



Strategi for folkehelsearbeid i Vestre Toten kommune 2014-2017

*Visjon:
Innbyggerne i Vestre Toten skal trives og ha
god helse*

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Bakgrunn.....	4
3	Hva er folkehelse og folkehelsearbeid.....	6
4	Overordnede føringer for arbeid med folkehelse.....	6
4.1	Lovverk.....	7
4.2	Nasjonalt.....	8
4.3	Regionalt.....	8
4.4	Lokalt.....	9
5	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.....	10
6	Implementering av systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig folkehelsearbeid.....	12
7	Innfasing av oppgaver i folkehelsearbeidet i kommunenes plansyklus.....	14
8	Ansvar, roller og fora i folkehelsearbeidet.....	14
8.1	Politisk forankring.....	15
8.2	Administrativ forankring.....	16
8.3	Forslag til organisering i regionen.....	17
9	Fokusområder i strategiperioden.....	18
10	Referanser.....	19

1 Innledning

Folkehelsearbeid er et ansvar for kommunen som helhet.

Vi skal ikke lenger betrakte helse utelukkende som motsats til sykdom. Helse, folkehelse er en følge av alle faktorer som påvirker oss, og som individ og samfunn selv kan påvirke.

Kommunens ulike sektorer - tjenesteytere, administrasjon og politisk ledelse - skal etterspørre "helse i alt vi gjør". Det er derfor også helsepolitisk relevant å skaffe informasjon og kunnskap om hvordan helsa fordeles i vårt samfunn. Dette henger tett sammen med hvordan øvrige ressurser og påvirkningsfaktorer er fordelt.

Et av målene er å sørge for flere år med god helse. Godt folkehelsearbeide skal sørge for en jevnere fordeling av helse, og mindre sosialt forankrede helseforskjeller.

Å prioritere er å sette noe framfor noe annet, i visshet om at det er nødvendig for en måloppnåelse. På kort og på lang sikt. Det er både en politisk og en administrativ utfordring å klare å være visjonære nok til å prioritere ressurser til det langsiktige helsefremmende og primærforebyggende arbeid. Det er en investering som vi må akseptere først tilgodeser de som kommer etter - folkehelsens "skau-planting". Samtidig vil vanlige helsetjenestearbeide og kravene til budsjett disiplin, og balansert årsregnskapsavslutning, gjøre det nødvendig å realisere kortsiktige mål – innenfor et kalenderår. Da må det også brukes ressurser til "skadebegrensning" (sekundær forebygging), reparasjon og rehabilitering (tertiær forebygging) – og de daglige utfordringer, men det langsiktige vil tilgodese det kortsiktige. Det må prioriteres strukturelle virkemidler som for eksempel tiltak som motvirker sosiale helseforskjeller, reduserer risikofaktorer og gjør sunne valg enklere som for eksempel å bygge sykkelveger, sikre grøntarealer og skjenketider for alkohol.

Ansvar for kommunens Folkehelsearbeide hører derfor hjemme i, og må forankres på et sektorovergripende nivå – hos formannskap og kommunestyre.

Strategiplanen har til hensikt å være et hjelpemiddel for de valg og prioriteringer som må gjøres for at Vestre Toten skal kunne være en god Folkehelsekommune.

2 Bakgrunn

Kommuneplanen for 2012 – 2023 har følgende overordnede målsettinger:

Vestre Toten kommune skal:

- Legge til rette for gode levekår for alle
- Utmerke seg som en innovativ kommune
- Ha en sikker og robust infrastruktur
- Legge til rette for en god oppvekst for alle

For å klare å realisere disse målsettinger, er det nødvendig å se dem i sammenheng. Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Å ivareta innbyggernes helse er en viktig del av kommunenes oppgaver. Da er det likevel nødvendig å se helsebegrepet som en funksjon av de påvirkningsfaktorer som er med å forme samfunnet, og menneskene som lever i det, positivt og negativt. Helsebegrepet, i medisinsk forstand, er bare en del av dette helhetsperspektivet.

Ny Folkehelselov trådte i kraft 01.01.2012 med nye krav til kommunene og det er utarbeidet regional plan for folkehelse i Oppland for perioden 2012-2015. I samsvar med intensjonene i Samhandlingsreformen og Lov om folkehelsearbeid har alle kommunene fått et større ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene skal ivareta folkehelseperspektivet i alle kommunale planer og saker som fremlegges for politisk behandling.

