



Forord

4 år på deltid som masterstudent i folkehelsevitenskap er i sin slutfase. Det har vært 4 givende år ved siden av arbeid i grenselandet mellom idrett, fysioterapi og forebyggende helsearbeid ved Universitet i Oslo. Studiet har integrert hele mitt yrkesaktive liv og satt dette i perspektiv gjennom ny innsikt.

En stor takk til mine omgivelser for å ha holdt ut i innspurten av dette arbeidet denne våren, spesielt min samboer Jan og nærmeste familie, men også til alle andre som har fått lite oppmerksomhet. En stor takk til min veileder Hege Hofstad og prosjektleder Arne Schou for at jeg fikk benytte data fra en stor surveyundersøkelse for evaluering av samhandlingsreformen. Det har vært en stor støtte å ha Hege som veileder med den kompetansen hun har på helse i planleggingsarbeid og i statsvitenskap. Veiledninger underveis har gitt meg utfordringer og sikret fremdrift, spesielt i innspurten. Til tross for en hektisk innspurt med mange innspill og mye redigering ser det nå ut til at oppgaven er i havn.

Joan Løvaas

Ås, mai 2016.

Sammendrag

Bakgrunn: Innføringen av samhandlingsreformen i 2012 med folkehelseloven og lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunen har gitt nye krav til kommunene om å integrere folkehelse i planleggingen og å vektlegge forebygging og helsefremming i større grad enn tidligere. Loven pålegger kommunene å lage et skriftlig oversiktsarbeid for å kartlegge helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer for helsen til bruk i planlegging av mål, strategier og tiltak i kommuneplanen.

Hensikt: Formålet med oppgaven er å belyse i hvilken grad oversiktsdokumentet blir fulgt opp i kommunal planlegging. Et omfattende kartleggingsarbeid er ofte ressurskrevende og det er derfor av stor betydning at dette arbeidet resulterer i tiltak med betydning for folkehelsen.

Metode: Empirien er samlet inn gjennom en elektronisk spørreundersøkelse til alle kommuner i Norge våren 2014 og en kvalitativ oppfølging i to kommuner høsten 2015, hvor det er foretatt en innholdsanalyse av oversiktsdokumentet og plandokumentene i kommunene.

Resultat: Empirien fra begge undersøkelsene viser at kommunene har kommet godt i gang med å utarbeide et oversiktsdokument og med å integrere folkehelse i plandokumentene etter innføringen av samhandlingsreformen, men det mangler fortsatt endel på systematikken i dette arbeidet og på konkrete og relevante mål og tiltak.

Abstract

Background: The introduction of The Coordination Reform (Samhandlingsreformen) in 2012 with The Public Health Act (Folkehelseloven) and The Health and Care Act in the Community (Lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunen) has given municipalities new demands for the integration of public health in their planning, and in emphasizing prevention and health promotion to a greater extent than previously. The laws require local authorities to make a written overview charting the health situation and positive and negative factors affecting health, for use in the planning of objectives, strategies and measures in municipal planning documents.

Purpose: The purpose of the study was to examine to what extent the overview document was implemented in municipal planning. Extensive survey work is often resource intensive, and it is therefore vital that these efforts result in measures with significance for public health.

Method: The data was collected through an online questionnaire to all municipalities in Norway in the spring of 2014, and a qualitative follow-up study in two municipalities in the autumn of 2015, where a content analysis of the overview document and planning documents in the municipalities was conducted.

Result: The data from both studies shows that municipalities have made good progress in preparing an overview document and in integrating public health in planning documents after the introduction of The Coordination Reform, but there are still shortcomings in how systematically this work is performed, and to what degree goals and measures are formulated in a concrete and relevant fashion.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	7
1.1. TEMA FOR OPPGAVEN OG HVORFOR TEMAET ER INTERESSANT Å STUDERE MED RELEVANS TIL FOLKEHELSE	7
1.2. FORMÅL MED OPPGAVEN	7
1.3. PROBLEMSTILLING	8
1.3.1 <i>Definering av sentrale begreper for folkehelsearbeidet</i>	8
1.4. BAKGRUNNSMATERIALE	11
1.5. TEORETISK RAMME	12
1.6. EMPIRI	12
1.6.1 <i>Surveyundersøkelse</i>	13
1.6.2 <i>Oppfølgingsundersøkelse med innholdsanalyse av plandokumenter i to utvalgte kommuner</i>	13
1.7. FREMGANGSMÅTE	13
1.8. HVA FINNES AV LITTERATUR OG TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET?	14
1.9. ETIKK	14
2. TEORI, FØRINGER OG MODELLER FOR FOLKEHELSEARBEIDET	15
2.1. BRONFENBRENNERS ØKOLOGISKE MODELL FOR PÅVIRKNINGSFAKTORER FOR HELSE	15
2.2. TEORI OM HELSEDETERMINANTER OG SOSIAL ULIKHET I HELSE	18
2.3. GENERELLE TREKK I DE ØKOLOGISKE MODELLENE OG KONSEKVENSER FOR FOLKEHELSEARBEIDET	19
2.4. INTERNASJONAL OG EUROPEISK FOLKEHELSEPOLITIKK OG TEORI	21
2.4.1 <i>Ottawa Charteret 1986</i>	21
2.4.2 <i>Helse 2020 folkehelsearbeidet i fremtiden</i>	21
2.5. FOLKEHELSEPOLITIKK OG RAMMER FOR FOLKEHELSEARBEID I NORGE	22
2.5.1 <i>Prinsippet om utjevning av sosiale helseforskjeller</i>	22
2.5.2 <i>Prinsippet om helse i alt vi gjør (Health in All Policies)</i>	22
2.5.3 <i>Bærekraftig utvikling</i>	23
2.5.4 <i>Føre-var prinsippet</i>	23
2.5.5 <i>Prinsippet om medvirkning</i>	23
2.5.6 <i>Påvirkningsperspektivet</i>	23
2.5.7 <i>Livsløpsperspektivet</i>	23
2.5.8 <i>Forebyggingsparadokset</i>	24
2.6. PLAN OG BYGNINGSLOVEN	24
2.7. SAMHANDLINGSREFORMEN MED FOLKEHELSELOVEN OG LOV OM HELSE OG OMSORGSTJENESTER	25

2.7.1 Folkehelseloven	25
2.7.2 Helse og omsorgstjenesteloven.....	25
2.8. PLANLEGGINGSMODELLER FOR FOLKEHELSE	26
2.8.1 Oversiktsarbeidet for folkehelseutfordringer og påvirkningsfaktorer for helse	26
2.8.2 Kommunal planstrategi	27
2.8.3 Fastsette mål i plan.....	28
2.8.4 Tiltak.....	28
2.8.5 Evaluering	29
3. METODE	29
3.1. SURVEY	29
3.1.1 Utvalg	29
3.1.2 Spørreskjemaet	30
3.1.3 Analysemetoder og statistikk for survey.	33
3.2. INNHOLDSANALYSE AV PLANDOKUMENTER FOR TO UTVALGTE KOMMUNER	33
3.2.1 Utvalgsriterier for valg av kommuner fra surveyundersøkelsen for dokumentanalyse	34
3.2.2 Valg av Øygarden og Nærøy kommune ut fra utvalgsriteriene	36
3.2.3 Utvelgning av dokumenter for innholdsanalysen	37
3.2.4 Søkord og fremgangsmåte for innholdsanalysen av dokumentene	38
3.2.5 Vurderingsriterier for innholdsanalysen av oversiktsarbeidet og kommuneplanen.	39
3.3. METODEDISKUSJON.....	41
3.3.1 Reliabilitet og validitet	42
3.3.2 Generaliseringsproblematikk og ekstern validitet.....	45
4. PRESENTASJON AV EMPIRI FRA SURVEYUNDERSØKELSEN.....	47
4.1. OVERSIKTSARBEIDET ETTER § 5 I FOLKEHELSELOVEN I KOMMUNENE I NORGE PER 2014	47
4.2. ORGANISERINGEN AV FOLKEHELSEARBEIDET	50
4.3. AKTIVITETSRETTEDE TILTAK	54
4.4. UNIVERSIELLE OG MÅLRETTEDE TILTAK	56
4.5. SOSIAL ULIKHET I HELSE	57
4.6. PÅ HVILKE OMRÅDER HAR KOMMUNENE DE STØRSTE FOLKEHELSEUTFORDRINGENE	58
4.7. HVA HAR HOVEDPRIORITET I DET KONKRETE ARBEIDET MED FOLKEHELSE OG FOREBYGGING	59
4.8. SAMMENSTILT TABELL FOR STØRSTE FOLKEHELSEUTFORDRINGER OG HOVEDPRIORITET.....	60
5. PRESENTASJON AV EMPIRI FRA INNHOLDSANALYSEN FOR NÆRØY OG ØYGARDEN KOMMUNE	62
5.1. NÆRØY KOMMUNE I NORD-TRØNDELAG	62
5.1.1 Innholdsanalyse av oversiktsarbeidet i Nærøy kommune.....	63

5.1.2 Innholdsanalyse av plandokumenter for Nærøy kommune i forhold til folkehelseutfordringene i oversiktsarbeidet.....	65
5.2. ØYGARDEN KOMMUNE I HORDALAND.....	73
5.2.1 Innholdsanalyse av oversiktsarbeidet for Øygarden kommune.....	74
5.2.2 Innholdsanalyse av plandokumenter for Øygarden kommune i forhold til folkehelseutfordringene i oversiktsarbeidet.....	76
6. DISKUSJON AV EMPIRI I FORHOLD TIL PROBLEMSTILLINGEN.....	85
6.1. MODELLEN FOR DET SYSTEMATISKE FOLKEHELSEARBEIDET I KOMMUNEN.....	86
6.2. OVERSIKTSARBEIDET ETTER FOLKEHELSELOVEN §5.....	86
6.3. FASTSETTE MÅL I PLAN OG INTEGRERING AV FOLKEHELSE I KOMMUNEPLANLEGGINGEN.....	89
6.4. ULIKE TYPER TILTAK OG NIVÅ I ØKOLOGISK MODELLE.....	91
6.5. SAMSVAR MELLOM KOMMUNES STØRSTE FOLKEHELSEUTFORDRINGER OG PRIORITERINGER AV TILTAK.....	94
6.6. HENSYN TIL SOSIAL ULIKHET I HELSE I OVERSIKTSARBEID OG I OPPFØLGING I PLANDOKUMENTENE.....	96
6.7. METODISKE BETRAKTNINGER FOR RESULTATENE AV UNDERSØKELSENE.....	97
7. KONKLUSJONER OG PERSPEKTIVERING.....	98
8. REFERANSELISTE.....	103
9. VEDLEGG.....	106

Figuroversikt

Figur 1. Kommunal planleggingsmodell etter folkehelseloven, plan og bygningsloven og kommuneloven.

Figur 2. Modell for det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene.

Tabelloversikt

Tabell 1. Har kommunen utarbeidet en oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen, jfr. Folkehelseloven §5

Tabell 2. På hvilke områder er det laget oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer?

Tabell 3. På hvilken måte er oversikten fulgt opp politisk og administrativt?

Tabell 4. Har kommunen etablert interne tverrsektoriell(e) gruppe(r) som arbeider med folkehelse?

Tabell 5. Deltar kommunen i nettverk for folkehelse hvor eksterne aktører deltar?

Tabell 6. Er konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Tabell 7. Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder opp mot utvikling av konkrete helsefremmende tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Tabell 8. Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder opp mot utvikling av konkrete forebyggende tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Tabell 9. Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder opp mot oppfølging av oversiktsarbeidet politisk og administrativt?

Tabell 10. Er konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Tabell 11. Er nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Tabell 12. Er oppfølgingen av oversikten knyttet til spesifikke grupper?

Tabell 13. Har din kommune et spesielt fokus på forebygging av helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen?

Tabell 14. Er fordelingshensyn prioritert i kommuneplanen?

Tabell 15. Er fordelingshensyn prioritert i tiltak rettet mot folkehelse og forebygging?

Tabell 16. På hvilke områder har kommunen de største folkehelseutfordringene?

Tabell 17. Hva har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging?

Tabell 18. Prosentdifferanser i sammenstilt tabell for tabell 16 og 17.

Tabell 19. Oppsummering av folkehelseutfordringer og tiltak i kommuneplanen for Nærøy.

Tabell 20. Oppsummering av innholdsanalyse for prinsippet om helse-i-alt-en gjør for Nærøy.

Tabell 21. Livsløpsperspektivet i Nærøy kommunens plandokumenter

Tabell 22. Prinsippet om medvirkning i Nærøy kommunes planer.

Tabell 23. Oppsummering av tekstelementer for sosiale helseforskjeller i plandokumentene for Nærøy.

Tabell 24. Oppsummering av tekstelementer for påvirkningsperspektiv og sykdomsperspektiv i Nærøy kommunes planer.

Tabell 25. Oppsummering av folkehelseutfordringer og tiltak i kommuneplanen for Øygarden.

Tabell 26. Oppsummering av innholdsanalyse for prinsippet om helse-i-alt-en gjør for Øygarden.

Tabell 27. Livsløpsperspektivet i Øygarden kommunens plandokumenter.

Tabell 28. Prinsippet om medvirkning i Øygarden kommunes planer

Tabell 29. Oppsummering av tekstelementer for sosiale helseforskjeller i plandokumentene for Øygarden.

Tabell 30. Oppsummering av tekstelementer for påvirkningsperspektiv og sykdomsperspektiv i Øygarden kommunes planer.

1. Innledning

1.1. Tema for oppgaven og hvorfor temaet er interessant å studere med relevans til folkehelse.

Tema for oppgaven er det systematiske folkehelsearbeidet med fokus på oversiktsarbeidet over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse, mål i planer og hvilke folkehelseiltak kommunene planlegger å gjennomføre.

Rammene for folkehelsearbeidet ligger i samhandlingsreformen som består av lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (St. meld. nr 47 (2008-2009)).

Kommunene er gjennom lov om folkehelseloven §1 pålagt å legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid og i §5 å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne (Folkehelseloven 2011).

Det som vekker min nysgjerrighet er om kommunene har fulgt opp dette oversiktsarbeidet og om de har lagt oversiktsarbeidet til grunn for mål og tiltak i kommuneplanen.

1.2. Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å belyse om oversiktsarbeidet som kommunene er pålagt blir fulgt opp i kommunal planlegging. Et omfattende kartleggingsarbeid er ofte ressurskrevende og det er derfor av stor betydning at resultatene av dette arbeidet munner ut i tiltak med betydning for folkehelsen. Det er et ønske om å bidra i diskusjonen om hvorvidt det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene kan føre frem til relevante tiltak. I offentlige dokumenter om folkehelse finnes mange fine formuleringer, idealistiske målsetninger og gode planer for å bedre folkehelse på kort og lang sikt. For at ikke dette kun skal bli fine ord og målsetninger som rulleres i kommunens planleggingsprosess hvert fjerde år, kreves et systematisk arbeid med realistiske mål og tiltak som kommunene ut fra sine ressurser og forutsetninger har mulighet til å følge opp i relevante tiltak. Håpet er at denne oppgaven skal bidra til å sette

fokus på planlegging av helsetiltak slik at dette bidrar til å nå målsetningen i folkehelsearbeidet om at "befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og reduserte sosiale helseforskjeller" (Meld. St. nr 34 (2012-2013):10).

1.3. Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven vil derfor omhandle hvordan kommunene organiserer det forebyggende og helsefremmende arbeidet gjennom planlegging og oppfølging i relevante tiltak. Ved innføringen av samhandlingsreformen, som består av folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven, skal folkehelse integreres i kommuneplanene på en helt annen måte enn tidligere. Folkehelsearbeidet skal være knyttet opp mot et oversiktsarbeid for folkehelseutfordringene i kommunen slik at tiltak kan rettes inn mot hovedutfordringene. Oversiktsarbeidet er derfor helt sentralt i planleggingsprosessen for å avdekke kommunens største folkehelseutfordringer på en systematisk og kunnskapsbasert måte slik at utfordringene kan følges opp i utarbeidelsen av kommunens planer, og resultere i relevante tiltak.

I §7 i folkehelseloven står det at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer jf. §5. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert:

I hvilken grad er folkehelseutfordringer i kommunens oversiktsarbeid etter §5 i folkehelseloven lagt til grunn for fastsettelse av mål og strategier i kommuneplaner og valg av tiltak?

Problemsstillingen inneholder sentrale begreper som gjelder folkehelse. Dette forutsetter en definering av helsebegrepet og begreper som brukes i forbindelse med folkehelsearbeidet. I tillegg blir andre sentrale begrep i problemstillingen definert og utdypet, bl.a. hva som menes med tiltak etter folkehelseloven, og hvordan tiltak er kategorisert og brukt i denne oppgaven.

1.3.1 Definerings av sentrale begreper for folkehelsearbeidet

Helsebegrepet blir i denne oppgaven relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid for befolkningen i Norge som helhet og spesielt til kommunenes forebyggende og helsefremmende tiltak.

Helsebegrepet til WHO fra 1948 definerte helse som en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte. Definisjonen ble kritisert for å

være for visjonær og idealistisk, og ikke å ta hensyn til nyere kunnskap om samfunnsforholdene og påvirkningsfaktorer for helse. På bakgrunn av denne kritikken ble WHO sin definisjon av helse revidert til også å gjelde helse i forhold til samfunnets krav og som en ressurs i det daglige liv (WHO 1986).

Ottawa Charteret definerer helsefremmende arbeid som ”prosessen som setter individet i stand til å øke kontrollen over og forbedre sin helse med det formål å nå et nivå av komplett fysisk, mental og sosialt velvære – og lede til et aktivt og produktivt liv ” (WHO 1986:1, oversatt til norsk). Dette perspektivet inkluderer et medvirkningsperspektiv og et mestringsperspektiv for individet, men også et samfunnsperspektiv for påvirkningsfaktorer som ligger utenfor enkeltindividers muligheter til å påvirke. Slike forhold blir da en samfunnsoppgave for politikere og andre som på et mer strukturelt nivå har mulighet til å påvirke befolkningens helse lokalt, nasjonalt og globalt. Noen forhold vil i ytterste konsekvens ikke være mulig å påvirke, som et resultat av ytre faktorer for den kloden vi lever på, men disse påvirker også helsen vår. Vulkanutbrudd og aktiviteten på solens overflate er slike eksempler.

Jeg har valgt å bruke de offentlige definisjonene av folkehelse og folkehelsearbeid i folkehelseloven §3 a og b (2011), som bygger på definisjonene til verdens helseorganisasjon (WHO).

Folkehelse defineres i folkehelseloven i § 3 a) som ”befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen”.

Folkehelsearbeid defineres i samme lov i §3 b) som ”samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade, lidelse eller som beskytter mot helsetrusler, samt å arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”. Definisjonen av folkehelse og folkehelsearbeid skiller seg ut ved at det er helse på befolkningsnivå som er i fokus. Folkehelse dreier seg videre om, i følge Ottawa Charteret, å skape muligheter for befolkningen til å ta sunne valg (WHO 1986).

Med *oversiktsarbeid* menes oversikt over helsetilstanden på befolkningsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsen.

Helsetilstanden er befolkningens helse målt med ulike indikatorer, for eksempel risikofaktorer, sykdommer som kan forebygges, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l. (Helsedirektoratet 2013:7).

Begrepet *folkehelseiltak* trenger en nærmere presisering da tiltak er et sentralt begrep i problemstillingen.

Tiltak er definert i folkehelseloven i §§ 4 og 7 hvor det i §4 første ledd står at det skal legges til rette for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til å utjevne sosiale forskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Tiltakene defineres derfor som helsefremmende og forebyggende tiltak fremfor behandling og rehabilitering.

I et dokument om folkehelseloven med presiseringer av lovens tekst (Helsedirektoratet 2011:13) blir det fremhevet at folkehelsearbeid ikke omfatter kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering. Det vil si at folkehelseiltakene ikke omfatter tjenestetilbudet i kommunen. Problemstillingen avgrenses derfor til å omfatte det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

I oppgaven har jeg foretatt et skille mellom organisatoriske tiltak og aktivitetsrettede tiltak. *Organisatoriske tiltak* omhandler i hovedsak hvordan kommunene organiserer det konkrete folkehelsearbeidet. I Ottawa Charteret blir helsefremming definert som prosessen som gjør folk i stand til å øke kontrollen over og forbedre sin helse, *men også handlinger for å endre sosiale, miljømessige og økonomiske betingelser som påvirker helsen* (WHO 1986).

De aktivitetsrettede tiltakene er hvordan det forebyggende og helsefremmende arbeidet gjennomføres i praksis med de virkemidlene kommunen har til rådighet. De aktivitetsrettede tiltakene omhandler bl.a. forebygging av livsstilssykdommer, forebygging av ulykker i trafikken, fallulykker i hjemmet, forebygging av psykiske lidelser, sikring av vannkvalitet og forsyning av vann, regulering av eksponering for miljøgifter, legge til rette for grøntarealer og turstier i kommunen, helseopplysningsvirksomhet, forebygging av smittsomme sykdommer etc.

Forebygging foregår på flere nivå. Primærforebygging skal styrke helsen og hindre at det oppstår sykdom, skade eller lyte. Sekundærforebygging skal stanse sykdomsutvikling og hindre tilbakefall. Tertiærforebygging skal hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger (Helsedirektoratet 2011:13). Det er de to første formene for forebygging som faller inn under folkehelse.

Det presiseres videre at tidlig intervensjon kan være folkehelsearbeid, mens sekundærforebygging i symptomgivende fase faller utenfor (ibid.).

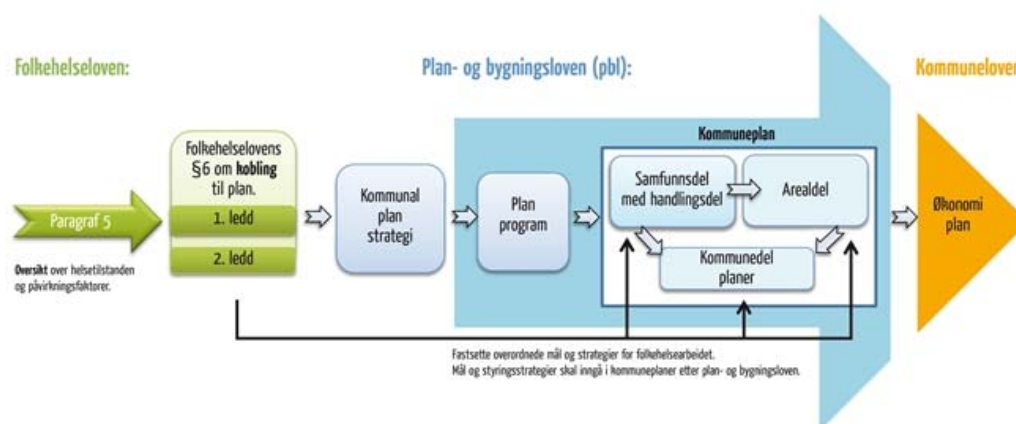
I tillegg kan tiltak være *universielle* eller *målrettede*. Universelle tiltak er tiltak rettet mot hele befolkningen. Målrettede tiltak er tiltak rettet mot utsatte grupper med økt sykdomsrisiko. I praksis vil mange tiltak være en kombinasjon av universielle og målrettede tiltak på tilsvarende måte som tiltak både er organisatoriske og aktivitetsrettete i ulik grad.

I folkehelsemeldingene (Meld. St.19 (2014-2015) ; Meld. St. nr 34 (2012-2013)) og bl.a. i helsedepartementets veiledninger og kommentarer til folkehelseloven (Hesledirektoratet 2011) heter det at folkehelse tiltakene i størst mulig grad skal være på befolkningsnivå og gjelde alle, men at tiltakene kan tilpasses sårbare grupper av befolkningen.

Tiltak vil også være målrettet i et *livsløpsperspektiv*. Ulike tiltak må tilpasses de situasjonene befolkningen til enhver tid er en del av i samfunnet, og dette endrer seg underveis i livet. I folkehelsemeldingene fremheves livsløpsperspektivet og betydningen av tidlig innsats (Meld. St.19 (2014-2015) ; Meld. St. nr 34 (2012-2013)).

1.4. Bakgrunnsmateriale

Planleggingsmodeller for folkehelse brukes for å få oversikt over planleggingsprosessen generelt i kommunene og for folkehelse spesielt slik dette er pålagt gjennom folkehelseloven, plan og bygningsloven og kommuneloven.

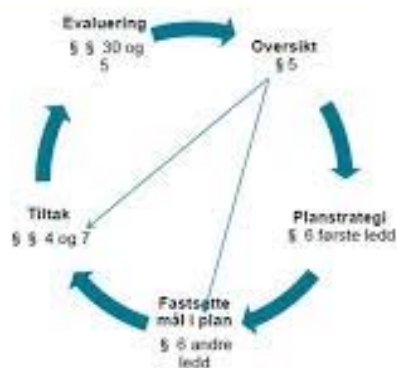


Figur 1. Kommunal planleggingsmodell etter folkehelseloven, plan og bygningsloven og kommuneloven.

Modellen skal sikre at folkehelse blir ivaretatt gjennom hele planprosessen i alle dokumentene for planleggingen i kommunene.

På bakgrunn av denne overordnede modellen for planlegging har helsedirektoratet laget en enklere planleggingsmodell for det systematiske folkehelsearbeidet etter folkehelseloven.

Det systematiske folkehelsearbeidet



Figur 2. Modell for det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene etter folkehelseloven 2011.

I denne modellen har jeg trukket ut tre elementer som danner utgangspunkt for oppgaven. Disse er oversiktsarbeidet, fastsette mål i plan og tiltak. Modellene blir nærmere presentert under kapitlet for teori, føringer og modeller for folkehelsearbeidet. Modellen er ingen teori, men utgjør et nyttig arbeidsredskap for kommunene i det systematiske folkehelsearbeidet.

1.5. Teoretisk ramme

Som teoretisk ramme er det brukt Bronfenbrenners økologiske teori for påvirkningsfaktorer for helse (Bronfenbrenner 1979) og nyere modeller og teori utviklet på bakgrunn av denne. Modellene representerer et helhetlig syn på helse hvor det legges vekt på påvirkningsfaktorer på ulikt samfunnsnivå. Av nyere teorier er det spesielt teorier om sosiale helsedeterminanter og sosiale helseforskjeller som nå er de mest fremtredende i folkehelsearbeidet både internasjonalt og i Norge.

1.6. Empiri

Empirien i oppgaven består av data fra en surveyundersøkelse gjennomført av By og regionforskningsinstituttet (NIBR) i 2014, og en dokumentanalyse av kommuneplanene til to utvalgte kommuner fra denne undersøkelsen 2015 og i starten på 2016.

1.6.1 Surveyundersøkelse

I surveyundersøkelsen er det spørsmål om kommunenes oversiktsarbeid og hvordan dette arbeidet er fulgt opp politisk og administrativt, og i ulike typer tiltak. Det er også spørsmål om det er tatt hensyn til sosial ulikhet i helse. Spørreskjemaundersøkelsen er i hovedsak kvantitativ med faste svaralternativer. Den ble sendt som elektronisk skjema til alle postmottak for kommuner i Norge og bydelene i Oslo i løpet av april og mai i 2014.

1.6.2 Oppfølgingsundersøkelse med innholdsanalyse av plandokumenter i to utvalgte kommuner

I tillegg gjøres en innholdsanalyse av plandokumenter i to kommuner, Nærøy kommune i Nord-Trøndelag og Øygarden kommune i Hordaland. Dette blir gjort for å utdype innholdet i oversiktsarbeidet og se på i hvilken grad mål, strategier og tiltak blir fulgt opp i planarbeidet for disse to kommunene. På denne måten kan en gå dypere inn i problemstillingen for å se på i hvilken grad oversiktsarbeidet er fulgt opp i planarbeidet, og hvilke tiltak kommunene har lagt vekt på.

Dokumenter for innholdsanalysen er begrenset til plandokumenter som er tilgjengelige på kommunenes nettsider. Det er ikke fulgt opp med kvalitative intervju. Empirien bygger kun på hva som faktisk fremkommer i oversiktsarbeidet og i plandokumentene.

1.7. Fremgangsmåte

Det er foretatt en gjennomgang i surveyundersøkelsen til NIBR mht. relevante spørsmål for problemstillingen.

I oppfølgingsundersøkelsen er det først utført en innholdsanalyse av oversiktsarbeidene for å komme frem til folkehelseutfordringene i de to utvalgte kommunene. Deretter blir det gjennomført en innholdsanalyse av plandokumenter i kommunene for å se om folkehelseutfordringene følges opp med mål, strategien og tiltak.

Den kommunale planleggingsmodellen, figur 1, og modellen for det systematiske folkehelsearbeidet, figur 2, er brukt til å velge ut og finne frem til dokumentene for innholdsanalysen.

Analysen er gjennomført etter økologisk teori og modeller, og etter offentlige føringer og retningslinjer for folkehelsearbeidet. Disse teoriene og føringene representerer en helhetlig tilnærming til folkehelse med tankegangen om at helseutfall har årsaker i et komplekst system av påvirkningsfaktorer.

Sosial ulikhet i helse er også trukket inn da et av hovedmålene for folkehelsearbeid inkluderer tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller. Ut fra teoriene og offentlige dokumenter, er det laget en liste over vurderingskriterier som tekstelementene i innholdsanalysen blir analysert etter.

I analysen brukes dimensjonene samfunnsnivå - individnivå for å plassere tiltak inn i en økologisk modell for folkehelsearbeidet.

For tiltak blir dimensjonen organisatoriske og aktivitetsrettede tiltak og dimensjonen universielle og målrettede tiltak brukt.

Deretter blir både empirien fra surveyundersøkelsen og de utvalgte kommunene analysert etter hvorvidt det er sammenheng mellom konklusjonene i oversiktsarbeidet og oppfølgingen av disse i kommunens planer.

1.8. Hva finnes av litteratur og tidligere forskning på området?

Det er søkt i Google Scholar, Oria.no - artikler, doktorgrader og mastere og litteratur i brage.bibsys.no for å se om det er andre masteroppgaver om oversiktsarbeid og folkehelse tiltak i kommunal planlegging. Litteratur ellers for oppgaven er funnet i søk i offentlige dokumenter gjennom bl.a. regjeringen og helsedirektoratets nettsider. I tillegg er det søkt på litteratur som omhandler økologisk teori og planleggingsmodeller for folkehelse. Det er også søkt i dokumenter utarbeidet av NIBR da de gjennom mange år har evaluert folkehelse tiltak og jobbet med problemstillinger rundt helse i plan. I tillegg er det brukt pensumlitteratur i kursene på master i folkehelsevitenskap om bl.a. helsedeterminanter, og annen litteratur om folkehelse. Av tidligere masteroppgaver foreligger noen casestudier med kvalitative intervjuer og dokumentanalyse. Ellers finnes det foreløpig lite forskning på dette området for undersøkelser som kan generaliseres til alle kommuner i Norge.

1.9. Etikk

For å ivareta personer som brukes i undersøkelsen følges etiske retningslinjer i Helsinkideklarasjonen for medisinsk forskning (WMA 2013 (1964)) og forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora (NESH 2006 (1990)).

Etikk for spørreskjemaundersøkelsen er ivaretatt av NIBR og undersøkelsen krevde kun registrering av prosjektet hos personvernombudet hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Studien inneholder ikke-sensitive data, men omhandler mål og prioriteringer i folkehelsearbeidet. Hvordan de utvalgte kommunene har svart i spørreskjemaet vil ikke bli presentert. Opplysningene vil isteden bli hentet ut fra

plandokumenter og annen informasjon som finnes på kommunenes nettsider. Det er for å sikre anonymitet for de som har svart på spørsmålene i surveyundersøkelsen.

