



Av seniorrådgiver folkehelse **Marie Christine F. Calisch**, Fylkesmannen i Vest-Agder

Kommunenes folkehelsearbeid 3 1/2 år etter folkehelseloven ble innført

Folkehelseloven trådte i kraft 1. januar 2012, og mye har skjedd i satsningen på folkehelsearbeid i Norge. Nasjonalt står folkehelsearbeidet i høyt fokus. Erfaringer viser at mange kommuner har kommet godt i gang, mens andre fremdeles strever.

Storting og regjering har gitt klare føringer for målene med folkehelsearbeid et vårt og hvilke prioriteringer som bør gjøres. Samtidig oppleves det en maktesløshet ute blant de som har den største byrden å bære i folkehelsearbeidet, nemlig kommunene. Kommunene er ilagt et stort ansvar i folkehelsearbeidet. De skal jobbe systematisk og kunnskapsbasert ut fra de ressurser og utfordringer kommunene har. Erfaringer viser at mange kommuner har kommet godt i gang, mens andre fremdeles strever.

Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?

Folkehelse er et mål på befolkningens helse og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. Folkehelse bygger på utvikling av ulike samfunnsforhold og levekår, endring i sykdomspanoramaet, medisinsk utvikling, organisering av helsevesenet og sist men ikke minst innsatsen i folkehelsearbeidet. Vi har tradisjon for å knytte folkehelsearbeid til individrettede tiltak i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Med dagens kunnskap vet vi at folkehelsearbeid favner langt bredere enn det. Folkehelsearbeid defineres som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og

styrke faktorer som bidrar til bedre helse», jf. formålsparagrafen i folkehelseloven¹. Folkehelsearbeid i Norge er tuftet på prinsippet «helse i alt vi gjør», noe som er ganske beskrivende for nettopp det at nesten all samfunnsutvikling, fra god integreringspolitikk, til nærmiljøutvikling, utdanning, næringsutvikling, kostholdsveiledning osv. er folkehelsearbeid. Utfordringen ligger i å gjøre de riktige prioriteringer i forhold til «hvor skoen trykker» mest.

Historisk tilbakeblikk

Folkehelsearbeidet har vært gjennom en voldsom endring og utvikling gjennom tiden. Fra 1800-tallets epidemier og hungersnød til vårt årtusens «luksusykdom» - livsstilsykdommer og kroniske lidelser. Mye av utviklingen skjedde på 1900-tallet. Lavekårene ble stadig bedre, og Norge gikk fra å

¹ Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid (Lov om folkehelsearbeid, § 1)

«Denne sosiale helseforskjellen sees når det gjelder nesten alle former for sykdom, skader og plager, og gjelder for både voksne og barn.»

være et fattig land til å bli en rik oljenasjon. Ifølge FNs levekårsindeks (Human development index) lå Norge på topp i 2013. Levekårsindeksen er et mål på et lands samfunnsutvikling ved en kombinasjon av forventet levealder, oppnådd utdanning og inntekt. Det paradoksale er at vi allikevel ikke ligger på topp i forhold til forventet levealder alene. I følge Human Mortality Database (2009) ligger norske kvinner på en tolvte plass, mens menn ligger på en niende plass, slått av land som Japan, Italia, Israel m.fl. Medaljen har dessuten en bakside. Den gode økonomien i landet har gitt folk en økt mulighet til å kjøpe for eksempel tobakk, alkohol, ferdigmat, søte drikker m.m., samtidig som vi beveger oss mindre på grunn av økt tilgjengelighet av «passive» transportmidler. En annen stor utfordring i Norge er den stadige økningen i helseforskjeller mellom grupper av befolkningen. Den sosiale helseforskjellen ser ut til å ha et relativt systematisk mønster mellom utdanning, inntekt og ulike helseparameter. Denne sosiale helseforskjellen sees når det gjelder nesten alle former for sykdom, skader og plager, og gjelder for både voksne og barn. Tall viser blant annet at i gruppen menn i alderen 45-59 år er det syv ganger så høy dødelighet blant de med lav inntekt sammenliknet med menn i den høye inntektsgruppen. Denne type forskjeller ser man også endrer seg i forhold til hvor man bor i landet, til og med innad i kommuner.