Målet med folkehelsearbeidet er ofte formulert som:

- flere leveår med god helse for den enkelte
- reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Til dette formål har Folkehelsekomiteen utarbeidet et strategidokument for Folkehelsearbeide i Vestre Toten kommune 2014-2017. Hensikten med strategidokumentet er, i tillegg til å tydeliggjøre kommunens ansvar i folkehelsearbeidet i hht lowerket, å komme med anbefalinger om hvordan arbeidet bør organiseres framover, hvilke mål kommunen bør ha for arbeidet, og skissere strategier for å nå målene.

Den skal bidra til:

- a) at kommunen jobber helhetlig, strategisk og systematisk for å bedre folkehelse i lokalsamfunnet
- b) at kommunen ansvarliggjør alle sektorer til å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer sunnhet og trivsel og forebygger risiko og sykdom
- c) god samhandling med frivillige organisasjoner, som er viktige bidragsytere for et trygt og aktivt lokalsamfunn
- d) at innbyggerne i Vestre Toten tar valg som fremmer gode levevaner for egen helse

Vestre Toten kommune har siden 2003, da Oppland fylke ble et Fysak¹ fylke, deltatt i satsingen for å få økt fysisk aktivitet i befolkningen. Det var særlig fokus på lavterskeltiltak for inaktive, og personer med risikofaktorer for å utvikle sykdom pga livsstil. Kommunen valgte den gangen å kalle "prosjektet" "Lea seg". For å forankre og ivareta framdriften med dette arbeidet ble det nedsatt en tverrsektoriell styringsgruppe.

Denne gruppa er, de siste årene, blitt utvidet med representanter fra flere sektorer, ettersom fokusområdene er blitt utvidet til å omfatte mer enn fysisk aktivitet.

Selve begrepet Folkehelse, og folkehelsearbeide er blitt tydeligere definert, og altså siden lovforankret som en overordnet kommunal forpliktelse. Det er utarbeidet årlige handlingsplaner ifm dette arbeidet. Ansvarlige for denne handlingsplan er en tverrsektoriell gruppe i kommunen, som kalles "Folkehelseforum".

Folkehelseforum består pt av:

Kristin Brevik, helsesjef og koordinator for gruppa

Odd Arvid Bollingmo, ass. rådmann

Jens A. Mørch, Kommuneoverlege

Eirik Røstadsand, plan- og miljørådgiver

Geir Sollie, leder Kultur og fritid

¹ Fysak – sammentrekning av FYSisk AKTivitet, som ble opprinnelig brukt i en kampanje for økt fysisk aktivitet i skolene i Nordland fylke, og som Oppland brukte i samme hensikt. Konseptet ble siden utviklet til Fysiotekene – og som var med og dannet grunnlaget for dagens Frisklivssentraler.

Arne Wiken, rektor Raufoss ungdomsskole

Roger Vestrum, frisklivsveileder v/ Frisklivssentralen

Sofia Resander, tannhelsetjenesten Oppland fylkeskommune

Lise Østby, Leder Frivilligsentralen

Bjørnar Ottesen, Lions/Åsløypas venner Raufoss, repr frivillige lag og foreninger

3 Hva er folkehelse og folkehelsearbeid

Med **FOLKEHELSE** menes:

Befolkningens helsetilstand og hvordan helsa fordeler seg i en befolkning

Med **FOLKEHELSEARBEID** menes:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsa.

Med **Helseoversikt** menes en sammenfatning av tilgjengelig informasjon fra nasjonale og lokale statistikkbanker - og som skal gi et bilde av folkehelse tilstanden i kommunen. Kommunen er pålagt å ha slike oversikter i hht «Forskrift om oversikt over folkehelsen».

4 Overordnede føringer for arbeid med folkehelse

Folkehelsearbeidet i Norge har lange tradisjoner med forankring i loverk, faktisk tilbake til Sunnhetsloven av 1860. Det er altså ikke noe nytt arbeid som skal startes nå. Vi ser for tiden en dramatisk økning innenfor store sykdomsgrupper, spesielt innenfor de såkalte livsstilssykdommene (NCD²).