For studien av de to utvalgte kommunene med innholdsanalyse av tilgjengelige dokumenter på nettsidene, er det derfor ikke nødvendig å søke NSD eller datatilsynet om (Johannessen et al. 2011 (2002):96). I følge forvaltningsloven §13 er all informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner, taushetsbelagt (Forvaltningsloven 1970).

2. Teori, føringer og modeller for folkehelsearbeidet

Det finnes ikke en teori som er dekkende for alt folkehelsearbeid. Folkehelsefeltet er svært sammensatt og folkehelsevitenskapen bygger på teorier fra flere fagområder, både fra samfunnsvitenskapelige og medisinske fag. Utgangspunktet for denne oppgaven er det samfunnsvitenskapelige fagområdet med teorier om påvirkningsfaktorer for helse, planleggingsmodeller og ikke minst lover og offentlige dokumenter som er styrende for folkehelsearbeidet.

2.1. Bronfenbrenners økologiske modell for påvirkningsfaktorer for helse

Bronfenbrenner (1979) presenterte en økologisk modell for påvirkningsfaktorer for helse (DiClemente et al. 2013). Den økologiske modellen er senere tilpasset og presentert i nyere modeller som f.eks. i Whitehead og Dahlgrens modell (1991,2007) med individet i sentrum og med sentrale til mer perifere påvirkningsfaktorer i sirkler utenfor. Denne modellen blir referert til i folkehelsemeldingen og i flere offentlige dokumenter som omhandler forebyggende og helsefremmende arbeid (Meld. St. nr 34 (2012-2013):51). Mange kommuner bruker også modellen i sine plandokumenter for å illustrere hvordan helsen til enkeltindivider påvirkes av mange faktorer i samfunnet på ulikt nivå.

Utgangspunktet for Bronfenbrenners teori er at individers atferd må sees i den sammenhengende inngår i. Forklaringer på atferd finnes etter Bronfenbrenner i interaksjonen mellom individene og omgivelsene (Bronfenbrenner 1979).

Vi påvirkes daglig av en rekke faktorer med betydning for helsen vår. Noen av disse faktorene kan vi kontrollere selv, andre må vi tilpasse oss, påvirke eller unngå så langt det lar seg gjøre. Noen av disse faktorene har vi ingen mulighet til å tilpasse eller beskytte oss mot.

Bronfenbrenner introduserte, den gang han la frem modellen, et nytt perspektiv for studier av menneskets utvikling. Perspektivet vektlegger at utviklingen blir til i samspillet mellom

personen og omgivelsene over tid. Det økologiske perspektivet består av skall lik en russisk dukke. Innerst finnes de nære relasjonene individet inngår i. I neste lag er det mer komplekst. Her inngår også relasjonene mellom de nære relasjonene. I det tredje laget inngår også hendelser hvor personen selv ikke direkte er involvert, men indirekte blir påvirket. Hvert av disse lagene er igjen forskjellige i forskjellige kulturer. Et viktig aspekt er at omgivelsene er slik de fremstår for individet og ikke som en objektiv virkelighet. Virkeligheten for personene er på denne måten influert av deres sosiale bakgrunn og erfaringer. Ulike sammenhenger er i tillegg analysert ut fra strukturer, fra to-personsystemer til flerpersontsystemer med gjensidige påvirkninger og påvirkninger mellom flere slike sammenhenger i et nettverk. På denne måten kan det utvikles økologiske skiftninger i roller og sammenhenger som en person inngår i under hele livsløpet. Bronfenbrenner kaller dette "ecological transitions". I begrepet rolle ligger forventninger om atferd assosiert med en bestemt posisjon i den sosiale sammenhengen eller samfunnet som sådan. Det er en gjensidig påvirkning av individet og de strukturer individet inngår i slik at det blir en påvirkning begge veier, hvor også individet påvirker sin egen virkelighet, som igjen påvirker dem tilbake.

Denne komplekse interaksjonen i individets umiddelbare nære omgivelser kaller Bronfenbrenner mikrosystemet. Interaksjonen mellom de ulike sammenhenger og strukturer som individet inngår i kaller han meso-systemet. Systemer som påvirker individet uten at individet direkte er involvert kaller han exo-systemer. Utenpå dette igjen finnes et overbyggende mønster av ideologi og organisering av sosiale institusjoner som er særegne for ulike kulturer og subkulturer, som han referer til som makro-systemer.

Mikronivået er individnivået, meso-nivået er nivået individet er en del av gjennom familierelasjoner og lokalmiljø. Exo-nivået er på et høyere samfunnsnivå, f.eks. en geografisk region eller kommune. Makronivået er samfunnet på et mer overordnet nivå, som f.eks. det landet personene bor i, hvilke lover og regler som gjelder for dette landet, relasjoner til et globalt miljø og internasjonale lover og retningslinjer der personen bor i etc.

Bronfenbrenners teori går ut på å gi et begrepskjema for å beskrive og forbinde gjensidige strukturer og prosesser både i den umiddelbare og de mer distanserte omgivelsene som omgir individet, og hvordan disse strukturene og prosessene former individet gjennom livsløpet.

Livsløpsperspektivet er en viktig komponent i Bronfenbrenners teori.

I DiClemente (2013:32) refereres det til teorier som beskriver hvordan flere nivåer av påvirkningsfaktorer etter Bronfenbrenners økologiske tankegang, påvirker individet. Faktorer

på det innerste nivåene omtales som *proximale påvirkninger* (proximal influences). Faktorer på høyere nivåene omtales som *distale påvirkninger*. Teorien hjelper oss til å lage intervensjonsprogrammer på en organisert, systematisk og effektiv måte.

Endring av påvirkningsfaktorene for helse kan således bidra til å gi bedre helse.

Endres f.eks. de distale påvirkningsfaktorer vil en indirekte kunne endre helseatferden hos individene. På samme måte vil en kunne endre helseatferd hos individene ved å endre de proximale påvirkningsfaktorene eller påvirkningsfaktorer som ligger i mellom de distale og proximale. Individet vil selv også kunne påvirke disse faktorene i større eller mindre grad og de proximale vil være mest påvirkelige. En del av de individuelle faktorer som påvirker helsen utgjør arv. Arvelige faktorer er lite påvirkelige selv om nyere forskning har kommet frem til at individet gjennom sin livsstil og sosiale posisjon påvirker sine gener og at dette får konsekvenser for fremtidige generasjoner (Mæland & Elstad 2009). Vi er således også et produkt av tidligere generasjoners livsvilkår.

De proximale faktorene vil f.eks. være kunnskap, holdninger og overbevisninger, men også miljø- og omgivelsesfaktorer som familie, venner, lokalsamfunn, kultur og samfunnsforhold. Påvirkningsfaktorene ligger på en dimensjon fra proximale til distale.

Når det gjelder påvirkningsfaktorer for helse er Bronfenbrenners teori blitt videreutviklet og brukt i nye teorikonstruksjoner tilpasset det offentlige folkehelsearbeidet. Barton og Grant har tilpasset den økologiske modellen til urban planlegging ”Human ecology model of a settlement”. Modellene brukes til å forstå sammenhengene mellom helse og planlegging. I forlengelsen av dette har en arbeidsgruppe for Healthy Urban Planning (HUP), nedsatt av WHO, blitt enige om 12 helsemål i planleggingen (Barton et al. 2009).

Oversatt til norsk er disse:

1. Helsefremmende livsstil (spesielt fysisk aktivitet)
2. Sosial samhörighet og støttende sosiale nettverk
3. God kvalitet på bolig
4. Tilgang til arbeidsmuligheter
5. God tilgang på utdanning, kultur, fritid, detaljhandel og helsetjenester
6. Oppmuntre til lokal matproduksjon og utsalgsteder for sunn mat
7. Fremme sikkerhet og trygge omgivelser
8. Likhet, sosial utjevning, utvikling av sosial kapital
9. Fremme attraktive omgivelser med akseptable grenser for støy og luftkvalitet

10. Tilgang på rent vann og gode sanitærforhold
11. Fremme bevaring av kvalitet på land- og mineralressurser
12. Redusere utslipp som truer klima

Denne oversikten illustrer og understøtter hvordan befolkningens helse er avhengig av påvirkningsfaktorer på mange områder i livet. Dette berører planleggingsprosessene i en kommune. Disse områder blir ofte ikke direkte omtalt som folkehelse eller påvirkningsfaktorer for helse i en kommuneplan. Dette har fått konsekvenser for hvordan søkeord og begreper er brukt i denne oppgaven for å identifisere tekstelementer i plandokumentene.

2.2. Teori om helsedeterminanter og sosial ulikhet i helse

Som oppfølging av Bronfenbrenners teori er begrepet helsedeterminanter brukt om påvirkningsfaktorene for helse. *Helsedeterminanter* blir definert som helsens sosiale bestemmelsesfaktorer (Dahl et al. 2014). Helsedeterminantene er i annen litteratur definert som: "*Determinants of health include those factors that exert an influence on the health of individuals and populations*" (Solar et al. 2009). De omfatter altså alle faktorer som påvirker helsen til individer og befolkninger.

I kapittel 2.2 av Solar, I., Irwin, A. og Vega, J. i Oxford Textbook for Public Health (2009) presenteres en modell for å kunne analysere og foreta tiltak rettet mot helsedeterminantene. Målet med modellen er å kunne identifisere determinantene og da spesielt determinanter som skaper ulikheter i helse. På denne måten kan forholdet mellom de ulike helsedeterminantene avklare mekanismer for hvordan de sosiale helsedeterminanter skaper forskjeller i helse. Dette kan brukes til å utarbeide kriterier for å vurdere hvilke determinanter som blir vurdert som de viktigste å rette tiltakene mot.

Modellen bygger på den økologiske modellen til Bronfenbrenner med nivåer fra et samfunnsnivå til et individnivå. Den deler påvirkningsfaktorene inn i strukturelle determinanter på et overordnet samfunnsnivå til de mer proximale påvirkningsfaktorene, som i modellen blir kalt mellomliggende determinanter, "intermeditary determinants". De mellomliggende determinantene ligger i individets dagligliv som materielle, atferdsmessige, biologiske, psykososiale faktorer, sosial opplevelse av tilhørighet, sosialt nettverk, tilgang på helsetjenester mm. (Solar et al. 2009).

Sosiale helseforskjeller blir definert som helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå. Dette utgjør den sosioøkonomiske helsegradienten. Helsestatusen blir bedre jo høyere i det sosialøkonomiske hierarkiet folk befinner seg og forholdet har vist seg gjennom forskning å være lineært. Innsatsen må derfor ikke bare rettes inn for å minske gapet mellom verste og beste tilfeller, men langs hele gradienten (St. meld. nr 20 (2006-2007):18).

Det er et komplekst samspill av faktorer over livsløpet som påvirker helsen og skaper ulikheter i helse. Livsløpsperspektivet legges til grunn i teorien om helsedeterminanter slik som i Bronfenbrenners teori og i WHO sitt dokument om Health 2020 (WHO 2013). Det finnes kritiske perioder i livsløpet, og det skjer en akkumulering av risikofaktorer underveis i livet. Determinantene er dynamiske, og perspektivet for påvirkning av helse er langsiktig.

Det er viktig å skille mellom helsedeterminanter. Determinanter for sosial ulikhet i helse. Helsedeterminantene er påvirkningsfaktorer for helse generelt, og determinanter for sosial ulikhet i helse fokuserer på fordeling av helse i befolkningen.

WHO regionale kontor i Europa har utgitt en rapport om *sosiale determinanter for ulikheter i helse* (Wilkinson & Marmot 2003). Som oppfølging av dette arbeidet ble det i Norge laget en stortingsmelding om nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Stortingsmeldingen legger føringer for hvordan regjeringen og departementene skal arbeide med utjevning av sosiale helseforskjeller det neste tiåret (St. meld. nr 20 (2006-2007)).

2.3. Generelle trekk i de økologiske modellene og konsekvenser for folkehelsearbeidet

Disse teoriene og modellene ble aktualisert gjennom WHO sitt arbeid med bla Ottawa Charteret (WHO 1986) hvor fokuset for folkehelse ble flyttet *fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv*.

Helsetilstanden i et sykdomsperspektiv vil si hvordan sykdomsbildet i kommunene er, mens i et påvirkningsperspektiv legges vekt på årsaker til helsetilstanden og hvordan helse er fordelt i befolkningen. Helse og fordeling av helse henger nært sammen med levekår og sosiale forhold. Derfor henger helsetilstanden og påvirkningsfaktorene nøye sammen.

Ut fra et helhetlig perspektiv på folkehelse vil befolkningen bli påvirket først og fremst av forhold som ligger utenfor helsesektoren, selv om en velfungerende helsetjeneste også er en

viktig forutsetning for god folkehelse (Meld. St. nr 34 (2012-2013)). En sentral strategi for folkehelsearbeidet blir å flytte innsatsen fra et lokalt til et mer overordnet nivå - fra såkalte nedstrøms til oppstrøms strategier (Whitehead & Dahlgren 2009:18) I forhold til en økologisk modell vil det si å flytte innsatsen opp på et høyere samfunnsnivå og i forhold til kommunene vil dette si til høyeste forvaltningsnivå i kommunen. Det gir mulighet til å koordinere samtidig innsats på flere forvaltningsnivå og mellom ulike sektorer i kommunestrukturen.

De økologiske modellene skaper også en forståelse for årsaker til sosiale forskjeller i helse, at noen faktorer er enkle for individet å gjøre noe med, mens andre krever større grad av samfunnets medvirkning.

En økologiske modell vil ha et *samfunnsperspektiv på helse med tiltak rettet mot hele befolkningen*. Eksempler på befolkningsrettede tiltak er bedring av levekår og oppvekstvilkår for hele befolkningen f.eks. ved å redusere miljøforurensninger, bedre vannkvalitet og sanitærforhold og legge til rette for friluftsliv, grønne områder i bomiljøene, bygge gang og sykkelveier etc. Den økologiske modellen inkluderer også de målrettede tiltakene mot utsatte grupper i befolkningen siden påvirkningsfaktorene opererer langs en dimensjon fra samfunnsnivå til individnivå hvor alle nivåer inngår.

Under tiltak for utsatte grupper ligger bla. utjevning av sosiale forskjeller ved å gjøre de universielle tiltakene mer tilgjengelige for risikoutsatte grupper, og for å sikre at disse gruppene får tilgang til helsefremmende og forebyggende tiltak ut fra sine forutsetninger.

Modellen inkluderer også individrettede tiltak som livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, bruk av tobakk, kosthold, mestringsstrategier mm. Mellom disse ytterpunktene ligger kombinasjoner med grad av mestring og kontroll for individet, og samfunnsmessige tilrettelegginger for å gjøre sunne valg enklere.

Etter en økologisk teori vil planlegging måtte ta hensyn til muligheter og barrierer på forskjellig nivå samfunnet. I dette inngår som regel også en økonomisk vurdering av ressursbruken i forhold til effekten av tiltaket. *Forebyggingsparadokset* er et eksempel på å argumenterer for effektiv ressursbruk, der små endringer for mange gir større effekt enn store endringer for noen få. Hvis det fokuseres i for stor grad på de som trenger tiltaket mest, oppnår en mindre folkehelsegevinst enn om en fokuserer på tiltak som omfatter alle innbyggerne i kommunen. En kommune har som regel begrensede ressurser, mange pålagte oppgaver og må hele tiden vurdere hvor midlene kan brukes mest effektivt.

2.4. Internasjonal og Europeisk folkehelsepolitikk og teori

Folkehelsepolitikken og rammene for folkehelsearbeidet i Norge er influert og styrt av internasjonal og spesielt Europeisk folkehelsepolitikk og teori. Norge inngår i et overnasjonalt samarbeid og da spesielt med Europa. Jeg har trukket ut to sentrale føringer som ligger til grunn for hvordan folkehelsepolitikken i Norge er utformet og blir utformet i fremtiden.

2.4.1 Ottawa Charteret 1986

Folkehelsepolitikken internasjonalt er trukket opp bl.a. i Ottawa Charteret 1986.

Folkehelsepolitikken i Norge gjenspeiler innholdet i dette charteret.

Det presenteres 5 nøkkelstrategier for å fremme helse:

1. Involvere hele befolkningen (*universielle tiltak*)
2. Være rettet mot årsaker (*helsedeterminantene*)
3. Kombinere mange metoder og innfallsvinkler (*tverrsektorielt arbeid* og på tvers av samfunns og forvaltningsnivå, *nettverk* og *samarbeid - helse i alt en gjør- perspektivet*)
4. Involvering av befolkningen (*medvirkningsperspektivet*).
5. Lokal innsats/primærhelsetjeneste. Dette punktet om lokal innsats fokuserer på å endre omgivelsene for å *gjøre sunne valg enklere* (Naidoo & Wills 2013 (2009):56).

2.4.2 Helse 2020 folkehelsearbeidet i fremtiden

På regionmøtet for WHO Europeiske region i september 2012 godkjente 53 land i den europeiske regionen et nytt *verdi- og kunnskapsbasert rammeverk for helse, Helse 2020*.

Helse 2020 fokuserer på å forbedre helse for alle og redusere ulikheter i helse gjennom forbedret lederskap og styring for helse. Den identifiserer fire prioriterte handlingsområder på tvers av alle nivåer og myndighets- og samfunnssektorer.

Helse blir sett på som en viktig samfunnsmessig ressurs og verdi. Helse og økonomi er koblet tettere sammen enn i tidligere føringer. Helseutgifter har vokst raskere enn nasjonalproduktet, og dette kan bli et problem for fremtidige generasjoner hvis det ikke gjøres noe med nå. Sykdomsforebygging kan bidra til å kontrollere helseutgiftene i fremtiden. I dag brukes bare en liten del av helsebudsjettet på å forebygge sykdom og myndighetene prøver ikke systematisk å utjevne ulikheter (WHO 2013).

Dokumentet setter opp prioriterte handlingsområder for Helse 2020. Dette innbefatter å

forbedre helsen for alle, redusere ulikheter i helse og forbedre lederskapet og deltakerorientert styring for helse. I helse 2020 er det lagt stor vekt på ledelse for å nå målene. Dokumentet er organisert i to deler, en rettet mot politikere og beslutningstakere og en lengre versjon rettet mot planleggere og andre for å støtte dem som utvikler og implementerer operasjonelle strategier. Dette er strømninger som også har fått, og får, betydning for folkehelsearbeidet i Norge. Dokumentet er oversatt av Helsedirektoratet og finnes på deres nettsider.

2.5. Folkehelsepolitikk og rammer for folkehelsearbeid i Norge

I Folkehelsemeldingen (Meld. St. nr 34 (2012-2013):15) er det trukket opp 5 grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. I tillegg til disse 5 prinsippene for folkehelse ligger to sentrale perspektiver til grunn for utformingen av folkehelsearbeidet i Norge, påvirkningsperspektivet og livsløpsperspektivet.

I tillegg trekkes forebyggingsparadokset inn som et sentralt prinsipp å styre etter.

2.5.1 Prinsippet om utjevning av sosiale helseforskjeller

I og med at den overordnede målsetningen for folkehelsearbeidet er å skape et samfunn som fremmer helse og reduserer sosiale helseforskjeller, er dette et prinsipp som er sentralt for å vurdere i hvilken grad dette blir ivaretatt i kommunenes handlingsplaner.

2.5.2 Prinsippet om helse i alt vi gjør (Health in All Policies)

Dette fremheves som kjernen i folkehelsearbeidet og er basert på forståelsen av hvordan forhold på de fleste områder i samfunnet påvirker folkehelsen. I denne oppgaven vektlegges prinsippet om "helse-i-alt-en-gjør" i analysen for hvordan oversiktsarbeidet er fulgt opp organisatorisk og i planarbeidet. Helse-i-alt-en-gjør går i korthet ut på at det som gjøres skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorer og på ulike styringsnivå. I folkehelseloven kommer dette til uttrykk ved at ansvaret for befolkningens helse er lagt til kommunen som sådan. I §4 om kommunens ansvar for folkehelsearbeid heter det bl.a. at "Kommunen skal fremme folkehelse innenfor de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting" (Folkehelseloven 2011). Folkehelse blir derfor ikke en oppgave for helsesektoren alene, men skal inngå i alle sektorer og fra sentralt nivå til operasjonelt nivå i kommunen. Dette kan løses på mange måter og hvordan kommunene arbeider med dette kommer frem i plandokumenter og i surveyundersøkelsen.

2.5.3 Bærekraftig utvikling

En bærekraftig utvikling innebærer å tilfredsstille dagens behov uten at det går på bekostning av fremtidige generasjoners behov. Bærekraftig utvikling i folkehelse blir knyttet opp mot å legge større vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid med positive konsekvenser for fremtidige generasjoner.

2.5.4 Føre-var prinsippet

Dette prinsippet bygger på at tiltak må iverksettes selv om det er usikkerhet mellom eksponering og helseeffekt eller tiltak og helseeffekt. Det er med andre ord ikke krav om vitenskapelig sikkerhet for å iverksette tiltak. En sannsynlighet for at det er en slik sammenheng kan være tilstrekkelig for å iverksette tiltak. Dette prinsippet er lovfestet gjennom kapitlet om miljørettet helsevern i folkehelseloven. Derfor kan det settes i gang tiltak for faktorer som antas å ha betydning for folkehelsen selv om det ikke finnes sikkert vitenskapelig grunnlag for dette. Tiltaket trenger ikke stå i et plandokument eller vente på politisk behandling før tiltak iverksettes om det er fare for liv og helse.

2.5.5 Prinsippet om medvirkning

Ytringsfrihet er lovfestet gjennom menneskerettserklæringen artikkel 19, grunnlovens paragraf 100 og barnekonvensjonen artikkel 12. Den er også regulert i plan og bygningsloven §5-1. I dette prinsippet trekker folkehelsemeldingen inn begrepet "empowerment" som kan oversettes med bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller mobilisering av egne krefter. I forbindelse med dette begrepet nevnes også involvering av frivillige organisasjoner. I tillegg vil dette prinsippet også inkludere plan og bygningslovens bestemmelser om å legge forslag ut på høring i den politiske behandlingen av bl.a. kommuneplaner.

2.5.6 Påvirkningsperspektivet

Påvirkningsperspektivet skal erstatte sykdomsperspektivet i helsearbeidet. Påvirkningsperspektivet i folkehelsearbeid innebærer at fokuset og arbeidet med folkehelse rettes mot de faktorer som påvirker befolkningens helse, fremfor å ha for stort fokus på sykdom og behandling.

2.5.7 Livsløpsperspektivet

Livsløpsperspektivet legger vekt på å ta hensyn til hele livsløpet og til gode overganger mellom faser i livet. Barn og unge skal få en god start i livet, det skal skapes gode oppvekstvilkår, kvaliteten i barnehage og skole skal sikres, helsestasjon og

skolehelsetjeneste skal styrkes, arbeidslivet skal bli mer inkluderende og forebygge at grupper faller utenfor arbeidslivet. Partene i arbeidslivet skal ta større ansvar for folkehelsearbeid på arbeidsplassen og det skal sikres en aktiv og trygg aldring. Med dette fokuseres det på oppvekst og levekårsforhold gjennom ulike faser i livsløpet. Livsløpsperspektivet står sentralt i dokumenter om folkehelsearbeidet.

2.5.8 Forebyggingsparadokset

I tillegg til disse perspektivene trekker folkehelsemeldingen frem *prioriteringsdilemmaet og forebyggingsparadokset*. Med begrensede ressurser og mange oppgaver må det foretas prioriteringer som sikrer mest mulig helse for hele befolkningen. Ressursene må brukes på en slik måte at målsetningen om best mulig helse og livskvalitet for hele befolkningen og sosial utjevning av helseforskjeller, kan få størst mulig effekt.

2.6. Plan og bygningsloven

Kommuneplanen er sentral i kommunens arbeid med folkehelse. Til grunn for kommuneplanen ligger i første rekke plan og bygningsloven, men også statlige og regionale retningslinjer for dette arbeidet, og kommuneloven.

Kommuneplanen består av Kommunal planstrategi, et planprogram med planbeskrivelse og konsekvensutredninger, selve kommuneplanen med en samfunnsdel, med en handlingsdel og økonomiplan, en arealdel. I tillegg kan det lages kommunedelplaner over bestemte tema eller virksomhetsområder, f.eks. en delplan for folkehelse eller delplan for idrett, friluftsliv, kultur mm.

I tillegg til plan og bygningsloven, som styrer kommunal planlegging, har også staten en viktig rolle gjennom dokumentet ”Nasjonale forventninger til kommunal og regional planlegging” fremlagt av regjeringen hvert 4. de år (Miljøverndepartementet 2011). Disse forventningene er viktige for å sikre at noen hovedmål i planleggingen blir ivaretatt i alle kommunene. Utjevning av sosiale ulikheter i helse er et av områdene som er tatt med i denne. Nasjonale forventninger utarbeidet i 2011 var den som var styrende for kommuneplanen i denne oppgaven. Det har nå blitt utarbeidet nye forventning for neste planperiode.

2.7. Samhandlingsreformen med folkehelseloven og lov om helse og omsorgstjenester

Samhandlingsreformen består av folkehelseloven og helse- og sosialtjenesteloven, som bestemmer hva det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene skal inneholde (St. meld. nr 47 (2008-2009)).

2.7.1 Folkehelseloven

I folkehelseloven §5 og 21 er kommunene og fylkeskommunene pålagt å ha “nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne”. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold (Folkehelseloven 2011). I tillegg er det utarbeidet en egen forskrift for oversiktsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012) og en veiledning (Helsedirektoratet 2013).

I §6 i folkehelseloven heter det at kommunen etter plan og bygningsloven skal fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står ovenfor med utgangspunkt i oversiktsarbeidet i folkehelseloven §5.

2.7.2 Helse og omsorgstjenesteloven

I helse- og omsorgstjenesteloven heter det i §3-3, om helsefremmende og forebyggende arbeid, at helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven §5. Videre understrekes det at 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. I § 3-4 pålegges kommunen plikt til samhandling og samarbeid.

Tjenestene kommunen skal gi til innbyggerne skal etter samhandlingsreformen ha større fokus på forebygging og helsefremming enn tidligere selv om kommunehelsetjenesteloven, gjeldende fra 1984 til 2012, også påla kommunen å fremskaffe oversikt og følge opp med forebyggende og helsefremmende tiltak i §1-4. (Kommunehelsetjenesteloven 1982). Noen kommuner har derfor kommet i gang med helsefremmende og forebyggende tiltak før innføringen av samhandlingsreformen, men mange kommuner hadde ikke fått integrert folkehelse i kommunens sentrale plan og beslutningsprosesser. Rehabilitering og forebygging ut over helsestasjonsvirksomheten ble i stor grad ikke gjennomført (Helgesen & Hofstad 2012). Gjennom samhandlingsreformen er det lagt større press på det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Schou et al. 2014).

2.8. Planleggingsmodeller for folkehelse

Det er utarbeidet spesifikke modeller for folkehelsearbeidet i offentlig sektor. De utgjør ikke noen selvstendige teorier, men er isteden nyttige styringsverktøy for å integrere folkehelse i kommunens planer.

Rammene for folkehelsearbeidet i offentlig sektor ligger først og fremst i folkehelseloven, plan og bygningsloven og kommuneloven. Helsedirektoratet har utarbeidet en modell som skisserer planleggingsprosessen i offentlig sektor (figur 1. i innledningen). De har også laget en enklere modell for det systematiske folkehelsearbeidet etter folkehelseloven (Figur 2.) (Helsedirektoratet 2013). Denne modellen er utgangspunktet for oppgaven.

Modellen for det systematiske folkehelsearbeidet er en idealmødel. Det praktiske planleggingsarbeidet i kommunene kan imidlertid ha en annen rekkefølge i planleggingsprosessen. Gjennomføringen trenger derfor ikke være så strømlinjeformet som modellen gir inntrykk av. Elementene i modellen kan også bli planlagte parallelt.

Tidspunktene for når oversiktsarbeidet ble ferdig utarbeidet. Kommuneplanen kan derfor være asynkron i forhold til tidsaspektet for årsak og virkning. Det kan derfor være vanskelig å konkludere med at oversiktsarbeidet er årsaken til mål og tiltak i planen. I og med at modellen er tegnet inn som en sirkel illustrerer dette imidlertid en løpende prosess. Dette inkluderer flere planleggingsrunder med korrigeringer av tidligere faktagrunnlag, mål, strategier, planer og tiltak over et lengre tidsperspektiv. På den måten dekker modellen en fleksibilitet som er nødvendig i all planlegging.

I det følgende presenterer jeg innholdet og retningslinjene for elementene i modellen med relevans for problemstillingen.

2.8.1 Oversiktsarbeidet for folkehelseutfordringer og påvirkningsfaktorer for helse

For å lage en oversikt over folkehelseutfordringer og påvirkningsfaktorer for helse har helsedirektoratet laget en veiledning for dette arbeidet (Helsedirektoratet 2013 (2011)). De arbeider også med å finne gode indikatorer for folkehelsearbeidet.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal så langt det lar seg gjøre også *speile fordeling av helse i befolkningen*.

Det listes ellers ikke opp hvilke spesifikke påvirkningsfaktorer som kommer inn under folkehelsearbeidet. Hensikten er å hindre at definisjonen av hva som inngår i folkehelsearbeidet blir for avgrensende (Helsedirektoratet 2011). Lov og forskrift gir derfor kun noen rammer for oversiktens innhold. Forskriften §3 inneholder isteden en oversikt over hvilke områder som bør inngå (Helsedirektoratet 2013:9):

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

Oversiktsarbeidet representerer en kartlegging av dagens situasjon for den virkeligheten Norge og de enkelte kommunene står i. Situasjonen vil imidlertid endre seg over tid. Derfor må oversiktsarbeidet fornyes ved utarbeiding av ny kommuneplaner.

Kartleggingen danner grunnlag også for mål og strategier, dvs. hvordan virksomhetene skal nå målene på kort og lang sikt, og for tiltak.

Temaområdene berører hele kommuneorganisasjonen med sektorer som har fokus på ulike deler av kommunes ansvarsområder. Virkeligheten for hver kommune gjenspeiler også virkeligheten for landet som helhet slik at de samme utfordringene som gjelder for landet som helhet, også i større eller mindre grad gjelder for kommunene.

I surveyundersøkelsen er temaområdene brukt som svarkategorier for spørsmål som omhandler oversiktsarbeidet. De brukes også som svarkategorier for spørsmål som omhandler hvordan oversiktsarbeidet er fulgt opp og i områder for prioriteringer av tiltak.

2.8.2 Kommunal planstrategi

Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter kommunestyrets konstituering.

I kommunens *planstrategi* må gjøres en vurdering av i hvilken grad dagens planer ivaretar folkehelseutfordringene slik det fremgår av det skriftlige oversiktsdokumentet etter § 5 annet ledd.

Dersom folkehelseutfordringene allerede er tilstrekkelig ivaretatt i eksisterende kommuneplaner, er det ikke nødvendig at drøfting av folkehelseutfordringene tas inn i selve planstrategien, men det skal likevel fremgå at det er gjort en slik vurdering, og på hvilket grunnlag.

Dersom kommunen ikke har fastsatt mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet til å møte folkehelseutfordringene, vil dette måtte fremgå av planstrategien.

Derfor vil planstrategien nødvendigvis også måtte inngå i dokumentanalysen.

