.

Det er lett å vise hvordan helsesektoren og plan- og bygningssektoren kan ha felles interesser, for eksempel i hvordan man utformer offentlige arealer. Grønne arealer gir mulighet for både sosialt liv og fysisk trening. Dermed kan også det som gjøres i plan- og bygningssektoren være en vei til bedre folkehelse. Universell utforming er en måte å sikre at arealene kan brukes av alle som trenger bedre muligheter for utfoldelse.

Teknisk sektor kan dermed også være viktig i kommunens arbeid for å skape en infrastruktur og fysiske omgivelser for bedre folkehelse. Det ser man på mange områder, skoler, arbeidsplasser, lekeplasser, veier, stier og boligområder. Overalt vil kommunen ha nytte av at også plan og bygningsområdet tenker folkehelse i sitt arbeid.

En kommune som ønsker å tenke folkehelse i f.eks. miljø- og planområdet, bør fatte en klar og tydelig beslutning om det.



## 5. FOLKEHELSE SOM POLITISK PRIORITERING

Det er også mulig å gjøre folkehelse til en overordnet politisk prioritering, uten spesifikt å kreve at det skal inngå som del av all kommunal virksomhet. Det kan f.eks. skje ved at man bestemmer at alle bevilgninger til frivillige organisasjoner skal gis med krav om at en bestemt andel skal gå til tiltak som har bedret folkehelse som mål.

Uansett hvordan mål og midler henger sammen, vil samarbeid på tvers av forvaltningen kunne øke bevisstheten om at kommunen *som helhet* kommer best ut ved at innbyggernes helse ivaretas gjennom et bredt, tverrsektorielt samarbeid.

### 5A. LEDELSE OG TYDELIGE VEDTAK

Tilstrekkelig oppbakking fra ledelsen og bevisst styring i alle sektorer er de viktigste suksesskriterier for et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Før man kan tenke helsefremmende i alle sektorer, må man være i gang med å identifisere felles mål og midler og se hvilke muligheter for samarbeid som foreligger.

Både politiske vedtak og handlingsplaner kan være nyttige i arbeidet for å styrke felles kultur og følelsen av at folkehelse er et felles ansvar.

Allerede mens man forbereder et politisk vedtak om å prioritere folkehelse kan man involvere alle relevante sektorer i definisjonen av mål og tiltaksformer og forplikte hver av dem overfor de deler av folkehelsen som de kan påvirke i sitt arbeid.

Et slikt vedtak kan gis en oversektoriell form, slik at det viser hvilket ansvar som påligger hver sektor. Alternativt kan det utformes slik at ansvaret for å ta folkehelse med i beslutninger delegeres til sektorene, og skal gjøres til gjenstand for prosess der.

Det ligger mange utfordringer i ønsket om å skape styringsmessige og organisatoriske koblinger mellom ulike forvaltningsområder og sektorer, det er ikke alltid lett å få en organisasjon til å trekke i én retning. Skal den politikk kommunestyret og fagutvalgene har vedtatt virkelig kunne realiseres, må den brytes ned til konkrete mål for hver sektor, og ansvaret må bli entydig plassert.

### ETT EKSEMPEL: SKADEREGISTRERING I HARSTAD

Ved Harstad sykehus har man siden 1985 registrert alle skader som behandles poliklinisk eller ved innleggelse - ca. 3500 pr år. Av disse utgjør trafikkskadede 8-10 %. Man registrerer data som er relevante for forebygging av skader; hvor, hvordan og når skaden skjedde. Trafikkulykker fører til de største ulykkesskadene og til de fleste dødsfallene i aldersgruppen under 25 år.

Harstad sykehus har siden 1989 utgitt trafikkskaderapporter der alle registrerte trafikkskader med skadested Harstad kommune har vært detaljert beskrevet med dato, tidspunkt, kjønn, alder, fremkomst-middel, trafikantrølle, trafikksituasjon og enkel statistikk. Professor, dr. med Børge Ytterstad skriver kommentarer og bidrar med analyser av trafikkskadebildet i disse rapportene. Fra 1992 er disse sendt alle husstander i Harstad kommune.

Fra 2003/2004 er dekningsområdet blitt utvidet ved at sykehusene i Narvik og Hammerfest er kommet med i ordningen.

På grunnlag av registreringen og analysene har teknisk etat iverksatt strukturelle endringer av det fysiske trafikkmiljøet. Trafikkskader er dokumentert redusert med 30 % for bilførere i aldersgruppen 18 - 24 år.

Lokale data og analyser er viktig for å kartlegge årsaker til trafikkulykker og for å kunne sette inn ressurser for å redusere skadeomfanget og evaluere virkninger av forebyggende tiltak. Ved analyse av data fra Skaderegisteret i Harstad har man funnet store forskjeller mellom politiets og sykehusets registreringer. Sykehusets registrering fanger opp mer enn tre ganger så mange trafikkskadede personer som politiets.

I tillegg må man sikre et stadig lederfokus på om politikk og handlingsplan virkelig følges. Her kan det være nyttig å ha konkrete indikatorer som man kan måle den enkelte leder eller avdeling på.

Kommunenes plan- og styringssystem innebærer at ressurstildeling i økonomiplan /budsjett skjer ut fra en vurdering av om aktuelle tiltak/aktiviteter vil bidra til måloppnåelse på de syv satsingsområdene med mål som er vedtatt i Kommuneplanens samfunnsdel. Folkehelse er et eget satsningsområde i kommuneplanen, og faktorer som kan styrke folkehelsen er med som elementer i de andre satsningsområdene. På denne måten blir all ressurstildeling vurdert i et tverrsektorielt perspektiv med hensyn til om de bidrar til å styrke folkehelsen i kommunen.

Under utarbeidelsen av kommunens regnskaper og årsmelding bør det foregå en evaluering av tiltakene, også tiltakene på folkehelseområdet, som så legges til grunn for videre valg av tiltak og tildeling av ressurser.

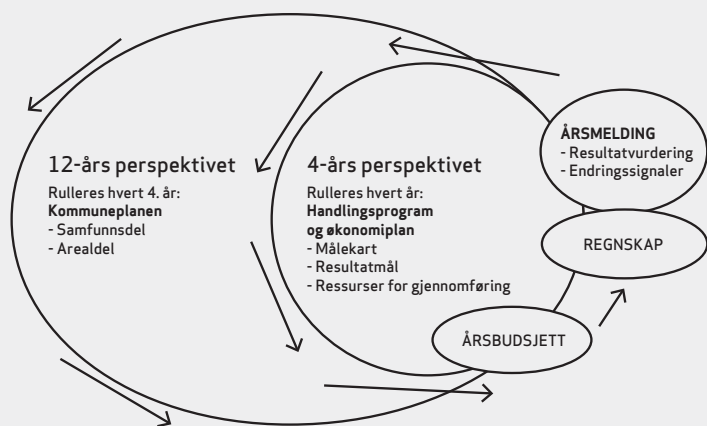
På samme måte som plan- og budsjettssystemet har ulike perspektiver, kan man sette folkehelsearbeidet inn i ulike perspektiver, evaluere de kortsiktige delene og vise hvordan man på lengre sikt ventet at de vil bedre og endre folkehelsen i kommunen.

Dette skal igjen tas inn i det langsiktige arbeidet. Ser man at man lykkes med de kortsiktige tiltakene man har vedtatt, og disse virkelig har betydning for folkehelsen, kan vurdere, både om man skal styrke innsatsen på det området, og om man over tid kan redusere innsatsen på områder der man ser at man høster innsparingene.

Fig 6 viser oppbygningen av et sett tiltak rettet mot eldre i Lier kommune. Den kan illustrere hvordan folkehelse tiltak kan måtte settes inn på ulike nivåer i både langtids- og korttidsplaner i en kommune.

En plan for målrettet helseopplysning kan antakelig produseres ganske raskt, mens gjennomføringen vil kunne ta betydelig mer tid. Tidsbruken vil kunne avhenge av hvor mange fora kommunen har, der de kan møte denne målgruppen. Det antallet vil kommunen selv kunne påvirke ved den innsatsen den vedtar på nivå 1, planen for sosial stimulering kan skape nye fora som kan brukes i arbeidet.

Hvor meget tid man synes man har til rådighet på nivå 1 vil altså kunne medvirke til å avgjøre hvor store ressurser som skal inn i innsatsen på nivå 0. Og hvordan man lykkes med disse, og med andre innsatser på nivå 2 og 3 over, vil igjen påvirke behovet for innsats på nivå 4, 5, og ikke minst på nivå 6. Men institusjonsplasser til avlastning vil kunne koste meget, og må kanskje prioriteres i svært langsiktige planer. Innsatsen i det kortsiktige perspektivet vil være av avgjørende betydning.