Et av utgangspunktene for Samhandlingsreformen er utfordringene Norge står overfor når det gjelder nettopp dette sykdomspanorama i endring. Den enorme

² Non communicable disease - Ikke smittsomme sykdomer

veksten i «reparasjonstjenestene» - i sykehusene særlig, ser ikke ut til gi noen tilsvarende bedring i dette. Samhandlingsreformen setter derfor fokus på forebygging framfor reparering, både gjennom primær forebyggende tiltak (før sykdom inntreffer) og gjennom tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Det er fortsatt store sosiale ulikheter i helse (Stortingsmelding nr. 20, 2006-2007). Sosioøkonomiske faktorer som inntekt og utdanning, og etniske skillelinjer har gitt oss en klassedelt helseprofil. Det ligger store utfordringer i å sikre at alle har lik tilgang på de positive helsefremmende faktorer som f.eks kunnskap og aktivitet. Mens god helse er en viktig ressurs for den enkelte, er god **folkehelse en av samfunnets aller viktigste ressurser.**

4.1 Lovverk

01.01.12 fikk vi den nye Helse og Omsorgsloven (HOL) og Folkehelseloven (FHL). FHL skilte ut og definerte Folkehelse som et overordnet kommunalt ansvar. Samhandlingsreformen er en retningsreform som, for å sikre en bærekraftig utvikling, måtte gripe inn. Et av målene med reformen er å gi kommunen mer midler og incentiver til lokale tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom i langt større grad enn i dag.

FHL løfter fram fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet;

- prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller
- "helse i alt vi gjør"
- bærekraftig utvikling
- "føre var"
- medvirkning.

Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har alle ansvar for folkehelsearbeidet, og loven retter seg mot alle forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer.

Loven legger også føringer til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Plan og bygningsloven (PBL) legger også klare føringer for hvordan kommunen skal utforme et helsefremmende samfunn, bl.a gjennom planprosessene.

4.2 Nasjonalt

"Helse i alt vi gjør"-prinsippet ligger til grunn for folkehelseloven. Staten er dermed også en viktig premissleverandør i folkehelsearbeidet. Nasjonale strategier og handlingsplaner skal samordnes bedre og bli mer forpliktende.

Gjennom folkehelseloven er statlige myndigheter gitt folkehelseansvar gjennom kapittel 5, §§ 22-25. Fylkesmannen skal være pådriver for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, men også drive tilsyn med kommunene for å etterse at de oppfyller sine lovbestemte forpliktelser.

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsa og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet. Helsedirektoratet har også til hensikt å gi informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Det nasjonale Folkehelseinstituttet skal, gjennom omfattende nasjonale og lokale statistikker overvåke utviklingen av folkehelsa, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne (jfr §5). De skal samordne statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk som kommunene kan benytte seg av. Helsedirektoratet samarbeider med Folkehelseinstituttet om dette.

4.3 Regionalt

Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeidet er gitt gjennom Folkehelselovens kapittel 4. Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt, gjennom regional utvikling, planlegging og forvaltning og tjenesteyting. De skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Oppland fylkeskommune har gjennom regional planstrategi utarbeidet og vedtatt en regional³ plan for folkehelse med tilhørende handlingsprogram – «Opplagt i Oppland». Formålet med regional plan for folkehelse er å synliggjøre folkehelse som et lokal- og regionalpolitisk satsingsområde. Planen skal være et verktøy for målrettet og strukturert folkehelsearbeid i Oppland. Den skal vise hvordan Opplandssamfunnet kan samarbeide på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, samt synliggjøre ansvar, roller og virkemidler i folkehelsearbeidet.

³ Med regionalt i denne sammenheng menes Oppland fylke.

Visjonen i «Opplagt i Oppland» er å «bidra til en samfunnsutvikling som fremmer trivsel, god folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller». Fylkeskommunen har tidligere satset på partnerskapsavtaler og – tilskudd, men vil framover knytte midler opp mot lovpålagte oppgaver og samarbeid rundt helseoversikt, kompetanseheving og erfaringsutveksling.

Gjøvikregionen: Samhandlingsreformen oppfordrer til interkommunalt samarbeid, da dette kan være formålstjenlig på flere områder.