2.8.3 Fastsette mål i plan

Det overordnede målet for folkehelsearbeidet ligger til grunn for all målsetning i planarbeidet. Dette målet er formulert i folkehelsemeldingen (Meld. St. nr 34 (2012-2013)) og i folkehelseloven (2011). Det overordnede målet er flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte sosiale helseforskjeller.

Mål og strategier i kommuneplanen skal være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten. Mål i kommuneplanen er mål for en ønsket situasjon for kommunesamfunnet og er som regel visjonære, idealistiske og ikke alltid konkrete. Spørsmålet som besvares er hvor kommunen går.

Kommuneplanen vedtas i kommunestyret som er politisk sammensatt for en planperiode på 4 år. Planen gjelder for 12 år fremover. Deler av planen, inkludert målene for inneværende periode, blir revidert hvert år eller når ny kommuneplan utarbeides etter 4 år. Dette gjelder i første rekke delmål i handlingsplaner/økonomiplan og virksomhetsplaner for sektorene. De overordnede målene i kommuneplanen blir som regel stående i hele perioden.

Mål og strategier skal videre inngå i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven. Dette er lovfestede føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelseansvaret ligger over sektornivå.

Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen.

2.8.4 Tiltak

Folkehelseiltakene er omtalt i §§ 4 og 7 i folkehelseloven.

Etter første ledd i § 7 Folkehelseiltak skal kommunen iverksette nødvendige tiltak egnet for å møte folkehelseutfordringene kommunen står overfor. Kommunen har et spesielt ansvar for å iverksette tiltak innenfor de områder kommunen har de største folkehelseutfordringene, og hvor kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak.

I §7 spesifiseres nevnes også hvilke områder tiltakene kan rettes mot, bla. 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.

Videre heter det i § 7 at kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Denne paragrafen er ikke ment å gi en detaljert oversikt over folkehelseiltakene i kommunen slik at kommunene selv står fritt til å vurdere resultatene i oversiktsarbeidet og hvilke tiltak de ønsker å sette opp i planen.

2.8.5 Evaluering

Dette er det siste elementet i modellen for det systematiske helsearbeidet, men omhandles ikke i problemstilling.

3. Metode

Empirien for oppgaven er, som nevnt innledningsvis, samlet inn gjennom en surveyundersøkelse samt ved en innholdsanalyse av plandokumenter for to utvalgte kommuner i surveyundersøkelsen.

Det tas utgangspunkt i identifiserte folkehelseutfordringer for å vurdere om oversiktsarbeidet i kommunene er lagt til grunn for mål, strategier og tiltak i plandokumentene.

Planleggingsmodellen for det systematiske folkehelsearbeidet legger til grunn et årsak og virkningsforhold mellom de ulike delene i modellen. I virkeligheten er planleggingsprosessen mer kompleks og det kan være vanskelig å påvise et direkte årsak og virkningsforhold mellom oversiktsarbeidet og mål og tiltak i planene. Det er imidlertid mulig å se på om det er samsvar mellom områder som kommunene har dokumenterte folkehelseutfordringer og områder som de ønsker å prioritere i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

3.1. Survey

For å få svar på problemstillingen benyttes utvalgte spørsmål i spørreundersøkelsen som NIBR gjennomførte i 2014. I undersøkelsen er bl. a. spørsmål om oversiktsarbeidet og hvorvidt kommunen har fulgt opp oversiktsarbeidet i planer og tiltak.

3.1.1 Utvalg

Skjema ble sendt til alle postmottak for kommuner i Norge og i tillegg bydelene i Oslo. Populasjonen for spørreskjemaundersøkelsen er altså 428 kommuner og 15 bydeler.

61 % svarte på hele spørreskjemaet, mens 75 % svarte på deler av skjemaet. Svarprosenten for bydelene var på 53, dvs. at 309 kommuner og 8 bydeler har besvart deler eller hele skjemaet.

Kommunene/bydelene har selv valgt ut hvem som har svart på det elektroniske spørreskjemaet. Svarene er i hovedsak ført i pennen av enhetsledere innen helse- og

sosialsektoren og folkehelsekoordinatorene, men også av og til av rådmannen selv. (Schou et al. 2014)

286 kommuner som svarte på spørsmålet om de har gjennomført oversiktsarbeidet svarte 110 kommuner "ja". Dette utgjør 39 %. Denne variabelen vil bli kjørt mot enkelte spørsmål for å se om de som har gjennomført oversiktsarbeidet avviker i svarfordelingene i forhold til hele utvalget.

3.1.2 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet omhandler både oversiktsarbeidet og oppfølgingen av oversiktsarbeidet politisk og administrativt. Spørsmålene ellers er utformet av NIBR for å kunne evaluere hvordan innføringen av samhandlingsreformen, inkludert folkehelseloven, har virket inn på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen.

Det er laget en foreløpig rapport om samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør (Schou et al. 2014). Sluttrapporten er skrevet ferdig, men foreløpig ikke publisert. Dataanalysene i masteroppgaven bygger på egne utkjøringer i SPSS fra datafilen for undersøkelsen og informasjon fra prosjektleder Arild Schou og medforfatter i prosjektet, Hege Hofstad. Hege Hofstad er min veileder for denne masteroppgaven ved NMBU og har kunnet komme med nyttig informasjon om prosjektet.

Angivelsene av folkehelseutfordringer og prioriteringer av tiltak i NIBR undersøkelsen er på temaområdene som er anbefalt av helsedirektoratet (2013). Men samlekategorien oppvekst- og levekårsforhold er splittet i to variabler i surveyundersøkelsen.

De mest sentrale spørsmålene i spørreskjemaet for å besvare problemstillingen er:

- 1. Om kommunen har utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen, jfr. Folkehelseloven §5.*
- 2. På hvilke områder kommunen har de største helseutfordringene.*

Her kan det settes flere kryss. Inndelingen er kategorisert etter temaområder anbefalt av helsedirektoratet. Dette spørsmålet brukes til å skille ut de største folkehelseutfordringene og se dette i forhold hvilke områder kommunen har satt opp som hovedprioritet for folkehelse og forebygging.

3. *Hva som har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging.*
Dette spørsmålet knyttes til det foregående og inndelingen av kategorier er de samme i begge, bortsett fra at det er gjort en tilføyelse under kategorien for helsetilstand: "forebygge sykdom som på kort sikt kan føre til innleggelse på sykehus". Denne kategorien kan derfor ikke brukes til å sammenlikne svarene for de to spørsmålene. Det vil bli kjørt ut frekvensfordeling med prosentvis fordeling på kategoriene. Dette er for å gjøre de relative slik at det er mulig å sammenlikne. Svarene blir analysert i forhold til samsvar mellom folkehelseutfordringer og prioriteringer i folkehelsearbeidet.
4. Flere spørsmål omhandler organisatoriske tiltak:
- a) *Om konkrete helsefremmende tiltak er utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen.*
Her er begrepet helsefremmede tiltak brukt i betydningen organisatoriske tiltak på kommune nivå. Det kommer frem av hvilke faste svaralternativer som er valgt. Her omtales tverrsektorielt arbeid, kunnskapsgrunnlaget, integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen, utvikling av sosiale møteplasser og samarbeid med frivillige organisasjoner.
- b) *På hvilken måte oversikten er fulgt opp politisk og administrativt.*
Her er spesielt to svarkategorier av interesse for problemstillingen "oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel" og "oversikten ligger til grunn for valg av tiltak".
De to neste utvalgte spørsmålene omhandler tverrsektorielt arbeid og nettverkssamarbeid spesifikt og supplerer svarene i a).
- c) *Om kommunen har etablert interne tverrsektoriell(e) gruppe(r) som arbeider med folkehelse.*
- d) *Om kommunen deltar i nettverk om folkehelse hvor eksterne aktører deltar.*
5. Når det gjelder de *aktivitetsrettede tiltakene* er det et spørsmål om konkrete forebyggende tiltak og et spørsmål om nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. For forebyggende tiltak er svarkategoriene rettet mot aktivitetsrettede tiltak og det samme gjelder for tjenestetilbudet.
- a) *Er konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?* Svarkategorier for dette spørsmålet er "forebygge

livsstilssykdommer", "fallulykker i hjemmet", "trafikkfarlige situasjoner", "psykiske lidelser" som svarkategorier.

b) *Er nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?* Under dette spørsmålet er etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud, etablering eller styrking av frisklivsentraller, etablering av rehabiliteringstilbud, styrking av hjemmetjenesten, styrket institusjonstilbud, etablering av lokalmedisinske sentra satt opp.

Tjenestetilbudet er i følge presiseringer i folkehelseloven ikke regnet inn under folkehelseiltak. Jeg har allikevel tatt med svaralternativet om friskliv, da dette kan være rettet mot hele kommunebefolkningen for hjelp til endring av livsstil uten at de nødvendigvis må ha en henvisning fra lege eller annet helsepersonell for å delta. I folkehelsemeldingen trekkes frisklivsentrallenes arbeid inn som et forebyggende tiltak (Meld. St. nr 34 (2012-2013):131).

6. Når det gjelder *dimensjonen universielle og målrettede tiltak* er følgende spørsmål trukket ut:

a) *Om oppfølgingen av oversikten er knyttet til spesifikke grupper.*

Svaralternativene er utsatte barn og unge, familier i utsatte situasjoner, utsatte eldre og en samlekategori for andre grupper. Her finnes også en svarkategori om at oversikten ikke knyttes til spesifikke grupper. Innvandrere er ikke nevnt som egen svarkategori, men det finnes et eget spørsmål om denne gruppen.

b) *Har din kommune et spesielt fokus på forebygging og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen?*

Svarkategoriene er ja, nei og vet ikke.

7. I og med at folkehelsedefinisjonen også har med utjevning av sosial ulikhet i helse (på indikatorene utdanning, inntekt og arbeid) har jeg tatt med *spørsmål om fordelingshensyn er prioritert*. Her er svarkategoriene i kommuneplan, i sektor/virksomhetsplaner, i saksfremstillinger til politiske beslutninger og i tiltak rettet mot folkehelse og forebygging. Det er svarkategoriene kommuneplan og tiltak rettet mot folkehelse og forebygging som er de mest interessante i forhold til problemstillingen.

8. *Spørsmål om hvem som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder.*

Siden det er valgt 2 kommuner for oppfølging, hvor folkehelsekoordinatoren i den ene

kommunen er organisert under rådmann og i den andre har helsesjef/kommuneoverlege som nærmeste leder, brukes dette spørsmålene i surveyundersøkelsen som bakgrunnsvariabel for å gi svar på om det er noen forskjell på hvilke tiltak som blir prioritert avhengig av om folkehelsekoordinatoren er organisert i rådmannens stab eller under helsesjef.

3.1.3 Analysemetoder og statistikk for survey.

Data er kategoriske på nominalnivå og de utvalgte variablene i spørreskjemaet blir analysert i SPSS for frekvensfordelinger som gjøres relative gjennom prosentuering. I tillegg kjøres utvalgte krysstabeller for å se på sammenhenger mellom variable, i hovedsak mellom to variable som bivariat analyse. Forskjeller i svarfordeling blir vurdert ut fra prosentdifferanser. Når størrelsen på prosentdifferansene skal vurderes avhenger dette av antall enheter for de betingede variablene. Ottar Hellevik (2002:238) angir et minstenivået for antallet på 20 med forbehold om usikkerhet som knytter seg til målingene. I annen metodelitteratur konkluderes det også med at de ved bivariat analyse bør det være minst 20 enheter i hver kolonne for at det skal gi mening å prosentuerer (Johannessen et al. 2011 (2002):300).

I samme referanse står det at hvis det er få enheter, f.eks. 25 i en av kolonnene, må forskjellene være ganske store, 15-20 prosentpoeng, for at de skal kunne tillegges vekt. Ved tilstrekkelig antall enheter vil en forskjell på 5-10 prosentpoeng være ganske liten, 10-20 prosentpoeng ganske stor, 20-30 prosentpoeng stor og mer enn 30 prosentpoeng meget stor. Dette vil bli brukt i vurderingene av resultatene for prosentdifferanser. Antall enheter i undersøkelsen totalt er tilstrekkelig stort, men når kun de som har gjennomført oversiktsarbeidet trekkes ut, kan antallet bli for liten i noen av kolonnene.

For å finne den sentrale verdien i fordelingene er det brukt modus, den variabelen med flest svar, siden data er på nominalnivå. Modus kan leses direkte ut fra tabeller med prosentuerte frekvensfordelinger. Dette er brukt i utvelgingen av kommuner til dokumentanalysen. I denne sammenheng er det også brukt medianverdien for kommunestørrelse. Det er valgt to kommuner som ligger på medianverdien for befolkningsstørrelse. Denne variabelen er på forholdstallsnivå, og data er hentet fra SSB for alle kommuner i Norge.

3.2. Innholdsanalyse av plandokumenter for to utvalgte kommuner

I tilleggundersøkelsen for de to utvalgte kommunene inngår en innholdsanalyse av oversiktsdokumentet for å finne hvilke folkehelseutfordringer kommunene har. Folkehelseutfordringene som kom frem i oversiktsarbeidet danner utgangspunkt for

innholdsanalyse av planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel og arealdel med tilhørende handlingsplan og økonomiplan. I tillegg blir eventuelle kommunedelplaner som omhandler folkehelse inkludert i innholdsanalysen.

I analysen er det tatt utgangspunkt i modellen for det systematiske folkehelsearbeidet og et helhetlig syn på helse og påvirkningsfaktorer for helse med utgangspunkt i en økologisk teori med gjensidige påvirkninger fra individnivå til samfunnsnivå. Analysen består av tekstelementer i planene som blir kategorisert og systematisert i forhold til folkehelseutfordringer og temaer for det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Temaene for det forebyggende og helsefremmende arbeidet er hentet fra offentlige dokumenter med rammer og føringer for folkehelsearbeidet presentert i "teorikapitlet".

Hensikten med innholdsanalysen er å skape en dypere forståelse av oversiktsarbeidet og oppfølging med valg av mål og tiltak i planarbeidet. Modellen for det systematiske folkehelsearbeidet blir brukt som referanse for gangen i dette arbeidet og for å se i hvilken grad kommunene følger opp oversiktsarbeidet i planarbeidet.

Fokuset i innholdsanalysen vil være på om i hvilken grad det er samsvar mellom folkehelseutfordringene i kommunen og hvilke tiltak kommunen ønsker å iverksette eller følge opp på bakgrunn av konklusjonene i oversiktsarbeidet. Tiltakene er delt opp i organisatoriske, aktivitetsrettede, universielle og målrettede tiltak. Det er ikke lagt opp til en analyse av iverksettingsprosessen for tiltakene politisk og administrativt eller å foreta evalueringer av allerede igangsatte tiltak.

3.2.1 Utvalgsriterier for valg av kommuner fra surveyundersøkelsen for dokumentanalyse

Valget av kommuner i oppfølgingsanalysen er foretatt slik at de utvalgte kommunene ikke skulle avvike for mye i forhold til hvordan flertallet av kommunene hadde svart i surveyundersøkelsen. Dette er for å unngå at det blir valg et spesialtilfelle som svært få kommuner kan assosiere seg med. Det er uansett ikke mulig å generalisere resultatene fra de utvalgte kommunene til alle kommuner i Norge, men resultatene kan gi økt forståelse for hvordan folkehelseutfordringene har blitt fulgt opp i mål og tiltak med relevans for flere kommuner enn de som ble undersøkt. Følgende kriterier for valg av kommuner ble derfor valgt:

1. Kommunene må ha gjennomført et skriftlig oversiktsarbeid

Kommunene må ha svart bekreftende på spørsmålet i surveyundersøkelsen om de har gjennomført et skriftlig oversiktsarbeid da problemstillingen forutsetter dette.

2. Kommunen må ha en folkehelsekoordinator i minimum 50% stilling

I surveyundersøkelsen hadde 50% av kommunene en folkehelsekoordinator i 50% stilling eller mer (N=284), og dette ble derfor satt som et utvalgs-kriterium.

3. Folkehelsekoordinatorens organisatoriske tilknytning

De to største svarkategoriene for folkehelsekoordinatorens plassering var rådmann som nærmeste leder med 27% og helsesjef/kommuneoverlege som nærmeste leder med 36 % (N=239).

Helsedirektoratet har anbefalt at folkehelsekoordinatoren organiseres under rådmann for å sikre et overordnet folkehelsearbeid skjer på tvers av sektorer slik at prinsippet om "helse-i-alt-en-gjør" lettere kan følges opp.

Hvis vi slår sammen svarkategoriene rådmann og plansjef som nærmeste leder får vi 80 svar i denne samlekategorien. Dette utgjør 33 % av svarene og blir da nesten jevnstor med kategorien helsesjef/kommuneoverlege som nærmeste leder.

Det var en vanskelig avgjørelse å følge prinsippet om modus i svarfordelingen og samtidig bruke helsedirektoratets anbefaling om organisering av folkehelsekoordinator under rådmann når den faktiske organiseringen av folkehelsekoordinator var størst for helsesjef/kommuneoverlege. 19% av kommunene har i tillegg svart annen tilknytning uten at dette ble nærmere spesifisert.

På bakgrunn av denne variabelen er det derfor valgt to og ikke en kommune for dokumentanalysen, en for hver av de to største svarkategoriene for folkehelsekoordinatorens organisering. Det blir testet ut om folkehelsekoordinatorens organisering har noen effekt på svarene i undersøkelsen for på hvilken måte oversiktsarbeidet blir fulgt opp politisk og administrativt, og på de organisatoriske og aktivitetsrettede tiltakene.

4. Kommunestørrelse.

I begrepet kommunestørrelse kan det ligge både befolkningsstørrelse og areal. Jeg har valgt kommuner etter befolkningsstørrelse nærmest mulig medianverdien for kommunene i Norge ut fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) sin oversikt for dette for 2015. Jeg har valgt befolkningsstørrelsen fremfor areal siden befolkningssammensetningen er et av punktene i oversiktsarbeidet for folkehelseutfordringer og at kommunens virkemidler og oppgaver med planlegging, forvaltning og tjenesteyting i større grad avhenger av hvor mange innbyggere kommunen har fremfor areal.

Medianverdien for kommunenes befolkningsstørrelse er 4713,5 per 31.12.2015 (SSB).

Kommunens areal kan også være relevant, men dette tas kun i betraktning dersom kommuner som tilfredsstillter utvalgskriteriene ellers har store arealforskjeller.

5. Valg av to kommuner som ikke er for ulike med hensyn til folkehelseutfordringer

I tillegg til de 4 nevnte utvalgskriteriene vil variasjon av folkehelseutfordringer i kommunene kunne ha betydning for folkehelsearbeidet i kommunene. Derfor har jeg lagt til at folkehelseutfordringene ikke må avvike for mye mellom de to valgte kommunene. Til dette brukte jeg folkehelseprofilene for de kommunene som tilfredsstilte utvalgskriteriene ellers. Skulle jeg valgt kun en kommune uavhengig av hvor folkehelsekoordinatoren er organisert, ville det være viktigere å fokusere på folkehelseutfordringer som er i overensstemmelse med folkehelseutfordringene for hele landet som helhet, dvs. i profilens midtlinje. Dette ville da gi en gjennomsnittlig verdi som ville vært representativt for flere kommuner enn de utvalgte. At folkehelseutfordringene ligger på dette gjennomsnittet er ikke det samme som om det ikke finnes folkehelseutfordringer, bare at de er på gjennomsnittet for landet som helhet.

3.2.2 Valg av Øygarden og Nærøy kommune ut fra utvalgskriteriene

Med utgangspunkt i utvalgskriteriene og bruk av elimineringsmetoden for empirien i surveyundersøkelsen satt jeg igjen med 4 kommuner, to fra hver kategori i forhold til hvor folkehelsekoordinatoren var organisert. Dette var to kystkommuner, Nærøy kommune i Nord-Trøndelag og Øygarden kommune i Hordaland, en fjellkommune, Vågå i Oppland, og en innlandskommune i lavlandet, Andebu kommune i Vestfold.

Av disse kommunene lå Øygarden og Nærøy nærmest medianverdien for befolkningsstørrelse. Øygarden har 4855 og Nærøy 5124 innbyggere per 31.12.2015 (SSB). I areal har Nærøy kommune størst totalt areal. Øygarden har større havareal, færre innsjøer, mindre skog og dyrket mark, litt mer industriareal, men ellers er de nokså like for bebyggelse og tettbygde områder.

I tillegg er begge kommunene kystkommuner. Vågå og Andebu kommune hadde større forskjeller i folkehelseprofilene enn Øygarden og Nærøy. Geografisk var de begge innlandskommune, men ellers ganske forskjellige.

Øygarden kommune i Hordaland og Nærøy kommune i Nord-Trøndelag har begge en folkehelsekoordinator i 50-60% stilling, hvor folkehelsekoordinatoren i Øygarden kommune har helsesjef/kommuneoverlege som nærmeste leder og Nærøy kommune har rådmann som nærmeste leder.

3.2.3 Utvelging av dokumenter for innholdsanalysen

Følgende dokumenter er valgt med referanse til modellen for det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene:

1. Oversiktsdokument for folkehelseutfordringene i kommunene.

For Øygarden kommune har jeg på forespørsel fått tilsendt dokumentet "Folkehelseoversyn Øygarden kommune 2015", en språkvasket oversiktsdokument datert 5. november 2015. Dokumentet de hadde oppgitt å ha utarbeidet i 2014 fantes ikke på nettsiden deres da jeg søkte på siden høsten 2015.

For Nærøy kommune fantes "Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Nærøy kommune 2014" ved søk på nettet.

2. Kommunal planstrategi

Planstrategien danner rammen for kommuneplanen (Plan- og bygningsloven 2008:§10-1). I denne vurderes folkehelseutfordringene som kom frem i oversiktsarbeidet.

For Øygarden kommune ligger planstrategien som eget avsnitt i kommuneplanens samfunnsdel. For Nærøy kommune ligger den som eget dokument, "Kommunal planstrategi 2012-2015."

3. Gjeldende kommuneplan med samfunnsdel og arealdel.

I kommuneplanens samfunnsdel vil mål og strategier for inneværende 4 års periode være satt opp. Hvis folkehelse er et satsningsområde vil dette bli presisert her. Kommuneplanen for Øygarden 2014-2022, samfunnsdelen, ble vedtatt i kommunestyret 18. juni 2014. I denne inngår planstrategi og handlingsprogram som egne avsnitt.

Kommuneplanens samfunnsdel for Nærøy kommune 2013-2024 ble vedtatt i kommunestyret 12. desember 2013

Kommuneplanen har også en arealdel og i denne kan det også komme frem informasjon om arealer med betydning for folkehelsen. For Nærøy kommune finnes et samlet dokument for kommuneplanens arealdel. For Øygarden ser det ut til at arealdelen av kommuneplanen består av flere dokumenter hvorav et plankart.

4. Kommunedelplaner og temaplaner for folkehelse.

Enkelte kommuner har laget egne kommunedelplaner eller temaplaner for folkehelse.

For de to utvalgte kommunene finnes ikke egne kommunedelplaner for folkehelse.

5. Økonomiplan og handlingsplan

I økonomiplan og handlingsplaner kommer det frem mer konkrete prioriteringer av tiltak. Disse planene er en del av mål, strategier og tiltak i kommuneplanen og inngår i modellen for det systematiske folkehelsearbeidet for tiltak.

Handlingsdel og økonomiplan ligger som regel vedlagt kommuneplanen, men ikke alltid. For Nærøy kommune var ikke handlingsplan og økonomiplan tilgjengelig på kommunens nettside som eget dokument eller i tilknytning til kommuneplanens samfunnsdel, og er derfor ikke med i innholdsanalysen. For Øygarden kommune var både handlingsplanen og økonomiplanen lett tilgjengelige på nettsiden. Tekstelementer for folkehelse som ikke allerede var nevnt i kommuneplanens samfunnsdel, er tatt med i analysen.

6. Årsrapporter fra virksomhetene/sektorene.

Dette kan være nyttige kilder for se hvilke tiltak som blir iverksatt eller som allerede finnes. Sektorplaner/virksomhetsplaner og årsrapporter inngår ikke i modellen for det systematiske folkehelsearbeidet og blir derfor ikke inkludert i innholdsanalysen.

3.2.4 Søkord og fremgangsmåte for innholdsanalysen av dokumentene

Jeg har valgt å dele inn i eksplisitte og implisitte begreper for folkehelse.

De eksplisitte søkeordene er: "folkehelse", "folkehelsearbeid", "forebyggende", "helsefremmende". I tillegg "helseforskjeller", "helseulikhet", "sosial ulikhet i helse", "fordelingshensyn" for også å avdekke tiltak for "utjevning" av sosiale helseforskjeller. Implisitte søkeord er begreper som omhandler folkehelse, men hvor dette ikke er eksplisitt uttrykt: "Livskvalitet", "trivsel", "livsstil", "levekår", "oppvekst", "livsløp", "miljø", "sosiale møteplasser", "grøntområder", "friluftsliv", "naturområder", "skader", "ulykker", "sikkerhet", "sårbarhet", "risiko", "forurensning", "kjemikalier", "vannkvalitet", "rus", "arbeidsløshet", "sykefravær", "frafall", "sosial tilhørighet", "sosialt nettverk", "uføre".

Listen kunne sikkert vært lengre siden hva som kan regnes som folkehelse er omfattende når også påvirkningsfaktorer for helse blir inkludert. På grunn av dette har jeg valgt å lese igjennom dokumentene. De eksplisitte begrepene er benyttet i søk for å få et rast overblikk over dokumentene for innholdsanalysen. I og med at den ene planen var på nynorsk måtte det også søkes på tilsvarende begrepet på nynorsk. Her kunne det ligge en feilkilde som unngås langt på vei ved å lese igjennom hele dokumentet.

3.2.5 Vurderingskriterier for innholdsanalysen av oversiktsarbeidet og kommuneplanen.

Type innhold som skal analyseres er faktainformasjon og dokumentenes form er skriftlig. Oversiktsarbeid og tiltak vil bli vurdert i forhold til i hvilken grad det er samsvar mellom de folkehelseutfordringene kommunene har oppgitt i oversiktsarbeidet og hvilke mål og tiltak kommunen ønsker å gjennomføre eller styrke. Vurderingene bygger på et helhetlig perspektiv for folkehelse. Dette medfører at vurderingskriteriene må inneholde en økologisk tankegang og omfatte prinsipper og retningslinjer for et helhetlig folkehelsearbeid.

Følgende vurderingskriterier er derfor lagt til grunn for innholdsanalysen av dokumentene:

1. Nivå i økologisk modell

Mål, strategier og tiltak i kommuneplanen blir vurdert ut fra nivå i økologisk modell. Dimensjonen "samfunnsnivå - individnivå" blir brukt for å kategorisere hvor de befinner seg i forhold til individets avstand til påvirkningsfaktorene. Jeg har brukt begrepet samfunnsnivå for de distale påvirkningsfaktorene og individnivå for de proksimale påvirkningsfaktorene. Dimensjonen utgjør en gradvis overgang mellom nivåene slik at det ikke er helt klare overganger for kategoriseringen. I teori om helsedeterminanter er nivåene delt inn i strukturelle, mellomliggende og individuelle determinanter. De mellomliggende ligger i hovedsak på gruppenivå i interaksjonen mellom individet og dets omgivelser. I analysen og kategorisering av tekstelementene har jeg behandlet to nivå, samfunnsnivå og individnivå og inkludert gruppenivå sammen med individnivået. For folkehelsearbeidet er det sjeldent at tekstelementene kun omhandler individnivå. For tjenestetilbudet er det mer aktuelt. Derfor blir det riktig å behandle de proksimale påvirkningsfaktorene for folkehelse samlet for individ- og gruppenivå.

2. Organisatoriske og aktivitetsrettede tiltak

Folkehelseiltakene blir inndelt etter "organisatoriske og aktivitetsrettede" tiltak. De organisatoriske tiltakene blir definert til å ligge på et høyere samfunnsnivå enn de aktivitetsrettede.

Organisatoriske tiltak angår hvordan folkehelsearbeidet blir organisert og omhandler planlegging og beslutninger i kommunestrukturen, f.eks. tverrsektorielle tiltak, styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet, integrering av folkehelse i kommuneplanen, samarbeid med frivillig sektor og andre aktører gjennom partnerskapsavtaler og ulike samarbeidsprosjekter eller nettverkssamarbeid. Dette inkluderer også tiltak på et overordnet

organisatorisk nivå/strukturelt nivå for å gjøre sunne valg lettere for befolkningen, og tiltak av strukturell art som bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller.

De aktivitetsrettede tiltakene angår de operasjonelle tiltakene innunder primær og sekundærforebygging, og andre forebyggende og helsefremmede tiltak rettet mot befolkningen generelt eller mot spesifikke grupper.

Eksempler på aktivitetsrettede tiltak er forebygging gjennom kostholdstiltak, fysisk aktivitet, friluftslivstiltak, tobakksforbygging/avvenningskurs, mestringskurs, forebygging av fallulykker i hjemmet, forebyggende trafikkopplæring, informasjonskampanjer, etablering av sosiale møteplasser i nærmiljøet og helsefremmende kulturtilbud.

Hvis det finnes en frisklivssentral blir denne vurdert ut fra om den også brukes i primær og sekundær forebygging. Frisklivssentral blir da vurdert i eget punkt.

3. Universielle og målrettede tiltak.

Universielle og målrettede tiltak blir vurdert etter om de er rettet mot hele befolkningen eller mot utsatte grupper i befolkningen. Begrepet "differensiert universalisme" brukes i folkehelsemeldingen (Meld. St.19 (2014-2015):16) for tiltak hvor de universielle tilpasses utsatte grupper. De universielle tiltakene ligger på et høyere samfunnsnivå enn de målrettede i og med at de er rettet mot hele befolkningen i kommunen. På samme måte som for helse-determinantene vil det være gradvise overganger mellom universielle og målrettede tiltak.

4. Prinsippet om "helse-i-alt-en-gjør"

Prinsippet i folkehelsemeldingen om "helse i alt en gjør" blir vurdert ut fra om folkehelse gjenfinnes i alle planene som er valgt for innholdsanalysen. I tillegg om begrepene tverrsektorielt, nettverksarbeid, partnerskap eller samarbeid med frivillig sektor er nevnt. Helse-i-alt-en-gjør inkluderer både de organisatoriske og de aktivitetsrettede tiltakene, men ut fra et planleggingssynspunkt er det de organisatoriske som blir lagt vekt på.

5. Livsløpsperspektivet

Her blir det vurdert om hele livsløpet dekkes i kommunens oversiktsarbeid, og i mål, strategier og tiltak i kommuneplanen. I forhold til livsløp er fokus på "tidlig innsats" fremhevet i føringene for folkehelsearbeidet for å unngå akkumulering av sosiale forskjeller i helse (Meld. St.19 (2014-2015):15). Tekstelementer som omhandler tidlig innsats blir derfor tatt med under dette kriteriet. Det kan også tenkes at kommunen har satt opp gruppen eldre

som den største folkehelseutfordringen, men kun oppført målgruppen barn og unge som hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging.

6. Medvirkning

Her blir det vurdert om kommunene har trukket frem medvirkning som et viktig prinsipp og på hvilken måte. Medvirkning er i seg selv ikke et fokusområde i problemstillingen, men satt i sammenheng med livsløpsperspektivet er det lagt vekt på muligheten for individet til å medvirke til å ivareta egen helse gjennom livsløpet. Kunnskapsformidling om helse og påvirkningsfaktorer er i denne forbindelse også et tiltak, dvs. som helseopplysning, men også i forbindelse med å kunne endre påvirkningsfaktorer for helsen.