Figur 5: Kommunal plansyklus

		Nivå 6	Rehab, korttid og avlastning på institusjon > Utredet bruk og utarbeidet plan for videreutvikling
		Nivå 5	Dagsenter > Utvidet kapasitet
		Nivå 4	Hjemmetjenesten > Styrket forebyggende fokus
		Nivå 3	Hjelpemidler og tilrettelagt bolig > Utredet tildeling av tjenestene og utarbeidet plan for videreutvikling
		Nivå 2	Forebyggende og helsefremmende veiledning og oppfølging > Etablert målrettet plan for helseveiledning > Etablert målrettet plan for fysisk aktivitet
		Nivå 1	Aktivitetstilbud til seniorer i Lier > Etablert målrettet plan for sosial stimulering
		Nivå 0	Helseopplysning > Etablert målrettet helseopplysningsplan

Figur 6: Nivåer i tiltak for eldre i Lier kommune



## 6. LOVGRUNNLAG FOR TILTAK

Med ny lov kan de administrative utfordringene i folkehelsearbeidet lett fremstå som kompliserte. Det gjør også lov- og hjemmelsgrunnlaget, og det vil være nyttig å gå gjennom de lovene som regulerer kommunens arbeid. Da ser man samtidig hvilken innsats de ulike deler av kommunens administrasjon har i arbeidet med bedret folkehelse. I tillegg kan man se på hvilke områder kommunen bør vurdere å engasjere seg i samarbeid med andre.

En oversikt over viktige lovhjemler – der betydningen for folkehelse er klar, ligger bakerst i denne publikasjonen, se side 40-49. I tillegg til disse henvisningene vil man etter hvert man utvikler det lokale arbeidet, se stadig flere områder i kommunens pålagte oppgaver, som bør vurderes lagt inn i folkehelsearbeidet, selv om de ikke står på listen.

For videre lokalt arbeid kan det være nyttig å sjekke lovgrunnlaget på lovdata. I vedlegget er det klippet fra lovteksten – og lov- og forskriftsgrunnlaget vil antakelig bli endres også i tiden framover.

Danske undersøkelser viser at det i mange kommuner ikke blir sammenheng mellom det som er besluttet politisk, og hva de ansatte prioriterer. Årsaken er ofte at det mangler lederfokus slik at ingen følger opp de beslutningene som er gjort.

I neste kapittel belyses utfordringene og mulighetene ved en tverrsektoriell innsats for forebyggende og helsefremmende arbeid videre.

- Større press på kommuneøkonomien og stadig flere eldre innbyggere vil gjøre det nødvendig å tenke helsefremmende og forebyggende i en annerledes kommunal prosess i årene fremover.
- Folkehelse er hele kommunens ansvar
- Rammer og betingelser for folkehelsen skapes i andre etater enn helseetaten.
- Folkehelse, helsefremmende og forebyggende aktivitet kan også være viktig for at andre etater skal kunne nå sine mål.
- Folkehelse kan inngå i mange ulike kommunale oppgaver, uten å måtte fremstå, verken som mål eller middel.
- Tverrsektorielt arbeid for folkehelse forutsetter oppbakking fra kommunens øverste ledelse og fra ledelsen av alle sektorer.
- Det ligger mange felles målsetninger og samarbeidsmuligheter i grenseområdene mellom helseetaten og øvrige sektorer.



## 7. OPPSUMMERING AV KAPITTEL 3

- Større press på kommuneøkonomien og stadig flere eldre innbyggere vil gjøre det nødvendig å tenke helsefremmende og forebyggende i en annerledes kommunal prosess i årene fremover.
- Folkehelse er hele kommunens ansvar
- Rammer og betingelser for folkehelsen skapes i andre etater enn helseetaten.
- Folkehelse, helsefremmende og forebyggende aktivitet kan også være viktig for at andre etater skal kunne nå sine mål. Folkehelse kan inngå i mange ulike kommunale oppgaver, uten å måtte fremstå, verken som mål eller middel.
- Tverrsektorielt arbeid for folkehelse forutsetter oppbakking fra kommunens øverste ledelse og fra ledelsen av alle sektorer.
- Det ligger mange felles målsetninger og samarbeidsmuligheter i grenseområdene mellom helseetaten og øvrige sektorer.

# FOLKEHELSE PÅ TVERS

## HVORDAN

### KAPITTEL 4

# KAPITTEL 4 - FOLKEHELSE PÅ TVERS - HVORDAN

Dette kapitlet dreier seg om hva den kommunale ledelsen kan gjøre for å få folkehelse på dagsordenen i alle sektorer i en kommune.

## 1. FOLKEHELSE SOM POLITISK OMRÅDE

Om man tenker seg folkehelse som gjennomgående oppgave i den drift som foregår i alle kommunale sektorer, må kommunen vedta en folkehelsepolitikk som inneholder forpliktende og etterprøvbare mål for alle sektorer. I tillegg kan det være behov for at alle sektorer utarbeider handlingsplaner med klare mål for hvordan de vil innarbeide folkehelse spørsmål i sitt arbeidsområde fremover.

Skal en folkehelsepolitikk kunne virke etter sin hensikt, må handlingsplanene ha sitt utgangspunkt i den tverrsektorielle tankegangen, og vise hvordan folkehelse i praksis skal ivaretas ved å bli integrert i det kommunen gjør i andre sektorer og forvaltningsområder. I tillegg må planene brukes bevisst til å utvikle og styrke en felles kultur og forståelse av at ansatte i alle deler av kommunen har medansvar for folkehelsen.

Selv om man ofte hører sagt hvor viktig det er å ha en samlet, tversgående folkehelsepolitikk, er det i virkeligheten snakk om et utfordrende samarbeid.

Ofte vil de største utfordringene være å sikre ledelsesmessig oppbakking og oppfølging. Aktiv og synlig politisk prioritering og stadig oppfølging i kommunens øverste ledelsesnivå er nødvendig for å sikre folkehelse høyeste prioritet i det løpende arbeidet i alle kommunale områder.

### SETT LEDELSENS ROLLE PÅ DAGSORDENEN

Det finnes ingen rask løsning som sikrer folkehelsearbeidet plass i det som skjer i andre områder og etater. Det viktige er at kommunens ledelse tar ansvaret for prioritering og oppbakking av folkehelsearbeid på tvers.

Følgende spørsmål kan brukes når man vil ta opp ledelsens rolle:

Har kommunen vedtatt en folkehelsepolitikk med klare og etterprøvbare målsetninger for alle sektorer og områder, og som disse har vært med på å utforme?

Har kommunen handlingsplaner for hvordan ulike nivåer og etater skal nå disse målene?

Følger ledelsen løpende med på hvordan disse handlingsplanene blir implementert – herunder hvordan hver enkelt leder evner å sette sin del av ledelsens tversgående prioriteringer ut i livet?

Den beste måten å oppnå det på, er å måle hva alle ledere oppnår i forhold til vedtatt politikk og handlingsplan – og ta dette inn i det man måtte ha av resultatkontrakter og liknende.

En folkehelsepolitikk kan defineres som en politisk eller administrativ beslutning om at alle sektorer skal ha bedre folkehelse som et uttrykt mål. Politikken kan ha form av beslutninger om hvordan ansvar og oppgaver fordeles på de ulike sektorer og områder, eller om at disse selv skal definere sine bidrag i kommunens folkehelsepolitikk.

Her ligger det en stor utfordring i å synliggjøre hvilke muligheter de ulike sektorer og områder har til å forbedre folkehelsen, og ikke minst hvilke grenseflater mellom helse i bredt perspektiv og oppgaver i andre områder det er viktig å ha blikket på.

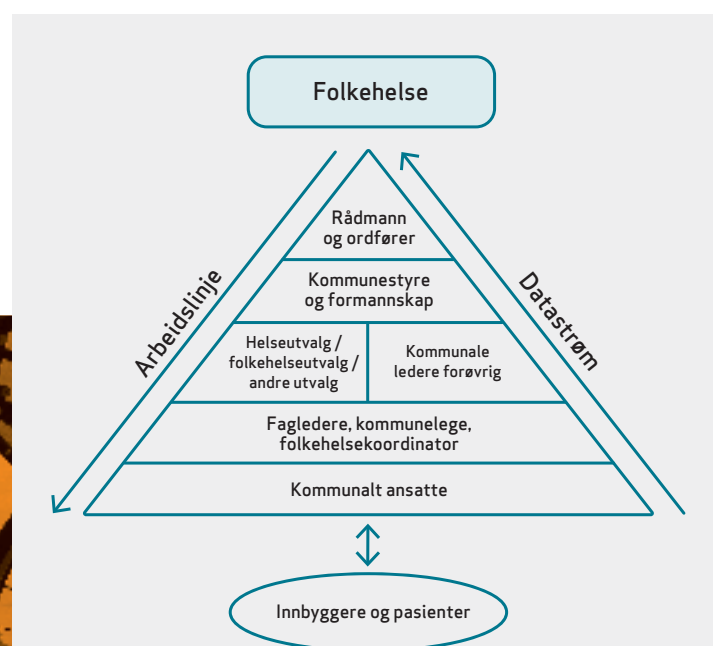
Danske undersøkelser viser at det ikke er nok å ha besluttet, det er ofte stor forskjell på vedtatt politikk og hva som ender med å bli satt ut i livet. For å gjøre det lettere å få satt de strategiske beslutninger ut i livet, kan man etablere en felles kommunal modell for hvordan det skal skje.