I arbeidet med en felles, regional strategi for folkehelsearbeid, er det i 2013 utarbeidet eget strategidokument for regionen. Der er det avklart at ansvar og utførelse må ligge i hver enkelt kommune. Regionalt samarbeid kan dreie seg om å ha lik modell og samarbeid om oppgaver og funksjoner.

4.4 Lokalt

Folkehelseloven omtaler kommunen som hovedaktøren i folkehelsearbeidet, og har gitt kommunen som sådan tydeligere ansvar og oppgaver innenfor folkehelsearbeidet. En tverrsektoriell tilnærming innebærer at folkehelseloven må sees i sammenheng med annet lovverk. Dette innebærer samhandling på tvers av alle sektorer, også de som ikke tradisjonelt oppfatter seg som helserelevante.

Spørsmål kommunens virksomheter bør stille som del av sitt folkehelsearbeid: (IS-1846, s. 72)

- Gjør kommunen nok for å fremme røykfrihet, sunne kostvaner og fysisk aktivitet?
- Ivaretar kommunens politikk for salg og skjenking av alkohol hensynet til de helsemessige konsekvensene hva gjelder skader, vold og utrygghet?
- Har kommunen et helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbud med god kvalitet og med en kapasitet som når hele målgruppen 0–20 år?
- Finnes det tilstrekkelig med egnede boliger til en overkommelig pris?
- Har vi lagt nok til rette for sosial deltakelse og sosialt støttende nettverk?
- Sørger vi for god kvalitet i barnehage og skole som fremmer mestring, læring og helse for alle barna gjennom oppveksten?
- Finnes det tilstrekkelig tilgang på jobbmuligheter i kommunen?
- Er offentlige bygg av god kvalitet (godt inneklima, universelt utformede)?
- Har vi et godt, tilgjengelig, miljøvennlig og trygt transportsystem i kommunen?

- Er nærmiljøet helsefremmende og tilrettelagt for aktivitet og sosial kontakt for forskjellige innbyggergrupper og med akseptabelt støynivå og god luftkvalitet?
- Har vi gode systemer og nivåer for vannkvalitet, renovasjon og avfallshåndtering?
- Har vi en politikk som fremmer bærekraftig utvikling og som ikke bidrar til klimaendringer?
- Gjør vi nok for å fremme rettferdig fordeling av levekår og for å bekjempe fattigdom i kommunen?

5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å ivareta sitt ansvar etter Folkehelseloven (§ 5). Oversikten skal være skriftlig og inneholde opplysninger om helsetilstand, levevaner, befolkningssammensetning, oppvekst og levekår, f eks økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning, samt fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.

Påvirkningsfaktorene befinner seg på mange nivåer og omfatter forhold som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/ inntektsforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligforhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, annen rusmiddelbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder for aktivitet og friluftsliv, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv.



Fig.: Påvirkningsfaktorer

Kommunens oversikt skal både gi grunnlag for det løpende og for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Det **løpende oversiktsarbeidet** skal dokumenteres på en hensiktsmessig måte.

Som en del av det **langsiktige oversiktsarbeidet** skal kommunen hvert fjerde år utarbeide et dokument omtalt som Kommunehelseprofil. Dokumentet skal gi faglige vurderinger av konsekvenser og årsaksforhold og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har utviklet Folkehelseprofil⁴ for hver kommune i Norge. Denne kan danne grunnlag for lovpålagt oversikt over folkehelsen, men bør suppleres med lokal kunnskap. Lokal kunnskap kan bestå i å hente ut data fra sektorenes fagsystemer eller andre statistikker og undersøkelser.

I 2010 ble det gjennomført en spørreundersøkelse – Ungdata - i ungdomsskolene og ved Raufoss videregående skole. Denne undersøkelsen er gjennomført på nytt i 2014 og har gitt oss omfattende informasjon om status for, og utvikling i

