

Folkehelsearbeid i en liten kommune

Prosjektoppgave med fokus på folkehelse i planverket i Aukra kommune

2013

Elin Mordal

Sammendrag:

Denne prosjektoppgaven belyser hvordan og i hvilken grad Aukra kommune trekker folkehelse inn i planverket.

Det er oppnådd et gjennomgående fokus på folkehelse fra den overordnede samfunnsdelen av planverket til kommunedelplanene på flere områder, og Aukra kommune har vært bevisst på at folkehelse er en del av samfunnsplanleggingen og en viktig faktor for hvordan innbyggerne i kommunen har det.

Kommunen har på flere områder svart på de forventningene som kom etter innføringen av samhandlingsreformen og ny folkehelselov i kommuneplanverket. Det kommer forholdsvis tydelig fram at det rådende synet på folkehelse er at kommunen er tilrettelegger for at folk selv skal ta ansvar for å ta de helsemessige riktige valgene.

Utfordringene slik det ser ut på bakgrunn av denne prosjektoppgavens datamateriale ligger i første rekke på å løse utfordringen med å la de bakenforliggende årsakene til sosial ulikhet i helse komme tydeligere fram i strategiene i kommuneplanene. I tillegg kan det se ut til at det er en utfordring å nå de målgruppene som i størst grad har behov for kunnskap, tilrettelegging og tjenestetilbud for å fremme helse og forebygge sykdom.

Innhold

1. INNLEDNING.....	4
1.1 Hensikt og problemstilling.....	4
1.2 Bakgrunn	4
2. TREORIBAKGRUNN	7

2.1 Folkehelsearbeid	7
2.2 Helse	8
2.3 Helsefremmende arbeid.....	9
2.4 Planarbeid i kommunene	11
2.5 Oppbyggingen av planverket.....	12
3. METODE.....	12
3.1 Metodediskusjon.....	13
4. DATA /FUNN	14
4.1 Fysisk miljø	15
4.2 Sosialt miljø	16
4.3 Levekår	17
4.4 Levevaner	18
4.5 Økonomiske rammefaktorer	19
5. DISKUSJON.....	20
5.1 Folkehelsearbeid på dagsorden	20
5.2 Helsefremming eller sykdomsforebygging?	21
5.3 Utfordringer knyttet til folkehelsearbeid	23
5.4 Forventninger til den enkelte og til kommunen	24
6. OPPSUMMERING.....	25
7. REFLEKSJON	26
Kildeliste	28
Vedlegg.....	30

1. INNLEDNING

Denne prosjektoppgaven er et forsøk på å analysere hvordan folkehelse kommer til uttrykk i ulike kommunale planer i Aukra kommune. Fokuset på folkehelse har de siste årene vært sterkt økende fra sentrale myndigheter (Folkehelsemeldingen, 2012 - 2013; Samhandlingsreformen, 2008 - 2009).

Da er det interessant å se nærmere på hvordan dette gjenspeiler seg på det nivået hvor ansvaret for folkehelse kan synes størst, i kommunen.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne prosjektoppgaven var å belyse hvordan arbeidet for folkehelsen kom til uttrykk i det kommunale planverket i en liten kommune.

For å få svar på dette er det formulert denne problemstillingen:

Hvordan og i hvilken grad kommer strategier og målsettinger for folkehelsearbeid til uttrykk i kommuneplanverket i Aukra kommune?

Innledningsvis blir relevante begreper, dokumenter fra sentrale myndigheter, lovverket og Aukra kommune presentert. Videre blir aktuell teori belyst. Så blir metodevalget presentert og diskutert. Empirien i denne prosjektoppgaven er hentet fra planverket i Aukra kommune og den blir presentert og systematisert i forhold til karakteristiske trekk i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. For å se nærmere på hva funnene i denne prosjektoppgaven betyr for hvordan arbeidet for folkehelsen i en liten kommune blir de drøftet opp mot teori og krav og forventninger fra sentrale myndigheter. Deretter vil det bli en oppsummering av prosjektoppgaven og helt tilslutt blir det gjort en refleksjon over hvilke læringsutbytte arbeidet med prosjektoppgaven har gitt.