Lønnsomt å drive med folkehelsearbeid?

I en rapport utgitt av Helsedirektoratet i mars 2014 (IS-2264) framgår det at den totale samfunnskostnaden ved sykdom og ulykker er beregnet til 1081 mrd. kroner i 2010. Av dette utgjør ca. 65 prosent helsetap hvorav 29 prosent knyttet til tapte leveår og 36 prosent knyttet til tapt livskvalitet. Helsetjenestekostnadene er beregnet til å utgjøre 21 prosent av totalkostnadene og produksjonstapet (tapt skatteinntekt pga. sykefravær og uførhet) 14 prosent. I forhold til helse-tapet viser rapporten at lidelser som korsryggsmerter, alvorlig depresjon, angstlidelser og nakkesmerter står for den største økonomiske byrden, og sykdom som hjertesykdom, slag, lungekreft, tykktarmskreft står for de største kostnadene i forhold til tapte leveår.

Dette er lidelser og sykdom som i høy grad kan forebygges. Med dette bakteppet vil det høyst sannsynlig være lønnsomt for kommunene å satse på folkehelsearbeid, men det krever systematikk i arbeidet for å oppnå resultater, i tillegg til en stor dose tålmodighet, før man ser resultater.

Nasjonale mål

I vår la regjeringen fram en ny stortingsmelding om folkehelse, *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015))*. Den viser til de nasjonale målene for folkehelsearbeidet som er de samme som tidligere:

- *Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder.*
- *Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte helseforskjeller.*
- *Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.*

Målet om økt levealder skal nås gjennom utjevning av sosiale helseforskjeller og redusere tidlig død. Videre pekes det på at Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere død av ikke-smittsomme sykdommer.

Kommunenes oppgaver i folkehelsearbeidet må tas på alvor

Storting og regjering har en forventning om at kommunene skal ha en strategi for sitt folkehelsearbeid. For å lage en god strategisk satsning lokalt kreves det kunnskap om tilstanden i egen kommune. Denne tilstandsbeskrivelsen må være på plass før kommunen kan jobbe systematisk med de utfordringer man ev. anser å være viktige. Det forventes at kommunene skal ha klar denne oversikten, jf. folkehelse-loven § 5, innen ny planstrategi skal lages. Det vil for mange kommuner være ensbetydende med at oversiktsarbeidet bør være klart innen høsten 2016. Denne oversikten over både positive og negative faktorer skal hjelpe kommunene til å bli mer treffsikre i sitt folkehelsearbeid. For at oversiktsarbeidet skal få en verdi videre, er det viktig å skape et politisk engasjement rundt dette. Det er til lite nytte dersom administrasjonen ikke klarer å formidle kunnskapen de får vid-

«Ifølge sluttrapporten fra Helsetilsynet viser det landsomfattende tilsynet at 15 av 50 kommuner hvor systemrevisjon ble gjennomført, ikke var kommet i gang.»

ere, slik at kommunens politikere kan fatte gode beslutninger på grunnlag av denne kunnskapen. Kanskje noen av landets kulturhus og idrettsanlegg ville blitt nedprioritert dersom politikerne hadde fått kjennskap til hva de «virkelige» utfordringene er i befolkningen, og hva kommunen kunne på sikt ha spart inn på sine helsebudsjetter.

Å utarbeide en god oversikt er ikke noe venstre-håndsarbeid. Det krever at kommunen avsetter tid og ressurser til dette. Det er gitt ut en forskrift for hva kommunen må ta hensyn til i dette arbeidet, og også forslag til hva som er minimumskravet til innholdet. Det er blant annet sagt at arbeidet skal være godt forankret. Det krever tverrfaglig medvirkning der samfunnsmedisinsk kompetanse har en viktig rolle i forhold til epidemiologiske analyser.