7. Sosial ulikhet i helse

Her blir innholdet vurdert etter i hvilken grad kommunen har vektlagt utjevning av sosiale helseforskjeller gjennom formuleringer om dette i plandokumentene, eller i forhold til vektlegging av oppvekstforhold og levekår. Dette punktet er sentralt i problemstillingen og dekkes i oversiktsarbeidet først og fremst gjennom temaområdene oppvekst og levekår.

8. Påvirkningsperspektiv versus sykdomsperspektiv

Påvirkningsperspektivet retter tiltakene i hovedtrekk mot årsakene til dårlig helse for å påvirke disse. Sykdomsperspektivet retter søkelyset på sykdomsbildet i kommunen. Perspektivet legger også vekt på aktivitetsrettede og målrettede tiltak mot risikoutsatte grupper. I praksis vil de fleste kommuner ha begge typer perspektiv på mål, strategier og tiltak i kommuneplanen.

3.3. Metodediskusjon

For å få svar på problemstillingen er brukt en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. De kvantitative dataene ble allerede samlet inn våren 2014, mens oppfølgingsstudien i to utvalgte kommuner, ble gjennomført høsten 2015.

Problemstillingen omhandler i hvilken grad oversiktsarbeidet er fulgt opp i utformingen av kommunens planer for mål, strategier og tiltak i kommuneplanen og tilhørende dokumenter. Når surveyundersøkelsen ble besvart var kommunene i gang med denne prosessen. Da var det 2 år siden samhandlingsreformen ble innført. En kunne forvente at det var utarbeidet et oversiktsarbeid som kunne brukes som grunnlag i planprosessen for kommuneplanen. For innholdsanalysen er det den gjeldende kommuneplanen som er blitt analysert. Ny

kommuneplan blir ikke utarbeidet før i 2016. Derfor vil de to undersøkelsene omhandle samme kommuneplan og tidsforskjellen mellom undersøkelsene har derfor ingen betydning. En kan spørre seg om valg av metodisk tilnærming har bidratt til å belyse problemstillingen i denne oppgaven på en pålitelig og relevant måte.

Dette omhandler begrepene validitet og reliabilitet i metodelitteraturen. Er utvalg, registreringsarbeid og begrepsdefinisjonene for survey og innholdsanalysen vært reliable og valide for å få svar på problemstillingen?

3.3.1 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data, hvor pålitelige utvelgning, data og innsamlingsmetodene har vært.

Validiteten, dvs. hvor troverdige data er, omhandler i hvilken grad vi klarer å måle det vi har til hensikt å måle. Betegnelsen "begrepsvaliditet" brukes gjerne om dette. Et annet begrep som brukes i forbindelse med validitet er "bekreftbarhet" som kan oversettes med objektivitet. Resultatene må kunne bekreftes av andre forskere gjennom tilsvarende undersøkelser (Johannessen et al. 2011 (2002):232).

Hellvik (2002:183) oversetter reliabilitet med nøyaktighet, dvs. hvor nøyaktig innsamlingen og behandlingen av data har foregått. Datas validitet definerer han som kombinasjonen av definisjonsmessig validitet og reliabilitet hvor den definisjonsmessige validiteten gjelder samsvar av hvordan samme begrep brukes i teori og empiri.

Utformingen av spørreskjemaet er gjort i evalueringsprosjektet for samhandlingsreformen EVASAM (Schou et al. 2014). I og med at spørsmålene er utformet med tanke på å evaluere samhandlingsreformen er spørsmålene ikke skreddersydde for problemstillingen i min oppgave. På den annen side omhandler samhandlingsreformen både folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Derfor inneholder den mange relevante spørsmål for å belyse problemstillingen. Spesielt spørsmålene om hvordan oversiktsarbeidet blir fulgt opp i bl. a plandokumentene til kommunen, er direkte relevante. For tiltak er det både stilt spørsmål om de organisatoriske og de aktivitetsrettede tiltakene. At også spørsmål som angår helse- og omsorgssektoren er tatt med gir en mulighet til å se folkehelsearbeidet i et mer helhetlig perspektiv, og å få med noen konkrete aktivitetsrettede tiltak som ellers ville blitt ekskludert. Hensikten med samhandlingsreformen er å ivareta både folkehelse og helsearbeidet i kommunen, og å integrere dette arbeidet på en helhetlig måte. Derfor har jeg trukket inn ett av tjenestetilbudene i helsesektoren som også brukes av mange kommuner i primær og

sekundærforebyggende arbeid. I innholdsanalysen av plandokumentene i to kommuner viste det seg at frisklivscentralen ble brukt på denne måten.

Valg av enkelte kategorier i surveyundersøkelsen var litt mangelfulle i forhold til hva de to kommunene i oppfølgingsstudien hadde oppgitt som tiltak i sine planer, spesielt under spørsmålet om forebyggende tiltak. Et strukturert spørreskjema kan begrense muligheten for å få relevante (valide) data, men det må skje et utvalg av variable for at ikke skjema skal bli for omfattende. Spørsmålene må også være så generelle at alle kommunene i Norge har mulighet til å svare. En kvalitativ oppfølgingsundersøkelse vil kunne gå mer i dybden. En kombinasjon av kvantitative og kvalitative data er derfor gunstig for å fange opp variable som ikke blir tatt med i svarkategoriene i skjema.

I surveyundersøkelsen ble helsefremmende tiltak brukt i betydning organisasjonsrettede tiltak. I folkehelsevitenskapen brukes helsefremmende arbeid mye videre enn hvordan folkehelsearbeidet er organisert. Helsefremming inkluderer i folkehelsevitenskapen faktorer som fremmer helsen, salutogenesen, det som skaper trivsel, mestring, redusert stress, gode opplevelser for den enkelte (Antonovsky 1986, Norsk oversettelse 2012). I definisjonen i innledningskapitlet i oppgaven blir *helsefremming* definert i Ottawa Charteret som prosessen som gjør folk i stand til å øke kontrollen over og forbedre sin helse, *men også handlinger for å endre sosiale, miljømessige og økonomiske betingelser som påvirker helsen* (WHO 1986). I denne definisjonen inngår derfor også de organisatoriske tiltakene. For respondentene har bruken av helsefremming om organisering av helsearbeidet sikkert ikke hatt så mye å si da svaralternativene avdekker hva det er tenkt på.

I innholdsanalysen av plandokumenter for de to utvalgte kommunene er det brukt samme inndeling av organisasjonsrettede og aktivitetsrettede tiltak. Det er laget en tabell hvor tekstelementer i plandokumentene hvor disse er forsøkt kategorisert i forhold til nivå i den økologiske modellen. Å kategorisere tiltakene på denne måten kan medføre feilkoding. Derfor har jeg definert ganske nøyaktig hva som er lagt i organisatoriske og aktivitetsrettede tiltak. For å minske feilkildene er kodingen diskutert med veileder for å få innspill på vurderinger på generelt grunnlag.

I denne tabellen er det også inkludert universielle og målrettede tiltak, hvor de universielle blir definert å ligge på et høyere samfunnsnivå enn de målrettede. Både de organisatoriske og aktivitetsrettede tiltakene er dimensjoner som er omgjort til dikotomier. Dette har til en viss grad komplisert kategoriseringen, men en slik todeling av dimensjonen har bidratt til å forenkle analysearbeidet.

I surveyundersøkelsen ble begreper definert i innledningen til mange av spørsmålene for at respondentene skulle bruke begrepene i overensstemmelse med de offisielle definisjonene. Dette øker begrepsvaliditeten slik at begreper i teorien er i overensstemmelse med begreper i de innsamlede data.

En kan også spørre seg om utvelgingen av *to* kommuner fremfor *en* kommune har vært fruktbar. I presentasjonen av empirien kom det frem at folkehelsekoordinatorens organisatoriske plassering ikke hadde den forventede effekten på svarene om prioriteringer i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. På den annen side ga to kommuner et innblikk i ulike måter å arbeide med oversiktsarbeidet og plandokumentene.

I tillegg ga det innblikk i forskjeller på hvordan kommunenes plandokumenter var utformet. Dette var informasjon som en ellers ikke ville fått frem ved bare å velge en kommune.

Det kan også diskuteres om vurderingskriteriene for innholdsanalysen har vært fruktbar i forhold til å belyse problemstillingen. Innholdsanalysen bygger på føringer for folkehelsearbeidet og teori som grunnlag for vurderingene av tekstelementene opp mot folkehelseutfordringene. Ikke alle vurderingskriteriene ga svar som kunne brukes videre i oppgaven, men de fleste avdekket empiri med betydning for problemstillingen. Gjennom vurderingskriteriene kunne en rette fokus på sentrale områder i folkehelsearbeidet og vurdere hvordan disse var fulgt opp i plandokumentene.

Vurderingskriteriene i innholdsanalysen har også gjort det mulig å koble empiri fra de to undersøkelsene i diskusjonen av problemstillingen.

Validitet og reliabilitet henger sammen. Datas pålitelighet, reliabiliteten, omhandler bl.a. hvor nøyaktig undersøkelsene er gjennomført både med hensyn til utvalg, utforming av spørreskjema, innsamling av data og analyse. For surveyundersøkelsen er reliabiliteten i følge definisjonen ivaretatt for utvalg, skjema og innhenting av data. Data er behandlet i statistikk programmet SPSS og her er det kjørt ut frekvensfordelinger og noen krysstabeller. Analyse av sammenheng mellom variable er gjort ved hjelp av prosentdifferanser. Annen statistikk som samsvar mellom data på nominalnivå som Kjikvadrat test har ikke vært mulig å bruke i tabellene da de ikke tilfredsstilte kravene for bruk av testen. For å kjøre denne testen måtte dataene omorganiseres og dette var lite hensiktsmessig når bruk av prosentdifferanser var like formålstjenlig for å måle samsvar mellom variable. I problemstillingen ligger en antagelse om kausalitet mellom oversiktsarbeidet og formuleringene i plandokumentene, men i

innholdsanalysen er det mye som tyder på at det en ikke kan slutte seg til en slik kausalitet mellom oversiktsarbeidet og valg av tiltak.

For de to utvalgte kommunene er reliabiliteten vanskeligere å bedømme og mer avhengig av prosedyrene for utvelging av kommunene, dokumenter for innholdsanalysen og andre vurderingen underveis av den som utfører analysen.

Det er derfor lagt vekt på at kommunene som ble valgt ut ikke skulle være for forskjellige på folkehelseutfordringene i tilfelle kommunene skulle sammenliknes.

Om en annen forsker ville komme frem til samme resultat, er et spørsmål en alltid må stille seg for å vurdere om objektivitetskravet er tilfredsstilt. I en kvalitativ metode vil subjektive vurderinger spille sterkere inn enn i en kvantitativ metode.

Innholdsanalysen vil derfor være mer sårbar enn surveyundersøkelsen i forhold til objektivitet.

Valg av metode for å finne frem til tekstelementene i en kvalitativ undersøkelse kan gi feilkilder i innsamling av data. Er søkeord og begreper brukt på en slik måte i innholdsanalysen at de har identifisert tekstelementer som belyser problemstillingen? Dette berører både pålitelighet og relevans. I og med at jeg også har lest igjennom plandokumentene manuelt er ikke utvelgingen av tekstelementer for mål, strategier og tiltak basert alene på søkeord. Listen over implisitte ord ble vanskelig å utforme. Den ene kommunen var en nynorsk kommune og med det var det brukt andre begreper, spesielt for de implisitte begrepene som omhandler folkehelse.

Er utvelging av dokumenter for innholdsanalysen vært tilstrekkelig eller burde også virksomhetsplaner, årsrapporter, kommunestyrereferater, politiske beslutninger og andre dokumenter vært trukket inn? For å få en bedre oversikt over detaljerte tiltak, vil dette komme tydeligere frem i årsrapporter, sektorenes handlingsplaner og mer detaljerte planer for sektorene. Det var nødvendig å gjøre en avgrensning for at innholdsanalysen ikke skulle bli for omfattende. Ut fra modellen for den kommunal planleggingsmodellen i figur 1 og etter folkehelseloven, plan og bygningsloven og kommuneloven skal all planlegging i sektorene og virksomhetene ha basis i kommuneplanen. En kan derfor anta at sektorplanene vil gjenspeile det som står i kommuneplanens samfunnsdel. Om dette faktisk er tilfelle kan være en interessant problemstilling for andre å undersøke.

3.3.2 Generaliseringsproblematikk og ekstern validitet

Den eksterne validiteten omfatter hvorvidt data er overførbare til liknende fenomener. For kvantitative data dreier det seg om hvorvidt data kan "generaliseres". Utvalget av kommuner i

surveyundersøkelsen omfatter alle kommuner i Norge, og 309 kommuner har svart på deler eller hele skjemaet. Bydelene i undersøkelsen har ikke utarbeidet et oversiktsdokument så disse er ikke inkludert i spørsmål om angår oversiktsdokumentet.

Totalt er det en høy svarprosent sammenliknet med tilsvarende undersøkelser. (Schou et al. 2014). Empirien vil i stor grad gjelde alle kommuner i Norge med mindre de som ikke har svart skiller seg ut i forhold til de som har svart på undersøkelsen. I rapporten opplyses det om at slike tester er gjennomført og tatt hensyn til. Det er ikke trukket et tilfeldig utvalg av kommunene i Norge. Derfor får en heller ikke behov for å teste signifikans i forbindelse med å generalisere data til hele populasjonen av kommuner.

Istedenfor generalisering brukes "overføring av kunnskap" for kvalitative data. "En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt det lykkes å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres" (Johannessen et al. 2011 (2002):231). Vil resultatene i tilleggsundersøkelsene kunne si noe generelt om hvordan oversiktsarbeidet er lagt til grunn for utarbeidelsen av kommuneplanen? For innholdsanalysene av plandokumentene i to kommuner vil en ikke kunne generalisere funnene til alle kommunene i Norge. Kommunene er imidlertid valgt ut slik at de på utvalgte spørsmål har svart slik som flertallet av kommunene i Norge har svart i surveyundersøkelsen. På dette grunnlaget kan kunnskap om de to utvalgte kommunene har en viss overføringsverdi til hele utvalget. Samtidig viste de to kommunen store forskjeller på hvordan de hadde utarbeidet og fulgt opp oversiktsarbeidet og dette kan være noe som gjelder flere kommuner slik at overførbarheten kan være begrenset.

Om en ikke kan overføre kunnskap til hele utvalget kan en få en forståelse av hvordan planen er utarbeidet og om folkehelseutfordringene blir fulgt opp i kommunenes planer. Dette kan si noe om hvordan kommunene arbeider med det systematiske helsearbeidet og hvor langt de to utvalgte kommunene har kommet i dette arbeidet.

Kommunene i Norge er svært forskjellige og organiserer det helsefremmende og forebyggende arbeidet ut fra kommunestruktur, kompetanse, økonomiske og menneskelige ressurser. Retningslinjene og lovene for det forebyggende og helsefremmende arbeidet samt plan- og bygningsloven og kommuneloven gir rammer og styringssignaler for dette arbeidet. Veiledning fra helse- og sosial departementet og helsedirektoratet gir også retningslinjer og eksempler for hvordan folkehelsearbeidet kan gjennomføres i praksis. Derfor vil folkehelsearbeidet i kommunene også ha mange likhetstrekk i tillegg til store forskjeller. Variasjonsbredden for slike forskjeller er ikke lett å følge opp i en surveyundersøkelse. I kvalitative undersøkelsen for to utvalgte kommuner er det derfor mulig å se nærmere på

hvordan det systematiske folkehelsearbeidet er fulgt opp i praksis. I og med at empiri er hentet både fra en kvantitativ og en kvalitativ del i denne oppgaven vil det totale omfanget av studien begrense hvor dypt en kunne gå inn i den kvalitative delen. Det har derfor ikke vært mulig å gå dypere inn i planprosessen enn å se på hvilke innholdselementer som kommer frem i plandokumentene. I en ren kvalitativ undersøkelse ville det være naturlig å analysere plandokumenter i hele kommunestrukturen og samtidig gå inn i planprosessene med kvalitative intervjuer av sentrale personer for utformingen av planene og for politiske beslutninger for valg av tiltak. En kvalitativ analyse vil ikke være mulig å generalisere til hele populasjonen av kommuner. Ved å benytte både en kvantitativ generaliserbar metode og en kvalitativ tilleggsundersøkelse i to utvalgte kommuner vil en både kunne generalisere og samtidig trekke frem kunnskap som kan belyse problemstillingen med en litt annen innfallsvinkel.

4. Presentasjon av empiri fra surveyundersøkelsen

Presentasjonen av data for surveyundersøkelsen vil være i form av tabellanalyser hvor resultatene oversiktsarbeidet blir presentert, og hvordan oversiktsarbeidet er blitt fulgt opp. Deretter vil tabeller for organiseringen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet bli presentert. I denne forbindelse blir også folkehelsekoordinatorens plassering brukt som bakgrunnsvariabel i utvalgte spørsmål.

I og med at utjevning av sosiale helseforskjeller er en av hovedmålene for folkehelsearbeidet, blir også tabeller for spørsmål om dette inkludert i presentasjonen.

Til slutt blir en sammenstilt tabell for samsvar for på hvilke områder kommunene har de største folkehelseutfordringene og for hva som har hovedprioritet i arbeidet med folkehelse og forebygging, presentert og kommentert. Frekvensfordelingene i tabellene er gjort relative ved prosentnering. Samsvar mellom variable blir vurdert ut fra prosentdifferanser. Den sammenstilte tabellen vil kunne si noe om hvor systematisk folkehelsearbeidet blir fulgt opp i planlegging og i valg av tiltak.

4.1. Oversiktsarbeidet etter § 5 i folkehelseloven i kommunene i Norge per 2014

Alle kommuner er etter folkehelseloven pålagt å lage et oversiktsdokument som grunnlag for kommuneplanen. I surveyundersøkelsen er det spurt om kommune har utarbeidet en slik oversikt.

Tabell 1. Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen, jfr. Folkehelseloven §5?

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=285
Ja	110	39 %
Nei	32	11 %
Vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet	136	48 %
Vet ikke	7	2 %
Sum	285	100 %

39% av kommunene har gjennomført et skriftlig oversiktsarbeid og hele 48% er i ferd med å starte opp dette arbeidet.

Siden undersøkelsen ble gjennomført i 2014, må en anta at de fleste i svarkategorien "vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet" har laget ferdig et oversiktsdokument i 2015 eller 2016.

Hvis vi slår sammen kategoriene "nei" og "vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet", får vi totalt 168 svar som utgjør 59% i denne samlekategorien.

Kommunene, som har gjennomført oversiktsarbeidet, har i større eller mindre grad dekket opp områdene det er laget oversikt over. Dette kommer frem i tabellen nedenfor.

Tabell 2. På hvilke områder er det laget oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer? Her kan det settes flere kryss.

	Frekvens	Prosent N=110
Befolkningssammensetning	102	93 %
Oppvekstforhold	86	78 %
Levekårsforhold	91	83 %
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	54	49 %
Skader og ulykker	59	54 %
Helserelatert atferd/levevaner	89	81 %
Helsetilstand	91	83 %
Annet	15	14 %

Av de som har gjennomført oversiktsarbeidet, er det i stor grad laget oversikt for de fleste av temaområdene som helsedirektoratet har anbefalt i veiledningen (Helsedirektoratet 2013). Befolkningssammensetning, levekårsforhold og helsetilstand er de tre største temaområdene det er laget oversikt over.

Når det gjelder hvordan oversikten er fulgt opp politisk og administrativt, er det i denne oppgaven spesielt interessant å se på hvordan oversikten er fulgt opp i kommunens ulike planer, og om oversikten er lagt til grunn for valg tiltak.

Tabell 3: På hvilken måte er oversikten fulgt opp politisk og administrativt?

Her kan det settes flere kryss. Svar fra de som har laget oversikt

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=110
Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i planstrategien	45	41 %
Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i et handlingsprogram	54	49 %
Oversikt har lagt grunnlag for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel	53	48 %
Oversikt har lagt grunnlag for prioriteringer i arealplanen	18	16 %
Oversikten trekkes inn i politiske beslutninger som angår folkehelseutfordringer	50	45 %
Oversikten ligger til grunn for valg av tiltak	55	50 %
Oversikten er ikke fulgt opp politisk og administrativt	13	12 %

Svarene er ganske jevnt fordelt på svarkategoriene for i hvilke plandokumenter oversiktsarbeidet er fulgt opp i, med unntak av arealplanen. Svarene fordeler seg med 41-49 % på de ulike planene, men hvor det kun er 16% som oppgir at den har lagt grunnlag for prioriteringer i arealdelen av kommuneplanen. Den største kategorien er "oversikten ligger til grunn for valg av tiltak" med 50% av svarene.

Det er i tillegg en lav andel av dem som har utarbeidet et skriftlig oversiktsdokument, hvor oversikten *ikke* er fulgt opp politisk eller administrativt. Både arbeidet med planen og

oppfølgingen av planen ser derfor ut til å være godt ivaretatt i de kommunene som har laget et oversiktsdokument.

4.2. Organiseringen av folkehelsearbeidet

I folkehelsemeldingen legges vekt på tverrsektorielt arbeid, nettverk og samarbeid med ulike aktører (Meld. St. nr 34 (2012-2013)). I surveyundersøkelsen er det spurt direkte om kommunene arbeider tverrsektorielt og om kommunene deltar i nettverk om folkehelse hvor også eksterne aktører deltar.

Tabell 4: Har kommunen etablert interne tverrsektoriell(e) gruppe(r) som arbeider med folkehelse?

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=283
Ja	175	62 %
Nei	52	18 %
I ferd med å etablere	51	18 %
Vet ikke	5	2 %
Sum	283	100 %

Et klart flertall av kommunene har kommet i gang med tverrsektorielt arbeid og 18% er i ferd med å etablere et slikt arbeid. Tilsammen utgjør dette 80%. Det antas at de som har oppgitt å være i ferd med å etablere tverrsektorielle grupper i 2014 har klart å gjennomføre dette i 2015 eller 2016. Dette tyder på at kommunen er godt i gang med å arbeide på tvers av sektorer.

For nettverksarbeidet er det et tilsvarende resultat. Her er det til forskjell fra foregående tabell ingen svarkategori for om de er i ferd med å etablere slike nettverk.

Tabell 5: Deltar kommunen i nettverk om folkehelse hvor eksterne aktører deltar?

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=283
Ja	205	72 %
Nei	59	21 %
Vet ikke	19	7 %
sum	283	100 %

Hele 72% av kommunene oppgir i 2014 å være i gang med nettverksarbeid for folkehelse.

Det er også svarkategorier for tverrsektorielt arbeid, og samarbeid med frivillig sektor, i spørsmålet om konkrete helsefremmende tiltak er utviklet som oppfølging av samhandlingsreformen.

Tabell 6: Er konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Flere kryss mulig.

Svarkategorier	Frekvens	Prosent (N=309)
Styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	230	74 %
Styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet	213	69 %
Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen	231	75 %
Utvikling av nye sosiale møteplasser i kommunen	105	34 %
Økt samarbeid med frivillige organisasjoner	155	50 %
Ingen helsefremmende tiltak er iverksatt	13	4 %
Annet	23	7 %
Vet ikke	5	2 %

De tre største kategoriene er styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, integrering av folkehelsearbeidet i kommuneplanleggingen og styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet. I hver svarkategori har rundt 70% av kommunen satt et kryss. Økt samarbeid med frivillige organisasjoner kommer også høyt opp med 50% svar. Det er ikke mer enn 4% som *ikke* har satt i gang helsefremmede tiltak. Dette viser at de fleste kommunene har kommet godt i gang med organiseringen av folkehelsearbeidet på et overordnet nivå i kommunen. De to første elementene i modellen for det systematiske folkehelsearbeidet, kunnskapsgrunnlaget og integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen, har henholdsvis 69% og 75% svar. Dette viser at omkring 3 av 4 kommuner har kommet godt i gang med den første fasen av det systematiske folkehelsearbeidet etter modellen, selv om det i følge tabell 1 bare er 39% som har laget ferdig et skriftlig oversiktsarbeid.

Under organisering av folkehelsearbeidet hører det også med hvor i kommunestrukturen folkehelsekoordinatoren er organisert.

I og med at det ble valgt *to* kommuner og ikke *en* til dokumentanalyse, var dette med bakgrunn i anbefalinger om at folkehelsekoordinatoren burde være organisert sentralt i kommunen. Det ble derfor valgt to kommuner, en hvor folkehelsekoordinatoren var plassert under rådmann og en hvor folkehelsekoordinatoren var plassert under

helsesjef/kommuneoverlege. Derfor er det kjørt ut frekvensfordelinger for å teste om folkehelsekoordinatorens plassering har hatt noen innvirkning på utvikling av konkrete helsefremmende tiltak i kommunene, for konkrete forebyggende tiltak og for oppfølging av oversiktsarbeidet politisk og administrativt. I tabellen er kun organisering med helsesjef/kommuneoverlege og rådmann som nærmeste leder tatt med selv om krysstabellen og svarene også gjelder de som har annen organisering. N blir derfor antall svar på hele spørsmålet og ikke summen av de utvalgte organiseringsmåtene. N= alle er derfor brukt som prosentueringsgrunnlag. Dersom kun antallet som er plassert under helsesjef/kommuneoverlege og rådmann ble brukt som prosentueringsgrunnlag ville vi fått litt høyere procenter.

Tabell 7: Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder opp mot utvikling av konkrete helsefremmende tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen.

Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder	Helsesjef/lege		Rådmann		Alle	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	N	% diff
Svar kategorier for konkrete helsefremmende tiltak (organisasjonsrettede tiltak)						
Styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	71	37 %	54	28 %	193	9 %
Styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelse	62	34 %	56	31 %	182	3 %
Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen	69	35 %	57	29 %	196	6 %
Utvikling av sosiale møteplasser i kommunen	35	38 %	25	27 %	93	11 %
Økt samarbeid med frivillige organisasjoner	48	35 %	41	30 %	136	5 %
Ingen helsefremmende tiltak er iverksatt	5	56 %	3	33 %	9	22 %
Annet	6	33 %	3	17 %	18	17 %
Vet ikke	2	50 %	1	25 %	4	25 %

For de fleste svaralternativene svarer kommuner med folkehelsekoordinator organisert under helsesjef/kommuneoverlege at helsefremmende tiltak er fulgt opp enn for kommuner der folkehelsekoordinator har rådmann som nærmeste leder. Ut fra svarene i denne tabellen, ser det ikke ut til at folkehelsekoordinatorens plassering har hatt den antatte effekt. Det kan diskuteres om det er andre variable, enn folkehelsekoordinatorens organisatoriske plassering,

som påvirker svarene for de organisatoriske tiltakene presentert i svaralternativene for dette spørsmålet. Hvis tabellen ble prosentuert ut fra kun for de to ulike organiseringen, ville vi fått litt større prosentdifferanser, men konklusjonene ville blitt det samme.

Når det gjelder de konkrete forebyggende tiltakene, det som i oppgaven er omtalt som aktivitetsrettede tiltak, viser resultatene en tilsvarende tendens.

Tabell 8: Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder opp mot utvikling av konkrete forebyggende tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen.

Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder	Helsesjef/lege		Rådmann		Alle	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	N	% diff
Svar kategorier for konkrete helsefremmende tiltak (organisasjonsrettede tiltak)						
Forebygging av livsstilsfaktorer	75	38 %	53	27 %	197	11 %
Forebygging av fallulykker i hjemmet	40	37 %	33	31 %	107	7 %
Forebygging av trafikkfarlige situasjoner	12	24 %	19	38 %	50	-14 %
Forebygging av psykiske lidelser	45	38 %	32	27 %	117	11 %
Ingen forebyggende tiltak er iverksatt	4	36 %	2	18 %	11	18 %
Annet	12	43 %	5	18 %	28	25 %
Vet ikke	2	25 %	2	25 %	8	0 %

For konkrete forebyggende tiltak er prosentdifferansene for kommuner der folkehelsekoordinatoren er organisert under helsesjef/kommuneoverlege høyest for alle kategorier unntatt for forebygging av trafikkfarlige situasjoner. Når det gjelder svarkategorien "ingen forebyggende tiltak er iverksatt", er antall svar for lavt til å gi et valid svar .

Når vi ser på svarfordelingen for organiseringen av folkehelsekoordinatoren i forhold til hvordan oversiktsarbeidet er fulgt opp politisk og administrativt, får vi følgende svarfordeling:

Tabell 9: Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder mot oppfølging av oversiktsarbeidet politisk og administrativt.

Folkehelsekoordinatorens organisering	Helsesjef/lege		Rådmann		Alle	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	N	% diff
Det er laget en kunnskapsdatabase som også inkluderer folkehelseprofilen	15	31 %	13	27 %	49	4 %
Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i planstrategien	14	33 %	11	26 %	42	7%
Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i et handlingsprogram	17	35 %	13	27 %	48	8 %
Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel	16	31 %	17	33 %	51	-2 %
Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i arealplanen	5	28 %	7	39 %	18	-11 %
Oversikten trekkes inn i politiske beslutninger som angår relevante sektorer	14	29 %	17	35 %	48	-6 %
Oversikten trekkes inn i politiske beslutninger som angår folkehelseutfordringer	16	34 %	15	32 %	47	2 %
Oversikten ligger til grunn for valg av tiltak	19	37 %	16	31 %	51	6 %
Annet	2	22 %	4	44 %	9	-22 %
Oversikten er ikke fulgt opp politisk og administrativt	3	30 %	4	40 %	10	-10 %
Vet ikke	1	33 %	2	67 %	3	-33 %

Frekvensene i hver kolonne er under anbefalt minsteverdi for statistiske valide svar i følge metodelitteraturen (Johannessen et al. 2011 (2002)). Hvis en skal trekke ut noen tendenser vil det være at det er flere svar i kategorien for prioriteringer i arealplanen der folkehelsekoordinator er organisert med rådmann som nærmeste leder, i forhold til helsesjef/kommuneoverlege som nærmeste leder. Her er det en prosentdifferanse på 11 prosentpoeng, men antall svar i hver kolonne som sammenliknes er for lave.

4.3. Aktivitetsrettede tiltak

De aktivtetsrettede tiltakene kommer frem i svarkategoriene for spørsmål om konkrete forebyggende tiltak og for tjenestetilbudet.

Tabell 10: Er konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Flere kryss mulig

Svarkategorier	Frekvens	Prosent(N=309)
Forebygging av livsstilssykdommer	233	75 %
Forebygging av fallulykker i hjemmet	122	39 %
Forebygging av trafikkfarlige situasjoner	57	18 %
Forebygging av psykiske lidelser	135	44 %
Ingen forebyggende tiltak er iverksatt	15	5 %
Annet	33	11 %
Vet ikke	11	4 %

Tabellen viser at forebygging av livsstilssykdommer er det mest utbredte forebyggende tiltaket med 75% svar. Men også forebygging av psykiske lidelser og fallulykker i hjemmet kommer høyt opp. Det er også her en svært lav prosent av kommuner som ikke har satt i gang forebyggende tiltak.

Når det gjelder tjenestetilbudet, har jeg kun trukket ut frisklivstilbudet da dette også i mange kommuner blir brukt i primær og sekundærforebyggende sammenheng.

Tabell 11: Er nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen?