1.2 Bakgrunn

Aukra kommune ligger på Romsdalskysten, og er nabo til Sandøy, Midsund, Fræna og Molde. Kommunen er omgitt av flere hundre holmer og skjær. Kommunen har vel 3000 innbyggere fordelt på øya Gossen og fastlandsdelen Julsundet. Det har vært jevn vekst i folketallet de siste årene (Kommuneplan for Aukra, 2011).

Det har skjedd store endringer i kommunen de siste årene som følge av Ormen – Langeutbyggingen. Aukra er ilandføringssted for gass fra Ormen Lange feltet, og landanlegget på Nyhamna stod ferdig høsten 2007. Kommunen har god økonomi og det er forholdsvis lett tilgang på arbeidsplasser. Nesten halvparten av kommunens inntekter kommer fra eiendomsskatten knyttet til ilandføringsanlegget på Nyhamna.

I oktober 2012 sa rådmannen i Aukra dette om folkehelse i kommuneavisen:

«Folkehelse» er eit ord vi ofte høyrer, i media, i kommunal samanheng, og andre stader. Helse er noko av det viktigaste i livet. Vi har alle ansvar for å ta vare på eigen helse. Sviktar helsa, blir livskvaliteten redusert og kan i liten grad kompenseras av materielle goder, personleg økonomi, e.l. Familiemønstra har endra seg *Familien* har med andre ord mista noko av si kraft som sosial arena og hjelpar i kvardagen for mange. Da blir «folkehelse» – eller innbyggjaranes helsetilstand – eit svært viktig tema for *kommunal* planlegging.[...] Det er eit statleg bestemt mål at planlegging i kommunen skal «fremme befolkningens helse».

Rådmannen påpeker tydelig det ansvaret hver enkelt har for å ta helsemessige riktige valg, samtidig som han viser til de forventninger sentrale myndigheter har til kommunen som samfunnsutvikler med fokus på helsen til innbyggerne.

Målet for folkehelsearbeidet i dag er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og reduserte forskjeller i helse. I Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken* ble det tydeliggjort at det offentlige har et ansvar knyttet til det forebyggende helsearbeidet. Samfunnet har et viktig ansvar for å gjøre de helsemessige sunne valgene lettere og de helsenedbrytende valgene vanskeligere.

Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen* gjelder forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen skal sikre at det blir satset på å skape god helse og å forebygge sykdom. Tanken er at ved å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid vil det lette presset på framtidige behov for sykehustjenester. Reformens hensikt er å redusere det stadig økende presset på helsetjenestetilbudet generelt ved å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene. I følge meldingen vil identifisering og oppfølging av personer med stor risiko for å utvikle sykdommer være et satsningsområde.

Staten har det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet. Fylkesmannen har lokalt tilsynsansvar og fra 2010 har fylkeskommunen fått lovfestet ansvar for både planlegging og samordning av folkehelsearbeidet i fylket. Det er også sentralt at fylket skal støtte opp under kommunenes folkehelsearbeid. Hovedaktøren for organisert folkehelsearbeid i Norge er helt klart kommunene. Det er der folkehelsearbeidet skal settes ut i handling. Kommunen har planansvar, er samfunnsutvikler og er i tillegg en sentral tjenesteyter også sett i et folkehelseperspektiv.

I kjølevannet av Samhandlingsreformen kom det endringer i lovverket på helse- og sosialfeltet. Ny lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) trådte i kraft 1. januar 2012. Denne loven sammen med den nye helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft samtidig, erstatter både kommunehelsetjenesteloven, sosialhelsetjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Etter § 1 i folkehelseloven er formålet å fremme folkehelsen. Den nye folkehelseloven skal bidra til å gjennomføre deler av intensjonene i samhandlingsreformen. Spesielt står målsettingen om å styrke folkehelsen og å redusere sosiale ujevnheter i helse sentralt. Folkehelseloven legger til grunn at kommunen skal utjevne sosiale forskjeller i helse. Ulike sosiale faktorer som for eksempel inntekt og utdanningsnivå er av betydning for helsen.

Kommunene har etter folkehelseloven § 4 hovedansvaret for folkehelsearbeidet. De skal:

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

Dette skal kommunene gjennomføre ved lokal tilpasning av både planlegging og tjenesteyting. Her i denne teksten er det planlegging som virkemiddel som blir vektlagt. Planer er koordineringsredskaper som skal angi mål og retning på tvers av sektorene.

