

# Folkehelse i Fredrikstad

## – ny lov, nye muligheter

■ **SOFIE LUND DANIELSEN** *kommuneoverlege, Fredrikstad kommune*

■ **BENT OLAV OLSEN** *folkehelsekoordinator, Fredrikstad kommune*

**Ny Folkehelselov har gitt kommunene større utfordringer, men også en anledning til å etablere et mer effektivt folkehelsearbeid. Her følger noen erfaringer fra arbeidet med Kommunedelplan for folkehelse i Fredrikstad kommune.**

### **Stor kommune med store utfordringer**

Fredrikstad er Østfolds største kommune med 75 000 innbyggere. Kommunen består av et kommunesentrum og mindre lokalsamfunn i omlandet. Fredrikstad var tidligere et industri-samfunn med Fredrikstad Mekaniske Verksted som en dominerende bedrift. I dag er Fredrikstad et typisk postindustrielt samfunn med de utfordringene som følger med. For eksempel er arbeidsløsheten større enn landsgjennomsnittet og både utdanningsnivået og gjennomsnittlig inntekt ligger under landsgjennomsnittet. Disse og andre bakenforliggende faktorer er med på å forklare at Fredrikstad blant annet har høyere drop-out fra videregående skole, dårligere leseferdigheter og lavere levealder enn gjennomsnittet for landet.

På den positive siden finner vi i kommune-helseprofilen fra Folkehelseinstituttet blant annet at kommunens 10.-klassinger trives bedre på skolen enn landsgjennomsnittet. Kan hende skal vi putte inn en positiv ting til fra FHI-profilen her? Kommunen har også som fortrinn en flott beliggenhet ved Glommas utløp, med Nordens best bevarte festningsby (Gamlebyen) som hovedattraksjon, og med den fantastiske skjærgården til Fredrikstad og Hvaler som en viktig friluftss- og rekreasjonsressurs.

### **Fredrikstad kommune**

GRUNNLAGT: år 1567 (Gamlebyen)

FYLKE: Østfold

INNBYGGERTALL: 76 246 (størst i fylket)

ANDEL INNVANDRERE: 13,5 prosent

AREAL: 288 kvkm

INTERNETTID: [www.fredrikstad.kommune.no](http://www.fredrikstad.kommune.no)



Sommerstemning i Fredrikstad.

### **Reform, lov og forskrift**

Samhandlingsreformen ble lansert med mange gode mål for helsetjenesten og med tre hovedtiltak; oppgaveoverføring til kommunene, bedre koordinerte tjenester og større innsats på folkehelse og forebygging. Sistnevnte har ikke vært direkte økonomisk stimulert (som andre deler av reformen), men Fredrikstad kommune valgte å innlemme folkehelse/forebygging som en del av Samhandlingsreformprosjektet fra høsten 2010. Grunnen til dette var hovedsakelig todelt. Delvis manglet det en oversikt over hva reformen kom til å innebære konkret og kommunen valgte derfor å starte bredt. Viktigere var at administrasjonen så Samhandlingsreformen som en strategisk viktig mulighet for å sette større fokus på folkehelsearbeidet. Med den oppmerksomheten det har vært rundt Samhandlingsreformen i kommunen, så har dette vært med på å forankre folkehelseetankengangen i hele organisasjonen.

Med Folkehelseloven i 2011 og forskrift i 2012, kom utvidede og mer omfattende plikter for kommunen. Som alle andre kommuner har Fredrikstad drevet folkehelsearbeid lenge før 2011, både det tradisjonelle folke-

helsearbeidet knyttet til skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern, helsesøstertjenesten og smittevern, og det «nyere» – som innsatsen for å få flere til å gjennomføre skolen og skolefruktordninger. Men kommunen manglet et godt fundament for helhetlig og tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Fraværet av en kommunal folkehelsepolitikk ble enda tydeligere da lovens utvidede krav til oversikt og systematikk kom. Og behovet for bedre folkehelse i Fredrikstad har lenge vært åpenbart. Det er et klart misforhold i Fredrikstad mellom (lav) verdiskaping og (høyt) behov for offentlige tjenester. Administrasjonen tok derfor til seg Folkehelseloven med en gang, som en mulighet til å gjøre noe med situasjonen. Begrunnet i lokale kunnskaper og erfaringer ble en tverrsektoriell kommunedelplan vurdert å være den beste veien å gå for å få en overordnet folkehelsepolitikk. En slik plan skaper politisk oppmerksomhet og er underlagt plan- og bygningslovens bestemmelser, blant annet om medvirkning og høring. Dette ble sett på som en hjelp til å kunne drive bred informasjons-spredning og involvering under utarbeidelsen av planen.