Utvalgt svarkategori	Frekvens	Prosent (N=309)
Etablering av eller styrking av frisklivsentral	181	59 %

Denne kategorien var i tillegg den største av de tjenestetilbudene som var satt opp som svarkategorier. At 59% av kommunene har etablert eller styrket frisklivstilbudet, er høyt. Dette resultatet er ikke overaskende med tanke på at livsstilssykdommer er det dominerende sykdomsbildet i den vestlige delen av verden i dag, og i tillegg kan forebygges. Kommunene har også tilgjengelige ressurser faglig og administrativt til å sette i gang slike tilbud. I tillegg har helsedirektoratet oppmuntret til dette ved å lage en veiledning for hvordan dette kan gjennomføres (Helsedirektoratet 2013 (2011)).

I tabellen for på hvilken måte oversikten er fulgt opp politisk og administrativt var kategorien "oversikten ligger til grunn for valg av tiltak" den største med 50% svar (N=110). Se tabell 10 presentert tidligere. Kommunene har i § 4 i folkehelsesloven en tiltakspålykt, og dette kan

gjenspeile seg i at denne kategorien er den største av de oppgitte svaralternativene for oppfølging av oversikten.

4.4. Universielle og målrettede tiltak

I folkehelsemeldingen trekkes forebyggingsparadokset frem med anbefalinger om universielle tiltak fremfor målrettede. Begrunnelsen er at universielle tiltak gir størst helseeffekt hvor prioriteringer av økonomiske ressurser er et poeng. Samtidig er de målrettede tiltakene viktige i forhold til et utjevningsspektiv av sosiale helseforskjeller da forskning viser at det er de med best helse som drar mest nytte av universielle tiltak (St. meld. nr 20 (2006-2007):51). Derfor er det nyttig å se på hvordan kommunen følger opp med målrettede tiltak i forhold til universielle tiltak.

Tabell 12: Er oppfølgingen av oversikten knyttet til spesifikke grupper?

Her kan det settes flere kryss.

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=110
Utsatte barn og unge i skoler og barnehager	63	57 %
Familier i utsatte situasjoner (vedvarende lav inntekt, dårlig bolig/bomiljø, somatisk og mental sykdom, rus)	50	45 %
Utsatte eldre	34	31 %
Oversikten knyttes ikke mot spesifikke grupper	29	26 %
Vet ikke	5	5 %
Andre grupper	18	16 %

Svarfordelingen er presentert for kommuner som har utarbeidet oversikten.

Tabellen viser at fokuset på utsatte grupper i første rekke gjelder barn og unge i skoler og barnehager (57%), men også for familier i utsatte situasjoner (45%). Det er mindre fokus på utsatte eldre (31%), men det er også en høy svarprosent for denne målgruppen.

26% knytter ikke oversikten opp mot spesifikke grupper. Denne kategorien har lavere prosentandel enn hva hver av kategoriene som omhandler spesifikke grupper har. Dette kan tolkes som at det er en sterk tendens til at oversikten blir knyttet opp mot spesifikke grupper. I tillegg er hele livsløpet fra barn og unge til voksne i arbeidsfør alder og eldre fått mange svar.

Innvandrerbefolkningen er ikke nevnt som egen kategori i dette spørsmålet, men det finnes et spørsmål om denne gruppen i surveyundersøkelsen uavhengig av oppfølging av oversiktsarbeidet.

Tabell 13: Har din kommune et spesielt fokus på forebygging av helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen?

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=274
Ja	109	40 %
Nei	138	50 %
Vet ikke	27	10 %
SUM	274	100 %

Her fordeler svarene seg ganske likt mellom kategoriene "ja" og "nei", men med noen flere i kategorien for "nei". Her kan det ligge forskjeller i avgitte svar ut fra hvor mange innvandrere kommune faktisk har.

4.5. Sosial ulikhet i helse

Utjevning av sosial ulikhet i helse står sentralt i målsetningen for folkehelsearbeidet. Derfor er det lagt vekt på å analysere i hvilken grad kommunene legger vekt på fordelingshensyn i det systematiske folkehelsearbeidet.

I oversiktsarbeidet er det oppvekstvilkår og levekår som er de to områdene som i hovedsak angår utjevning av sosiale helseforskjeller.

Tabell 14: Er fordelingshensyn prioritert i kommuneplanen?

Svarkategori	Frekvens	Prosent N=265
Ja	109	41 %
Nei	76	29 %
Vet ikke	80	30 %
Sum	265	100 %

Det er en stor "vet ikke"- kategori for dette spørsmålet. Den største andelen svarer likevel at fordelingshensyn er prioritert i kommuneplanen.

Nesten 1 av 3 kommuner, som har svart på spørsmålet, oppgir at det *ikke* er tatt fordelingshensyn i kommuneplanen, og det er overraskende ut fra at også utjevning av sosiale forskjeller i helse er et av hovedmålene i folkehelsearbeidet.

Når det gjelder et mer konkret spørsmål opp mot tiltak i tilknytning til folkehelse og forebygging, blir fordelingen en annen.

Tabell 15: Er fordelingshensyn prioritert i tiltak rettet mot folkehelse og forebygging?

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=267
Ja	189	71 %
Nei	29	11 %
Vet ikke	49	18 %
Sum	267	100 %

Hele 71% oppgir at dette blir prioritert. Det kan tyde på at om ikke fordelingshensyn blir prioritert i kommuneplanen, blir dette likevel tatt hensyn til i folkehelsearbeidet.

4.6. På hvilke områder har kommunene de største folkehelseutfordringene

Oversikt over kommunenes folkehelseutfordringer er resultatet av den kunnskapsbaserte oversiktsarbeidet. Derfor er kommunenes største folkehelseutfordringer av interesse å se nærmere på.

Tabell 16 : På hvilke områder har kommunen de største folkehelseutfordringene? Flere kryss mulig.

Svarkategorier	Frekvens	Prosent N=309
Befolkningssammensetning	129	42 %
Oppvekstforhold	80	26 %
Levekårsforhold	115	37 %
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	16	5 %
Skader og ulykker	25	8 %
Helserelatert atferd/levevaner	203	66 %
Helsetilstand	74	24 %
Annet	20	6 %
Vet ikke	13	4 %

66% av kommunene har krysset av for helserelatert atferd/levevaner, og denne kategorien er den klart største. Befolknings sammensetningen kommer på andreplass med 42% og på tredje kommer levekårsforhold med 37%. Tradisjonelt er det stort fokus på helserelatert atferd/levevaner, og det kommer av at den største andelen av tidlig død og tapte kvalitetsjusterte leveår i den norske befolkningen skyldes de ikke-smittsomme sykdommene, og at endrede levevaner kan gi god beskyttelse og redusere risiko for utvikling av kroniske sykdommer (St. meld. nr 20 (2006-2007)). Befolknings sammensetningen, og da spesielt den voksende andel eldre, er også sterkt fokusert i media og som en folkehelseutfordring de neste 20-30 årene. At levekårene kommer høyt opp på listen, tyder på et sterkere fokus på levekår og sosiale forskjeller i helse. Dette fokuset er omhandlet både i folkehelsemeldingene, i media og i forskning på sosiale ulikheter i helse nasjonalt og internasjonalt. Folkehelseloven inneholder et skifte av perspektiv fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv for helse i og med at ansvaret for folkehelse er flyttet til kommunen som sådan og ikke som et ansvar for helse- og sosialsektoren alene.

Dersom vi trekker ut kommuner som har gjennomført oversiktsarbeidet som bakgrunnsvariabel med N=110, får vi den samme rangeringen som for alle kommunene som har svart på spørsmålet (Vedlegg 1). Men noen av svarkategoriene blir da for lave til å brukes i en sammenstilt tabell med prosentdifferanser for på hvilke områder kommunen har de største folkehelseutfordringene sammenliknet med områdene for hva som har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging. Derfor har jeg brukt svarene for alle kommuner på disse spørsmålene og ikke kun for de som har gjennomført et skriftlig oversiktsarbeid.

4.7. Hva har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging

Inndelingen i svarkategorier for dette spørsmålet er de samme som brukes i oversiktsarbeidet for å komme frem til folkehelseutfordringene i kommunene.

Dette spørsmålet er interessant i forhold til samsvaret mellom områder som kommunene har satt opp som de største folkehelseutfordringene og hvilke områder som har hovedprioritet i folkehelsearbeidet.

Tabell 17: Hva har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging?

Flere kryss mulig.

	Frekvens	Prosent N=309
Befolkningssammensetning	49	16 %
Oppvekstforhold	179	58 %
Levekårsforhold	138	45 %
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	43	14 %
Skader og ulykker	37	12 %
Helserelatert atferd/levevaner	231	75 %
Helsetilstand-forebygge sykdom som på kort sikt kan føre til innleggelse på sykehus	118	38 %
Annet	14	5 %
Vet ikke	8	3 %

Helserelatert atferd/levevaner kommer høyt opp. 75% har krysset av for dette. Deretter følger oppvekstforhold med 58%. Levekårsforhold kommer også høyt opp på listen over prioriterte tiltak med hele 45% av svarene. Svarene viser en litt annen rekkefølge i rangering enn for de største folkehelseutfordringene. Oppvekstforhold og levekår har skiftet plass. Disse to kategoriene omhandler begge fordelingsaspektet for ulikheter i helse. I helsedirektoratets veiledning for oversiktsarbeidet er de satt opp som en samlet kategori. Svarene gir en indikasjon på at kommunene legger stor vekt på både oppvekstsvilkår og levekår.

Hvis vi krysskjører for de som har gjennomført oversiktsarbeidet N=110, får vi den samme rangeringen mellom kategoriene. Kommuner som har gjennomført oversiktsarbeidet har derfor ikke en annen forståelse av hva som har hovedprioritet i folkehelsearbeidet enn alle kommuner under ett (Vedlegg 2).

4.8. Sammenstilt tabell for største folkehelseutfordringer og hovedprioritet

De to foregående tabellene er satt opp i en felles tabell hvor prosentdifferanser er beregnet. Dette kunne en gjøre da svarkategoriene var de samme, unntatt for helsetilstand hvor det var lagt til en setning under spørsmålet for prioriterte tiltak.

Tabell 18: Prosentdifferanser i sammenstilt tabell
for tabell 16 og 17. (Frekvensfordelingen i parentes).

Største utfordring og hovedprioritet	Største utfordring	Hovedprioritet	% dif-feranse
	Prosent N=309	Prosent N=309	
Svarkategorier			
Befolkningssammensetning	42 % (129)	16 % (49)	26 %
Oppvekstforhold	26 % (80)	58 % (179)	-32 %
Levekårsforhold	37 % (115)	45 % (138)	-8 %
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	5 % (16)	14 % (43)	-9 %
Skader og ulykker	8 % (25)	12 % (37)	-4 %
Helserelatert atferd/levevaner	66 % (203)	75 % (231)	-9 %
Helsetilstand/(helsetilstand forebygge innleggelse ¹)	24 % (74)	38 % (118)	-14 %
Annet	6 % (20)	5 % (14)	1 %
Vet ikke	4 % (13)	3 % (8)	1 %

Tabellen viser manglende samsvar mellom hva som er oppført som største folkehelseutfordringer og hva som er satt opp som hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging, for flere av kategoriene.

Manglende samsvar gjelder spesielt for området oppvekstforhold med en prosentdifferanse på 32 prosentpoeng og for befolkningssammensetningen med en prosentdifferanse på 26 prosentpoeng. Når utvalget er tilstrekkelig stort, regnes prosentdifferanser på 20-30 prosentpoeng som store.

For kategoriene "levetår" og "fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø" med prosentdifferanser på henholdsvis 8 og 9 prosentpoeng regnes dette, som en ganske liten forskjell, men siden utvalget er stort kan disse prosentdifferansene tillegges vekt.

Når det gjelder oppvekstforhold, prioriteres dette høyere enn hva kommunene har krysset av for under spørsmålet om største folkehelseutfordring. For befolkningssammensetning er forholdet motsatt. For de andre kategoriene er det mindre forskjeller, men det er generelt en tendens til å krysse av for hovedprioritet i forhold til største folkehelseutfordring for hvert av de andre temaområdene.

¹ For hovedprioritet er det lagt til en setning om å forebygge innleggelse på sykehus. Svarene for helsetilstand mellom disse to variablene kan derfor ikke sammenliknes.

5. Presentasjon av empiri fra innholdsanalysen for Nærøy og Øygarden kommune

Først kommer en kort presentasjon av kommunen. Deretter kommer en analyse av oversiktsdokumentet og plandokumentene. Folkehelseutfordringene, som kom frem av oversiktsarbeidet, blir sammenstilt i en tabell hvor mål og tiltak er trukket ut fra plandokumentene for hver folkehelseutfordring. I analysen blir tiltakene kategorisert i forhold til nivå i økologisk modell og type tiltak. I den økologiske modellen brukes dimensjonen samfunnsnivå - gruppe/individnivå. Under samfunnsnivå har jeg plassert de organisatoriske og universielle tiltakene, og under gruppe/individnivå de aktivitetsrettede og målrettede tiltakene.

Innholdet av plandokumentene for hver kommunene blir også analysert i forhold til vurderingskriterier presentert under kapitlet om folkehelsepolitikk og rammer for folkehelsearbeidet i Norge og i tillegg til disse et punkt om hvordan kommunen bruker frisklivsentralen:

1. Helse-i-alt en gjør.
2. Livsløpsperspektivet.
3. Prinsippet om medvirkning.
4. Utjevning av sosiale helseforskjeller.
5. Påvirkningsperspektiv i forhold til sykdomsperspektivet.
6. Bruken av frisklivsentralen i forebygging og helsefremmende tiltak.

5.1. Nærøy kommune i Nord-Trøndelag

Nærøy kommune er en kystkommune med et areal på 1553,27 km² som består av øyer, havflate, åpne områder, innsjøer, elver, skog, dyrket mark, by og tettbygde områder og industri. Nærøy har 5124 innbyggere per 31.12.2015 (SSB).

Kommunens administrasjon består av 3 fagavdelinger ; helse/sosial, skole/oppvekst og drift/utvikling, og en sentraladministrasjon med servicekontor og rådmannens stab.

Folkehelsekoordinatoren er organisert i rådmannens stab.

Når det gjelder næringsgrunnlaget i kommunen består dette av landbruk, fiskeri med bl. a. oppdrettsnæring og båtbyggerindustri. I jordbruket er husdyrbruk og melkeproduksjon de dominerende næringene.

Kommunen har mange lokale kulturbygg i tillegg til kulturhus og eget folkebibliotek. For idrett og friluftsliv finnes en rekke nærmiljøanlegg, lysløype, akebakker, gress og grusbaner, turstier, stadion, idrettshall og mindre svømmehaller, og fine forhold for å utøve friluftsliv, jakt og fiske.

Kommunen har flere barneskoler og en ungdomsskole. Videre er det full barnehagedekning. Under helse- og omsorgstjenester finnes helsestasjon og skolehelsetjeneste, barnevern, fysioterapi, legetjeneste, heldøgns institusjonstjeneste, hjemmesykepleie og et apparat for psykisk helsearbeid, rus mm.

I kommuneplanens samfunnsdel kommer det frem at veiene i kommunene er dårlig vedlikeholdte, og at kommunen har en anstrengt økonomisk situasjon med minimale reserver i form av dispensasjonsfond til å møte fremtidige utfordringer.

5.1.1 Innholdsanalyse av oversiktsarbeidet i Nærøy kommune

Kommunen har utarbeidet et oversiktsdokument i 2014, men kommuneplanen ble vedtatt før oversiktsarbeidet var utarbeidet. Kommuneplanen ble vedtatt 12. des. 2013 og oversiktsdokumentet i 2014. Dette kommer også frem i selve planen under delmålet for det forebyggende og helsefremmende arbeidet, hvor det står:

"Som grunnlag for folkehelsearbeidet skal kommunen utarbeide oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne"

(Kommuneplanens samfunnsdel Nærøy kommune 2013-2024).

Kommuneplanen er derfor utarbeidet på grunnlag av annen foreliggende statistikk og informasjon i kommunen. I samfunnsdelen av kommuneplanen for Nærøy finner jeg at det er utført en SWOT analyse i et folkemøte der deltakerne skulle vurdere Nærøysamfunnets styrker, svakheter, muligheter og trusler. I samfunnsdelen er også folkehelseprofilen for kommunen referert. Det er mye som tyder på at dette er den statistikken som er brukt i utformingen av kommuneplanen.

For innholdsanalysen av plandokumentene i kommunen bruker jeg derfor en sammenkobling av folkehelseutfordringene i oversiktsdokumentet og utfordringer oppgitt i kommuneplanens samfunnsdel. Ut fra disse kildene brukes følgende folkehelseutfordringer i innholdsanalysen av plandokumentene for Nærøy kommune. Transkriberingen av innholdsanalysen ligger som vedlegg 3.

Folkehelseutfordring 1: Befolkningssammensetning med en høy andel av personer over 80 år.

Her oppgis statistikk over befolkningsgrupper ut fra nåsituasjonen og fremover. Nærøy kommune har en stor andel personer over 80 år. Forventet levealder øker, og samtidig er det

mange i alderskategoriene som om noen år vil være over 80 år. Dette gir sterkt press på helse- og omsorgssektoren da eldre har flere kroniske sykdommer enn yngre (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2014:72). Det vil også bli mer behov for hjelp i forbindelse med å kunne bo hjemme lengst mulig. Behovet for alders- og sykehjem vil også øke når det ikke lenger er mulig å klare seg i eget hjem.

Folkehelseutfordring 2: Utdanning: Lav andel med høyere utdanning og høyt frafall fra videregående skole.

Nærøy kommune ligger lavere enn landet som helhet på andel av befolkningen med høyere utdanning. I tillegg er det høyt frafall i videregående skole. Det er stadig flere som dropper ut av videregående skole, og det er et signifikant høyere frafall enn landsgjennomsnittet. Kommunen har ikke egen videregående skole slik at elevene må reise til andre kommuner for dette. Det er mye som tyder på at overgangen til videregående skole kan være en sårbar fase.

Folkehelseutfordring 3: Stor andel uføretrygdede under 45 år.

Sykefraværet ligger over snittet for fylket og kommunen har en høyere andel uføre enn lands- og fylkesgjennomsnittet. Antall sosialhjelpsmottakere er høyere enn landet og fylket forøvrig. Aldersgruppen under 45 år består av personer i arbeidsfør alder og det er derfor urovekkende med en så stor andel uføre. Dette blir en stor tilleggsbelastning for kommunen, som også har en høy andel av personer over 80 år. Det forventes at kommunen har satt opp noen tiltak i kommuneplanen for denne folkehelseutfordringen.

Folkehelseutfordring 4: Røykevaner

Det er høy andel røykere i Nærøy kommune. Andelen dagligrøykende kvinner og menn er høyere enn i fylket som helhet ut fra data i HUNT 3 undersøkelsen². Folkehelseprofilen avdekker at det er mange unge kvinner som røyker ut fra opplysninger gitt i første legekonsultasjon under graviditet. Det kommer frem i statistikk fra Ungdata³ at Nærøy kommune ligger over landsgjennomsnittet på både bruk av røyk og snus. Dette er også et område hvor det forventes at tiltak blir fulgt opp for å redusere antall dagligrøykere og spesielt for unge kvinner som røyker under svangerskapet. Data fra folkehelseprofilen var tilgjengelig da

² HUNT står for helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT samler inn opplysninger og biologisk materiale for å forske på folkehelse (ntnu.no).

³ Ungdata er et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser. Undersøkelsene er tilpasset skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring (ungdata.no).

kommuneplanen ble formulert. Av annen statistikk som finnes i oversiktsdokumentet, og som ikke kom frem i kommuneplanens samfunnsdel, var statistikk fra Ungdata om at det er flere unge i Nærøy som har drukket seg beruset enn i landet forøvrig.

Folkehelseutfordring 5: Muskel- og skjelett lidelser og andre livsstilssykdommer

Muskel- og skjelett lidelser, men også andre livsstilssykdommer som hjertekar og diabetes type 2, har høyere forekomst enn landet og fylket forøvrig. Både kvinner og menn i Nærøy har en høyere andel langvarig begrensende sykdom, kroniske sykdommer, enn fylket forøvrig.

Folkehelseutfordring 6: Manglende boliger for personer i ulike livsfaser

Kommunen oppgir å ha manglende boliger som passer for hele befolkningen i forhold til ulike livsfaser, spesielt for eldre og unge.

Folkehelseutfordring 7: Trafikk og infrastruktur

Trafikk og infrastruktur med dårlig veivedlikehold nevnes som utfordring. Også manglende broforbindelser og dårlig utviklet infrastruktur.

5.1.2 Innholdsanalyse av plandokumenter for Nærøy kommune i forhold til

folkehelseutfordringene i oversiktsarbeidet

Følgende plandokumenter er brukt i innholdsanalysen av mål, strategier og tiltak:

Kommunal planstrategi 2012-2015 inneholder bl.a. et eget avsnitt om folkehelse.

Kommuneplanens arealdel 2002-2014 finnes som eget dokument.

Når det gjelder handlingsplan og økonomiplan for Nærøy kommune

lå det ikke noen egne planer for dette på nettsiden eller som del av kommuneplanens samfunnsdel.

Kommunen har ikke utarbeidet en kommunedelplan for folkehelse. Folkehelse er isteden inkludert i kommuneplanens samfunnsdel og arealdel.

På søk på begrepet "folkehelse" ble det 13 treff, bla. inkludert beskrivelse av føringene for folkehelsearbeidet, folkehelseprofilene og for tiltak hvor folkehelse var eksplisitt med i formuleringen i planen. For begrepet "forebyggende" ble det 2 treff og for "helsefremmende" også 2 treff.

I et av hovedmålene i kommuneplanens samfunnsdel, er forebyggende og helsefremmende tiltak eksplisitt formulert i et av hovedmålene til kommunen. I dette hovedmålet står det at

Nærøy kommune skal vektlegge *forebyggende og helsefremmende tiltak* slik at befolkningen best mulig blir i stand til *å ta ansvar for egen helse og sin egen sosiale situasjon*.

I tabell 19 er tekstelementer som omhandler folkehelse, trukket ut og analysert i forhold til folkehelseutfordringene som kom frem i oversiktsarbeidet.

Tekstelementene, som utgjør mål og tiltak, er kategorisert i forhold til nivå i økologisk modell og type tiltak under hvert av nivåene. Type tiltak er kategorisert for dimensjonen organisasjonsrettet og aktivitetsrettete, og for dimensjonen universielle og målrettede tiltak.

1. Oppsummering folkehelseutfordringer og tiltak i forhold til nivå i økologisk modell

Tabell 19: Oppsummering av folkehelseutfordringer og tiltak i kommuneplan for Nærøy.

Nivå i økologisk modell - dimensjon samfunnsnivå - Individnivå (inkl. gruppe)		Samfunnsnivå		Individ nivå	
		Organisa- sjonsrettet	Univers- ielt	Aktivitets- rettet	Mål- rettet
Folkehelseutfordring	Mål og tiltak				
1. Høy andel personer over 80 år	1. Legge til rette for at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig.	1			1
	2. Universiell utforming av offentlige bygg og anlegg	1	1		
	3. Gode bibliotekjenester for eldre	1			1
2. Utdanning a) lav andel med videregående skole b) frafall videregående skole	1. Mestre grunnleggende ferdigheter 2. Videreutvikle samarbeid grunnskole og videregående skole.	1	1	1	1
3. Stor andel uføretrygdene under 45 år	1. Være behjelpelig i forhold til arbeid, aktivitet og inntektssikring			1	1
	2. Styrket rehabilitering og habilitering			1	1
4. Røykevaner	Ingen konkrete tiltak i planen				
5. Muskel/skjelett og andre livsstilssykdommer	1. Sikre områder som legger til rette for fysisk aktivitet, rekreasjon og friluftsliv.	1	1		
	2. Sikring av sammenhengende grøntstruktur.	1	1		
	3. Bygging av svømmehall og idrettshall	1	1		
6. Manglende boliger som passer for hele befolkningen i ulike livsfaser	1. Legge til rette for attraktive boliger	1	1		
	2. Tilstrekkelig antall boliger for omsorgstrengende og vanskeligstilte.	1			1

7. Dårlig veivedlikehold, manglende bru-forbindelser og dårlig utviklet infrastruktur	1. Standardheving på alle offentlige veier med særlig fokus på trafiksikkerhet	1	1		
	2. Forbedre infrastruktur som kommunikasjonstilbud, bredbånd og mobiltelefoni	1	1		
	3. Kvalitativt gode kommunale tjenester	1	1		
	4. Infrastruktur, kompetanse og løsninger for å redusere fremtidige driftskostnader	1	1		
Sum ulike typer tiltak		13	10	3	6
Sum samfunnsnivå ((organisasjonsrettet + universielle)/2) og gruppe/individnivå ((aktivitetsrettet + målrettet)/2) i hele tall		12		5	
Samfunnsnivå er strukturelt/distalt nivå og individnivå er brukerrettet/proksimalt nivå i økologisk modell. Under individrettet er det tatt med gruppenivå for de aktivitetsrettede og målrettede tiltakene.					

Av tabellen ser vi at kommunen har satt opp 12 distale og 5 proksimale tiltak i kommuneplanen ut fra oppgitte folkehelseutfordringer.

Plandokumentene omhandler både organisatoriske og aktivitetsrettede, og universielle og målrettede tiltak. Det er oppført flest organisatoriske tiltak. Dette er ikke overaskende siden analysen av plandokumenter er på et overordnet nivå i kommunen. Forekomsten av aktivitetsrettede og målrettede tiltak antas å ville være større dersom også sektor- og virksomhetsplaner hadde vært inkludert i analysen.

Det er omtrent dobbelt så mange organisatoriske tiltak i forhold til aktivitetsrettede.

Dette gjelder også fordelingen mellom universielle og målrettede tiltak.

2. Oppsummering av innholdsanalysen for prinsippet om helse-i-alt-en-gjør for Nærøy kommune.

I denne tabellen er det benyttet organisatoriske tiltak i overensstemmelse med kategoriene i surveyundersøkelsen. Dette er gjort for å kunne koble resultatene fra de to undersøkelsene.

Tabell 20: Oppsummering av innholdsanalyse for prinsippet om helse-i-alt-en gjør for Nærøy.

"Helse-i-alt-en-gjør"	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
Tverrsektorielle Folkehelsearbeidet	"Videreutvikle verktøy for tverrsektorielt samarbeid om folkehelse."
Nettverk og samarbeid med andre kommuner, fylkes- kommune, næringsliv og frivillige organisasjoner mfl.	"Den interne samhandlingen mellom etater og frivillige organisasjoner skal videreutvikles. Kommunen skal ta en aktiv rolle i å samordne lokale tiltak." "(...)fritidsaktiviteter for godt å trygt oppvekstmiljø(....)nært samarbeid med idretts- og kulturråd, samt lag og foreninger (...)"
Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen	"Det tar tid å forandre levekårsfaktorene. Det er derfor viktig at de inngår i planene for å sikre kontinuitet over tid". "Utforme tydelige og klare mål og aktiviteter for utjevning av sosiale helseforskjeller i planverket." "Folkehelse skal være sentralt i all kommunal virksomhet og utvikling slik at tiltak innarbeides i langsiktige handlings- og årsplaner" "Helhetlig og systematisk samfunnsikkerhet og beredskap skal være en integrert del Nærøy kommunes planer.."
Styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet	"Kartlegging og oversikt over kommunens utfordringer i planperioden." "Som grunnlag for folkehelsearbeidet skal kommunen utarbeide oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne." "Tilføre kommuner og aktører på regionalt nivå god fagkompetanse om fremming og betydning av god folkehelse i kommunen og om hvordan synliggjøre dette i kommunens planverk."

Når det gjelder prinsippet i folkehelsemeldingen om helse-i-alt-en gjør, er både det vertikale og horisontale arbeidet ivaretatt i planen. Både tverrsektorielt arbeid, nettverkssamarbeid, styrke kunnskapsgrunnlaget og integreringen av folkehelse, er tatt med. Det kommer også frem et behov for å videreutvikle verktøy for det tverrsektorielle arbeidet, nettverkssamarbeidet og å forbedre integreringen av helse i plan. I tillegg oppgis det behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelse selv om kommunen et annet sted i planen mener å sitte på god dokumentasjon om helsetilstanden gjennom HUNT-undersøkelsen.

I et av hovedmålene i kommuneplanen, står det eksplisitt at kommunen "skal vektlegge forebyggende og helsefremmende tiltak slik at befolkningen best mulig blir i stand til å ta ansvar for egen helse og sin sosiale situasjon." Dette punktet omhandler tiltak for de mer proksimale påvirkningsfaktorene i følge teorien til Bronfenbrenner, og for de mellomliggende

helse-determinantene i nyere teori om helse-determinanter.

Folkehelse er også med i planstrategien, og i arealdelen av kommuneplanen. I kommunal planstrategi er det et eget avsnitt om folkehelse/levekår. En kan derfor slutte seg til at folkehelse har blitt integrert i kommunens planer, i større eller mindre grad, slik at prinsippet om helse-i-alt-en gjør langt på vei er tatt med i kommunens planleggingsarbeid.

3. Livsløpsperspektivet

Livsløpsperspektivet er en viktig dimensjon i folkehelsearbeidet og blir sterkt vektlagt både i internasjonal, europeisk og i norske føringer for et langsiktig folkehelsearbeid. I og med at sosiale helseforskjeller akkumuleres gjennom livsfasene, vil dette perspektivet være viktig å trekke frem også for tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Tabell 21: Livsløpsperspektivet i Nærøy kommunes plandokumenter.

Livsløpsperspektivet	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
Barn og unge	<p>"Spesielt legge til rette for å sikre barn gode oppvekstvilkår."</p> <p>"Nærøy kommune skal ha et oppvekstmiljø som gir trygghet og gode utviklingsmuligheter for barn og unge."</p> <p>"Skolen skal være en god arena som gir elever en positiv utvikling både faglig og sosialt".</p> <p>"Skole og barnehager i Nærøy skal ha fokus på god helse gjennom sunn mat og fysisk aktivitet."</p>
Voksne i arbeidsfør alder	<p>"Mest mulig av befolkningens behov for arbeidsplasser, service, kultur- og friluftstilbud skal kunne dekkes innenfor kommunens grenser"</p> <p>"Nærøy kommune skal ha et målrettet næringsarbeid for å skape nyetableringer og gi gode utviklingsmuligheter for eksisterende næringsliv i hele kommunen."</p> <p>"Nærøy kommune ...bidra til at det etableres tilstrekkelig antall boliger for befolkningen."</p> <p>"Nærøy kommune skal være behjelpelig i forhold til arbeid, aktivitet og inntektssikring."</p>
Eldre	<p>"Eldre innbyggere i Nærøy kommune skal ha mulighet til å leve et selvstendig liv med god livskvalitet, og kommunen skal legge til rette for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig."</p> <p>"Det skal arbeides for at alle offentlige bygg og anlegg skal ha universiell utforming".</p>

Oppsummeringen av tekstelementer viser at livsløpet fra barn og unge, voksne i arbeidsfør alder og eldre er med i planene. Graviditet, fødsel og helsestasjonsarbeid var imidlertid ikke omtalt. I og med at kommunen har helsestasjon og oppfølging av gravide og nybakte mødre, antas det at planer for dette arbeidet er ivaretatt i kommunenes tjenestetilbud.

Det er mange treff på søk for barn og unge i planen. Alle tekstelementene for barn og unge er derfor ikke tatt med i tabellen over. Det er heller ikke tatt med tekstelementer som gjelder f.eks. tilrettelegging av områder for friluftsliv og fysisk aktivitet generelt, uavhengig av livsfase.