Utfordringen er å få kommunens taktiske nivå – de som skal sette beslutninger ut i livet – til å samspille godt med strategisk nivå, og få fram gode nok data fra arbeidet til at nye strategiske beslutninger blir riktigst mulig. Skal man lykkes må politikk og praksis bindes sammen i felles og tversgående handlingsplaner.



Figur 7 viser hvordan politikk og handlingsplaner som vedtas i kommunestyre og formannskap, og i fagutvalg skal være siktelinje for det som skal gjøres i alle deler av organisasjonen. Blir det ikke slik, kan det skyldes problemer på ledernivå der man ofte er vant til å prioritere kjerneoppgaver. Da blir folkehelseaspektene lett borte.

For den som er i direkte kontakt med den daglige driften, kan det ofte være lettere å se folkehelseaspektene og ville løse dem, men om dette ikke forankres i ledelsen, blir arbeidet gjerne litt tilfeldig, ufokusert og planløst. Da får man ikke den effekt av innsatsen man trenger. Sammenheng i arbeidet sikrer man ved å bestemme at kommunestyre og fagutvalg skal ha løpende informasjon om hva som blir gjennomført, og hvordan dette føyer seg inn i politikk og handlingsplaner. Da får kommunens øverste ledelse vite hvilke mål som nås, noe som igjen vil kunne brukes i evaluering av enhetens og lederens innsats.



Figur 7: Politisk og administrativt arbeid med folkehelse



## FALLGRUVER I IMPLEMENTERINGEN AV FOLKEHELSEPOLITIKK

Dersom kommunen ikke klarer å leve opp til prioriteringene som er gjort, kan man bruke følgende spørsmål for å identifisere hvor det ikke tenkes helsefremmende og forebyggende, tross vedtak og tydelige potensialer:

Er det noen tydelige svake ledd i kjeden fra ledelse til de ansatte som setter vedtakene ut i livet?

Bakker ledelsen opp om arbeidet og sikrer at neste nivå i organisasjonen følger opp beslutninger som er fattet?

Er det klart nok hvilke spørsmål som skal avklares på hvilket nivå i organisasjonen?

Er det klart nok hvilke insentiver og sanksjoner som er knyttet til de beslutninger som er gjort, og tas de på alvor?

Har ledelsen skapt et ankerfeste for folkehelsearbeidet ved å utpeke en ansvarlig leder? Har kommuneledelsen bestemt hvordan og hvor ofte andre områder og etater skal trekkes inn i folkehelsearbeidet?

## 2. HELSEETATENS ROLLE I SAMARBEIDET

Selv om folkehelse som oppgave går på tvers av hele kommunens organisasjon, og det ofte vil være riktig å ta med enda flere forvaltningsområder i folkehelsearbeidet, vil det ikke sjelden måtte være helseetaten som kan ta initiativ, peke på muligheter og sette ting i gang.

Iblant finnes det åpenbare sammenfall i interesser der folkehelse fremstår som felles utviklingsområde for flere sektorer eller områder.

Om det ikke finnes slike, kan det være nødvendig med en politisk eller administrativ beslutning om tversgående samarbeid om folkehelse, før noen setter det i gang. Etter hvert som man får erfaring og oppnår mer innsikt, bør andre områder kunne være like viktige premissleverandører.

Uansett vil helseetaten være en fagetat som kan vise hvordan folkehelse kan og bør inngå som premiss i driften i alle sektorer og institusjoner. Det at deler av helseovervåkingen forgår i helseetaten vil alltid gi denne en sentral rolle i arbeidet.

Folkehelsearbeidet som felles kommunal satsning må likevel alltid være administrativt forankret hos rådmann eller administrasjonssjef og være dennes ansvar. I folkehelseperspektivet dreier alle politiske vedtak seg, i hvert fall delvis, om helse.



### 3. NØKKELPERSONER I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

#### 3A. RÅDMANN/ADMINISTRASJONSSJEF

Rådmannen er kommunens øverste administrative leder og har ansvar for at kommunen når de mål og resultater som er forutsatt politisk. Rådmannen har vanligvis også ansvaret for at hele organisasjonen fungerer som forutsatt. I dette ligger også totalansvaret for at alle ansatte legger de målsetninger som er vedtatt i kommunen til grunn for sitt arbeid. Rådmannen er, som den ytterst ansvarlige for folkehelsearbeidet, også den som skal rapportere eventuelle avvik og manglende samsvar mellom forventninger og resultater tilbake til politisk nivå.

Rådmannen skal også fastsette beslutningsgrunnlaget for kommende politiske vedtak, og skal således også i det videre ivareta folkehelse tanken.

På mange måter kan man da si at rådmannsfunksjonen blir det sentrale elementet i alt kommunalt folkehelsearbeid. På rådmannsnivå er kjennetegnet på godt folkehelsearbeid:

Det er folkehelse i alt rådmannen gjør.

#### 3B. KOMMUNELEGEN

Kommunelegen må være rådmannens nærmeste samarbeidspartner i helsespørsmål. Mens konseptet om folkehelsearbeid skal finne sin form i kommunen, vil mange kommuneleger være viktige i prosessen. Kommunelegene har erfaringer fra i alle fall deler av folkehelsearbeidet, som det er viktig blir tatt med i vurderingen.

Men også kommunelegen må regne med at en annen faglighet nå skal utvikles enn den som tradisjonelt har ligget i kommunelegerollen. Den salutogene forståelsen skal i høysetet, det man kan fremme og forebygge, sparer man av reparasjon på et senere tidspunkt. Men den medisinske forståelsen av hva som er god helse vil alltid være et viktig element i utviklingen.

#### 3C. FOLKEHELSEKOORDINATOREN

Folkehelsekoordinatoren fyller naturlig nok også en viktig funksjon i lokalt folkehelsearbeid. Det er et viktig signal til kommuneledelsen nå som samhandlingsreformen understreker betydningen av et tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Det er vanlig å se følgende oppgaver som folkehelsekoordinatorens viktigste:

- Koordinere arbeid på tvers av avdelinger og virksomheter.
- Være pådriver for å få andre aktører i egen organisasjon og det samfunn den skal betjene til å ta større ansvar for forebyggende og helsefremmende aktivitet.

Arbeidet med å gjennomføre konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak har mindre vekt i denne sammenhengen. Det ligger hos andre.

I Östersund kommune i Sverige, lar man kommunens folkehelsekoordinator følge opp det folkehelsearbeidet som er planlagt gjort i de ulike sektorer. I et dokument fra Östersund beskrives opplegget som i tekstboksen til høyre:

#### ÖSTERSUNDS KOMMUN:

«För att följa hur folkhälsan ser ut och är fördelad bland invånarna i kommunen görs det varje år en välfärdsredovisning. Välfärdsredovisningen fungerar som en utgångspunkt för diskussioner om folkhälsoläget i kommunen, och ligger till grund för vilken utveckling som är önskvärd och vilka åtgärder som bör göras.»

För att åstadkomma en förändring inom dessa områden och se resultat krävs långsiktiga och strategiska åtgärder från flera olika håll.

Samverkan inom och utom kommunen är en nödvändighet för att få ett helhetsperspektiv och jobba åt samma håll!». Välfärdsredovisningen 2010. <http://www.ostersund.se/download/18.571b09fa12fff470c6f80006127/V%C3%A4lf%C3%A4rdsredovisning+2010.pdf>

## 4 FAKTORER I SAMARBEIDET

Mye vil kunne fremme utviklingen av folkehelsearbeid på tvers av sektorer. Noe av dette må det tas hensyn til i beslutninger om ledelse, styring og politiske vedtak. I tillegg må man se hvilke ressurser og hvilken kompetanse som trengs, om denne allerede finnes i kommunen eller om den må rekrutteres eller utvikles, og hvordan man sikrer stadig fokus i og på folkehelseperspektivet.