Kommunene skal også i følge folkehelseloven skaffe en oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Det ligger til grunn at kommunene må skaffe seg systematisk oversikt over de positive og negative helsepåvirkningsfaktorene til innbyggerne i kommunen. Folkehelseloven har en forventning om at tiltakene rettet mot folkehelsen i all hovedsak

skal være rettet mot alle innbyggerne i kommunen eller mot store grupper av innbyggere. Det er en dreining mot populasjonsbaserte tiltak heller enn individrettede tilbud (Brekke, 2012). Kommunene har et helhetlig tverrsektorielt ansvar.

Stortingsmelding nr. 34. Folkehelsemeldingen(2012 – 2013) som nylig ble publisert sier at god helse er et felles ansvar. Målsettingen er at det skal legges grunnlag for et samfunn som fremmer helsen i befolkningen som helhet.

Folkehelsearbeidet skal bidra til god helse og bedre levekår i befolkningen. Det handler ikke bare om helse- og omsorgssektoren, men er et mål for all offentlig politikk. God helse er en verdi i seg selv og øker mulighetene for den enkeltes livsutfoldelse. God helse er en ressurs og forutsetning for andre mål, som for eksempel et produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskudd til å bidra i frivillig arbeid. Høy sykkelighet og lav funksjonsevne medfører påkjenninger og kostnader både for den enkelte og for samfunnet i form av helse- og omsorgstjenester, sykefravær og trygd. (Folkehelsemeldingen, 2012-2013:12 - 13)

Både prinsipper om helsefremming og sykdomsforebygging blir vektlagt i den nye meldingen.

Folkehelseprofilen til Aukra kommune er på de fleste områder, der det finnes statistikk, bedre eller lik landsgjennomsnittet. Det eneste unntaket er at plager og sykdommer knyttet til muskel og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt der enn i landet for øvrig (Folkehelseinstituttet.no).

2. TREORIBAKGRUNN

Helse er sentralt for alle mennesker uavhengig av sosial status. Vi ser at nettopp sosiale forhold som oppvekstmiljø, utdanning og levevaner er avgjørende for folkehelsen(Helsedirektoratet, 2010).

2.1 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid kan defineres på ulike måter. Helse- og omsorgsdepartementet beskriver det som samfunnets innsats for å fremme helse, redusere risiko for sykdom og skade og beskytte mot ytre trusler. Det overordnede målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Folkehelsearbeid er en samfunnsoppgave, og er i stor grad befolkningsrettet.

Oppsummert kan vi si at det er å styrke det som bidrar til god helse og å svekke det som gir helserisiko. Folkehelsearbeid blir ofte beskrevet som helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Helsefremming vil si å styrke faktorer som har positive innvirkning på helsen. Dette kan være påvirkninger på både individnivå og gruppenivå. Sykdomsforebygging er rettet mot å fjerne risikofaktorer. Også dette arbeidet kan gjøres på både individnivå og gruppenivå (Øverby mfl., 2011). Det helsefremmende perspektivet bygger på en sosial helsemodell som vektlegger deltagelse og folkelig kontroll. Det sykdomsforebyggende perspektivet er mer ekspertstyrt og bygger på en mer tradisjonell biomedisinsk helsemodell (Mæland, 2009). Folkehelsearbeid er ut fra denne beskrivelsen sammensatt av mange tema, ulike aktører og flere arenaer. Når vi skal belyse planarbeid relatert til folkehelse er det også interessant å se nærmere på helsebegrepet.

2.2 Helse

Det er mange definisjoner på helse. Den klassiske definisjonen av helse er WHO's «*helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte (WHO, 1948)*» Dette er en streng definisjon som mange mener gjør at få kan sies å ha god helse. Helse kan oppfattes på flere ulike måter, og i figur 1 presenteres tre forskjellige syn på hva helse er.

Figur 1- Ulike oppfatninger av helse

	Fråvær av sykdom	Ressurs	Å kjenne seg vel
Tilstand	Å vere	Å ha	Å fungere
Beskrivelse	Fråvær av sykdomsteikn og symptom	Å vere robust Å ha styrke Å ha motstandskraft	Opplevd velvære Aktiv Gode relasjonar
Relasjon til sykdom	Helsa vert øydelagd av sykdom	Helse gir motstand mot sykdom	Kan oppleve helse trass sykdom

(Mæland 2009:25, modifisert etter Herzlich(1973))

Helse som fravær av sykdom betyr at mennesker med for eksempel en kronisk sykdom lett blir sykeligjort. Helse som ressurs vektlegger motsstandsstyrke mot sykdomsrisiko og helse som velbefinnende. Helse kan også oppfattes som en tilstand

av å være frisk og fungere normalt. Figuren viser at helse kan oppfattes på ulike måter, og det betyr at det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet vil være omfattende og utfordrende (Mælan, 2009).