## Levekårskartlegging

Igangsetting av folkehelseplanprosessen var ikke det eneste, eller det første, initiativet i Fredrikstad for et systematisk levekår- og folkehelsearbeid. I 2011 vedtok politikerne at kommunen skulle starte arbeidet med en levekårskartlegging på sonenivå. Basert på data fra SSB og med inspirasjon fra Stavanger ble det utarbeidet detaljerte levekårsdata for 40 soner i løpet av 2011/2012. Levekårskartleggingen for Fredrikstad ble utgitt våren 2012 og viste at det er store lokale variasjoner i levekårene i Fredrikstad.

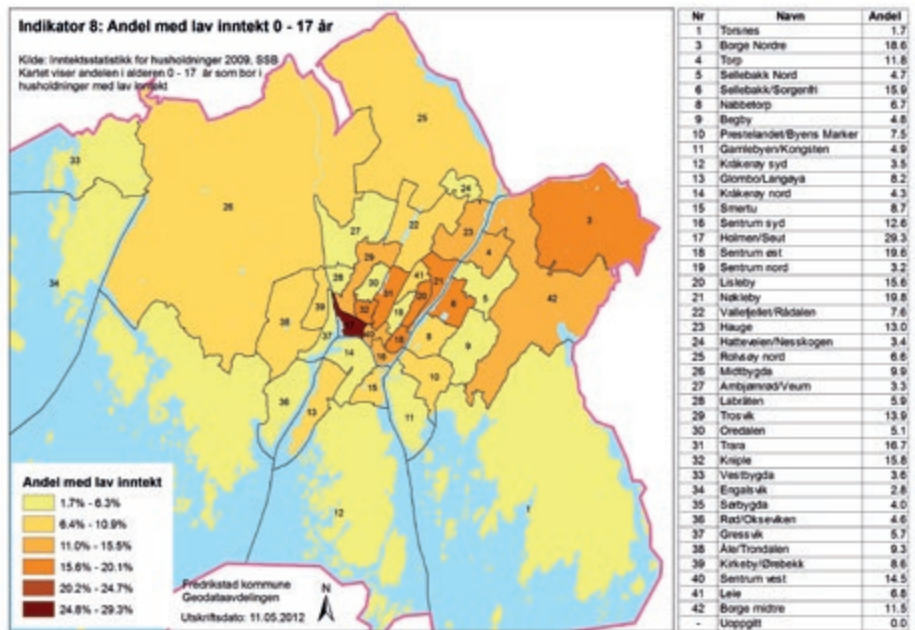
Vi har blant annet på sonenivå en barnefattigdomsandel som varierer mellom 1,7 prosent og 29,3 prosent, en arbeidsledighetsandel som varierer mellom 1,8 prosent og 8,3 prosent og en andel med grunnskole som høyeste fullførte utdanning mellom 20,5 prosent og 43,7 prosent.

Arbeidet med levekårskartleggingen og informasjonen rundt dette var også med på å berede grunnen for kommunedelplanarbeidet. I tillegg vil kartleggingen selvfølgelig også være en informasjonskilde i folkehelsearbeidet.

Begge disse initiativene, folkehelseplanarbeidet og levekårskartleggingen, har oppstått i en kommuneplanperiode der et av målene i samfunnsdelen er: «Folkehelse og levekår er kraftig forbedret».

## Kommunedelplan for folkehelse 2014-2018/26 (Folkehelseplanen)

Den første milepælen i planarbeidet kom høsten 2011, i form av et bredt, tverrfaglig møte med folkehelseplan som tema og med overskriften «Helse i alt vi gjør». Med på møtet var også Arne Marius Fosse, Helse- og omsorgsdepartementet, som holdt innlegg om viktigheten av folkehelsearbeid på tvers. På dette oppstartsmøtet ble kommunalsjefene utfordret på å presentere sin seksjon (Regulering og teknisk drift, Kultur, osv) som en fol-



Kart over barnefattigdomsandel i ulike deler av Fredrikstad kommune.

kehelseseksjon: «Hvordan påvirker dere folkehelsen i Fredrikstad?» Med dette grepet opplevde vi at seksjonene allerede fra start «eide» temaet og planen. En tidlig tilnærming til «Helse i alt».

Å fremme at alle føler eierskap til planen har vi opplevd som viktig i prosessen så langt. Et annet grep som har vært fruktbart har vært helt fra start å formidle dette prosjektet som noe stort, tverrfaglig, positivt og viktig. Vi bestemte med en gang at dette skulle være «en mulighet til virkelig å skape forandring». Det har skapt entusiasme og engasjement.