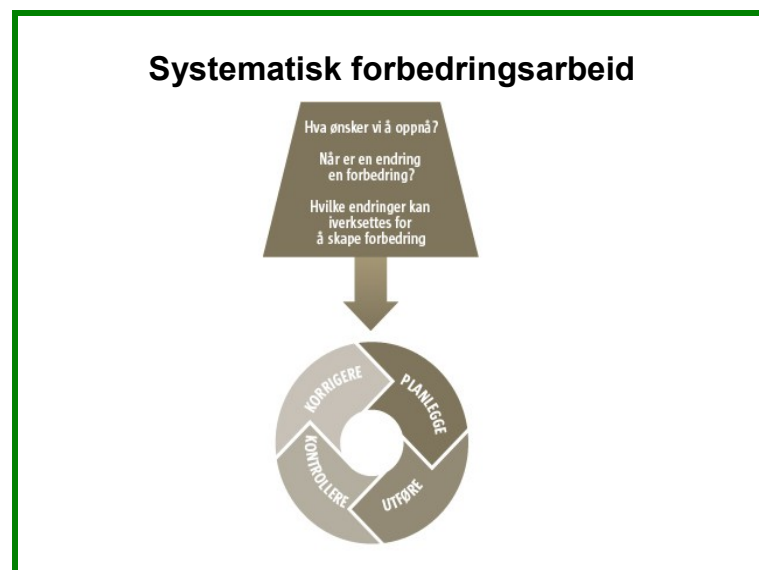
⁴ <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0529&sp=1&PDFAr=2014>

ungdomsgruppen i Vestre Toten. Disse data vil være viktige i utarbeidelsen av Helseoversikten.

I 2014 er det gjennomført en befolkningundersøkelse i regi av Østlandsforskning for innbyggere over 16 år. Hensikten er få en bedre oversikt over hva som bidrar til god folkehelse, trivsel og livskvalitet hos innbyggerne. Analysen er ventet i løpet av sommeren. Denne vil gi mer informasjon om helsekilder som sosiale og miljømessige forhold, livsstil, arbeids- og utdanningsmuligheter, natur, kultur, fritid og bo- og levestandard.

Fylkeskommunen har utarbeidet en mal for oversiktsarbeidet. Malen er basert på folkehelseprofilen fra FHI mm. Resultatene fra Ungdata og befolkningsundersøkelsen vil kunne bidra til en bedre oversikt og igjen kunne legges til grunn når tiltak skal iverksettes.