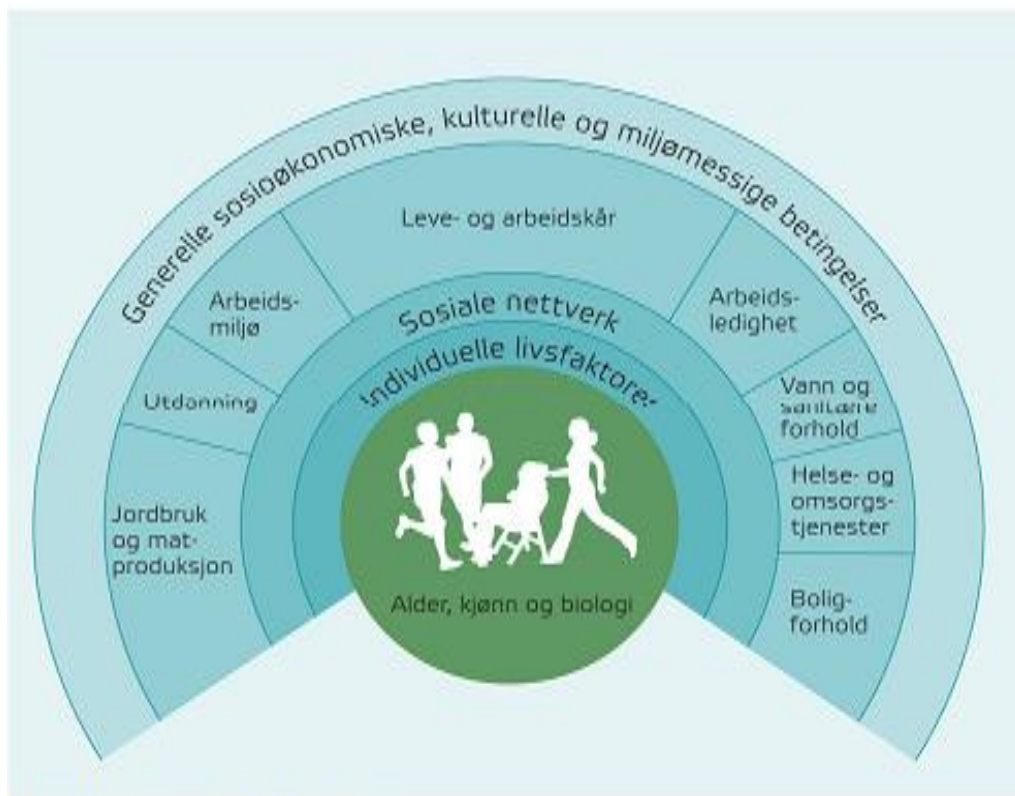
2.3 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid ble presentert på Ottawa – konferansen i Canada og ble manifestert i Ottawa-charteret i 1986. Helsefremmende arbeid blir definert som «*prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse*» (WHO, 1986, Mæland 2009:73). Helsefremmende arbeid har i følge Ottawa-charteret en sammenheng med målsettinger på kommunalt nivå og lokalmiljøet. Oppsummert dreier det seg om at helse skal settes på dagorden, trygge leve- og arbeidsforhold skal skapes og lokalsamfunnet skal styrkes. Helseopplysning skal vektlegge personlig utvikling og mestring. Helsefremmende arbeid går ut over helsetjenestens ansvar. Det betyr at de fleste tjenester har ansvar for å legge til rette for helsefremming. Helsefremming er å styrke de positive faktorene for helse.

WHO definerer helsefremmende arbeid som: «The process of enabling people to increase control over their health and its determinants» (WHO, 2005).

Figur 2 er en modell som illustrerer ulike determinanter som kan påvirke helsen. Innerst i sentrum står individet som er definert av alder, kjønn og arvelige faktorer, så kommer de individuelle livsstilsdeterminantene. Neste lag i halvsirkelen viser det sosiale nettverket og så kommer ulike samfunnsmessige faktorer knyttet til levekår. Ytterst finner vi sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser.