4. Prinsippet om medvirkning.

Prinsippet om medvirkning ligger i rammeverket for folkehelsearbeidet og i plan og bygningsloven. Dette prinsippet er også nevnt i plandokumentene til Nærøy kommune. Det var to treff i kommuneplanen om medvirkning og ett som omhandlet dialog med brukerne.

Tabell 22: Prinsippet om medvirkning i Nærøy kommunens planer.

Prinsippet om medvirkning	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
Brukermedvirkning	"Det skal legges til rette for brukermedvirkning".
Brukertilfredshet	"Kvaliteten på kommunale tjenester skal måles gjennom undersøkelser av brukertilfredshet."
Medvirkning	"Ungdomsmedvirkning skal ivaretas ved aktiv involvering av lag og foreninger som organiserer ungdom i tillegg til Nærøy ungdomsråd."

Tekstelementene omhandlet stort sett brukermedvirkning, målinger av brukertilfredshet i forbindelse med tjenestetilbudet, men også medvirkning for ungdom gjennom lag og foreninger. Medvirkning kan være et tiltak i seg selv for å aktivisere ungdommen til å komme med synspunkter på f.eks. hvilke tiltak som kan være attraktive for dem.

5. Utjevning av sosiale helseforskjeller.

For begrepet "utjevning" var det treff i kommunes planer med referanse til folkehelseloven under føringer for folkehelsearbeidet. Ellers var det ingen egne punkter om sosial utjevning i kommuneplanen. Siden forskjeller i sosioøkonomisk status omfatter bl.a. utdanning, inntekt og yrke, ble det søkt på begrepene "utdanning", "inntekt" og "yrke"/"arbeid". I tillegg ble det søkt på begrepet "levkår" da levekår er et temaområde i oversiktsarbeidet. Samtidig er levekår det punktet, som sammen med oppvekstvilkår, omhandler påvirkningsfaktorer med

betydning for sosiale ulikheter i helse. Det er også søkt på "helseforskjeller" hvor det ble ett treff.

Tabell 23: Oppsummering av tekstelementer for sosiale helseforskjeller i plandokumentene for Nærøy.

Utjevning av sosiale helseforskjeller	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
Indikatorer og søk på begreper	
"Utdanning"	"Alle elever som går ut av grunnskolen i Nærøy, skal mestere grunnleggende ferdigheter som gjør dem i stand til å delta i videre utdanning og arbeidsliv." "Nærøy kommune skal videreutvikle vertskapsrollen for regionens videregående skoler. Samarbeidet mellom grunnskolen og videregående skoler skal videreutvikles."
"Inntekt"	"Nærøy kommune skal være behjelpelig i forhold til arbeid, aktivitet og inntektssikring."
"Arbeid"	"Skape nye og lønnsomme arbeidsplasser".
"Yrke"	Referert til føringer for folkehelsearbeidet om "å skape færre tapere på arbeidsmarkedet".
"Levekår"	Henvist til føringer for folkehelsearbeidet for utjevning av sosiale helseforskjeller, men ingen konkrete tiltak hvor levekår for utjevning av sosiale helseforskjeller blir nevnt. Kommunen har en sosial boligplan, men her er det også bare henvist til føringer for arbeidet med sosial utjevning og ikke konkrete tiltak som omhandler dette.
"Helseforskjeller"	"Utforme tydelige og klare mål og aktiviteter for utjevning av sosiale helseforskjeller i planverket."

Tekstelementene omhandler mål om hvilke skoleferdigheter elevene som går ut av ungdomskolen skal ha for å sikre en god overgang til videregående skole. Det er også lagt vekt på næringsutvikling for å skaffe lønnsomme arbeidsplasser. Nærøy kommune skal også være behjelpelig med å skaffe arbeid og sikre inntekt. De andre punkene er generelle og henviser til hva rammer og føringer for folkehelsearbeidet sier om å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er lite konkrete planer om dette området spesifikt for Nærøy kommune.

6. Påvirkningsperspektiv i forhold til sykdomsperspektiv.

I plandokumentene til Nærøy kommune refereres det til føringene for folkehelsearbeidet om å fokusere på et påvirkningsperspektiv fremfor et sykdomsperspektiv. I selve planen blir det referert til at HUNT-undersøkelsen vil være nyttig i kommunes videre arbeid med folkehelse.

Tabell 24: Oppsummering av tekstelementer for påvirkningsperspektiv og sykdomsperspektiv i Nærøy kommunens planer.

Påvirkningsperspektiv vs. sykdomsperspektiv	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
"Påvirkningsperspektiv"	Henvisning til folkehelseloven om dreining av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Ellers ingen konkret omtale av dette i planene.
"Sydomsperspektiv"	"Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT... vil være nyttig i Nærøy kommunes videre arbeid." Det refereres til at plager i muskel- og skjelett er mer utbredt i kommunen enn landet for øvrig ut fra folkehelseprofilene.

Det er bare henvist til HUNT-undersøkelsen, men hvordan undersøkelsen er tenkt brukt i det videre arbeidet er ikke utdypet nærmere. Det samme gjelder henvisningen til dreining av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Det er generelt lite konkrete tiltak i planen for hvordan kommunen skal arbeide med dette.

7. Bruken av frisklivsentralen i forebyggende og helsefremmende tiltak

På søk om "frisklivsentral" på kommunens nettside fikk jeg ingen treff. Kun på friskustur og på frivillighetssentral. I arkivet fant jeg imidlertid en artikkel om åpningen av frisklivsentralen 26.8.2014 som skulle være en del av kommunens helsetilbud. Den skulle hjelpe og støtte alle som ønsket å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet og kosthold. Her står det at de kan henvises til Frisklivsentralen gjennom lege, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, innvandringstjenesten, NAV og psykiatriske tjenester, eller at de selv kontakter Frisklivsentralen via mail eller telefon. Det gjennomføres en helsesamtale hvor det utarbeides mål og plan for deltakelsen. Deltakelsen går over 3 måneder, og de kan delta på aktiviteter inne og ute med tilpasset nivå, og de får tilbud om å delta på temasamlinger om kosthold. Etter 3 måneder gjennomføres en oppfølgingssamtale. Deltakelsen er kostnadsfri. I tillegg er det en oppfølgingstid på 5 år, og Frisklivsentralen gir informasjon om hva som finnes av oppfølgingstilbud i lokalmiljøet. De tilbyr også et "Bra-mat" kurs over 5 kurskvelder. Om tilbudet eksisterer i dag vet jeg ikke siden Friskliv ikke ga treff på søk på kommunens nettside. Jeg tok en telefon til kommunen 4.5.2016 og fikk tak i folkehelsekoordinatoren som kunne opplyse om at tilbudet fortsatt drives på samme måte som ved oppstart. Tiltakene kunne brukes av alle uavhengig av om de er henvist av lege eller annet helsepersonell, eller ved direkte kontakt. Frisklivsentralen tilbød imidlertid ikke røykeavvenningskurs under begrunnelse av liten etterspørsel etter dette.

5.2. Øygarden kommune i Hordaland

Øygarden kommune er en kystkommune i Hordaland fylke og har et areal på 985,95 km² og består av fastland og øyer, havflate, åpne områder, innsjøer, elv, myr, skog, dyrket mark, bygg og tettbygd områder inkludert industriområde

Kommunesenteret ligger på Rong, ca. 45 min. kjøretid fra Bergen. Kommunen er i dag landfast med broforbindelse til fastlandet og mellom øyene.

Kommunen har 4855 innbyggere per 31.12.2015 (SSB). Øygarden kommune har en ung befolkning sammenliknet med snittet for Hordaland.

Kommunen er organisert med en kommunalsjefstab og avdelinger for oppvekst, helse- og omsorg, teknisk drift og service dessuten avdeling for teknisk plan og forvaltning med areal og samfunnsplanlegging. Folkehelsekoordinatoren er organisert under helse og omsorg.

Kommunen oppgir å ha godt økonomisk handlerom, men fagmiljøene er noe begrenset.

Næringsgrunnlaget omfatter bl. a ilandføringsanlegg for olje og gass og store næringsarealer.

Kommunen har mange havner og mye skipsanløp. Arbeidsmarkedet er relativt smalt for ufaglærte og personer med spesielle behov.

Når det gjelder kultur, idrett og friluftsliv har kommunen kirke, kystmuseum, frivillighetsentral, kulturskole, bibliotek og to svømmebasseng som er åpne for publikumsbading i tillegg til brukere fra skoler, barnehager og pleie og omsorg.

Kommunen har to fullverdige fotballbaner med kunstgress.

I Øygarden er "gratisprinsippet" nedfelt i idretten sine rammevilkår.

Det finnes bl.a. et treningssenter, Peak Fitness, der en avtale med kommunen gir alle ungdomskolelever gratis trening. Voksne utøver sin fysiske aktivitet først og fremst gjennom kommersialiserte arenaer eller gjennom uorganisert aktivitet.

Kulturkontoret har per 2015 etablert 11 turstier som er ryddet, merket og gradert.

I Øygarden er forebygging satt på dagsorden i stor stil gjennom "Lokalsamfunn med MOT".

De har også aktivitet gjennom "The Dale Oen Experience"⁴.

Det er 5 barneskoler og en ungdomsskole i kommunen, men ingen videregående skole.

Kommunen har full barnehagedekning.

⁴ "The Dale Oen Experience er en ideell organisasjon som retter seg mot å legge til rette for opplevelser og mestring blant barn og ungdom som nødvendigvis ikke har en enkel hverdag." www.helsport.no.

Kommunen oppgir å ha en presset trafikksituasjon. Mange pendler til nabokommunene. Mange opplever det kollektive rutetilbudet både internt og eksternt som "ikke fullt tilfredsstillende" (Kommuneplanen samfunnsdel inkl. kommunal planstrategi og handlingsprogram Øygarden kommune 2014-2022). Det er imidlertid fastlandsforbindelse til nabokommuner med et godt utbygd brosystem. Kommunen omtaler seg som "brobyggeren" som både inkluderer broene som er bygget mellom øyene, og i betydning av å bygge broer mellom folk.

Når det gjelder vann, avløp og renovasjon, er det igangsatt et arbeid med å oppgradere drikkevannsforsyningen etter en "hovedplan for vatn 2013-2017".

Under helse og omsorg har kommunen en Frisklivsentral etablert i 2012, helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmor samt legetjeneste med rundt 9 årsverk, hvorav 3 fastlegestillinger. Kommunen har også et "Familiens hus" med forebyggende tjenester til barn og unge.

5.2.1 Innholdsanalyse av oversiktsarbeidet for Øygarden kommune

I Øygarden kommune lå ikke oversiktsarbeidet ute på nettsiden. Den ble oversendt etter henvendelse til kommunen høsten 2015 (Folkehelseoversyn Øygarden kommune 2014 (språkvasket versjon 2015)). Oversiktsdokumentet er disponert etter foreslåtte temaområder som finnes i veiledningsheftet fra helsedirektoratet for oversiktsarbeidet.

Se vedlegg 4 for transkripsjon av innhold som omhandler hvert temaområde for folkehelse i oversiktsarbeidet, både de positive og negative påvirkningsfaktorene. Her følger en oppsummering for *folkehelseutfordringene* som fremkom av innholdsanalysen av oversiktsdokumentet.

Folkehelseutfordring 1: Befolkningssammensetningen med høy andel eldre, yngre og økt andel innvandrere.

Alle aldersgruppene vokser, men andelen over 67 år vokser mest. Det er også sterk vekst i andelen yngre og personer med innvandrerbakgrunn. Dette oppgis å gi økt press på kommunale tjenester.

Folkehelseutfordring 2: Lavt utdanningsnivå og frafall fra videregående skole.

Utdanningsnivået i Øygarden kommune er lavere enn i Hordaland og landet forøvrig. Frafallet i videregående skole er høyere enn landsgjennomsnittet. Elevene må reise til nabokommunene for å gå på videregående skole.

Folkehelseutfordring 3: Arbeidsløshet og sykefravær.

Arbeidsløsheten i Øygarden kommune ligger høyere enn nabokommunene, fylket og landet forøvrig. Arbeidsløsheten er høyest i aldersgruppen 15-29 år. Sykefraværet ligger litt høyere enn landsgjennomsnittet. Sysselsettingsgraden ligger omtrent på landsgjennomsnittet.

Folkehelseutfordring 4: Rus.

Øygarden har et etablert rusmiljø, med misbruk, kjøp og salg av alle typer narkotika. Tall fra "BrukarPlan" viser at Øygarden skårer høyt på antall rusavhengige i aldersgruppen 18-25 år i forhold til andre kommuner som har vært med i BrukarPlan⁵. Ungdataundersøkelse fra 2012 for elever ved Øygarden ungdomsskole viser at elever som har drukket seg beruset og kan skaffe hasj er over landsgjennomsnittet, men røyking og snus ligger under. I følge brukerstatistikk fra folkehelseinstituttet har Øygarden høyere andel kvinner som røyker enn i landet ellers.

Folkehelseutfordring 5: Drikkevannskvalitet.

Drikkevannskvaliteten tilfredsstillende ikke alle krav i drikkevannsforskriften og kommunen arbeider med vannkvaliteten etter en hovedplan for vatn 2013-2017. Mange steder går kloakken urensset ut i sjøen. En del av de mindre vassdragene samt innelukkede sjøområder er derfor forurenset av kloakk. Siden 2011 har et av vannene i kommunen vært stengt som drikkevannskilde på grunn av grønnalger. Kvaliteten på ledningsnett er oppgitt å være variabelt, og i flere områder i den sørlige delen av Øygarden er det stort behov for utbedring.

Folkehelseutfordring 6: Helserelatert atferd og helsetilstand.

Ut fra folkehelseprofilene ligger Øygarden dårligere an på en rekke livsstilssykdommer enn landsgjennomsnittet. Med tanke på at Øygarden kommune i hovedsak har en ung befolkning i forhold til landet som helhet, oppgir de at det er viktig å få kartlagt forhold som har betydning for livsstilssykdommene. Følgende livsstilssykdommer oppgis å ligge over

⁵ Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av risikofylt rusmiddelbruk blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Det dokumenterer og synliggjør omfang og karakter av rusmiddelbruk blant brukere av kommunens tjenester sammenlignet med andre kommuner (www.fylkesmannen.no).

landsgjennomsnittet: hjerte-og kar, muskel - og skjelett, KOLS og astma, diabetes type 2, kreft og psykiske lidelser.

Øygardens konklusjon for oversiktsarbeidet

Øygarden konkluderer med at sykdomsbildet er preget av at helseatferd utgjør større risiko for helsen enn ytre påvirkningsfaktorer og legger derfor opp til tiltak slik at innbyggerne selv kan ta større ansvar for egen helse.

Samtidig savner kommunen mer statistikk på helseatferd i sin kommune.

Kommunen ser nødvendigheten av å arbeide med folkehelseutfordringene på tvers av ulike fag- og tjenestoområder. Kommunene konkluderer også med at det bør legges best mulig til rette for at innbyggerne selv kan ta de rette valgene for egen helse. De konkluderer også med at det i tiden fremover bør arbeides systematisk og målrettet for å skape helsefremmende lokalsamfunn.

5.2.2 Innholdsanalyse av plandokumenter for Øygarden kommune i forhold til folkehelseutfordringene i oversiktsarbeidet

For Øygarden kommune er kommuneplanen samfunnsdelen 2014-2022 utgangspunkt for innholdsanalysen. I kommuneplanens samfunnsdel utgjør kommunal planstrategi og handlingsprogrammet egne avsnitt.

Arealdelen av kommuneplanen består av flere deler. En av disse er en planskildring som er retningsgivende for arealbruken i planområdet. I denne står det at folkehelse, samhandlingsreformen og universiell utforming skal bli vektlagt. I tillegg finnes en konsekvensanalyse for ny arealbruk. I denne er folkehelse nevnt i forbindelse med vurdering av gang og sykkelvei. I forbindelse med arealer til boligbygging er naturområder vurdert ut fra hvor egnet de er for rekreasjon og friluftsliv. I tillegg finnes et par plankart med merking av friluftsområder og badeplasser.

I planstrategien står det at "område som beredskap, samfunnstryggleik, folkehelse, økonomi og miljø skal ivareta i all kommuneplanlegging.". Ved gjennomlesing av plandokumentene nevnes folkehelse i de overordnede plandokumentene på en systematisk måte.

Levekår og folkehelse er nevnt i forbindelse med følgende tiltak i handlingsplanen:

1. Lage en "*Plan for levekår*". Målet er å fremme levekår, folkehelse, forebygging, og satsing på skole og gode oppvekstvilkår.

2. *"Fra "reparasjon" til "forebygging"*. Det er referert til området barn/ungdom og eldreomsorg. I denne forbindelse er reguleringsplaner, arealplaner og teknisk utbygging nevnt for å tilpasse planene til forebyggingsperspektivene.
3. *"Kompetansetiltak"* hvor resultater fra kunnskapstester i skolene skal heves, og at kommunen skal sikres varig og kompetent arbeidskraft, og å øke kompetansen i organisasjonene.
4. *"Folkehelsearbeid"*. Under dette punktet står det at folkehelsearbeidet skal nedfelles i en plan for levekår.
5. *"Idretts- og flerbrukshall på Rogn"* skal benyttes av ungdomsskoleelever i skoletida og befolkningen ellers. Det er også nevnt et tiltak om å "oppruste idrettsbanen på Toftøy".
6. *"Kommunale trafikkisikringstiltak"*, hvor egen plan er vedtatt i kommunestyret.
7. *"Opprusting av vassverka"*, hvor plan er vedtatt av kommunestyret.
8. *"Opprusting av avløpsnettet"* også etter vedtatt plan i kommunestyret.

I samfunnsplanen for Øygarden er mål og strategier inndelt etter avsnitt hvor det er satt opp mål og strategier for 10 hovedområder. Søk på begrepet folkehelse ga 25 treff gjennom hele samfunnsdelen av kommuneplanen. I handlingsprogrammet ble det 2 treff, hvorav et eget tiltak for folkehelse hvor det ble presisert at folkehelseperspektivet skal innarbeides i all planlegging, også arealdelen. Det andre treffet var på tiltaket om å utarbeide en plan for levekår, folkehelse og forebygging.

Alle tekstelementer som omhandler folkehelse i kommuneplanen, er trukket ut og analysert i forhold til folkehelseutfordringene som kom frem i oversiktsarbeidet.

Disse er oppsummert i tabell 25. Tiltakene er kategorisert i forhold til nivå i økologisk modell og type tiltak.

1. Oppsummering folkehelseutfordringer og tiltak i forhold til nivå i økologisk modell

I tabellen er organisasjonsrettede og universielle tiltak plassert under samfunnsnivå og de aktivitetsrettede og målrettede tiltakene under gruppe- og individnivå. Hvert tekstelement er forsøkt kategorisert i forhold til nivå og type tiltak, og deretter summert.

I summen for samfunnsnivå og individnivå er summen delt på 2 i og med at det er registrert 2 typer tiltak for hvert tekstelement.

Tabell 25: Oppsummering folkehelseutfordringer og tiltak i kommuneplanen for Øygarden.

Nivå i økologisk modell og ulike typer tiltak.		Samfunnsnivå		Individ nivå	
		Organisa- sjonsrettet	Univer- sielt	Aktivi- tets- rettet	Mål- rettet
Folkehelseutfordring	Mål og tiltak				
1. Andelen eldre over 67 år og yngre med sammensatte og omfattende hjelpebehov øker. Andel innvandrere har økt. Økt press på kommunale tjenester	1. Tidlig innsats og mer forebygging 2. Universiell utforming 3. Legge til rette for at eldre og andre kan få bo hjemme lengst mulig 4. Leksehjelp til innvandrere	1 1 1	1 1	1 1	1 1
2. Lavt utdanningsnivå og frafall fra videregående skole	1. Forbedre læring og resultat i skolene. 2. Sikre overgangene mellom barne-, ungdoms- og videregående skole 3. Stimulere til at flere tar høyere utdanning - holdningsskapende arbeid. 4. Øke bredden på det videregående tilbudet i regionen.	1 1	1	1 1	1 1
3. Arbeidsløshet og sykefravær Arbeidsløsheten er høyest i aldersgruppen 15-29 år	1. Skape helsefremmende arbeidsplasser. 2. Skape attraktive arbeids- og boforhold	1 1	1 1		
4. Rus	1. Videreutviklet arbeidet med MOT til "lokalsamfunn med MOT" 2. Videreføre samordningsmodell for lokale forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet (SLT).			1 1	1 1
5. Drikkevannskvalitet	1. Sikre rent og nok vann til alle innbyggerne og næringslivet. 2. Sikre avløpsnett og forhindre forurenset utslipp.	1 1	1 1		
6. Helserelatert atferd og livsstils- sykdommer (hjerter-kar, muskel-og skjelett, KOLS og astma, diabetes 2, kreft og psykiske lidelser spesielt)	1. Utarbeide handlingsplaner som fremmer gode levevaner, sunn livsstil og trygge levekår. 2. Skape gode fysiske aktivitetsvaner og kostvaner hos barn og unge i skole og SFO.	1	1	1	1

	3. Integrere tilbud fra kulturskole, idrett og frivillige organisasjoner i SFO-tid og i skolen.	1			1
	4. Bygge idrettshall for bl.a. å stimulere til et mangfoldig idrettsliv i kommunen og gi positive bidrag til folkehelsearbeidet.	1			
	5. Utvikle kulturtilbudet i samarbeid med lokale organisasjoner og næringslivet for opplevelse, aktivitet og forebygging.	1			1
	6. Merking av turløyper, lage universielt utformede turstier og lyssette løyper.			1	1
	7. Ta vare på og vedlikeholde badeplasser.			1	1
	8. Legge til rette for at innbyggerne kan ta rette valg for egen helse	1			1
Sum ulike typer tiltak		15	11	10	9
Sum samfunnsnivå ((organisasjonsrettet+universielt)/2) og gruppe/individnivå ((aktivitetsrettet+målrettet)/2)		13		9,5	

Oppsummeringen viser at det er flere tiltak på samfunnsnivået enn på gruppe- og individnivået. 42% (9,5) av tiltakene er klassifisert som individ- eller grupperettede tiltak på proksimalt nivå i den økologiske modellen, mens de resterende 58% (13) av tiltakene er på samfunnsnivå, distalt i forhold til individet.

Det er også flere organisasjonsrettede og universielle tiltak enn aktivitetsrettede og målrettede. Dette er ikke overraskende når kommuneplanen er på et overordnet nivå i kommunen. Det er imidlertid flere tiltak på gruppe- og individnivå i Øygarden enn i Nærøy. Her er det et samsvar med oversiktsarbeidet, hvor det i konklusjonene er et sterkt fokus på livsstil.

2. Prinsippet om helse-i-alt-en-gjør

"Helse-i-alt-en-gjør" omfatter tverrsektorielt arbeid, nettverk og samarbeidsformer om folkehelse, integrering av helse i alle planer og å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet. Tabellen under gir en oversikt for tekstelementer under hvert punkt, og gir

et bilde av prinsippet om helse-i-alt-en gjør for de organisasjonsrettede tiltakene i hovedsak, men også aktivitetsrettede tiltakene hører nødvendigvis inn under prinsippet.

Tabell 26: Oppsummering av innholdsanalyse i forhold til prinsippet for "helse-i-alt-en gjør" for Øygarden.

"Helse-i-alt-en-gjør"	Tekstelementer i kommunens plandokumenter. Øygarden kommune
Tverrsektorielle folkehelsearbeidet	Viser til folkehelseloven om at folkehelsearbeidet skal være sektorovergripande og omfattetiltak i mange samfunnsområde" og at "folkehelsearbeidet skal vera tverrfagleg og tverretatleg." "Strategiene i denne planen har som mål å fremja folkehelsa."
Nettverk og samarbeid med andre kommuner, fylkeskommune, næringsliv og frivillige organisasjoner mfl.	"Den interne samhandlingen mellom etater og frivillige organisasjoner skal videreutvikles. Kommunen skal ta en aktiv rolle i å samordne lokale tiltak." "Øygarden kommune har inngått avtale med Hordaland Fylkeskommune om partnerskap om folkehelse (folkehelsekoordinator). Dette inneber ei gjensidig forpliktning om å satsa på folkehelse tiltak for å nå måla våre." "Etablera samarbeid med familie, frivillige og lokalsamfunn både på system- og individnivå."
Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen	"Kommunen skal innarbeida folkehelseperspektivet, prinsippa om førebygging og universell utforming i alle planar og tenester." "Område som beredskap, samfunnstryggleik, folkehelse, økonomi og miljø skal ivaretaast i all kommuneplanlegging." "I planen vil me synleggjera korleis nasjonale strategiar og planar kring tema folkehelse skal setjast i verk i Øygarden kommune."
Styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet	Ingen søketreff på "kunnskapsgrunnlaget", men mange på "kunnskap". Kun to treff på "kunnskap" i forbindelse med oversiktsarbeidet med referering til folkehelseloven, resten i andre sammenhenger. "kunnskap fra de kommunale helse-og omsorgstjenestene.", og "Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse."

Alle faktorer som er satt opp under prinsippet helse- i-alt-en gjør er tatt med i plandokumentene for Øygarden kommune. Det er flere og mer detaljerte tekstelementene i planene for Øygarden kommune enn for Nærøy. Men når det gjelder å styrke kunnskapsgrunnlaget har Øygarden kun referert til kravene om dette i oversiktsarbeidet og ikke utdypet behov for styrke dette i plandokumentene. I konklusjonen for oversiktsarbeidet

kom det imidlertid frem at de mangler god statistikk for levevaner i kommunen. Helsetilstanden har de imidlertid god oversikt over.

3. Livsløpsperspektivet

I kommuneplanens samfunnsdel, inkludert handlingsprogrammet, var det ett treff på begrepet livsløp (livsløp). Dette var i forbindelse med livsløpsstandard i forbindelse med universiell utforming av boliger. Ellers er det tekstelementer fra alle livsfasene under mål, strategier og tiltak, inkludert svangerskapsomsorg, helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Tabell 27: Livsløpsperspektivet i Øygarden kommunes plandokumenter.

Livsløpsperspektivet	Tekstelementer i kommunens plandokumenter. Øygarden kommune
Barn og unge	<p>"Barnehagen er ein viktig arena for å gje borna kunnskap og gode vanar som fremjar helsa deira og som reduserer risiko for helseproblem i vaksen alder."</p> <p>"Det er ei målsetjing å styrka skulefritidsordninga ved å integrera tilbod fra kulturskule, idrett og frivilljuge organisasjonar i SFO-tid."</p> <p>"Skulane må i større grad etablere gode system for læring gjennom heile utdanningsløpet, og særleg sikra overgangen mellom barneskulane og ungdomsskulen, og ungdomsskulen og vidaregåenda skule."</p> <p>"Arbeide for å auka breidda i det vidaregåande skuletilbodet i regionen."</p> <p>"Det er behov for ny levkårs-/oppvekstplan der utfordringene for barn og unge vert fokusert på spesielt."</p>
Voksne i arbeidsfør alder	<p>"Skapa helsefremjande arbeidsplassar".</p> <p>"Øygarden kommune skal leggja til rette for å sikra innbyggjarane høg livskvalitet, attraktive arbeids- og bumiljø, og opplevinga av ein god kommune å bu, arbeida og leva i."</p> <p>"Arbeida haldningsskapande i heile lokalsamfunnet for å vekkja interesse og gje status til kompetanse både blant born, ungdom og vaksne."</p> <p>"Bruka tenester frå Frivilligsentralen og Frisklivscentralen i det førebyggjande arbeidet."</p> <p>"Fokus på og prioritering av etter- og vidareutdanning."</p>
Eldre	<p>"Eldre, sjuke og funksjonshemma skal ha høve til å bu lengst mogleg i eigen heim, eventuelt i tilpassa bustad."</p> <p>"Kommunen skal stimulera til å opparbeida universielt utforma turstiar i kommunen."</p>

For Øygarden omhandler også mange av målene og tiltakene i planen barn og unge slik som for Nærøy kommune. Her er det også nevnt overgang mellom skoletypene. Siden de selv ikke har egen videregående skole, og at frafallet fra videregående skole er stort for elever fra

Øygarden, har de også nevnt et ønske om å påvirke bredden i det videregående skoletilbudet i regionene. Kommunen har også et økt fokus på etter og videreutdanning for den voksne del av befolkningen i arbeidsfør alder. I tillegg er det et fokus på å skape helsefremmende arbeidsplasser. Arbeidsløshet og sykefravær var oppgitt i oversiktsarbeidet å være en folkehelseutfordring og dette tekstelementet kan ses i sammenheng med det. For den eldre del av befolkningen legges det vekt på at eldre skal kunne bo lengst mulig i eget hjem. Dette gjelder også syke og funksjonshemmede. Både Øygarden og Nærøy har trukket inn tilrettelegging for at eldre skal kunne bo i eget hjem lengst mulig, og det kan ha sin bakgrunn i at samhandlingsreformen fokuserer på dette (St. meld. nr 47 (2008-2009):37).

4. Prinsippet om medvirkning

Dette prinsippet kommer frem gjennom tekstelementer på søk på nynorske ord for medvirkning og brukerundersøkelser. Under hovedmålet om mennesket i sentrum i kommuneplanen er det lagt vekt på brukermedvirkning.

Tabell 28: Prinsippet om medvirkning i Øygardens kommuneplaner.

Prinsippet om medvirkning	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
	Øygarden kommune
Brukermedvirkning	"Det skal legges til rette for brukermedvirkning." "Brukarperspektivet må stå sentralt og det må legjast til rette for aktiv og reell brukarmedverknad både innanfor områda tenesteyting og tilrettelegging." "Reell og likeverdig deltaking frå brukarar og innbyggjarar i opplæring, arbeidsliv og kulturliv."
Brukerundersøkingar	"Levekår og kvaliteten på service må målast jamleg gjennom brukarundersøkingar."

Det er presisert i teksten i planen at det skal være en reell og likeverdig deltakelse fra brukere og innbyggere i opplæring, arbeidsliv og kulturliv. Trygghet og medvirkning for den enkelte er nevnt som punkt under eget avsnitt om folkehelse i planen. Konkrete tekstelementene i planen gjaldt i hovedsak tjenestetilbudet.

5. Utjevning av sosiale helseforskjeller

Utjevning i helseforskjeller, "utjamning i helseskilnader", fikk treff 3 steder i planen. I det ene tilfellet handlet det om at innbyggerne må få oppleve at levekårene er rettfærdige og jevnt fordelt i kommunen, og det andre treffet handlet om utjevning mellom kjønna. Det tredje treffet var i forbindelse med levekårsindeksen hvor Øygarden hadde skåret lavt.

Det ble også søkt på begreper i forbindelse med den sosiale gradienten hvor bl.a. utdanning, yrke og inntekt brukes som indikatorer i teori om sosiale ulikheter i helse (Mackenbach 2015). Det var ingen treff på "inntekt", men på de to andre indikatorene var det treff. I tillegg søkte jeg på begrepet "levkår" som rommer sosiale helsedeterminanter med betydning for helseforskjeller.

Tabell 29: Oppsummering av tekstelementer for sosiale helseforskjeller i plandokumentene for Øygarden.

Utjevning av sosiale helseforskjeller	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
Indikatorer og søk på begreper	Øygarden kommune
"Utdanning"	"Styrkja utdanningstilbodet i regionen i samarbeid med næringslivet."
"Arbeid"	"Det går vesentlege sosiale skiljeliner mellom dei som deltek og dei som står utanfor arbeid"
"Levekår"	" Å kjempa mot arbeidsløyse og redusera tala på uføretrygda er viktig"
	"Dei fleste opplever at det er godt å bu her. Meir kan likevel gjerast for å skapa betre levekår for einskilde grupper og dei som fell utanfor deltakinga i samfunnet."
	"Levekårsundersøkjingar skal danna grunnlag for målretta realistiske tiltak for å utjamna levekåra."