6 Implementering av systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig folkehelsearbeid

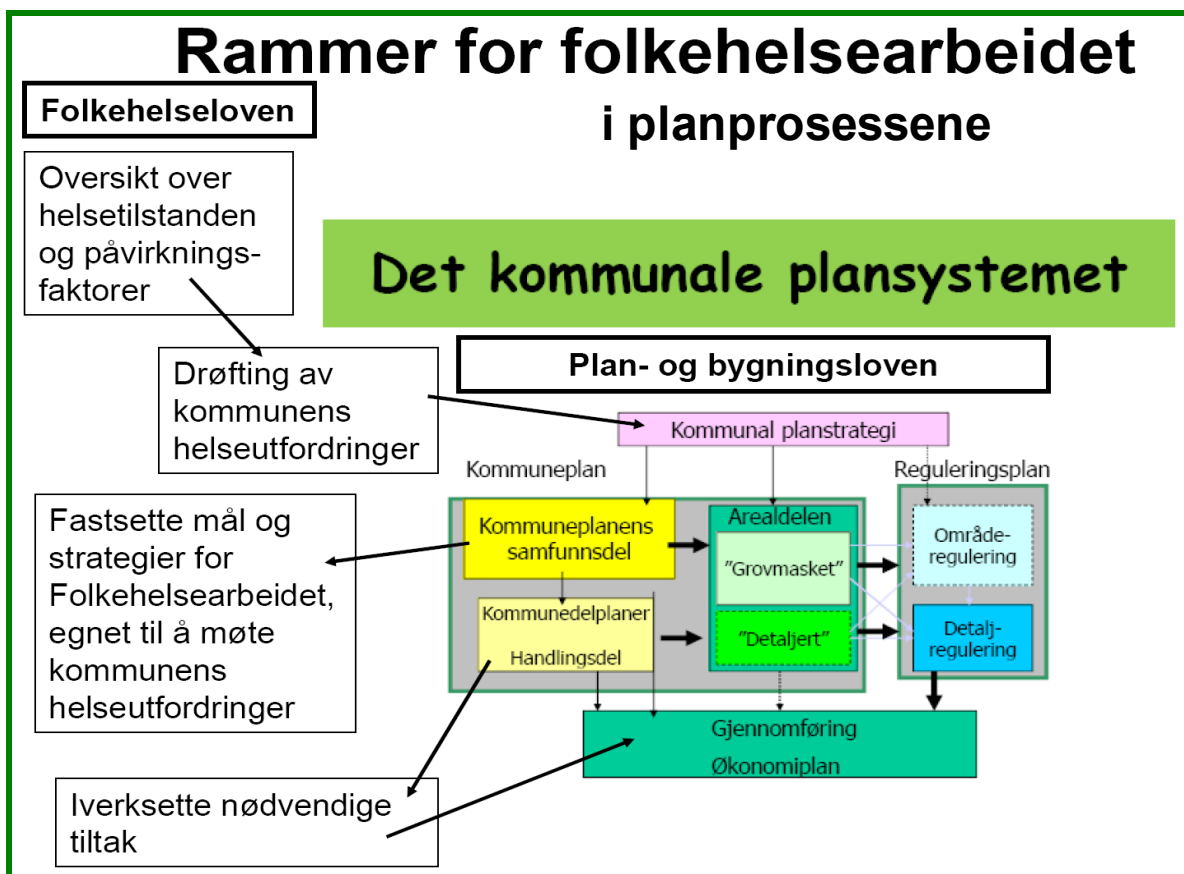


Bestemmelsene i folkehelseloven er nært knyttet til plan- og bygningslovens struktur for kommunenes løpende planlegging. Det bør derfor være en målsetting for hver av kommunene å fase det systematiske folkehelsearbeidet inn i kommuneplan-revisjoner som følger kommunestyreperiodene.

Folkehelselovens § 5 angir at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer, som skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Analyse av helseoversikt bør danne grunnlag for valg av overordnede mål og innsatsområder i hver periode. En første utgave av samlet oversiktsdokument kan derfor utvikles og framlegges i forkant av neste planstrategi, innen 2016.

Med et bredt perspektiv på folkehelsearbeidet – ”helse i alt” – kan det være en utfordring å synliggjøre og formidle hva innsatsen består i. Det foreslås derfor å ha utvalgte innsatsområder for hver periode, noe som kan bidra til å konkretisere betydningen av målrettet innsats på folkehelseområdet.

I tillegg til utvalgte innsatsområder, må det arbeides for at alle sektorer fortløpende arbeider med utgangspunkt i helsefremmende og forebyggende tenkning.



7 Innfasing av oppgaver i folkehelsearbeidet i kommunenes plansyklus

4-årig syklus – relatert til kommunenes planprosesser:

Tid	Trinn	Handling
År 0 (2015)	Kunnskap	Oversiktsdokument over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Lovpålagt. Hvor står vi? Utarbeides/ utvikles innen 2015
År 1 (2016)	Erkjennelse	Drøfting av status. Utpeking av utfordringer. Bør inngå i kommunal planstrategi
År 1- 2 (2016-2018)	Visjon	Fastsettelse av mål for folkehelsearbeidet. Kommuneplanens samfunnsdel.
År 2-3 (2018 - 2019)	Strategi	Hva skal vi gjøre for å nærme oss målene? 4-årig handlingsprogram: Satsingsområder
År 2-3 (2018 – 2019)	Handling	Hvordan skal vi gjøre det? Tiltak år for år. Årlige styringsdokument
År 4/0 (2020)	Erfaring - ny kunnskap	Evaluering av folkehelsearbeidet – revidering av Oversiktsdokument over helsetilstanden i forkant av neste planstrategi. Gjøres det året det er kommunevalg.

8 Ansvar, roller og fora i folkehelsearbeidet

Kommunen som sådan – hele organisasjonen – har et lovfestet ansvar for å sikre det gode folkehelsearbeidet. Derfor bør det ansvaret forankres på øverste ledernivå – hos ordfører og rådmann.

Det sies at 90 % av påvirkningsfaktorene for befolkningens helse, og helseopplevelse – subjektiv og objektiv, befinner seg på andre samfunnsområder enn i helsetjenesten. Noen av kjernetrekkene ved folkehelsearbeid er at det er en samfunnsoppgave, at det er befolkningsrettet, at det er kunnskapsbasert, og at det

utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helse.