### 4A. PROSJEKTKULTUR OG DRIFTSKULTUR

Arbeidet som gjøres i en kommune er svært variert og man må regne med at ulike deler av kommunen kan ha ulik kultur. Folkehelsearbeid på tvers krever at noen tar et ansvarlig grep om kulturforskjellene – målet må være å utnytte de kulturforskjeller som kan utnyttes, og at man finner og eliminerer forskjeller som kan hindre eller skape vansker i samarbeidet.

Forskjellen på driftsfokus og prosjektfokus kan skape slike vansker. I leveransen av noen kommunale tjenester er fokus på løpende drift og stabilitet – mens man i andre deler av kommunen er mer vant til og innrettet på prosjekt.

Dette må kommunen håndtere med et stadig lederfokus, slik at man lærer seg å integrere folkehelsearbeidet i ulike kommunale kulturtradisjoner.

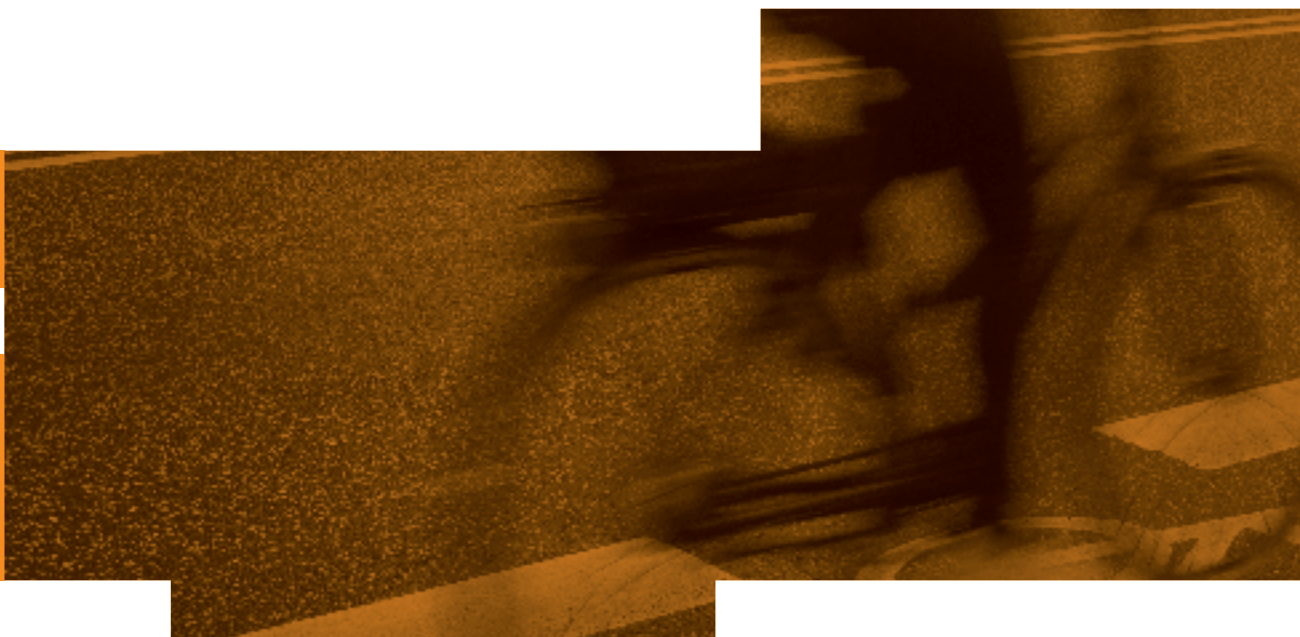
### 4B. STYRING OG LEDELSE:

Når en kommune har vedtatt å gjennomføre en folkehelsepolitikk på tvers, har sikret den formelle administrative oppfølging og oppbakking, og har gitt de ansatte en felles forståelse av det potensial det er i helsefremmende og forebyggende aktivitet, gjenstår de daglige oppgavene med å få satt beslutningene ut i livet til beste for kommunens innbyggere.

Her er utfordringen å få noe så komplisert som en kommunal organisasjon i stand til å samarbeide om felles mål, på tvers av grenser og hierarkier. Med samhandlingsreformen får kommunene stadig nye utfordringer, som ikke minst helseetatene må stå på for å løse etter hvert som de oppstår. Derfor vil det stadig være behov for å stille kritiske spørsmål til hvordan arbeidet legges opp, og også til samarbeidet mellom enheter og områder.

Norske kommuner er svært ulikt organisert, og det er umulig å peke noen beste modell, verken generelt eller for hvordan man skal organisere folkehelsearbeidet.

Uansett hvordan man velger å organisere arbeidet, er det avgjørende viktig at alt ansvar er entydig plassert, og at arbeidet får tilstrekkelig oppmerksomhet fra ledelsen overalt der det er plassert i kommunen, og først og fremst fra kommunens øverste nivåer, både det politiske og det administrative.





## 5. FIRE ULIKE ROLLER I FOLKEHELSEARBEIDET

Folkehelsearbeid skal være inkluderende, og det skal være plass for alle initiativ. Det betyr at det må skapes arenaer der alle, altså kommunale områder, private aktører, næringsliv, frivillige organisasjoner og interesserte enkeltpersoner (ildsjeler) kan delta og se muligheter for å få etablert tiltak.

Samarbeid med frivillige organisasjoner kan komme i gang på ulike måter. Frivillige organisasjoner har ofte en annen kjennskap til arbeidsområdet og utfordringene enn man har i kommunen. Et område som kan fremstå som det aller viktigste for én slik organisasjon, kan fremstå som ett av mange likestilte som kommunen skal håndtere i sitt arbeid. Det er ikke nødvendigvis det beste utgangspunktet for et samarbeid.

For å sikre et konstruktivt samarbeid og best mulige resultater, kan det være nyttig at kommunen vedtar en samarbeidspolitikk som legges i bunnen av alt arbeid med frivilligheten. Her bør kommunens holdning til samarbeid med frivillige komme klart fram, sammen med hvilke muligheter og begrensninger kommunen ser for sitt samarbeid med slike organisasjoner. Kommunen er underlagt regler som bør være klare før man begynner et samarbeid.

Forut for et samarbeidsopplegg må samarbeidspolitikken drøftes med dem det skal samarbeides med, og regler som kan komme til å styre samarbeidet må diskuteres og settes inn i en samarbeidsavtale.

Det er inngått en avtale om en samarbeidsplattform mellom Frivillighet Norge og Kommunenes Sentralforbund. Den ligger på internett, adressen er: [http://www.frivillighetnorge.no/?module=Articles;action=Article\\_publicShow;ID=2267](http://www.frivillighetnorge.no/?module=Articles;action=Article_publicShow;ID=2267) Denne avtalen kan legges til grunn for utviklingen av en samarbeidspolitikk og for enkeltavtaler på ulike samarbeidsområder.

Kommunens lovgitte ansvar for folkehelse spørsmålene gjør at man, uansett hvilken kompetanse som ligger hos alle samarbeidspartnere, må ha visse roller. Kommunen må kunne innstå for den arbeidsform som brukes, og for at arbeidet sikrer de resultater som kommunen må ha, etter lovgivning eller politiske vedtak.

Avhengig av hvilke ressurser og kompetanse som finnes på arenaen, kan en ta fire ulike roller:

### 5A. IGANGSETTENDE ROLLE

Den som ser behov, kan komme med forslag til, og delta i implementeringen av folkehelse tilbud innenfor andres virksomhetsområder. Et eksempel kan være at en helseetat eller en privat aktør legger opp friskverntilbud til innbyggere som er under tilbakeføring til arbeid, altså som inngår i tiltak som hører under NAV.

Dette vil være en type tilbud som helseetaten, eventuelt en annen aktør, kan legge opp i samarbeid med andre og deretter evaluere på egen hånd.

### 5B. PÅPEKENDE OG HJELPENDE ROLLE

Man kan også ta kontakt med andre områder, i eller utenfor kommunen og påpeke muligheter man ser der, for å innarbeide folkehelse i deler av arbeidet. Dette bør være muligheter som enten springer ut av vedtatt politikk, eller hvor man kan vise at man ikke oppnår en mulig synergieffekt. I slike tilfeller kan kommunen støtte andre områder i arbeidet for å etablere et tilbud, og eventuelt delta med opplæring til de som skal drive tiltaket. I tillegg kan kommunen, oftest helseetaten delta som faglig ressurs.





Ofte vil arbeid i denne typen rolle bli kortvarig, fordi den man samarbeider med, selv skal utvikle kompetanse nok til å forankre og drive tilbudet. Et eksempel kan være at hjemmehjelp eller hjemmesykepleie ser behovet for bedre strøing eller vedlikehold av vei, for å gjøre hjemmeboende eldre mer selvhjulpne. De kan påpeke behovet overfor teknisk etat eller frivillige organisasjoner, og påta seg hjelperrollen og varsler sine utvalgte samarbeidspartnere om udekkede behov.