Her er det en klar målsetning om å vektlegge arbeidet med å bekjempe arbeidsløshet, redusere tallet på uføretrygdede og å gjennomføre levekårsundersøkelser.

6. Påvirkningsperspektiv i forhold til sykdomsperspektiv

Kommunen satser på forebygging og dette kommer frem av søk på "sjukdom". Søkeordet "påvirkning" måtte omskrives pga. nynorsk tekst i kommunens planer. "Påverknad" fikk ett treff.

Tabell 30: Oppsummering av tekstelementer for påvirkningsperspektiv og sykdomsperspektiv i Øygarden kommunes planer.

Påvirkningsperspektiv vs. sykdomsperspektiv	Tekstelementer i kommunens plandokumenter.
"Påvirkningsperspektiv"	"Vri ressursinnsats frå behandling til førebygging og folkehelsearbeid."
"Sjukdom"	"Førebyggja sjukdomar og skader"
	"Kommunane skal no i større grad oppfylla ambisjonane om førebygging før sjukdom oppstår."
	"Fysisk aktivitet kan redusera risiko for tidleg død, sjukdom og funksjonsevne."
	Forebygging av livsstilssykdommer bl. a gjennom frisklivscentralen.

Tekstelementene viser at Øygarden ønsker å vektlegge forebygging og "folkehelsearbeid". De fremhever fysisk aktivitetstilbud gjennom frisklivscentralen for å forebygge livsstilssykdommer. Begge perspektiv er således representert i planen.

7. Bruken av frisklivscentralen i forebyggende og helsefremmende tiltak

Frisklivscentralen i Øygarden har eksistert siden våren 2015. På nettsiden til Øygarden, under folkehelse, står det at tilbudet er for dem som ønsker å endre livsstil, og at formålet er å bedre helsen og å hindre livsstilssykdommer. Tilbudet markedsføres ut mot alle innbyggere, men det står at de må ha en frisklivsresept av lege, NAV eller andre helsearbeidere i kommunen. Tilbudet består av en enkel kondisjonstest, treningsgrupper med instruktør, turgruppe, røykesluttkurs og "Bra-Mat" kurs. Når en går inn på timeplanen for gruppetrening for 2014, som lå ute på nett, ser en at treningstilbudet bestod av både rehabilitering, svømming/seniorbading og "trening for alle". Tilsammen var det 11 tilbud i uka hvor de måtte ha en henvisning for å delta på 4 av dem. (Kommuneplanen samfunnsdel inkl. kommunal planstrategi og handlingsprogram Øygarden kommune 2014-2022). Det lå ikke ute noen timeplan for 2016 på nettsiden.

I kommuneplanens samfunnsdel fremheves det at tjenester fra Frivillighetssentralen og Frisklivscentralen skal brukes i det forebyggende arbeidet.

I kommuneplanens samfunnsdel, under avsnitt om samhandlingsreformen, står det at Frisklivscentralen inngår i et samarbeid mellom Familiens Hus, legetjenesten, pleie og omsorg, NAV og frivillighetssentralen, og er koordinert og driftet av folkehelsekoordinatoren.

6. Diskusjon av empiri i forhold til problemstillingen

Problemstillingen for oppgaven dreier seg om modellen for det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet etter folkehelseloven hvor kommunene først skal gjennomføre et oversiktsarbeid for å kartlegge hvilke folkehelseutfordringer som finnes i kommunen, for så å kunne følge opp med mål, strategier og tiltak i kommuneplanene.

Problemstillingen er i hvilken grad oversiktsarbeidet blir lagt til grunn for fastsettelse av mål og strategier i kommuneplaner og valg av tiltak.

Det vil med andre ord si hvordan det systematiske folkehelsearbeidet blir fulgt opp i den første fasen av det systematiske folkehelsearbeidet hvor oversiktsarbeidet skal legges til grunn

for hvilke tiltak kommunen skal prioritere. Spørsmålet er om oversiktsarbeidet ,med identifisering av de største folkehelseutfordringene, i kommunen blir fulgt opp i plandokumentene i kommunen og i prioriteringer av tiltak. Presentasjonen av empirien fra surveyundersøkelsen og innholdsanalysen av plandokumenter for de to utvalgte kommunene, blir diskutert samlet. Diskusjonskapitlet er organisert etter elementene i modellen for det systematiske folkehelsearbeidet i forhold til problemstillingen.

6.1. Modellen for det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen

Modellen for det systematiske folkehelsearbeidet er en idealmodell og en forenkling av hvordan kommuneplanleggingen blir gjennomført i praksis. Dette kom tydelig frem i innholdsanalysen av plandokumentene i de to utvalgte kommunene hvor det viste seg at gjennomføringen av oversiktsarbeid og oppfølgingen i kommuneplanen ikke følger en rettlinjert prosess.

Når det gjaldt oversiktsarbeidet fulgte begge kommunene en felles mal for oversiktsarbeidet ut fra helsedirektoratets veiledning. For kommuneplanene var det stor variasjon i måten planene var utformet på, selv om det lovpålagt innholdet med mål, strategier og tiltak var fulgt. Surveyundersøkelsen hadde ikke noen spørsmål som omhandlet modellen og hvorvidt de fulgte denne i arbeidet med å integrere folkehelse i planene.

6.2. Oversiktsarbeidet etter folkehelseloven §5.

I presentasjonen av empirien fra surveyundersøkelsen kommer det frem at andelen kommuner som har laget en oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer var 39% i 2014. 11 % hadde ikke utarbeidet oversikt, mens 48 % var i ferd med å starte opp dette arbeidet. I 2014 var det derfor 59% av kommunene som ikke hadde utarbeidet den lovpålagte oversikten, to år etter at folkehelseloven ble innført.

Dette er et relativt høyt antall siden en oversikt over helsetilstanden i kommunene har vært en oppgave for kommunene også gjennom tidligere lovgivning (Kommunehelsetjenesteloven 1982). En må på den annen side anta at de 48 prosentene av kommunene som var i ferd med å starte opp oversiktsarbeidet i 2014 har laget ferdig oversikten i løpet av 2015. I skrivende stund er kommunene i gang med utarbeidelse av nye kommuneplaner hvor et oppdatert oversiktsarbeid skal legges til grunn for mål, strategier og tiltak i planen.

Før folkehelseloven trådte i kraft 1.1.2012 var det imidlertid ikke et krav om at oversikten skulle ligge til grunn for planstrategien og kommuneplanen. Helsedirektoratet hadde heller

ikke utarbeidet en veileder for hva oversikten skulle inneholde. Det var opp til kommune selv å finne relevant dokumentasjon for tiltakene i det forebyggende og helsefremmende arbeidet hvor ansvaret lå i helse- og sosialsektoren.

Når det gjelder på hvilke områder det er laget oversikt over, har 93 % av kommunene krysset av for befolkningssammensetningen. Dette kan ha årsak i at det er den kategorien som det er lettest å skaffe statistikk for, bla. fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og kommunedata. Samtidig er det av avgjørende betydning at kommunene har oversikt over befolkningssammensetningen i forhold til det tjenestetilbudet de skal yte. I den kvalitative undersøkelsen oppga begge kommunene at befolkningssammensetningen, med økt antall eldre var en folkehelseutfordring. Når det gjelder den eldre delen av befolkningen vet en at denne gruppen har flere kroniske sykdommer og større behov for helsehjelp enn yngre (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2014). Skal rammeplanen for det Europeiske folkehelsearbeidet i Helse 2020 følges, blir det i fremtiden viktig med tidlig innsats i livsløpet for å forebygge livsstilssykdommer i befolkningen og kroniske sykdommer i eldre år. Helse og økonomi blir i fremtiden knyttet nærmere sammen og god helse blir sett på som en ressurs for samfunnet (WHO 2013). Øygarden kommunen trakk inn økt press på de kommunale tjenestene som en utfordring, og at hvis det ikke skjer en endring i hvordan det arbeides med helse ville utviklingen bli lite bærekraftig for kommunen i fremtiden.

Helsetilstand, levekår og helserelatert atferd/levevaner er de tre neste områdene hvor henholdsvis 83%, 83% og 81% av kommunene hadde laget oversikt for. Helserelatert atferd/levevaner har i de senere år blitt godt kartlagt gjennom en rekke undersøkelser, men mange av disse er ikke brutt ned på kommunenivå slik at mange kommuner mangler opplysninger om dette for sin kommune.

Pga. høy og økende forekomst av livsstilssykdommer har det vært stort fokus på helserelatert atferd og levevaner. Det er derfor ikke overraskende at så mange kommuner har utarbeidet en oversikt over dette. Det er også mulig å skaffe god statistikk for dette gjennom folkehelseprofiler på kommunenivå og fra store undersøkelser som "Ungdata". Detaljert statistikk er ennå ikke tilgjengelig på kommunenivå i hele landet (Meld. St.19 (2014-2015):137) Folkehelseinstituttet arbeider med å fremskaffe bedre statistikk på alle områdene for folkehelse på kommunenivå, i følge opplysninger i denne folkehelsemeldingen i kapittel 8 om det kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Når det gjelder levekår er dette et sentralt område for påvirkningsfaktorer for helsen. I dette området ligger også arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse. Når det gjelder utdanning, kommer utjevning av sosiale helseforskjeller også

frem i området for oppvekstsvilkår. For temaområdet oppvekstsvilkår har 78% av kommunene laget oversikt for folkehelseutfordringene.

Oppvekstsvilkår og levekår er tradisjonelt to sentrale områder for kommunenes arbeid og ansvarsområde, med skole, arbeid og boforhold som de største områdene. Her ligger det mye statistikk som følges opp i sektorene på hvert av disse områdene. I innholdsanalysen av kommuneplanene var det også mange treff på tekstelementer som omhandlet levekår og oppvekstsvilkår. Begge de utvalgte kommunene hadde oppgitt utdanning og frafall i videregående skole som folkehelseutfordringer. For utdanning var det i begge kommunene lavere andel med videregående skole eller høyere utdanning enn i landet som helhet.

Det er i mindre grad laget oversikt over fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø og for skader og ulykker ut fra resultatene i surveyundersøkelsen. Når det gjelder de utvalgte kommunene kommer det frem i oversiktsarbeidet for Nærøy kommune at det er tilfredsstillende fysiske, biologiske, kjemiske og sosiale miljøforhold, bortsett fra at de ønsker i større grad å favne de som ikke er organisert innenfor det frivillige kulturlivet. I rapporten fra Helsedirektoratet om indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet nevnes deltakelse i frivillige arbeid i forbindelse med at psykososiale påvirkningsfaktorer som sosial støtte, deltakelse og medvirkning har vesentlig betydning for folkehelsen (Helsedirektoratet 2015). Dette kan være bakgrunnen for at kommunen trekker frem dette aspektet.

For Øygarden kommune oppgis utfordringer med vannkvalitet og forurensning fra kloakkutslipp. Ellers oppgir de mange positive sider ved det fysiske og sosiale miljøet i kommunen. Hvorfor bare 49% av kommunene har laget en oversikt over fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø og litt flere, 54%, for skader og ulykker vet en ikke, men det kan være at det er mindre tilgjengelig statistikk for disse områdene eller at denne statistikken ikke var tilgjengelig for den som svarte på undersøkelsen.

Oversiktsarbeidet inngår i det kunnskapsbaserte og systematiske folkehelsearbeidet som skal ligge til grunn for mål, strategier og valg av tiltak i kommuneplanen. Det vil si at det antageligvis var 39% av kommunene som fulgte opp de registrerte folkehelseutfordringer i oversiktsarbeidet i utformingen av kommuneplanen. Hvor systematisk dette arbeidet ble utført i praksis vet en ikke sikkert, men for Nærøy kommune skjedde oversiktsarbeidet enten parallelt med, eller etter at kommuneplanen var formulert, slik at oversiktsarbeidet som sådan ikke kunne ligge til grunn for valg av tiltak. Men kommunen hadde tidligere statistikk, folkehelseprofiler, SWOT analyser og også noen resultater fra HUNT undersøkelsen som grunnlag for kommuneplanen. Denne statistikken ga omtrent de samme

folkehelseutfordringene som oversikten. Oversikten som ble utarbeidet i etterkant av kommuneplanen hadde trukket inn flere detaljer og da spesielt dokumentasjon fra den siste HUNT-undersøkelsen.

Det tar ofte tid å innarbeide nye arbeidsmetoder i kommunestrukturen. Kommuneplanen som ble utarbeidet våren 2014, var den første kommuneplan etter at folkehelseloven ble innført.

Som konklusjon i surveyundersøkelsen og for de utvalgte kommunene, er det for de kommunene som har gjennomført oversiktsarbeidet laget oversikt for de fleste av de anbefalte områdene i veiledningen for oversiktsarbeidet, både når det gjelder helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer.

Det er også satt opp en rekke tiltak for oppvekst og levekår som indikerer at kommune har fokus på påvirkningsfaktorer for helse og faktorer som kan skape ulikheter i helse.

Oversiktsarbeidet har bidratt til at kommunene fokuserer på både helsetilstanden og påvirkningsfaktorene for helse.

Under punktet helsetilstand i oversiktsdokumentet for de utvalgte kommunene var det stort fokus på livsstilssykdommer. I konklusjonen i oversiktsarbeidet for Øygarden kommune kom dette tydelig frem. Her ble ansvar for egen helse fremhevet pga. høy forekomst av livsstilssykdommer i kommunen. Samtidig ble det fremhevet å endre påvirkningsfaktorer slik at det ble lettere for befolkningen å ta sunne valg. Nærøy kommune hadde også en setning i kommuneplanens samfunnsdel om ansvar for egen helse. Dette gjenfinnes også i folkehelsemeldingene og i Helse 2020 for folkehelsearbeidet i fremtiden, hvor det kommer frem at begge perspektiv skal inkluderes (Meld. St.19 (2014-2015):9).

6.3. Fastsette mål i plan og integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen

I det systematiske folkehelsearbeidet henvises det til §6 andre ledd i folkehelseloven for dette elementet i modellen. De overordnede målene og strategiene for folkehelsearbeidet skal være egnet til å møte utfordringene oppgitt i oversiktsarbeidet.

Spørsmålet blir om kommunen har fastlagt overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte de utfordringer kommunen står ovenfor med utgangspunkt i oversikten etter §5, 2. ledd.

I surveyundersøkelsen oppgir 75% av kommunene at integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen er utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen (N=309). På spørsmål om på hvilken måte *oversikten* er fulgt opp politisk og administrativt er

oversikten lagt grunnlag for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel for 48% , prioriteringer i et handlingsprogram for 49%, prioriteringer i planstrategien for 41% og for arealdelen bare 16% av kommunene som har laget et skriftlig oversiktsdokument (N=110).

For de to utvalgte kommunene viste det seg at oversikten var relativt godt fulgt opp i strategiplanen og kommuneplanens samfunnsdel og handlingsplan, men i mindre grad i arealdelen av kommuneplanen.

Nærøy kommune har en arealplan hvor det er referert til hva folkehelseloven sier om hva som bør tas hensyn til av folkehelseiltak i planen. Sikring av arealer for friluftsliv og sammenhengende grøntstruktur er tatt med i samfunnsdelen av kommuneplanen, likeså universiell utforming av offentlige bygg og anlegg. I Øygarden kommune finnes flere ulike planer for arealdelen. I planskildringen, som er retningsgivende for arealbruken i området, står det at folkehelse, samhandlingsreformen og universiell utforming skal vektlegges. Folkehelse er også nevnt i konsekvensanalyse for planprogrammet for ny arealbruk slik at her er det flere konkrete henvisninger til folkehelse.

Begge kommunene hadde en folkehelsekoordinator i 50-60% stilling og i EVASAM for evalueringen av samhandlingsreformen kommer det frem at " Kommuner som har folkehelsekoordinator i 90 prosent stilling eller mer legger i større grad oversikten til grunn for planer og politiske beslutninger" (Schou & Hofstad 2016). Når kommunen har fått ansvar for folkehelsearbeidet og at dette arbeidet skal drives tverrsektorielt krever det at noen koordinerer det tverrsektorielle arbeidet og kan se hvordan sektorene kan samarbeide om tiltakene og at tverrsektorielle mål og tiltak kommer med i kommunens plandokumenter. Undersøkelser om det hadde noen betydning hvor folkehelsekoordinatoren var plassert organisatorisk viste imidlertid ikke klare svar verken i sluttrapporten for EVASAM eller for de data jeg kjørte ut. Den forventede effekten av å plassere folkehelsekoordinatorene i rådmannens stab viste seg ikke i svarfordelingene for hvordan oversiktsarbeidet var fulgt opp politisk og administrative eller om innføringen av samhandlingsreformen hadde resultert i helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunene. Her viste det seg heller at de kommunene hvor folkehelsekoordinatoren var plassert med helsesjef/kommuneoverlege som nærmeste leder hadde flere svar i kategorier for oppfølging av oversiktsarbeidet politisk og administrativt og for helsefremmende og forebyggende tiltak, med noen få unntak.

6.4. Ulike typer tiltak og nivå i økologisk modell

Organisatoriske, aktivitetsrettede, universielle og målrettede tiltak er i denne oppgaven klassifisert under hovedkategoriene samfunnsnivå og individnivå i en tabell som er laget ut fra økologisk teori og innholdsanalysen av plandokumentene. Siden samfunnsnivå og individnivå er en *dimensjon* i den økologiske modellen finnes glidende overganger mellom nivåene. Jeg har valgt en dikotom kategorisering av dimensjonen og har derfor klassifisert samfunnsnivå for seg og gruppenivå sammen med individnivå.

De organisatoriske tiltakene gjelder på hvilken måte kommunene organiserer folkehelsearbeidet og de aktivitetsrettede gjelder aktiviteter på gruppe og individnivå rettet mot befolkningen eller som tiltak på sektornivå. Tiltakene er videre delt inn i universielle og målrettede tiltak ut fra begreper brukt i folkehelsemeldingene. På denne dimensjonen ligger også det som i folkehelsemeldingen omtales som "differensiert universalisme", hvor universielle tiltak er kombinert med målrettede (Meld. St.19 (2014-2015):16).

De organisasjonsrettede tiltakene eller begrepet helsefremmende tiltak som er brukt i surveyundersøkelsen, omfatter bl.a. tverrsektorielt arbeid og nettverkssamarbeid. På svar for om kommune har etablert interne tverrsektoriell(e) gruppe(r) svarte hele 62% ja og 18% var i gang med å etablere dette. Hele 72 % av kommunene deltok i nettverk om folkehelse hvor også eksterne aktører deltok. Av konkrete helsefremmende tiltak, utviklet som oppfølging av samhandlingsreformen, svarte 74% "styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet" og 50% svarte "økt samarbeid med frivillige organisasjoner". Alle svarene viser at disse organisatoriske tiltakene er kommet godt i gang i kommunene i hele landet 2 år etter at folkehelseloven ble innført. Hvordan dette er nå, 4 år etter at folkehelseloven ble iverksatt, ville vært interessant å få kartlagt.

De aktivitetsrettede tiltakene er rettet ut mot befolkningen enten for spesifikke grupper, grupper i ulike livsfaser (barn/unge, voksne i arbeidsfør alder, eldre) eller enkeltindivider. Påvirkningsfaktorer i denne sammenheng utgjør de mellomliggende helsedeterminantene ut fra teori om helsedeterminantene presentert i teorikapitlet. Individuer og grupper av befolkningen er i ulike livsfaser i interaksjon med sine nære omgivelser gjennom utdanning, arbeid, bomiljø, tilgang og utvalg av mat, helsetjenester, fritid, nære fysiske omgivelser, kollegaer, venner og andre sosiale nettverk. I modellen til Dahlgren og Whitehead

(1991,2007) består dette av faktorer som individet er i kontakt med i den kommunen de bor i. Dette er ringene i modellen som omhandler de mellomliggende determinantene gjennom ulike faser i livsløpet. Dette kommer frem teorien om helsedeterminantene (Solar et al. 2009).

I surveyundersøkelsen dekkes noen av disse områdene i spørsmålet om konkrete forebyggende tiltak som forebygging av livsstilssykdommer, fallulykker i hjemmet, trafikkfarlige situasjoner og psykiske lidelser. Også tjenestetilbud inngår i de aktivitetsrettede tiltakene. Av disse har jeg kun trukket ut frisklivsentralen da dette i mange kommuner også blir brukt som et folkehelseiltak. Tjenestetilbudet er ellers ikke inkludert som folkehelseiltak.

Svarene viste et sterkt fokus på forebygging av livsstilssykdommer med 75% svar. Det var også en relativt høy andel som svarte forebygging av psykiske lidelser, 44%. For tjenestetilbudet var det 59% som svarte etablering eller styrking av frisklivsentraler. I og med at livsstilssykdommer er de sykdommene som tar flest liv, reduserer livskvaliteten for store grupper av befolkningen og i tillegg utgjør en stor økonomisk belastning for samfunnet og kommunene, er det ikke overraskende at det blir satset på frisklivsentraler. I tillegg har helsedirektoratet laget en veiledning for etablering av frisklivsentraler i kommunene (Helsedirektoratet 2013 (2011)) og dette gjør det lettere for kommunene å komme i gang med slike tiltak. De fleste kommunene har helsefaglig kompetanse til å sette i gang dette tiltaket og i tillegg hadde en 85% av kommunene i 2014 en folkehelsekoordinator hvor rundt 50% av disse var i en stillingsprosent på 50 eller mer.

Når det gjaldt forebygging av trafikkfarlige situasjoner svarte bare 18% dette. I undersøkelsen for de to utvalgte kommunene, er det trukket frem et mer variert utvalg av mål og tiltak for de aktivitetsrettede tiltakene ut fra tekstelementer i innholdsanalysen av plandokumentene. Når det gjaldt utdanning, ble det oppgitt lav andel med videregående skole og høyere utdanning. I tillegg var det et stort frafall fra videregående skole. Tekstelementene inneholdt mål og tiltak som "mestring av grunnleggende ferdigheter", "forbedre læring og resultat i skolene", "stimulere til at flere tar høyere utdanning" mm.

I tabellen for de ulike tiltakene i forhold til nivå i økologisk modell var det i Nærøy kommune 13 tiltak som omhandlet organisasjonsrettede tiltak og 3 aktivitetsrettede tiltak. I plandokumentene for Øygarden var det henholdsvis 15 og 10.

Ut fra denne registreringen kan det tyde på at Øygarden har større fokus på de aktivitetsrettede tiltakene enn Nærøy, men det var et like høyt fokus på de organisatoriske tiltakene som i Nærøy kommune.

For dimensjonen universielle og målrettede tiltak er det i surveyundersøkelsen spurt om oppfølgingen av oversikten er knyttet til spesifikke grupper. Her svarte 57% at den var knyttet opp mot utsatte barn og unge i skoler og barnehager. Også familier i utsatte situasjoner og utsatte eldre fikk mange svar, henholdsvis 45 og 31% (N=110). 26% svarte at oversikten ikke var knyttet opp mot spesifikke grupper. Det var en klar vekting av de målrettede tiltakene. Forebyggingsparadokset fremhever betydningen av å rette alle tiltak universielt, men det er fortsatt et sterkt fokus på målrettede tiltak i kommunene. Den samme klare tendensen viser seg ikke i svarene på om det er et spesielt fokus på forebyggende og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen.

Når det gjelder svarene for innholdsanalysen av plandokumentene i de to utvalgte kommunene er universiell utforming av offentlige bygg og anlegg et tiltak som vil hjelpe både den økte andelen eldre og andre som har behov for at kommunens tjenester og arealer skal ha god tilgjengelighet for alle grupper av befolkningen. Universiell utforming er tatt med i kommuneplanen både for Øygarden og Nærøy. Dette er for så vidt forventet i og med at det ligger i plan og bygningslovens i §1-1 om lovens formål at prinsippet om universell utforming skal ivaretas.

Under målrettede tiltak i begge kommunene er det videre nevnt tilrettelegging for at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig, at barn og ungdom skal mestre grunnleggende ferdigheter i skolen og stimulere til at flere tar høyere utdanning. I Nærøy kommune ble det også trukket frem tiltak for å sikre arbeid, aktivitet og inntekt. For Øygarden kommune var det et spesielt fokus på forebyggede tiltak gjennom tiltaket lokalsamfunn med MOT og samordningsmodell for lokale forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet.

I tabellen for de ulike tiltakene i forhold til nivå i økologisk modell var det i Nærøy kommune 10 tiltak som omhandlet universielle tiltak og 6 målrettede tiltak. I plandokumentene for Øygarden var det henholdsvis 11 og 9. Registreringen kan tyde på at Øygarden har litt større fokus på målrettede tiltak enn Nærøy. Ellers er fokuset på de universielle omtrent det samme i begge kommunene, ut fra denne registreringen av tekstelementer i kommuneplanene.

Når det gjelder nivå i den økologiske modeller hvor de organisasjonsrettede og universielle tiltakene er plassert i kategorien samfunnsnivå og de aktivitetsrettede og målrettede tiltakene i kategorien gruppe- og individnivå viste det seg at Øygarden og Nærøy hadde like mange registreringer på samfunnsnivå, men for gruppe- og individnivået hadde Øygarden dobbelt så mange som Nærøy. Dette kan tyde på at Øygarden kommune har større fokus i kommuneplanen på et proksimalt nivå i en økologisk modell i forhold til Nærøy kommune.

Det er nærliggende og spørre seg om dette kan være avhengig av hvor folkehelsekoordinatoren er plassert organisatorisk i kommunen. Det kan på den annen side også være avhengig av type folkehelseutfordringer eller andre forhold i kommunen som det ikke så lett å si noe om ut fra dataene i denne oppgaven. Folkehelsekoordinatoren var plassert under helsesjef/kommunelege i Øygarden og i Nærøy med rådmannen som nærmeste leder. Dersom organiseringen av folkehelsekoordinatoren er en faktor som har betydning for dette resultatet kan det være holdepunkter for at den ulike organiseringen av folkehelsekoordinatoren i disse to kommunene kan ha hatt innvirkning på hva som er trukket frem av mål og tiltak i kommuneplanene.

6.5. Samsvar mellom kommunes største folkehelseutfordringer og prioriteringer av tiltak.

Ved sammenstilt tabell for hvilke områder kommunene har oppført som sine største folkehelseutfordringer og på hvilke områder kommunene har som hovedprioritet i folkehelsearbeidet, viste prosentdifferansene liten overenstemmelse for noen av områdene. For andre områder var det mindre forskjeller, men fortsatt en relativ stor prosentdifferanse på bakgrunn av at det er et tilstrekkelig stort antall respondenter (N=309).

Det minste samsvaret var for oppvekstvilkår med en prosentdifferanse på 32% (N=309).

26% satte dette opp som største folkehelseutfordring mens hele 58% hadde satt det opp som hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging.

Nest minst samsvar var for befolkningssammensetningen hvor 42% av kommunene hadde satt opp befolkningssammensetningen som største utfordring, men hvor kun 16% oppga dette som hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging.

Når det gjelder helsetilstand kan kategoriene ikke sammenliknes da det er føyd til en setning om forebygging av innleggelse på sykehus for denne kategorien i det ene spørsmålet.

For de andre områdene var det en prosentdifferanse på 8 og 9 prosentpoeng og dette regnes som er relativt store når prosentueringsgrunnlaget er så stort som 309 respondenter (Johannessen et al. 2011 (2002)).

De to spørsmålene hadde god avstand i spørreskjemaet slik at respondentene antagelig ikke kontrollerte for hva de hadde svart på det første spørsmålet når de svarte på spørsmål om hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging. Dette ville ellers vært en feilkilde som måtte tas hensyn til.

Differansene kan skyldes mangel på et systematisk arbeid med resultatene fra oversiktsarbeidet i forhold til hvilke tiltak som i neste omgang blir prioritert.

I innholdsanalysen for de to utvalgte kommunene var det ført opp tiltak for å imøtekomme økt andel eldre i befolkningen bla. for bolig, universiell utforming og forebygging.

For folkehelseutfordring 4 i Nærøy kommune om røykevaner hos unge kvinner i folkehelseprofilen, og også for menn i følge HUNT-undersøkelsen, var det ikke satt opp noen tiltak i kommuneplanen. De hadde heller ikke et røykeavvenningstiltak gjennom frisklivsentralen.

Ellers var det nevnt tiltak i plandokumentene under alle punktene kommunene hadde oppført som folkehelseutfordringer. Det lå ingen prioriteringer av tiltak knyttet til folkehelseutfordringene i Nærøy kommune mens i Øygarden kommune konkluderte de med følgende prioriterte oppgaver: Skaffe bedre oversikt over faktorer for helseatferd i kommunen og å stimulere til innsats for egen helse. De konkluderer med at livsstilssykdommer var en større helseutfordringen enn ytre påvirkningsfaktorer. I tillegg ble det nevnt at kommunen må legge bedre til rette for at innbyggerne selv kan ta de rette valgene for egen helse. De ønsker også å arbeide systematisk og målrettet for å skape helsefremmende lokalsamfunn, stimulere til utdanning og næringsutvikling, tidlig innsats i skole og barnehage og arbeide for å skape gode bomiljø. Disse konklusjonene dekker mange av områdene for temaområdene for de identifiserte folkehelseutfordringene i kommunen.

I innholdsanalysen kom det frem at Nærøy kommune hadde utarbeidet kommuneplanen før oversikten var fullført. Mål og tiltak i kommuneplanen bygget antageligvis på tidligere statistikk eller på oppfatninger om situasjonen i kommunen på disse områdene.

Konklusjonene for hvilke utfordringer kommune hadde kommet frem til var imidlertid ikke så ulike utfordringene som kom frem i oversiktsarbeidet i etterkant.

6.6. Hensyn til sosial ulikhet i helse i oversiktsarbeid og i oppfølging i plandokumentene

I surveyundersøkelsen blir det spurt om fordelingshensyn er prioritert i kommuneplanen. 41% av de 265 kommunene som svarte på spørsmålet svarte bekreftende. Det var 30% som svarte vet ikke og 29% som svarte nei. Det kan ha vært en usikkerhet om hva som legges i begrepet fordelingshensyn når spørsmålet var så generelt. Når det blir spurt om fordelingshensyn er prioritert i tiltak rettet mot folkehelse og forebygging svarer hele 71% bekreftende og 18% vet ikke og bare 11% nei.

Oversiktsarbeidet har ikke en egen kategori for sosiale ulikheter i helse, men kategorien oppvekst- og levekårsforhold omhandler forhold som omfatter indikatorer for sosiale ulikheter i helse på utdanning, inntekt og arbeid. I surveyundersøkelsen kommer oppvekst- og levekårsforhold høyt opp i antall avkryssninger for hva som har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging. Etter kategorien for helserelatert atferd/levevaner, som har flest avkryssninger for dette spørsmålet (75%), kommer oppvekstforhold med 58% og levekårsforhold med 45% svar.

I og med at utjevning av sosiale ulikheter i helse er med i hovedmålet for folkehelsearbeidet er det et tema som burde vært med i oversiktsarbeidet i eget punkt og også som et punkt for oppfølging i kommuneplanen.