Det ligger en utfordring i at forebygging tradisjonelt har vært et tema for helsetjenesten, og kommuneplaner et tema for planavdelingen. Nytt lowerk legger klare føringer for tverrsektoriell samhandling og involvering. Påvirkningsperspektivet synliggjør behov for strategiske tilnærminger i folkehelsearbeidet.

Folkehelse representerer komplekse utfordringer der ingen enkelt aktør har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å kunne løse problemet, ingen har god nok oversikt over problemet til å utforme nødvendige virkemidler og ingen av aktørene har tilstrekkelig handlingsrom til å kunne håndtere problemet alene. Snarere er en avhengig av at flere drar i samme retning. Én måte å legge til rette for slik felles innsats på, er gjennom å etablere mer formaliserte former for samarbeid.

Hva kommunene kan oppnå på folkehelseområdet er avhengig av hvilket ambisjonsnivå man vil legge seg på. For å få til et systematisk, langsiktig, helhetlig, tverrsektorielt og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, må det til ressurser i form av tid og kompetanse. Entusiasme er vanskeligere å lovfeste, men er, sammen med holdninger nøkkelen til å lykkes.

Nytt lowerk påpeker betydningen av "samfunnskompetanse" med tema som samfunnsforhold, samfunnssektorer, forvaltning, planarbeid og organisering. Folkehelse-arbeid og utviklingen av aktive og trygge lokalsamfunn kan betraktes som to sider av samme sak.

8.1 Politisk forankring

Ut fra de definisjoner av folkehelse som er belyst foran, og ut fra det brede påvirkningsperspektivet, er folkehelse et tema som vanskelig lar seg politisk ivareta på en helhetlig måte i vår nåværende utvalgsmoell. Dette kan i noen grad gjelde flere av de helhetlige temaer som er pekt ut som viktige samfunnsområder, både i gjeldende kommuneplan og i planprogrammet for ny plan.

Med utgangspunkt i at vi skal tenke "helse i alt vi gjør", vil det måtte legges strategier og gjøres prioriteringer som har i seg et vesentlig helhetsperspektiv. God folkehelse for flere, en jevnere fordeling av helse og mindre sosialt betingede helseforskjeller, er en vesentlig samfunnsoppgave.

Dette tilsier at folkehelse må forankres på et sektorovergripende nivå, og det foreslås derfor at i den nåværende politiske strukturen legges dette ansvaret til **formannskap og kommunestyre**.

8.2 Administrativ forankring

Ut fra samme definisjoner og argumenter som nevnt over, er det nødvendig at folkehelse også administrativt forankres på øverste administrative nivå, d.v.s. i rådmannens ledergruppe. Denne overordnede og koordinerende rollen, som legges til ass.rådmann (folkehelsestrateg), vil være å:

- ha et systemansvar for gjennomføring av kommunens oppgaver ihht folkehelseloven
- ha ansvar for at det utarbeides kommunehelseprofil hvert 4 år
- ha ansvar for at det utarbeides nødvendig grunnlagsdata og analyse
- ha det koordinerende ansvaret for kommunens folkehelsearbeid
- ha ansvar for at det utvikles overordnede strategier inn i det løpende planarbeidet

Folkehelse bør etter behov, minimum 2 ganger pr år, løftes inn som tema i rådmannens ledergruppe. Arbeidet må innføres i årshjulet i forbindelse med årsrapport og styringsdokumentet.

For å oppnå god samordning på faglig nivå, vil det være nødvendig å etablere et tverrfaglig **folkehelseforum**, som har fokus på både de enkelte fagområders rolle og på helhet og samordning. Dette forumet ledes av ass.rådmann (folkehelsestrateg) og forumets mandat bør være å:

- Bidra til at kommunen jobber helhetlig, strategisk og systematisk for å bedre folkehelsen i lokalsamfunnet
- Bidra til å utforme oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.
- Bidra til at folkehelseperspektivet i kommunen synliggjøres og ivaretas i alle kommunale planer og saker som framlegges for politisk behandling
- Drøfte helseutfordringer og foreslå satsinger og tiltak.
- Uttalelser/ høringer i sektorovergripende saker.
- Følge opp nasjonale og evt lokale kampanjer.

- Avholde temamøter med eksterne aktører
- Ta imot informasjon om folkehelse tema og spre i eget tjenesteområde etter behov
- Være tjenesteområdets "talsperson" for folkehelse tema

Deltakere:

Representanter fra alle (evt. de fleste) tjenesteområder, og leder av Frivilligsentralen. Kommuneoverlegen må være representert i forumet.