### 5C. ROLLEN SOM FAGLIG RÅDGIVER

Andre enheter og områder kan ta opp tiltak de ønsker å gjøre i folkehelsearbeidet, og trekke inn helseetaten når nødvendig, som faglig sparringspartner og støtte. Et eksempel kan være et vedtak om at alle bofellesskap og institusjoner skal ha en politikk for ernæring og mosjon, som skal settes ut i livet av ledere og ansatte.

Helseetaten vil kunne kvalitetssikre innholdet i planene, og de retningslinjene som skal brukes.

Ideelt sett bør helseetatens rolle i folkehelsearbeidet først og fremst være den som er faglig ressurs for andre områder. Om forutsetningene for dette ikke er til stede, kan det være riktig å prioritere rollene som igangsetter, påpeker eller hjelper inntil kommunen får mer erfaring i arbeid på tvers, og andre områder kan overta.

### 5D. EVALUERENDE ROLLE

Når kommunen eller andre aktører iverksetter tiltak, bør kommunen se til at det også finnes en plan for hvordan tiltakene skal evalueres. Selv om folkehelse tiltak ofte har lang tidshorison og endepunktet er at noe ikke skal skje (f. eks at folk unngår overvekt), er det viktig at det settes av ressurser til å planlegge og gjennomføre evaluering for å se om tiltakene virkelig har noen effekt. Kommunenes helseprofiler vil være et nyttig verktøy for å se på effekter over tid og å sammenligne seg med andre kommuner.

Det finnes også en rekke teoretiske modeller som kan gi et grunnlag for hvordan man planlegger, gjennomfører og evaluerer en intervensjon. Eksempler på slike teorier er den transteoretiske modellen, empowerment, sosial kognitiv lærings-teori og modeller for helseoppfatninger (health literacy). De som ønsker å se nærmere på slike modeller henvises til referanselisten på s 38.

#### SETT NETTVERK PÅ DEN KOMMUNALE DAGSORDENEN

Er det laget planer som sikrer at aktiviteter avholdes ulike steder i kommunen, slik at etater, områder og eksterne interesserte trekkes inn i ansvarlig posisjon?

Er det laget formelle strukturer som sikrer samarbeid som en grunnleggende verdi, uten at det skal lamme initiativ og handlekraft?

Kan man tenke seg å «utplassere» noen fra helseetaten i andre etater og områder for å øke kompetanse og samarbeid?

## 6. NETTVERKSARBEID

Selv om de formelle rammene for folkehelsearbeidet naturligvis ligger fast i kommunens vedtak, kan den enkelte kommunalt ansattes eget faglige eller personlige nettverk være en hjelp i arbeidet med å etablere folkehelse i alle forvaltningsområder.

Selv om en del områder har strenge grenser for hvor langt de kan gå i samarbeid med andre, f.eks. i form av regler om taushetsplikt, kan et personlig nettverk gjøre det mulig å nå fram likevel. Gjennom et personlig nettverk kan man få fram informasjon om hva som ligger i folkehelsetankegangen, og også hva klienter og brukere i andre institusjoner og områder kan gjøre nytte av.

Personlige relasjoner i samarbeidet kan også gjøre det lettere å avstemme forventninger og virkelighet mot hverandre.

## 7. FRIVILLIGHET OG PARTNERE

Mange norske kommuner har allerede godt utviklede samarbeidsnettverk der frivillige organisasjoner inngår sammen med deler av det lokale næringslivet. I tillegg organiseres frivillighetsentraler der enkeltstående frivillige eller grupper kan inngå i en større sammenheng

Etter hvert som man får erfaringer i folkehelsearbeidet, må man i stedet for å holde fast på oppgavene, lære seg til å se etter samarbeidspartnere og muligheten for å utløse krefter andre steder. Disse kan man ofte finne blant frivillige organisasjoner, men også blant virksomheter i både privat og offentlig sektor kan man finne partnere for deler av det som skal gjøres.

Partnerskap av ulik art kan gjøres mer eller mindre varige, og knyttes opp til delinnsats og prosjekter der man finner det ønskelig. Det er en selvfølge at kommunen selv sitter med ansvaret for det som settes i gang, og for at ressursene går til oppgaver som kommunen selv prioriterer.



## 8. KOMPETANSE OG KULTUR

For å kunne arbeide meningsfullt med folkehelse-tankegangen må man ha en viss mengde kunnskap om sammenhengene mellom folkehelse og andre faktorer, som sosiale forhold, miljø og kultur.

Skal man ha noen felles forståelse i kommunen av hvordan arbeid på helseområdet kan hjelpe til at man når mål på sosialområdet og andre områder – og omvendt, må man først ha noen basis-kunnskaper om årsaksforholdene innenfor ulike forvaltningsområder. For å sikre det, kan man lage opplegg for en felles kompetanseutvikling i kommunen, der man ser på helsemessige og sosiale forhold, lovgrunnlag om muligheter og begrensninger for samarbeid.

Samtidig kan det være nyttig om noen i helse-etaten har tid og kompetanse til å gi kvalifiserte tilbakemeldinger på forslag i lokale planer og i folkehelsedelen av planer på andre sektorer.

Dette kan man sikre ved at de går inn i teamarbeid i andre sektorer, eller ved at de helt eller delvis fristilles fra andre oppgaver og stilles til disposisjon andre steder. Alternativt kan man la personale fra andre områder gå inn i helseområdet for å kunne prøve ut ideer og tanker fra eget arbeidsområde der. Et fruktbart samarbeid vil ofte dreie seg mer om at man utvikler felles forståelse av mål og midler, enn om at man skal ha samme eller utfyllende kompetanse. Å vite det samme, er ikke alltid nok til å gjøre det mulig å endre kulturen dit man vil. Selv om mange kommuner ser behovet for helhetlig tenkning, ser man ofte at arbeidsmetoder, styringsredskap og lovgrunnlag som varierer fra område til område, gjør tverrsektorielt samarbeid vanskelig. Derfor vil man mange steder måtte bygge broer mellom de ulike områdene, om man skal kunne lykkes med noe nytt og annerledes, som folkehelsearbeid er.



## 9. KOMMUNIKASJON OG FORMIDLING

Skal man lykkes med forebyggende og helsefremmende tiltak på tvers, betinger det en stadig og stabil strøm av informasjon mellom og om dem som er involvert i samarbeidet. God innbyrdes kommunikasjon gjør det lettere å la beslutninger bli felles.

Det er nødvendig å etablere en kommunikasjons- og samarbeidsstruktur som er tilpasset arbeidet med tversgående folkehelsearbeid. Det kan være krevende i begynnelsen, især om det er store kulturforskjeller blant dem som deltar.

Det kan i tillegg være nødvendig å legge arbeid i utviklingen av en kommunikasjonsstrategi.

I tillegg til at kommunikasjon er nyttig internt, er det behov for å presentere det man har gjort og hvilke resultater man har oppnådd eksternt. Synliggjøring av innsats og resultater vil være viktige for å opprettholde motivasjon og engasjement, både hos arbeidstakere, ledere og politikere. Sannsynligvis er det viktig også for innbyggernes forhold til det man arbeider med.

Det dreier seg altså om to forhold:

Det ene er at man skal vise fram det som skjer. Lokale begivenheter og møter bør omtales og bekjentgjøres, og det materiell som utvikles, både til internt kommunalt bruk og for innbyggerne, skal omtales og synes.

Det andre er at man skal gjøre resultatene synlige. For å opprettholde interesse og trykk i arbeidet, er det viktig at man gjør både delresultater og viktige milepeler kjent. Da er utfordringen at den som skal kommunisere dette videre, klarer å vise hva man har oppnådd med flere relevante vinkler, altså hvordan det som oppnås, bidrar til en helhet i folkehelsearbeidet.

### KOMMUNIKASJON OG FORMIDLING

Iblant ser man at det kan bli vanskelig å kommunisere i slike satsninger. Det kan f.eks. være fordi de er dårlig koordinert, eller fordi ulike satsninger overlapper hverandre i målgruppe. Det kan også være fordi de er dårlig kjent i det offentlige rom. Da kan det være lurt å arbeide ut fra følgende spørsmål:

Er det laget en ekstern kommunikasjonsstrategi for helsefremmende og forebyggende arbeid, og er denne vedtatt på ledernivå?

Finnes det systemer for daglig kommunikasjon mellom de impliserte? Vil det være nyttig å la områdene vite mer om hva andre gjør?

Finnes det systematiske strukturer som kan gjøre det enklere å formidle resultatene av kommunens arbeid?