Utjevning av sosiale helseforskjeller og den sosiale gradienten i innholdsanalysen for de utvalgte kommunene viste at både styrking av høyere utdanning og å hindre frafall i den videregående skolen er tatt med i kommuneplanene både for Nærøy og Øygarden. For "arbeid" nevnes det i kommuneplanen for Nærøy at kommunen skal være behjelpelig i forhold til arbeid, aktivitet og inntektssikring. Kommunen har en stor andel uføretrygdde under 45 år og ønsker med det å følge opp denne utfordringen med konkrete tiltak. I forbindelse med arbeid ble det også nevnt at det skulle skapes nye og lønnsomme arbeidsplasser. Her er det en kobling mellom næringsvirksomhet og folkehelse som også bør komme tydeligere frem i veiledningen for oversiktsarbeidet slik at påvirkningsfaktorer for helse i forbindelse med sosiale helseforskjeller kan få større plass. På søkeord for "helseforskjeller" ble det treff på "utforme tydelige og klare mål og aktiviteter for utjevning av sosiale helseforskjeller i planverket". Det var imidlertid ikke spesifisert nærmere hvordan dette skulle gjøres.

På søkeordet "arbeid" i plandokumentene til Øygarden omtales det at det går vesentlige sosiale skillelinjer mellom de som deltar og de som står utenfor arbeidslivet. Det står også at "å kjempa mot arbeidsløyse og redusera tala på uføretrygda er viktig". I dag, med svikt i inntektene fra oljevirksomheten og økt arbeidsløshet i denne sektoren, blir dette punktet sikkert et viktig fokus for Øygarden kommune i ny kommuneplan som blir utarbeidet 2016. Det var også et treff på levekår om at levekårsundersøkelser skal danne grunnlag for "målretta realistiske tiltak" for å utjevne levekårene.

6.7. Metodiske betraktninger for resultatene av undersøkelsene

Det er hentet empiri fra både kvantitative og kvalitative data og empirien fra begge undersøkelsene er diskutert samlet for å belyse problemstillingen. Innholdsanalyse av plandokumentene i to kommuner er valgt for å gi en utdypning og bedre innsikt i hvordan oversiktsarbeidet er brukt som grunnlag for valg av mål, strategier og tiltak. Det er i denne forbindelse naturlig å spørre seg om en ville fått bedre svar på problemstillingen ved hjelp av kvalitative intervju av de som hadde vært med i planprosessen.

En ville da få belyst selve planprosessen bedre. For min problemstilling har det vært tilstrekkelig å få avdekket resultatet av en slik prosess slik dette fremkommer i plandokumentene.

Hva har *to* utvalgte kommunene fremfor *en* kommune gitt av tilleggsinformasjon for å svare på problemstillingen? Den viktigste tilleggsinformasjonen har vært at oversiktsarbeidet i den ene kommunen ble utført etter at kommuneplanen var formulert og på den måten ikke kunne ligge til grunn for kommuneplanen.

Modellen for det systematiske folkehelsearbeidet ble således ikke fulgt opp etter intensjonene. Kommunen hadde på den annen side tilgjengelig statistikk på sentrale områder når kommuneplanen ble utformet. Det er derfor vanskelig å vite med sikkerhet om oversiktsarbeidet i kommunene faktisk er blitt lagt til grunn for formuleringer av mål og tiltak i planene, eller om andre informasjonskilder og vurderinger også har hatt vesentlig betydning for utfallet.

I og med det manglende samsvaret i surveyundersøkelsen mellom hva kommunene hadde satt opp som største folkehelseutfordringer og hva de oppga som hovedprioritet for flere av temaområdene, er det mye som tyder på at også andre faktorer enn selve oversiktsarbeidet har hatt innvirkning på prioriteringene i planene.

I plandokumenter er det videre lett å formulere avskrifter av offentlige føringer for folkehelsearbeidet uten at disse nødvendigvis blir fulgt opp i relevante tiltak. Å basere seg på hva som omtales i planene kan derfor gi et skjevt inntrykk av hva kommunen faktisk får gjennomført.

Hvorvidt mål, strategier og tiltak blir fulgt opp, avhenger av kommunenes virkemidler økonomiske, faglige, administrativt, og ikke minst politiske prosesser hvor oppgaver og ressurser skal prioriteres og koordineres ut fra pålagte oppgaver i kommunene. Dette er et interessant område som ikke var mulig å få noe svar på i denne oppgaven, både med hensyn til problemstillingen, metodene og avgrensningene som ble valgt.

7. Konklusjoner og perspektivering

De to utvalgte kommunene har kommet godt i gang med intensjonene for det systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet var tatt med i plandokumentene for innværende kommuneplan og det var gjennomført et oversiktsarbeid enten parallelt eller i etterkant av av kommuneplanen. For alle kommuner under ett var det kun 39% av kommunene som i 2014 hadde gjennomført et skriftlig oversiktsarbeid, men nesten halvparten av kommunene svarte at de var i ferd med å starte opp dette arbeidet. Derfor kan en regne med at flertallet av kommunene i Norge i dag har gjennomført dette nå. Det ville være interessant med en oppfølging av surveyundersøkelsen for å dokumentere om det faktisk har skjedd.

Kommunene var ellers godt i gang med det helsefremmende og forebyggende arbeidet, både for de organisasjonsrettede og aktivitetsrettede tiltakene. Tverrsektorielt arbeid, nettverkløsninger og andre samarbeidsformer var etablert. I tillegg var det satt opp aktivitetsrettede tiltak som oppfølging av de fleste folkehelseutfordringene.

Prinsippet i folkehelsemeldingene om helse-i-alt-en gjør ser ut til å bli fulgt opp slik at folkehelsehensyn blir ivaretatt i planleggingen, og i tiltak på ulikt nivå i kommunen. Dette kom frem både i større både i survey og tilleggsundersøkelsen. Antagelig vil dette kunne påvirke utformingen av hvilke type folkehelse tiltak i kommunene i fremtiden ønsker å implementere.

Nivået i den økologiske modellen ser ut til å være både på et samfunnsnivå og på et gruppe og individnivå.

Det virker som om kommunene har kommet i gang med å tenke oppstrøms fremfor nedstrøms. Det er en forståelse for påvirkningsfaktorenes betydning på helse og at det lønner seg å forebygge fremfor å behandle.

Det gjenstår å undersøke i hvilken grad tiltak som står oppført i planene virkelig blir gjennomførte og på hvilken måte.

De fleste tiltakene, som var satt opp i kommuneplanens dokumenter, var av universiell karakter, men målrettede tiltak var også sterkt fremme. Spesielt målrettede tiltak overfor barn og unge, men også overfor familier i utsatte situasjoner og utsatte eldre. I følge et livsløpsperspektiv avdekker dette at alle fasene i livsløpet er dekket, men hvor det største fokuset ligger på barn og unge.

Modellen for det systematiske folkehelsearbeidet ser ut til å bli fulgt opp for de som har gjennomført oversiktsarbeidet i den forstand at folkehelse ser ut til å være integrert i planarbeidet.

Empirien både i den kvantitative og den kvalitative delen av oppgaven viste imidlertid at systematikken i folkehelsearbeidet kunne vært bedre fulgt opp.

Siden integreringen av folkehelse i planarbeidet er av relativ ny dato viste undersøkelsen i de to utvalgte kommunene at både rekkefølgen av planarbeidet, og hva som ble satt opp som tiltak er i startfasen for et systematisk folkehelsearbeid.

Surveyundersøkelsen støtter også opp om manglende systematikk ved at det var manglende samsvar mellom områder som kommunene hadde oppgitt som sine største folkehelseutfordringer, og hva som ble oppgitt som hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging.

Resultatene i surveyundersøkelsen viste også at oversiktsarbeidet i størst grad var fulgt opp i samfunnsdelen av kommuneplanen og ikke i like stor grad i de andre planene som inngår i kommunes planarbeid. Kommuneplanens samfunnsdel er den mest sentrale planen hvor folkehelse er integrert. Den er førende for andre planer i kommunen på lavere nivå og er derfor et viktig dokument å få frem folkehelse tiltak i. Arealplanen var imidlertid den planen som hadde både færrest treff for folkehelsebegrepene og som i surveyundersøkelsen hadde færrest svar for oppfølging av oversiktsarbeidet. Arealplanen er imidlertid en sentral plan for folkehelse i og med at både arealer for næring, institusjoner, kulturbygg, boliger og grøntområder og arealer for friluftsliv blir omhandlet i denne.

Tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse er heller ikke systematisk tatt med i planene. Men under levekår og oppvekstvilkår blir mange av påvirkningsfaktorene for dette likevel behandlet. De sosiale eller mellomliggende helsedeterminantene blir på denne måten indirekte integrert i kommunens planer. Av det som var mulig å avdekke gjennom oversiktsarbeidet, plandokumentene og i surveyundersøkelsen for dette tema, viste at kommunene var oppdatert på betydningen av påvirkningsfaktorer for helsen, men oppfølgingen i kommuneplanen med konkrete tiltak var mindre fremtredende.

I forhold til et påvirkningsperspektiv versus et sykdomsperspektivet var begge perspektiv tatt med i planene. Svarene i surveyundersøkelsen viste også at begge perspektiv var fremme. I den forbindelse ble det både lagt vekt på å forebygge sykdom og samtidig legge forholdene til rette for å gjøre det enklere å ta sunne valg. I oversiktsarbeidet var det god dokumentasjon av livsstilssykdommer. Spesielt en av kommunene kom det frem at det manglet gode undersøkelser for levevaner for kommunens innbyggere.

Fokuset på livsstilssykdommer og forebygging avdekket også et syn på at den enkelte burde ta mer ansvar for egen helse. Tiltak på individnivået i den økologiske modellen var på denne måten godt fremme i både surveyundersøkelsen og i dokumentanalysen. I folkehelsemeldingene og i Helse 2020 legges det imidlertid vekt på at det skal tas hensyn til begge perspektiv. Dette ligger også i premissene for en helhetlig tilnærming til folkehelsearbeidet (St. meld. nr 20 (2006-2007):5).

For innholdsanalysen av plandokumentene i de to utvalgte kommunene var det mulig å se om indikatorene, utdanning, arbeid og inntekt, som utgjør den sosiale gradienten, var tatt med i planene og hvorvidt utjevning av helseforskjeller var nevnt spesifikt. Indikatorene var i ulik grad nevnt i plandokumentene.

Det kan være nyttig å reflektere over om veiledningen fra helsedirektoratet gir en hensiktsmessig inndeling av hvilke tema som bør med i oversiktsarbeidet.

Mål, strategier og tiltak er ofte idealistiske, visjonære og lite konkrete. Dette er et inntrykk jeg sitter igjen med etter å ha lest kommuneplanene til de to utvalgte kommunene. Det burde ikke være nødvendig med en innholdsanalyse for å avdekke *konkrete* mål og tiltak. Disse burde ligge i dagen og kobles tettere opp mot folkehelseutfordringene i oversiktsarbeidet. I kommuneplanene ble det også brukt mye plass til å referere til hva folkehelsearbeidet går ut på. Her kunne man gå rett på mål, strategier og tiltak i planen og heller henvise til hva lover, forskrifter og føringer for folkehelsearbeidet for å underbygge argumentasjonen for tiltaket.

På denne måten kunne kommuneplanen bli mindre omfangsrik, mer konkret og lettere å lese for dem som skal følge opp folkehelsearbeidet politisk og administrativt.

Det finnes ikke et eget punkt for utjevning av sosiale helseforskjeller i veiledningen til helsedirektoratet for temaer det er anbefalt å ta med i oversikten selv om oppvekstvilkår og levekår dekker opp mange av påvirkningsfaktorene som kan skape sosiale helseforskjeller.

Dersom det ble fremhevet at det i konklusjonene i selve oversiktsdokumentet burde inngå en vurdering av tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller, ville det bli lettere for kommunene å sette opp konkrete mål i planen for dette. Det ville også bli lettere å vurdere hvilke virkemidler kommunen kan benytte for tiltak på dette området.

Problemet er at disse forholdene er langsiktige og det er mange overordnede politiske og samfunnsmessige forhold som skaper sosiale helseforskjeller. Derfor vil kommunene på mange områder mangle gode virkemidler for tiltak. Det er lettere å sette i gang tiltak for å endre levevaner og å påvirke de proksimale helsedeterminantene enn de mer distale og strukturelle determinantene. Dette kom frem både i surveyundersøkelsen og i dokumentanalysen for de to utvalgte kommunene. Friskliv er et slikt proksimalt tilbud. Å etablere en frisklivsentral ligger godt til rette for kommunen å arbeide forebyggende i grenselandet mellom folkehelseloven og helse- og omsorgstjeneste loven. Samtidig har kommunene virkemidler både faglig, økonomisk og administrativt til å etablere frisklivsentraller eller å inngå samarbeid med andre aktører for slikt arbeid.

En annen konklusjon fra empirien er at kommuneplanene for de to utvalgte kommunene var svært forskjellig utformet. Det kunne godt være en strengere mal for kommuneplanen på en slik måte at det ble et større samsvar mellom oversiktsarbeidet og plandokumentene. Da kunne det bli lettere å integrere elementene i det systematiske folkehelsearbeidet og få med sentrale folkehelseutfordringer i planene.

Planarbeidet i dag er ikke lett å orientere seg i, og det bør derfor legges vekt på å kunne forenkle planarbeidet, både med hensyn til innhold og utforming, slik at det blir et enklere arbeidsverktøy for dem som skal utforme, iverksette og evaluere tiltak. I denne forbindelse burde også kommunenes nettsider legges på en felles mal slik at det ble lettere å finne frem til informasjon om kommunens folkehelseiltak. Frisklivstilbudet var dårlig markedsført, spesielt i den ene kommunen. I den andre kommunen lå bare en timeplan for 2014 ute og ingen for 2016, selv om begge kommunene var i gang med et omfattende frisklivstilbud med mange variert tilbud.

Kost nytte analyser med et helseperspektiv blir et viktig fremtidsrettet perspektiv. I dokumentet Helse 2020 blir god helse fremhevet som en ressurs og er koblet tett sammen med økonomisk bærekraft (WHO 2013:38). I det systematiske folkehelsearbeidet burde det derfor inngå en analyse av tiltak i forhold til kost og nytte. I den forbindelse burde også kommunens muligheter for å kunne gjennomføre tiltaket alene eller i samarbeid med andre vurderes økonomisk og praktisk.

Den pågående prosessen med kommunesammenslåing vil kunne gi muligheter til et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid med større fagmiljøer og bedre ressursutnyttelse. Samtidig pålegges kommunen større ansvar for syke med rehabilitering/habilitering, medisinsk og teknisk oppfølging. Dette kan føre til mindre tid og ressurser til å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. På den annen side kan det presse frem en forståelse for viktigheten av dette arbeidet slik at en unngår at flere blir syke. Kommunene kan presses til å tenke oppstrøms fremfor nedstrøms. Den teknologiske utviklingen vil også kunne hjelpe til med at hver enkelt blir i stand til å skaffe seg bedre informasjon om påvirkningsfaktorer for helse og med det kunne bidra selv til å forebygge sykdom.

8. Referanseliste

- Antonovsky, A. (1986, Norsk oversettelse 2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen.*: Gyldendal Norsk Forlag.
- Barton, H., Grant, M., Mitham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy Urban Planning (HUP) in European cities. *Health promotion international*, vol 24.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. *Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk.*
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991,2007). A framework for assessing health systems from the public's perspective: the ALPS approach. *International Journal of Health Services*, 37 (2): 363-378.
- DiClemente, R. J., Salazar, L. F. & Crosby, R. A. (2013). *Health Behavior Theory for Public Health, principles, foundation, and applications.*
- Folkehelseloven. (2011). *Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven).*
- Folkehelseoversyn Øygarden kommune. (2014 (språkvasket versjon 2015)).
- Forvaltningsloven. (1970). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).*
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse.: NIBR-rapport 2012:13.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Forskrift om oversikt folkehelse, 28. juni 2012.*
- Helsedirektoratet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) med merknader til de enkelte bestemmelsene. Opptrykk til fylkesvise samlinger høsten 2011, utgitt 10/2011.*
- Helsedirektoratet. (2013). *God oversikt - en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Oslo.

Helsedirektoratet. (2013 (2011)). Veileder for kommunale frisklivsentraler. Etablering og organisering.

Helsedirektoratet. (2015). Folkehelsepolitisk rapport 2015. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Oslo.

Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2011 (2002)). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, b. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov 1982-11-19 nr. 66; Lov om helsetjenesten i kommunene*.

Kommuneplanen samfunnsdel inkl. kommunal planstrategi og handlingsprogram Øygarden kommune. (2014-2022). <http://www.oygarden.kommune.no/administrasjon/>: kommune.

Kommuneplanens samfunnsdel Nærøy kommune. (2013-2024). <http://www.naroy.kommune.no/planverk>.

Mackenbach, J. P. (2015). Socioeconomic inequalities in health in high-income countries: the facts and the options. I: Detels, R., Gulliford, M., Karim, Q. A. & Tan, C. C. (red.) b. 1 *Oxford Textbook of Global Public Health*. Oxford: Oxford University Press.

Meld. St.19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. omsorgsdepartementet, H.-o.

Meld. St. nr 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen - God helse - felles ansvar* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Miljøverndepartementet. (2011). Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging vedtatt ved kongelig resolusjon 24. juni 2011. Oslo: regjeringen.no.

Mæland, J. G. & Elstad, J. I. (2009). *Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt, kap 12 Genetikk og sosial ulikhet i helse.*: Gyldendal Akademisk.

Naidoo, J. & Wills, J. (2013 (2009)). *Foundations for Health Promotion*. Third edition utg.

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2014). Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge, Rapport fhi 2014:4. Oslo.

NESH. (2006 (1990)). *Den Nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora*

Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27. juni 2008, nr. 71*.

Schou, A., Helgesen, M. & Hofstad, H. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsfoebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner., 2014:21: NIBR.

Schou, A. & Hofstad, H. (2016). *Sluttrapport EVASAM, ikke publisert ennå 19.4.2016*: Forskningsrådet. Upublisert manuskript.

Solar, O., Irwin, A. & Vega, J. (2009). Overview and framework. I: Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M.A. & Gulliford, M. (red.) b. 1 *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University Press.

St. meld. nr 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2007.

St. meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*: Helse- og omsorgsdepartementet.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Helsedirektoratet.

WHO. (1986). Ottawa charter for health promotion.

WHO. (2013). *Helse 2020 - Rammeverk og strategi for Europa i det 21. århundre*. Helsedirektoratet.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. 2 utg.: WHO.

WMA. (2013 (1964)). *Helsinki-deklarasjonen*: World Medical Association.

9. Vedlegg

Vedlegg 1

Tabell: På hvilke områder har kommunen de største folkehelseutfordringene?

For kommuner som har gjennomført oversiktsarbeidet.

Flere kryss mulig.

Svarkategorier	Oversikt -ja	Prosent N=110
Befolknings sammensetning	45	41 %
Oppvekstforhold	34	31 %
Levekårsforhold	41	37 %
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	6	5 %
Skader og ulykker	10	9 %
Helserelatert atferd/levevaner	78	71 %
Helsetilstand	27	25 %
Annet	6	5 %
Vet ikke	2	2 %

Vedlegg 2

Tabell: Hva har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging?

For de som har gjennomført oversiktsarbeidet.

Flere kryss mulig.

Svarkategorier	Oversikt-ja	Prosent N=110
Befolknings sammensetning	21	19 %
Oppvekstforhold	76	69 %
Levekårsforhold	55	50 %
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	22	20 %
Skader og ulykker	17	15 %
Helserelatert atferd/levevaner	92	84 %
Helsetilstand-forebygge sykdom som på kort sikt kan føre til innleggelse på sykehus	47	43 %

Annet	4	4 %
Vet ikke	1	1 %

Vedlegg 3

Transkripsjon av innholdselementer i innholdsanalyse for oversiktsdokumentet til Nærøy kommune

a) Befolkningssammensetning	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Økt antall eldre." 2. "Lavt antall personer med innvandrerbakgrunn sammenlignet med landet som helhet". 3. Kjønnfordeling: "Større andel menn i yrkesfør alder, større andel kvinner i forhold til menn over 80 år".
b) Oppvekst og levekårsforhold	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Lavere andel med videregående skole eller høyere utdanning enn landet som helhet, men Nærøy kommune ligger forholdsvis likt med landsgjennomsnittet i antall husholdninger med lav inntekt." 2. "Sykefraværet ligger over snittet for fylket." 3. "Nærøy kommune har en høyere andel uføre enn lands- og fylkesgjennomsnittet." 4. "Antall sosialhjelpsmottakere er høyere enn landet og i fylket forøvrig." 5. "Det er stadig flere som dropper ut av videregående skole i Nærøy kommune. I folkehelsebarometeret/profilen for kommunene ligger Nærøy signifikant over landsgjennomsnittet." 6. "Høy trivsel på ungdomskolen i Nærøy, men det høye frafallet på videregående skole kan tyde på at overgangen til videregående skole kan være en sårbar fase." 7. "Nærøy kommune ligger på linje med fylket og landet når det gjelder forekomst av mobbing."
c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	<ol style="list-style-type: none"> 1. "En utfordring for kommunen er å favne de som ikke er organisert innenfor det frivillige kulturlivet". 2. Ellers tilfredsstillende fysiske, biologiske, kjemiske og sosiale miljøforhold.

d) Skader og ulykker	<p>1. "Dødeligheten av skader og ulykker har gått ned siden 1950-tallet, men dette er fortsatt et helseproblem."</p> <p>2. "Nærøy kommune ligger noe under landet og fylket på både personskader og lårbeinsbrudd."</p> <p>3. "Når det gjelder antall ulykker i trafikken ligger dette omtrent på gjennomsnittet for fylket."</p>
e) Helserelatert atferd	<p>1. "I følge HUNT er det høyere forekomst av inaktivitet i Nærøy enn i fylket for øvrig."</p> <p>2. "I følge Ungdata er det en høy andel av Nærøy kommunes ungdom som trener".</p> <p>3. "HUNT rapporterer om et lavt inntak av frukt/bær og grønnsaker, både på fylkesnivå og i kommunen."</p> <p>4. "Det er en høy andel røykere i Nærøy kommune". "Andelen dagligrøykende kvinner og menn er høyere enn i fylket som helhet ut fra data fra HUNT 3 undersøkelsen."</p> <p>5. "Nærøy kommune ligger over landssnittet på bruk av både snus og røyk blant unge i følge HUNT 3 og Ungdata."</p> <p>6. "I følge Ungdata er det flere som har drukket seg beruset i Nærøy enn i landet for øvrig."</p>
f) Helsetilstand	<p>1. Psykiske lidelser: "Det er ikke markante forskjeller i andel psykiske lidelser i Nærøy kommune, sammenliknet med landet og fylket."</p> <p>2. Hjerte- og karsykdommer: Nærøy kommune ligger på linje med landet, men noe over fylket". "På landsbasis er det en økning av forekomst av yngre med hjerte- og kar sykdommer".</p> <p>3. Type 2 diabetes: "Nærøy og Nord-Trøndelag ligger over landsnittet. Nærøy kommune ligger også over fylkesgjennomsnittet."</p> <p>4. Kreft: "Tallene fra HUNT-undersøkelsen viser at Nærøy, med små variasjoner, samsvarer med forekomstene av kreft på landsbasis."</p> <p>5. Langvarig begrensende sykdom (kroniske sykdommer): "Langvarig begrensende sykdom (minst et år) inkluderer de som rapporterer om sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter funksjonen i dagliglivet". "Både kvinnene</p>

	<p>og mennene i kommunen har en høyere andel langvarig begrensende sykdom enn fylket".</p> <p>6. Muskelskjelettsykdommer: "Forekomsten av muskel- og skjelettsykdommer blant menn i kommunen er noe lavere enn fylket, men noe høyere enn landet". "For kvinnene er i kommunen er forekomsten noe høyere enn både landet og fylket".</p> <p>7. Karies: "Tallene for Nærøy ligger under tallene for fylket".</p> <p>8. Overvekt og fedme: "Forekomst av overvekt er høyere enn i fylket forøvrig" (HUNT). Sammenstilte data fra HUNT 1, 2 og 3 visere en "markant økning i fedme blant mennene i Nærøy og Nord-Trøndelag". "Det er også en økning i fedme blant kvinner i kommunen og i fylket".</p> <p>9. Egenvurdert helse: "Nærøy kommune ligger over både lands- og fylkessnittet for dårlig egenvurdert helse".</p> <p>10. Dårlig livskvalitet: " Nærøy kommune har noen flere som rapporterer om dårlig livskvalitet enn fylket".</p> <p>11. Dødelighet: "Når det gjelder dødelighet ved hjerte- og karsykdom ligger kvinnene i kommunen noe over fylket og landet, mens dødeligheten hos mennene ligger ytterligere over". "Det er flere av mennene i Nærøy som har kreft som dødsårsak enn i landet og fylket, mens blant kvinnene er det noe lavere enn i fylket og landet". "Når det gjelder KOLS og lungekreft som dødsårsak ligger både mennene og kvinnene i Nærøy høyere enn landet og fylket".</p>
Samlet konklusjoner om oppfølging?	Ingen i dette dokumentet, det er kun presentert statistikk og referert til dokumentasjon generelt om årsaker og betydning for folkehelse under hvert temaområde.

Vedlegg 4

Transkripsjon av innholdselementer i innholdsanalysen av oversiktsarbeidet for Øygarden kommune ut fra temaområdene for dette arbeidet.

<p>a) Befolkningssammensetning</p> <p>4787 innbyggere per 1. juli 2015.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Alle aldersgrupper veks." "Andelen over 67 år aukar kraftig. "Det same dei yngre." 2. "Antall innvandrere økt." 3. Kjønnfordeling: "fleire menn enn kvinner i den vaksne/yrkesaktive delene av befolkninga (20-66 år).", "I den eldre delen av befolkningen er det fleire kvinner enn menn." "Presset på dei kommunale tenestene vil auka."
<p>b) Oppvekst og levekårsforhold</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utdanningsnivå: "Statistikk frå SSB viser at utdanningsnivået i Øygarden kommune er lågare enn Hordaland og nasjonalt." 2. "Fråfallet i videregående skule er høgare enn i landet ellers." 3. "Sysselsetningsgraden i Øygarden ligg omtrent på landssnittet." 4. "Øygarden har felles arbeidsmarknad med nabokommunane,...og det er stor grad av inn- og utpendling til kommunen." 5. Arbeidsløyse: "Øygarden har dei siste åra hatt høgare arbeidsløyse enn nabokommunane, snittet i fylket og landet." , "Arbeidsløysa er høgast i alderen 15-29 år." 6. Sjukefråver: "Øygarden ligg litt over landsgjennomsnittet." 7. Rus: "Øygarden (2012) har eit etablert rusmiljø, med misbruk, kjøp og sal av alle typar narkotika." Tal frå BrukarPlan viser at Øygarden skårar høgt på antal rusavhengige i aldersgruppa 18-25 år i høve til andre kommunar som har delteke i Brukarplan."
<p>c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunen har i kommunestyret 6.11.13 godkjent ein hovudplan for vatn 2013-2017.", "Planen identifiserer ei rekkje tiltak som det er naudsynt å gjennomføra for at vassforsyninga i Øygarden kommune skal stetta alle krav i drikkevassforskrifta." 2. Omgjevnader: "Kort veg frå bustadområda til uteområder eigna for fysisk aktivitet." Godt utbygd gang- og sykkelveg langs fylkesveg. 3. Kultur og friluftsliv: "I Øygarden er det rundt 80-90 registrerte lag/organisasjonar."

	<p>4. Trivsel: Høg trivselsprosent i 7. og 10 klasse (Folkehelsa sin statistikkbank for trivselsundersøking for disse to trinnene).</p>
d) Skader og ulykker	<p>Vegtrafikkulykker, voldskriminalitet og branner: "Nedgang i antall skadde og drepte i trafikk, nedgang i vold i forhold til antall innbyggere og nedgang i antall utrykninger til brann.", "Kommunen ligger under gjennomsnittet for Hordaland."</p>
e) Helserelatert atferd	<p>1. Fysisk aktivitet: "Finnes ikkje konkrete tal på vaksne og born i Øygarden som følgjer tilrådingane frå Helsedirektoratet for fysisk aktivitet kvar dag." 2. Kosthald: Det er gjort en kostholdsundersøkelse for barnehagene og en ungdatabundersøkelse for ungdomskolen. "Det er vanskeleg å finna gode undersøkingar som viser kosthaldsvaner generelt blant innbyggjarane i kommunen vår." 3. Tobakk, snus og alkohol: "Når det gjeld røykevanar generelt for innbyggjarane i Øygarden, er det lite statistisk materiale å henta ut." "I følge statistikkbank frå folkehelseinstituttet har Øygarden høgare andel kvinner som røykjer enn ellers i landet." Ungdata 2012 for elever ved Øygarden ungdomsskole viser at "røyking og snus ligg under landsgjennomsnittet, medan antal elevar som har drukke seg berusa, og som kan skaffe hasj, er over."</p>
f) Helsetilstand	<p>1. Hjerne og karsjukdom: "høg dødeligheit av hjerte-karsjukdom blant menn i Øygarden, og låg blant kvinner, samanlikna med Hordaland og landet ellers." 2. Muskel- og skjelettlidingar: "Øygarden ligg høgare enn landet elles på muskel og skjelettlidingar /plager både i aldersgruppa 0-74 år og i aldersgruppa 15-29 år." 3. KOLS (gruppe kroniske lungesykdommer) og astma, legemiddelbrukere 45-74 år: "Øygarden ligg høgare enn landet elles i legemiddelbruk for KOLS og astma."</p>

	<p>4. Diabetes type 2: Øygarden ligger høyere enn landet som helhet for "brukarar av legemidlar til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) - kjønna samla".</p> <p>5. Psykisk helse: "Høgare antal personar som brukar legemiddel mot depresjon, sovemedisin og angstdempende midlar enn elles i landet."</p> <p>6. Kreft: "Øygarden ligg over gjennomsnittet for Hordaland og landet elles i førekomst av lungekreft både blant menn og kvinner."</p>
--	--

Øygarden kommunene sine konklusjoner om folkehelseutfordringene:

<p>Samlet konklusjoner om oppfølging</p>	<p>"Øygarden manglar fleire undersøkingar om helseåtfærd."</p> <p>"Dei fleste negative trendar som nemt i rapporten kan forebyggjast."</p> <p>"Ansvaret for utfordringane nemde i rapporten går på tvers av ulike fag- og tenestekområde."</p> <p>"I eit folkehelseperspektiv kan ein sjå nødvendigheita av forebygging i form av eigeninnsats, då sjukdomsbiletet i dag er prega av at helseåtfærd utgjer større risiko for helsa enn ytre påverknadsfaktorar. Øygarden kommune må difor leggja best mogleg til rette for at innbyggjarane sjølve kan ta dei rette vala for eiga helse."</p> <p>"Det må i tida fremover arbeidast systematisk og målretta for å skapa helsefremjande lokalsamfunn som sikrar fleire friske leveår og reduserer livsstilssjukdommar."</p> <p>"Målet må vera å få innbyggjarene meir medvitne om at dei må ta ansvar for eige liv og eigen helsetilstand.", "Å stimulere til utdanning og næringsutvikling må vera viktige satsningsområde" med begrunnelse om at tidlig innsats i barnehage og skule, tilrettelegging av gode bomiljø, næringsutvikling og tilgang på arbeid er positive faktorer på folkehelsa."</p>
--	---

Vedlegg 5. Spørreskjema for surveyundersøkelsen finnes som vedlegg til (Schou et al. 2014). Rapport 2014:21: NIBR og er tilgjengelig elektronisk på nettsiden til NIBR, by og regionforskningsinstituttet som fra 1.1.2016 ble en del av høgskolen i Oslo og Akershus, <http://www.hioa.no>



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no