En representant i gruppa må ha avsatt en **50 % stillingsressurs til dette arbeidet** og være den utøvende folkehelsekoordinatoren.

Arbeidsgrupper/ad hoc grupper

For å jobbe med konkrete satsningsområder basert på helseoversikter og påvirkningsfaktorer må det etableres arbeidsgrupper som består over kort eller lengre tid.

Eksempler på slike grupper er:

- Trafikksikkerhetsutvalg
- Gruppe som jobber med levevaneutfordringer (fysisk aktivitet, kosthold og tobakkforebygging)

8.3 Forslag til organisering i regionen

I strategidokumentet som ble utarbeidet for regionen i 2013 foreslås det å utvide stilling som samfunnsmedisiner ved Gjøvikregionen helse- og miljøtilsyn (GHMT) fra 60 til 100 % stilling. Det foreslås å utvide mandatet til stillingen og tillegge denne en rolle som koordinator for folkehelsearbeidet i regionen. Dette forslaget støttes.

Mandat for funksjonen:

- Ansvar for å koordinere interkommunalt nettverk
- Bistå kommunene med å analysere og utarbeidelse av lovpålagte helseoversikter
- Pådriver til felles tiltak og satsninger basert på helseoversikter
- Fremme saker overfor regionrådet

- Kompetanseressurs for kommunene
- Bistå kommunene i evaluering av folkehelsearbeidet
- Kampanjer og informasjonsarbeid
- Promotering av fortrinn i regionen ift folkehelse
- Bistå med å utarbeide felles informasjonsmateriell, felles nettside, felles presentasjonsmateriell

9 Fokusområder i strategiperioden

Fokusområder i strategiperioden 2014-2017 er:

- Utarbeide statusdokument som grunnlag for arbeid framover:
 - Utvikle og oppfølging helseoversikter
 - Kartlegge påvirkningsfaktorer på folkehelsen
 - Fremskaffe en oversikt over folkehelsearbeidet/helsefremmende arbeidet i alle kommunale sektorer, og frivillig sektor
- Bidra til at folkehelseperspektivet blir godt ivaretatt i det kommunale planarbeidet
- Videreføre og utvikle eksisterende satsningsområder ut fra status i VTk
- Bidra til god folkehelseopplysning til Vestre Toten kommunes innbyggere
- Delta i det regionale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet

10 Referanser

Lov om folkehelsearbeid (24.06.11)

Plan og bygningsloven (10.08.2012)

Forskrift om oversikt over folkehelsen 28.06.12

Helse- og omsorgsdepartementet: Prop. 90 L (2010-2011): Forslag til lovedtak – lov om folkehelsearbeid

Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen. St.meld. 47 (2008-2009)

Helse- og omsorgsdepartementet: Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. St.meld 34 (2012-2013)

Helsedirektoratet: Folkehelsearbeidet – vegen til god helse for alle. Rapport 2010. IS-1846

Folkehelseinstituttet: Helsetilstanden i Norge. Folkehelse rapport 2010.
Helsedirektoratet: Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud. Drøftings- og prosessnotat. Rapport IS-1931

Helsedirektoratet: Folkehelsepolitisk rapport 2011. IS-1982

Helsedirektoratet: Folkehelse og kommuneplanlegging. 2011. IS-0333.

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

Kommuneplan VTK 2008-2019

Planstrategi for VTK 2012-2015. Vedtatt av kommunestyret 14.06.12

Planprogram for kommuneplanrevisjon VTK. Vedtatt av kommunestyret 20.02.13

NIBR: Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering
Norsk institutt for by- og regionforskning. NIBR-rapport 2012: 13

Oppland fylkeskommune: Regional plan for folkehelse i Oppland 2012-2016

Amdam, Jørgen og Veggeland, Noralv: Teorier om samfunnsplanlegging, 1998

Sunne kommuner/ Folkehelseforeningen: Folkehelse på tvers, 2012

Østfold fylkeskommune/ Østfoldhelse: Sosial ulikhet i helse – en gjennomgang, 2012

Strategiplan for folkehelsearbeide i kommunene i Gjøvikregion 2013 -2016