Rent praktisk ble det etter det første møtet bestemt at det skulle nedsettes en interimgruppe. Denne bestod av representanter fra alle seksjoner og mandatet var å lage en prosjektplan for et kommunedelplanarbeid. På denne bakgrunn satte administrativ ledelse av ressurser til et toårig arbeid, og en prosjektgruppe ble nedsatt med alle seksjoner repre-

sentert. Prosjektgruppa fikk rett før sommeren planprogrammet for Kommunedelplan for folkehelse ut på høring og endelig planprogram er nå vedtatt i formannskapet (oktober).

Planprogrammet beskriver tidsavgrænsning for planarbeidet (til første del av 2014), bakgrunn og føringer, og formålet med planarbeidet: å arbeide for utjevning av sosial ulikhet i helse og bedre folkehelse gjennom å lage en god plan og å øke bevissthets- og kunnskapsnivået om folkehelse i kommuneorganisasjonen og befolkningen. I tillegg gir planprogrammet oversikt over organisering, prosess og medvirkning. Det gir også en statusbeskrivelse ut fra den statistikken prosjektet hadde tilgjengelig pr mai 2012, og ut fra dette de temaene planen med sikkerhet kommer til å omhandle. Hvilke tema planen skal ta for seg, vil bli sluttført når det endelige utfordringsbildet for Fredrikstad kommunen

Ved Borredalsdammen i Fredrikstad er det gode muligheter for rekreasjon og friluftsliv for innbyggerne i kommunen.



## Folkehelseloven

- Trådte i kraft 1.1.2012.
- Omhandler stat, fylkeskommune og kommune.

Kommunen skal:

- Bruke hele sin organisasjon og alt sitt virke i folkehelsearbeidet
- Legge til rette for samarbeid med frivillig sektor
- Ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og over faktorer som kan påvirke denne, basert på
  - Opplysninger fra stat og fylkeskommune
  - Kunnskap fra kommunale helse- og omsorgstjenester
  - Kunnskap fra lokalsamfunn
- Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi
- Fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet (med utgangspunkt i oversikten) i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven
- Iverksette nødvendige og målrettede tiltak
- Gi informasjon om hva den enkelte og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom
- Bestemmelsene om miljørettet helsevern er stort sett flyttet uendret over til Folkehelseloven.
- Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her, herunder epidemiologiske analyser.

## Folkehelseforskriften

- Trådte i kraft 1.7.2012
- Krav til oversiktens innhold og at det skal gjøres vurderinger og analyser. Temaene er:
  - Befolknings sammensetning
  - Oppvekst- og levekårsforhold
  - Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
  - Skader og ulykker
  - Helserelatert atferd
  - Helsetilstand

Oversikten skal være løpende.

Krav til dokumentasjon:

- Den løpende oversikten skal dokumenteres hensiktsmessig og som del av ordinær virksomhet
- Hvert fjerde år skal det utarbeides en samlet oversikt som grunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet og kommunens planstrategiarbeid

Kommunen skal tilrettelegge for medvirkning.



Gamlebyen i Fredrikstad.

er utarbeidet og analysert, men mange tema er gitt ut fra kjent status, utfordringer og mål. Disse er:

- fysisk aktivitet
- kosthold
- skader og ulykker
- tobakk
- rus, inkludert alkohol
- psykisk helse
- seksuell helse

I tillegg nevner planprogrammet spesielt noen perspektiver som skal hensyntas i alt videre arbeid der dette kan inngå:

- stimulere utdanningsløpet
- støtte til egenmestring
- utjevne sosial ulikhet
- fremme integrering
- universell utforming
- frivillig innsats
- kultur
- utemiljø og møteplasser

I planprogrammet er det definert at vi med folkehelsearbeid mener helsefremmende og forebyggende arbeid, og at sistnevnte innbefatter primærforebygging og det sekundærforebyggende arbeidet som gjøres i symptomfri fase og som tidlig intervensjon ved faresignaler.

Litt mer om organisering: Siden vi arbeider med en kommunedelplan er formannskapet formell styringsgruppe. Rådmannens ledergruppe, med alle kommunalsjefene, er praktisk styringsgruppe. I tillegg til en representant fra hver seksjon, ledes prosjektgruppa av forfatterne, altså en folkehelsekoordinator

og en kommuneoverlege. Vi to har tilhørighet i kommunens seksjon for miljø og samfunnsutvikling. Arbeidet er planlagt i faser, med hovedinndelingen; planlegging – informasjonshenting – definisjon hovedtema – arbeidsgrupper/analyse – tiltaksutforming – endelig plan.