Figur 2 Ulike determinanter som påvirker helsen



Kilde: Dahlgren og Whitehead 1991.

Helse-determinantene kan være positive helsefaktorer, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Positive helsefaktorer bidrar til at folk opprettholder god helse. Økonomisk sikkerhet, bolig og sikker tilgang til mat. Kontroll over eget liv, gode forhold i hjemmet og andre emosjonelt stimulerende sosiale forhold er også viktige positive helsefaktorer (Wilkinson, 2005 i Dahlgren og Whitehead, 2009). Systematisk ulikhet i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske faktorer kan sees i sammenheng med utdanningsnivå, yrke og inntekt. Sosial ulikhet i helse kan forstås som sosioøkonomiske ulikhet i helse. Mennesker fra høgere sosiale lag har bedre helse og lever lengre enn de fra lavere sosiale lag. Sosial ulikhet i helse er en folkehelseutfordring (Mæland, 2009). Helse setter rammer for den enkeltes livsutfoldelse og samtidig vil helsetilstanden i befolkningen påvirker hele samfunnet.

Beskyttelsesfaktorer er determinanter som fjerner risikoen for eller øker motstandsevnen mot sykdom. Et eksempel kan være psykososiale faktorer som for eksempel sosial støtte og opplevelsen av en mening i livet som i stadig større grad anerkjennes som beskyttelsesfaktorer i et helseperspektiv. Et sunt kosthold kan være

et annet eksempel på beskyttelse. Risikofaktorer fører til uhelse og sykdommer som det er mulig å forhindre. Slike risikofaktorer eller risikoforhold kan være av sosial eller økonomisk art, eller mer knyttet til livsstilsrelaterte faktorer.

Det kan være vanskelig å skille mellom de ulike determinantgruppene. Siden oppmerksomheten ofte er rettet mot risikofaktorer, er det i et folkehelseperspektiv av betydning også å fokusere på positive helsefaktorer og beskyttelsesfaktorer (Dahlgren og Whitehead, 2009).

Målet med folkehelsearbeid er både individuell og kollektiv kapasitetsbygging. Det vil ut fra figuren til Dahlgren og Whitehead (1991) bety at det må tilrettelegges både i form av å påvirke og eventuelt endre determinantene samtidig som det arbeides med læring i et individrettet aktørperspektiv. Vi vet at de med lav inntekt og lite utdanning rammes hardes av helseforskjellene vi ser i samfunnet. Derfor må noen tiltak målrettes mot utsatte grupper. Her viser det seg samtidig at målretting kan føre til uhensiktsmessig stigmatisering av allerede utsatte grupper i befolkningen. Derfor vil generelle velferdsordninger som kommer alle til gode ofte kunne være mindre stigmatiserende og samtidig styrke utsatte grupper på en hensiktsmessig måte.

I utarbeidelsen av målsettinger for folkehelsearbeidet er det av interesse hva folk flest legger i helsebegrepet. Typiske faktorer som trekkes fram er at helse er trivsel. Det igjen er tett koplet til humør, overskudd og evnen til å mestre livets store og små utfordringer. I Norge er naturen også tett koplet til folk flest sitt helsebegrep. Det innebærer å være i naturen, å høre til i naturen og føle seg skapt av naturen (Fugelli og Ingstad, 2001). Helse er å ha det bra nok ut fra forventninger til funksjon i de ulike fasene i livsløpet.

Folkehelsearbeid legger til grunn kunnskap om helsetilstanden til befolkningen og påvirkningsfaktorer. Denne kunnskapen er avgjørende i kommunenes arbeid med planlegging rettet mot å styrke folkehelsen.

2.4 Planarbeid i kommunene

Sentrale myndigheter har klare forventninger til kommunal planlegging. Planleggingen skal være målrettet og sørge for at ulike nasjonale interesser blir ivaretatt på hensiktsmessig måte ute i kommunene. Dette innebærer forventninger om lokalt

tilpassede planer. For å kunne innfri kravet om lokal tilpasning av planverket rettet mot folkehelsearbeid må kommunene ha oversikt over befolkningens helsetilstand (Lov om folkehelse, 2012). En slik oversikt kan kommunene skaffe seg ved å benytte opplysninger fra sentrale registrere som gir opplysninger om befolkningens helse, livsstil, forekomst av sykdommer, samt beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Folkehelseinstituttet har ansvar for å samle inn og gjøre den type statistikk tilgjengelig. Den enkelte kommune må i tillegg bruke sine egne data om innbyggerne i et folkehelseperspektiv. Kunnskap om alderssammensetning, inntekt, bruk av helse og omsorgstjenester, uføretrygd kan være eksempler på data som kan bidra til en oversikt over befolkningens helsetilstand. Dette skal danne grunnlaget for de kommunale planene. Planarbeidet skal legge et fundament for lokalt tilpassede prioriteringer både på lang og kort sikt.