## REFERANSER

Dahlgren G and Whitehead M (1991): Policies and strategies to promote social equity in health,

Institute of Futures Studies, Stockholm

EUR/RC61/Inf.Doc./5: Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO, European Region

Fritid for alle: [http://www.fritidforalle.no/media/42661/fysisk\\_aktivitet\\_bl\\_264899a.pdf](http://www.fritidforalle.no/media/42661/fysisk_aktivitet_bl_264899a.pdf)

Helsedirektoratet (2010). Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2010.

Lov 2011-06-17 nr 64 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle

Ot. prop. 90 L (2010–2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Wildavsky A: (1979): *Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy*, Boston

Den som ønsker å vite mer om modellene som er nevnt på s 34 henvises til:  
Mæland J G (2005): Forebyggende helsearbeid. Teori og praksis. 2. utgave. Universitetsforlaget. Nutbeam D, Harris E og Wise M (2010): Theory in a nutshell. McGraw-Hill Education, Europe

## 10. OPPSUMMERING AV KAPITTEL 4

- Man kan ha fire roller i samarbeidet om folkehelsearbeid på tvers:
  - Igangsettende rolle
  - Påpekende og rådgivende rolle
  - Faglig rolle
  - Evaluerende rolle
- Forskjellene mellom arbeidsmåten i ulike etater kan gjøre at det er behov for spesiell oppmerksomhet fra ledelsen.
- En folkehelsepolitikk og avledete handlingsplaner på ulike nivåer bør vise hvordan folkehelse er prioritert politisk og administrativt.
- Det kan være behov for å ha en modell som viser hvordan en kommunes strategiske og dens taktiske operasjonelle nivåer skal fungere for å oppnå best mulige resultater.
- Kommunen kan med fordel bruke sine vanlige styringsverktøy for å integrere folkehelsemål i alle kommunale områder.
- Personlige nettverk kan være nyttig for at helse-etaten effektivt kan bistå andre kommunale etater og områder.
- Samarbeid om utvikling av kunnskap og kompetanse kan gjøre det mulig å utnytte disse bedre og skape bedre samarbeid.
- God kommunikasjon er avgjørende viktig for å få til beslutninger som alle står bak og for å gjøre resultatene man får synlige.

FOLKEHELSE  
PÅ TVERS

**VEDLEGG**

# VEDLEGG 1 – VIKTIGE LOVREGLER I FOLKEHELSEARBEIDET

På de følgende sider er sitert en del av de viktigste reglene i folkehelsearbeidet. Disse bør være kjent for dem som skal ta opp og utvikle folkehelsearbeidet lokalt. Utvalget her er ment som en klargjøring av oppgaver og roller, og må ikke oppfattes som noen fullstendig lovtekst. Det er derfor viktig at den som ønsker f.eks. å klargjøre hjemler og forpliktelser forholder seg til den fullstendige lov- og forskriftsteksten, ikke bare utdragene her.

## LOV OM FOLKEHELSEARBEID (Folkehelseloven av 2011-06-24 nr 29):

### § 1. Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

### § 4. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

### § 7. Folkehelsetiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

### § 20. Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer, jf. § 21 annet ledd.

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger i henhold til § 21, jf. § 5 første ledd bokstav a. Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.

### § 22. Statlige myndigheters ansvar

Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.



### § 23. Fylkesmannens ansvar

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå, blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner.

### § 24. Helsedirektoratets ansvar

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 25.

### § 25. Nasjonalt folkehelseinstitutts ansvar

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Departementet kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser om opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer bistå kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

## LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER M.M. (helse- og omsorgstjenesteloven av 2011-06-24 nr. 30):

### §1-1: Lovens formål (er særlig å....)

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, .....

### §3-2: Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
  - a. helsetjeneste i skoler og
  - b. helsestasjonstjeneste

### §3-3: Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

ANDRE VIKTIGE LOVER OG REGLER	
Ansvarsområde og plass i folkehelseperspektivet	Lovpålagte plikter
<p><b>Arbeidsmiljø</b></p> <p>Arbeidsmiljøloven og Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven retter seg primært til arbeidsgiver.</p> <p>Opgavene skal løses i en inkluderende prosess der også arbeidstaker har plikter og rettigheter.</p> <p>Arbeidsmiljøet skal være grunnlag for at enhver opplever en helsefremmende, inkluderende og meningsfylt arbeids-situasjon.</p>	<p><b>Arbeidsmiljøloven</b></p> <p><b>§ 1-1. Lovens formål</b></p> <p>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,</p> <p>b) å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet,</p> <p>c) å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon,</p> <p>d) å gi grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstakerne i virksomhetene selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet,</p> <p>e) å bidra til et inkluderende arbeidsliv.</p> <p><b>§ 3-4. Vurdering av tiltak for fysisk aktivitet</b></p> <p>Arbeidsgiver skal, i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne.</p> <p><b>§ 4-1. Generelle krav til arbeidsmiljøet</b></p> <p>Reglene i pkt 4 om at virksomheten skal innrettes for arbeidstakere av begge kjønn og i pkt 5 om at lokaler skal innrettes også for arbeidstakere med funksjonsnedsettelse.</p> <p><b>§ 4-3. Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet</b></p> <p>(1) Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas.</p> <p>(2) Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten.</p> <p>(3) Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden.</p> <p>(4) Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.</p> <p><b>§ 4-4. Krav til det fysiske arbeidsmiljøet</b></p> <p>(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrmessige forhold, inn klima, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.</p>

	<p><b>Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven</b></p> <p><b>§ 1. Formål</b></p> <p>Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.</p> <p>Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes.</p>
<p><b>Anlegg for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet</b></p> <p>Et likeverdig anleggstilbud i alle kommuner og sikring av et mangfold av aktiviteter som gir befolkningen mulighet til å drive fysisk aktivitet.</p>	<p><b>Bestemmelser om tilskudd til anlegg for idrett og fysisk aktivitet</b></p> <p>Ajourføres hvert år, med hjemmel i lov om pengespill mv, delegert fullmakt fra Kultur- og kirkedepartementet:</p> <p>«Spillemidler til utbygging og rehabilitering av idrettsanlegg skal bidra til en infrastruktur som gir befolkningen mulighet til å både drive aktivitet i regi av den frivillige medlemsbaserte idretten og egenorganisert aktivitet. Den viktigste målgruppen for bruk av spillemidler til idrettsformål er barn 6-12 år og ungdom 13 – 19 år.</p> <p>Anlegg i lokalmiljøet som stimulerer og tilfredsstiller barns behov for fysisk aktivitet i organiserte eller egenorganiserte former prioriteres særskilt.</p> <p>Anleggene bør fungere som gode møteplasser i lokal-samfunnene».</p>
<p><b>Bygg</b></p> <p>Miljø og helse, tilgjengelighet og funksjonalitet for alle i byggverk og i tilhørende utearealer.</p>	<p><b>Forskrift med krav til byggverk (TEK)</b></p> <p>Setter krav til miljø og helse, energi og inneklima, universell utforming av bygg og utearealer mv.</p> <p>Husk også reglene i § 4-4 arbeidsmiljøloven, se under Arbeidsmiljø, over i tabellen.</p>
<p><b>Friluftsliv</b></p> <p>Fremme friluftsliv som helsefremmende aktivitet, og bevare mulighetene for å kunne utøve det på lang sikt.</p>	<p><b>Friluftslivloven</b></p> <p><b>§ 1. (Lovens formål)</b></p> <p>Formålet med denne loven er å verne friluftslivets naturgrunnlag og sikre almenhetens rett til ferdsel, opphold m.v. i naturen, slik at muligheten til å utøve friluftsliv som en helsefremmende, trivselskapende og miljøvennlig fritidsaktivitet bevares og fremmes.</p> <p><b>§ 22. (Friluftslivsorganenes arbeidsoppgaver) 2. ledd</b></p> <p>Kommunen, fylkeskommunen og fylkesmannen skal arbeide for å fremme friluftsliv innen sitt område. Kommunen og fylkeskommunen har rett til å opptre, klage og i tilfelle reise søksmål for å ivareta allmennhetens interesser i alle saker av interesse for friluftslivet.</p>