Mye tid det første halvåret har vært brukt på å holde innlegg (og dialog) om folkehelse og folkehelseplanen. Alle politiske utvalg har fått en presentasjon, likeledes ungdomsrådet, alle seksjonene og administrativ ledelse, samt at det har blitt formidlet informasjon via kommunens nettsider og lokalavisa. Denne kompetansehevingen på tema folkehelse ser vi som et viktig grunnlag for den erfaringsinnhenting vi nå skal i gang med, men også som et viktig folkehelseiltak i seg selv. I planprogrammet har vi definert to hovedmål for planprosessen;

- 1 – å produsere en kommunedelplan som svarer på lovens krav og kommunens behov og som blir et godt lokalpolitisk styringsverktøy, og
- 2 – å bruke prosessen til å skape økt bevissthet og kunnskap om folkehelse, både i kommuneorganisasjonen og i befolkningen for øvrig.

I høst har det vært møter med en rekke nøkkelpersoner fra alle seksjoner for å innhente informasjon og erfaringer fra tjenestene. Nå skal vi gjennomføre tilsvarende dialogmøter i befolkningen. Sammen med statistikk fra levekårskartleggingen (Fredrikstad kommune), folkehelseprofilen (Folkehelseinstituttet) og

helse- og miljøundersøkelsen 2011 (Østfold-helsa) har vi da et godt utfordringsbilde for Fredrikstad, og et godt grunnlag for å definere hvilke tema folkehelseplanen bør ta for seg.

Over nyttår starter analysefasen. Det skal da nedsettes arbeidsgrupper fra kommuneorganisasjonen og det sivile samfunn til å analysere og vurdere hovedtemaene med tanke på årsakssammenhenger, innsatsområder og tiltaksforslag.

Tett samarbeid med rådmannens ledergruppe samt politiske orienteringer, vil være vesentlig i hele prosessen. Det er viktig at ledelse og politikere hele tiden vet hvordan terrenget ser ut, spesielt med tanke på prioriteringene som kommer. Å formidle kunnskap underveis, både om utfordringer, sammenhenger og løsningsalternativer (og ressursutnyttelse) er en viktig oppgave for oss som jobber med dette.

### **Noen kommentarer, og erfaringer så langt**

Å være en stor kommune har sine fordeler, blant annet i form av å ha 100 prosent folke-

helsekoordinator-ressurs og flere kommuneoverleger. Med avsatte 75 + 50 prosent stillinger til ledelse av planarbeidet og definert innsats fra alle seksjoner med 5–10 prosent stillinger over to år, har Fredrikstad kommune et godt utgangspunkt for å kunne ta tak i folkehelse temaet på en relativt grundig måte.

Vi mener selv at vi som prosjekt har gjort noen riktige grep i form av involvering og det å tydeliggjøre arbeidet som tverrfaglig og tverrsektorielt. At alle inviteres inn, kjenner eierskap til planen og arbeidet, og får et godt kunnskapsgrunnlag, er et godt utgangspunkt for å lykkes med planprosessen og for å få til reelle endringer blant annet ved å tenke «helsetilstand i alt vi gjør».

For virkelig å få til endringer på befolkningsnivå er vi også avhengige av å få folkehelsearbeidet systematisert og organisert med tanke på permanent innsats. Den delen kan vi som fagfolk bidra til, men den er avhengig av god administrativ og politisk forankring og vilje til å prioritere. Det kreves mye kunnskap, dokumentasjon og vilje for å prioritere ressurser til et folkehelsearbeid som gir avkastning om 10, 20 eller 30 år og som ikke

støttes økonomisk av staten. Planarbeidet har fått en god start, og pr i dag oppleves det som prioriteringsviljen er der. Men folkehelsearbeidet er selvfølgelig avhengig av at dette prioriteres kontinuerlig i årene fremover for å oppnå de resultatene vi ønsker.

Siden lanseringen av samhandlingsreformen og ny Folkehelselov har det vært snakk om å støtte kommunene med gode eksempler og hjelpemateriale. Vi savner fortsatt støtte fra sentralt hold som viser gode eksempler på virkelig effektivt, bredt folkehelsearbeid, og argumenter som kan overbevise politikere. Vi vet at det er gjort gode innsatser på dette i andre land og slik kunnskap hadde unektelig vært en god hjelp.

I mellomtiden jobber vi videre med den viktige oppgaven dette er.

#### **REFERANSE**

FOR MER INFORMASJON: <http://www.fredrikstad.kommune.no/no/Tjenester/Helse/Folkehelse/>



[sold@fredrikstad.kommune.no](mailto:sold@fredrikstad.kommune.no)