Riksrevisjonenes rapport og erfaringer fra Statens helsetilsyn med tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid

Fylkesmennene hadde i 2014 på oppdrag fra Statens helsetilsyn landsomfattende tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon i totalt 50 kommuner. I tillegg valgte noen fylkesmannsembeter å utføre et kartleggings-tilsyn i 21 kommuner. I Vest-Agder ble da samtlige kommuner inkludert. Tilsynet skulle bidra til å støtte kommunesektorens egne aktiviteter for å ivareta folkehelseloven gjennom kommunens plan- og styringssystem. Det var hovedsakelig fokus på oversiktsarbeidet, og om det var satt i gang systematisk løpende oversiktsarbeid. Følgende forhold ble vektlagt i tilsynet:

- *Forankring:* om det var tilstrekkelig styring og ledelse
- *Organisering:* om arbeidet var tverrsektorielt organisert og at det var en tydelig ansvarsfordeling
- *Innhold i oversikt:* om det var besluttet hva den løpende oversikten bør inneholde
- *Kompetanse:* om kommunen hadde tilstrekkelig kompetanse for å utføre arbeidet, deriblant samfunnsmedisinsk kompetanse

Videre skulle tilsynet vurdere hvor langt kommunene var kommet i sitt oversiktsarbeid. Tilsynet skulle

bidra til at de kommuner som hadde startet opp oversiktsarbeidet, skulle videreutvikle dette, og de som ennå ikke hadde startet opp, skulle komme i gang.

Ifølge sluttrapporten fra Helsetilsynet viser det landsomfattende tilsynet at 15 av 50 kommuner hvor systemrevisjon ble gjennomført, ikke var kommet i gang. I Vest-Agder hvor man inkluderte samtlige 15 kommuner, var 8 kommuner ikke kommet i gang, altså så mye som 53 prosent.

I de 15 kommunene på landsbasis som ikke var kommet i gang, ble det påvist vesentlige mangler ved styring og tilrettelegging av arbeidet. Det var ikke forankret i ledelsen i kommunen, ikke tilrettelagt for tverrsektorielt deltakelse, og det var manglende ansvar- og oppgavefordeling. Mange kommuner hadde ikke involvert samfunnsmedisinsk kompetanse. Flere kommuner hadde ikke tatt stilling til hva oversikten skulle inneholde. I Vest-Agder var det tilfeller hvor kommunene ikke var klar over lovverkets betydning for kommunen, og hvordan dette skulle løses.

Riksrevisjonens rapport (dokument 3:11, 2014-2015) er helt i samsvar med funnene i det landsomfattende tilsynet med kommunenes folkehelsearbeid. Riksrevisjonen konkluderer med at «De fleste kommuner har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid». Det er 24 prosent av kommunene som har utarbeidet en oversikt over innbyggernes helsetilstand og de faktorene som påvirker den. Opp mot 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer eller presentert mål og strategi for sitt folkehelsearbeid i kommuneplanen. Videre viser rapporten at nesten halvparten av kommunene opplever at levekår og sosial ulikhet er de største folkehelseutfordringene, men kun 15 prosent har iverksatt tiltak mot disse utfordringene. Ifølge Riksrevisjonens rapport har kommunene behov for klarere nasjonale føringer og retningslinjer som konkretiserer hva folkehelsearbeidet skal innebære.

I forhold til nasjonale forventninger om at kommune skal jobbe mer kunnskapsbasert, fremkommer det at det er mangel på kunnskap i kommunen om hvordan dette skal gjøres. De er usikre på hvilke

effektive virkemidler og tiltak som kan bidra til å redusere folkehelseutfordringene spesielt mht. sosial ulikhet i helse.

Riksrevisjonen oppsummerer også at 41 prosent av kommunene ikke har etablert systematisk tverrsektorielt folkehelsearbeid. Dette er også vist i en rapport fra NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning). Her blir det blant annet bemerket at de kommuner som har forankret arbeidet tverrsektorielt, har avsatt større stillingsressurs til folkehelsekoordinator, organisert denne funksjonen i rådmannens stab, har kommet lengst i arbeidet, og ser ut til å lykkes best.