<p><b>Informasjon</b></p> <p>Offentlig virksomhet skal legge tilrette for og styrke åpenhet og gjennom-siktighet, ytringsfrihet, deltakelse og rettsikkerhet for den enkelte og allmennheten i forhold til offentlig forvaltning.</p>	<p><b>Offentlighetsloven</b></p> <p><b>§ 1. Formål</b></p> <p>Formålet med lova er å leggje til rette for at offentleg verksemd er open og gjennomsiktig, for slik å styrkje informasjons- og ytringsfridommen, den demokratiske deltakinga, rettstryggleiken for den enkelte, tilliten til det offentlege og kontrollen frå ålmenta. Lova skal òg leggje til rette for vidarebruk av offentleg informasjon.</p>
<p><b>Innkjøp</b></p> <p>Offentlige instanser skal vareta hensyn til bærekraft, universell utforming og miljøkonsekvenser av produktene, samt arbeidsmiljø og arbeidsforhold hos leverandørene.</p>	<p><b>Lov om offentlige anskaffelser</b></p> <p><b>§ 6. Livssyklus kostnader, universell utforming og miljø</b></p> <p>Statlige, kommunale og fylkeskommunale myndigheter og offentligrettslige organer skal under planleggingen av den enkelte anskaffelse ta hensyn til livssyklus kostnader, universell utforming og miljømessige konsekvenser av anskaffelsen.</p> <p><b>§ 11A. Lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter</b></p> <p>Kongen kan ved forskrift pålegge statlige, kommunale og fylkeskommunale myndigheter og offentligrettslige organer å ta inn klausuler i tjeneste- og bygge- og anleggskontrakter som inngås etter denne lov, som skal sikre lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale eller det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke.</p> <p>Kongen kan ved forskrift pålegge oppdragsgivere å føre tilsyn med at klausulene blir overholdt, og iverksette tiltak overfor leverandøren ved manglende etterlevelse av klausulene.</p>
<p><b>Kunst og kultur</b></p> <p>Kommuner og fylkeskommuner skal fremme og legge tilrette for at alle kan delta i kulturaktiviteter og oppleve et mangfold av kulturuttrykk.</p>	<p><b>Kulturlova</b></p> <p><b>§ 1. Føremål</b></p> <p>Lova har til føremål å fastleggja offentlege styresmakters ansvar for å fremja og leggja til rette for eit breitt spekter av kulturverksemd, slik at alle kan få høve til å delta i kulturaktivitetar og oppleve eit mangfald av kulturuttrykk.</p> <p><b>§ 4. Fylkeskommunens og kommunens oppgåver</b></p> <p>Fylkeskommunen og kommunen skal syta for økonomiske, organisatoriske, informerande og andre relevante verkemiddel og tiltak som fremjar og legg til rette for eit breitt spekter av kulturverksemd regionalt og lokalt.</p>

<p><b>Kulturminnevern</b></p> <p>Det er et nasjonalt ansvar å verne og ivareta kulturminner og kulturmiljøer med hensyn til nålevende og fremtidige generasjoners identitet, opplevelse, selvforståelse og trivsel.</p>	<p><b>Kulturminneloven</b></p> <p><b>§ 1. Lovens formål.</b></p> <p>Kulturminner og kulturmiljøer med deres egenart og variasjon skal vernes både som del av vår kulturarv og identitet og som ledd i en helhetlig miljø- og ressursforvaltning.</p> <p>Det er et nasjonalt ansvar å ivareta disse ressurser som vitenskapelig kildemateriale og som varig grunnlag for nålevende og fremtidige generasjoners opplevelse, selvforståelse, trivsel og virksomhet.</p>
<p><b>Planlegging etter plan- og bygningsloven</b></p> <p>Plan- og bygningsloven stiller krav til kommunen som igjen stiller disse til den som planlegger eller bygger.</p> <p>Gjennom planlegging skal man fremme befolkningens helse, forebygge kriminalitet, ulykker og skader og legge til rette for gode bo- og oppvekstmiljøer og levekår.</p>	<p><b>Plan- og bygningsloven</b></p> <p>Etter <b>§ 3-1</b> i plan- og bygningsloven, skal planleggingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sette mål for den fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i kommuner og regioner, avklare samfunnmessige behov og oppgaver, og angi hvordan oppgavene kan løses,</li> <li>– legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet</li> <li>– fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet</li> <li>– fremme samfunnsikkerhet ved å forebygge risiko for tap av liv, skade på helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv.</li> </ul>
<p><b>Tannhelse</b></p> <p>Fremme god tannhelse i befolkningen ved helseopplysning om og motivering av hva den enkelte og allmennheten selv kan gjøre.</p>	<p><b>Tannhelsetjenesteloven</b></p> <p><b>§ 1-2. (Tannhelsetjenestens formål)</b></p> <p>Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.</p>

<p><b>Samferdsel</b></p> <p>Fremme en trygg og god trafikkavvikling og forebygge ulykker og skader.</p>	<p><b>Veglova</b></p> <p><b>§ 1A.</b> Formålet med denne lova er å tryggje planlegging, bygging, vedlikehald og drift av offentlege og private vegar, slik at trafikken på dei kan gå på eit vis som trafikantane og samfunnet til ei kvar tid kan vere tente med. Det er ei overordna målsetting for vegstyremaktene å skape størst mogleg trygg og god avvikling av trafikken og ta omsyn til grannane, eit godt miljø og andre samfunnsinteresser elles.</p> <p><b>Veitrafikkloven</b></p> <p><b>§ 3.</b> Grunnregler for trafikk.</p> <p>Enhver skal ferdes hensynsfullt og være aktpågivende og varsom så det ikke kan oppstå fare eller voldes skade og slik at annen trafikk ikke unødige blir hindret eller forstyrret.</p> <p>Vegfarende skal også vise hensyn mot dem som bor eller oppholder seg ved vegen.</p> <p><b>Yrkestransportloven</b></p> <p>Forskrift om universell utforming av motorvogn i løyvepliktig transport mv, setter krav til at alle nye busser skal ha plass til rullestol, ha lavgulv og rampe og ellers være utstyrt med heiseanordninger. Forskriften setter også krav til drosjer med løyve for transport av funksjonshemmede.</p>
---	--

<p><b>Skole</b></p> <p>Fremme et godt psykososialt miljø, og forebygge uønsket adferd som vold og mobbing</p>	<p><b>Opplæringslova</b></p> <p><b>§ 9A-1. Generelle krav</b></p> <p>Alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring.</p> <p><b>§ 9A-2. Det fysiske miljøet</b></p> <p>Skolane skal planleggjast, byggjast, tilretteleggjast og drivast slik at det blir teke omsyn til tryggleiken, helse, trivselen og læringa til elevane.</p> <p><b>§ 9A-3. Det psykososiale miljøet</b></p> <p>Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremje eit godt psykososialt miljø, der den enkelte eleven kan oppleve tryggleik og sosialt tilhør.</p> <p><b>§ 9A-4. Systematisk arbeid for å fremje helse, miljøet og tryggleiken til elevane (internkontroll)</b></p> <p>Skolen skal aktivt drive eit kontinuerleg og systematisk arbeid for å fremje helse, miljøet og tryggleiken til elevane, slik at krava i eller i medhald av dette kapitlet blir oppfylte. Skoleleiinga har ansvaret for den daglege gjennomføringa av dette. Arbeidet skal gjelde det fysiske så vel som det psykososiale miljøet.</p> <p><b>§ 9A-5. Elevdeltaking i skolemiljøarbeidet</b></p> <p>Elevane skal engasjerast i planlegginga og gjennomføringa av det systematiske arbeidet for helse, miljø og tryggleik ved skolen. Skolen skal leggje oppgåver til rette for elevane etter kva som er naturleg for dei enkelte årstrinna.</p> <p><b>§ 9A-6. Informasjonsplikt og uttalerett</b></p> <p>Samarbeidsutvalet, skoleutvalet, skolemiljøutvalet og dessutan elevrådet og foreldrerådet skal haldast løpande underretta om alle tilhøve – deriblant hendingar, planar og vedtak – som har vesentleg betydning for skolemiljøet. Råda og utvala har på førespurnad rett til å få framlagt dokumentasjon for det systematiske helse-, miljø- og tryggleiksarbeidet ved skolen.</p>
---	--

<p><b>Barnehager</b></p>	<p><b>Lov om barnehager</b></p> <p><b>§ 1. Formål</b></p> <p>Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling. Barnehagen skal bygge på grunnleggende verdier i kristen og humanistisk arv og tradisjon, slik som respekt for menneskeverdet og naturen, på åndsfrihet, nestekjærlighet, tilgivelse, likeverd og solidaritet, verdier som kommer til uttrykk i ulike religioner og livssyn og som er forankret i menneskerettighetene.</p> <p>Barna skal få utfolde skaperglede, undring og utforskertrang. De skal lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen. Barna skal utvikle grunnleggende kunnskaper og ferdigheter. De skal ha rett til medvirkning tilpasset alder og forutsetninger.</p> <p>Barnehagen skal møte barna med tillit og respekt, og anerkjenne barndommens egenverdi. Den skal bidra til trivsel og glede i lek og læring, og være et utfordrende og trygt sted for fellesskap og vennskap. Barnehagen skal fremme demokrati og likestilling og motarbeide alle former for diskriminering.</p>
<p><b>Spesialisthelsetjenestene</b></p>	<p><b>Lov om spesialhelsetjenesten mm</b></p> <p><b>§ 1-1. Lovens formål</b></p> <p>Lovens formål er særlig å:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming</li> <li>2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet</li> <li>3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud</li> <li>4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig</li> <li>5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og</li> <li>6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.</li> </ol>
<p><b>Pasientrettigheter</b></p>	<p><b>Pasientrettighetsloven</b></p> <p><b>§ 1-1. Formål</b></p> <p>Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten.</p> <p>Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.</p>

I tillegg har helseforetakene etter § 1 i helseforetaksloven plikt til å støtte opp om målsettingene i andre lover, herunder naturligvis alt arbeid som foregår etter folkehelseloven.

Helsepersonell skal i følge helsepersonelloven drive sin virksomhet slik at hensyn til folkehelse er ivare tatt.



# VEDLEGG 2 – OVERSIKT PRAKTISKE EKSEMPLER

Det følgende er eksempler fra ulike områder av folkehelsearbeidet, hentet fra presentasjoner på Folkehelsekonferansen 2011, en samarbeidskonferanse mellom Sunne Kommuner nettverket og Folkehelseforeningen. Folkehelseloven er ny, praksiser er under utvikling – og det vil komme langt flere eksempler. Følg med på Sunne Kommuner sin nettside, som i løpet av høsten 2012 vil lage en egen erfaringsbank på folkehelsearbeid; [www.sunnekommuner.no](http://www.sunnekommuner.no).

Tiltakene som er omtalt her kan leses som abstract på websiden til [www.folkehelseforeningen.no](http://www.folkehelseforeningen.no). Vi anbefaler alle interesserte å følge med på websidene til de to organisasjonene, og komme på folkehelsekonferansene i årene framover.

## INNVANDRER-, INKLUDERINGS- OG FLERKULTURELLE PERSPEKTIVER

1. *Kult å kunne*, Verdal kommunes tilpasning av Utdanningsdirektoratets satsing "Fra ord til handling. Prosjektet involverte helsestasjon, 3 barnehager, 2 barneskoler, 1 ungdomsskole, og dreide seg om helhetlige forebyggingsplaner. Kontaktperson; Lars Einar Karlsen, virksomhetsleder, Verdal kommune. Webside; <http://www.verdal.kommune.no/>
2. *Health literacy og migrasjon*. Et forskningsprosjekt ved HiOA som tar sikte på å utvikle metoder for å fastsette Health literacy (evnen til å forstå og nyttiggjøre seg helseopplysninger) i forbindelse med utvikling av opplegg for folkehelsearbeid. Kontaktperson; Kjell Sverre Pettersen, førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo og Akershus. Epost: [Kjellsverre.pettersen@hiak.no](mailto:Kjellsverre.pettersen@hiak.no)
3. *Frigo!* Gratis utlån av utstyr til deltakelse i opplegg for fysisk aktivitet. Dreier seg om et opplegg med et utstyrlager som tilbyr opplegg for turer i samarbeid med skoler i Gamle Oslo bydel, eller utlån av utstyr til turer/opplegg som skolen arrangerer på egen hånd. Slik blir elever introdusert for friluftaktiviteter uavhengig av om de har økonomi til å kjøpe utstyr innledningsvis. Kontaktperson; Bengt Haugen, FRIGO, Oslo kommune. Webside; [www.frigo.no](http://www.frigo.no)

## ADMINISTRATIVE OG PLANMESSIGE PERSPEKTIVER

1. *Helse i Plan, Aktiv i Volda*. Volda kommunes opplegg for å styrke folkehelsen ved å forankre ulike folkehelse tiltak, kommunalt og regionalt, ved bruk av plan- og bygningslova som verktøy, og å utvikle og legge til rette for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren. Kontaktperson; Folkehelsekoordinator Berit Koen, Webside; <http://www.volda.kommune.no/>
2. *Helse i Plan, friske voksne i Oppegård kommune*. En beskrivelse av hvordan perspektivet Folkehelse, miljø og samfunn er skrevet inn i kommuneplanen. Kontaktperson; Folkehelsekoordinator Heidi.tomten. Webside; <http://www.oppegard.kommune.no/>

## FYSISK TRENING, AKTIVITET OG KULTUR

1. *Sterk med trening og samhold*. Beskrivelse av et samarbeidsopplegg mellom Asker kommune og Friskis og Svettis om trening for funksjonshemmede unge som faller utenfor sosialt, og trenger spesielle opplegg. Kontaktperson; Anne Ottestad, prosjektleder Integrasjon, Friskis&Svettis. Webside; <http://web.friskissvettis.no/>

2. *Å hjelpe seg selv – sammen med andre.* Hamar kommunes opplegg for forebygging av depresjon gjennom kognitiv metode og bruk av fysisk trening. Kontaktperson; Inger Marie Raabel, ergoterapeut, Helsestasjon for eldre, Hamar kommune. Webside: <http://www.hamar.kommune.no/>
3. *Tilrettelegging av utearealer for barns deltakelse.* Ullensaker kommunes tilrettelegging gjennom universell utforming, utearealer som alle barn kan bruke. Kontaktperson; Eva Kristin Krogh, Spesialkonsulent universell utforming, Ullensaker kommune. Webside; <http://www.ullensaker.kommune.no/>
4. *3MIL.* Et prosjekt med kyststi, naturopplevelser og kunstopplevelser på Nesodden. En grunntanke i prosjektet er brukermedvirkning og frivillighet Kontaktperson: Monica Fleisje Folkehelsekoordinator i Akershus Fylkeskommune. Webside; <http://www.akershus.no/>
5. *Friskliv for alle.* Vestvågøy kommunes prosjekt med trening og kostholdstiltak mot livstilssykdommer ga en selvrapportert forbedring på 25 %. Samme tendens så man i 2011. Kontaktperson: Terese Ingebrigtsen, leder for Frisklivssentralen. Webside; <http://www.vestvagoy.kommune.no/>
6. *Flere freske folk i Østfold.* Samarbeidsprosjekt der man gjennom koordinatordag i samarbeid med idrettskretsen lager opplegg for grupper og turvirksomhet. Målet er økt aktivitet og mobilitet blant eldre. Kontaktperson; Gunnar Hjorthaug, folkehelserådgiver i Østfold fylkeskommune. Webside; <http://www.ostfoldhelsa.no/>
7. *Kultur- og helsesatsning for barn og unge – Mestringsprogrammet i Levanger.* Målet med prosjektet er å skape psykisk styrke og forebygge psykisk uhelse blant barn og unge, gjennom bruk av et bredt spekter av kulturelle uttrykksformer. Kontaktperson; Folkehelsekoordinator Dina von Heimburg. Webside; <http://www.levanger.kommune.no/>

#### SAMARBEID KOMMUNE/FRIVILLIGE

1. *Frivillighet – helsefremmende på mange måter.* Bærum kommune har trukket frivillige inn i arbeidet med tilbud for eldre, ved å involvere kommunens eldre i frivilligheten. Kontaktperson; Merete Larsen Husby, folkehelsekoordinator, Bærum kommune. Webside; <https://www.baerum.kommune.no/>
2. *En solskinnshistorie om kommunalt og frivillig samarbeid.* Samarbeidsprosjekt mellom Hamar-avdelingen av Den Norske Turistforening og Krisesenteret på Hamar om turopplegg for beboere på krisesenteret. Kontaktperson; Margrete Ruud Skjeseth, Den Norske Turistforening - Hamar og Hedemarken Turistforening. Webside; <http://www.turistforeningen.no/>

#### SKADEFORBEGYGGING

1. *Forebygging av bekkenbrudd hos eldre i Os kommune i Østerdalen.* Ved samarbeid mellom kommunen ved hjemmetjenesten og Frivillighetssentralen, har man ved enkle tiltak som strøing og etterfylling av strøsand i hjemmene hos eldre redusert fall med hoftebrudd med 50 %. Kontaktperson; Helge Lund, kommuneoverlege, Os i Østerdalen. Webside; <http://www.os.hedmark.no/>

#### HELSEFREMMEDE ARBEIDSPASSER

1. *Helsefremmende prosesser for ansatte i en kommune.* Drammen kommunes opplegg for å nå kommunale mål om at kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass, og gi et innhold til forventningene som er uttrykt i arbeidsmiljølovens § 1-1 om en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Helsefremmende prosesser er under ledelse av kommunens HR-avdeling satt i gang i 17 virksomheter/avdelinger. Kontaktperson; Silje Bjørge, HR-rådgiver i Drammen kommune, Webside: <http://www.drammen.kommune.no/>