Hva så? Hvordan jobber vi videre?

Fylkesmannen i Vest-Agder erfarer at flere kommuner etter tilsynet har tatt ansvaret på alvor. Kommunene har bedt om råd og veiledning, og de fleste har intensjon om å komme i gang med sitt oversiktsarbeid i løpet av 2015. De er i gang med tverrsektoriell organisering, gjennomgang av kommunens delegasjonsreglement for å sørge for god forankring og har fått folkehelseoversikten implementert som rapporteringspunkt i årsrapporten. Det er gledelig å se at tilsynet har gitt en ønsket effekt. Samtidig er det spennende hvorvidt vi i tiden fremover ser hvordan utfordringsbildet vil bli vurdert inn i planstrategiarbeidet og videre inn i kommuneplanene. Det gledelig ville være om vi i tiden fremover ser konsistens mellom oversiktsarbeidet i kommuneplaner og ikke minst i økonomiplaner.

Jeg har en stor forståelse for de kommuner som strever med å komme i gang. Mange har små stillingshjemler og manglende kompetanse for å klare denne betydningsfulle oppgaven. Dette blir også understreket i Riksrevisjonens anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet. De anbefaler tettere oppfølging av de kommunene som er kommet for kort i det systematiske arbeidet. Det bør legges til rette for økt kunnskap om folkehelse og effektive tiltak og at arbeidet i forhold til tverrsektoriell forankring bør styrkes. Jeg støtter meg til Riksrevisjonens anbefalinger og ville nok i tillegg gitt en anbefaling om et bredere tverrdepartementalt folkehelsearbeid, spesielt i forhold til departementenes samarbeid om anbefalinger til kommunens planarbeid. Det oppleves som at Helse- og omsorgsdepartementet er mest tydelig på betydningen av folkehelse inn i planarbeid, mens Kommunal- og moderniseringsdepartementet glemmer dette perspektivet i deres anbefalinger for kommunalt planstrategiarbeid.

Jeg tror at dersom Norge skal lykkes i sitt folkehelsearbeid, bør det også være tydelig at folkehelse angår alle de ulike departementene, selv om resultatene av arbeidet måles i forventet levealder og opp-

levd helse. Vi har en forventning om at kommunene skal være tverrfaglige i sitt arbeid, og vi anbefaler en av-helsifisering av folkehelsearbeidet. Samtidig blir det utydelig for oss i folkehelsebransjen om det er nasjonal enighet om det.

Kommunerevisorens rolle

Sett i fra statens side vil kommunerevisoren kunne være en god pådriver for kommunenes folkehelsearbeid. Det vil være hensiktsmessig at kommunerevisoren ser til at kommunene rapporterer inn i sitt løpende oversiktsarbeid, og at oversiktsarbeidet blir revidert hvert fjerde år i forbindelse med kommunenes planstrategiarbeid. Videre vil det være bra om man etterså at kommunene har fulgt opp utfordringene sine i de kommunale planene og ikke minst ser etter at de tiltak kommunene igangsetter blir evaluert fortløpende. Det kan blant annet nevnes at kommunene får tildelt tilskudd til ulike tiltak som det ofte leveres mangelfulle rapporter om tilbake til statlige myndigheter. ☺

Marie Christine F. Calisch har vært seniorrådgiver folkehelse hos Fylkesmannen i Vest-Agder siden august 2014. Hun har en mastergrad i folkehelsevitenskap fra Universitetet i Agder og en bachelor i folkehelsearbeid fra samme sted. Calisch har tidligere erfaring fra reiselivsnæringen, rekruttering/bemannning, noen år som selvstendig næringsdrivende samt noe erfaring fra kommunal sektor innen folkehelsearbeid og skole.

Kilder:

Helsedirektoratet, *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker*, Rapport IS-2264

Helsetilsynet, *Med blikk for folkehelse*, Rapport fra helsetilsynet 4/2015

Folkehelse rapporten, *Helsetilstanden i Norge*, Rapport 2014:4

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

Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*, Dokument 3:11 (2014-2015)