2.5 Oppbyggingen av planverket

Samfunnsdelen av kommuneplanen er overordnet og skal belyse langsiktige utfordringer og gi retningslinjer for de ulike sektorene i kommunen og for kommunen som helhet. Denne delen danner grunnlaget for de ulike sektorenes kommunedelplaner. Samfunnsdelen skal legge føringer for prioriteringer og se sammenhenger mellom langsiktige mål og de konsekvenser det har for kommunens arealer. Kommunens arealplan sier noe om hvordan kommunen helhetlig bør disponere arealene for å løse kommunens ulike oppgaver og utfordringer. Kommunedelplanene er planer for deler av kommunens virksomhet. I Lov om planlegging og byggesaksbehandling(2008) stilles det krav om sammenheng mellom de ulike planene. Samfunnsdelen sier noe om langsiktige mål og strategier. Hvilke utfordringer den enkelte kommune står foran og danner grunnlaget for de ulike sektorenes kommunedelplaner. Kravet om sammenheng mellom de ulike planene betyr blant annet at om det ikke gis handlingsrom i form av økonomi, kompetanse og tid i økonomiplanen og de andre delplanene vil de overordnede strategiene i samfunnsdelen av kommuneplanen bare bli gode intensjoner.

3. METODE

Studie av ulike plandokumenter danner grunnlaget for datainnsamlingen i denne prosjektoppgaven. Det er kommuneplanene i Aukra kommune som har blitt gjennomgått. Både kommuneplanens samfunnsdel, arealplanen og ulike

kommunedelplaner er blitt analysert. Til slutt ble økonomiplanen studert med det formål å se om det var handlingsrom til å gjennomføre de målsettingene som ble presentert i de andre kommuneplanene.

Alle planene ble først lest i sin helhet for å få en oversikt over planverket i kommunen. Deretter ble planene lest med tanke på folkehelsearbeid i denne rekkefølgen:

- Kommuneplan for Aukra 2011 - 2020
- Arealplan 2006 – 2018 (tekstdelen)
- Økonomiplan 2013 - 2016
- Kulturplan for Aukra 2013 - 2016
- Energi, miljø og klimaplan 2010
- Omsorgsplan 2020 for Aukra kommune
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2012 – 2015
- Høringsutkast til trafikktryggingssplan for Aukra 2013 – 2016

De mest overordnede planene ble lest først. Alle planene ble lest med fokus på strategier og målsettinger rettet mot folkehelse temaet. Funnene ble forsøkt sortert i kategoriene levekår, sosialt miljø, fysisk miljø og levevaner.

De kommunale planene er lett tilgjengelig og skal representere kommunenes langsiktige og kortsiktige strategier i tilknytning til ulike kommunale ansvarsområder. Jeg forventet at de ville kunne gi meg svar på hvilken måte og i hvilken grad folkehelsearbeid hadde sin plass i planene i Aukra kommune. Mine tidsrammer var også med å påvirke valget av metode. En dokumentstudie ga mye informasjon og kunne gjennomføres til de tider som måtte passe.

3.1 Metodediskusjon

Prosjektarbeidet har sin styrke i at empirien i form av eksisterende planer i en kommune blir kategorisert og analysert av en som ikke selv har bidratt i prosessen med å utarbeide planene og dermed ikke har et eierforhold til planverket. Samtidig vil en kjennskap til prosessen rundt utarbeidelsen og implementeringen av planene ha gitt nyttig kunnskap som kunne vært med å belyse problemstillingen på en annen måte. Hvem som har ledet og deltatt i prosessen med å utarbeide planene kan gi en del kunnskap som spesielt belyser hvilke syn på helse som ligger til grunn i planverket. Her foreligger det bare informasjon om deltagerne i de ulike plangruppene.

Ved å se på så mange forskjellige planer ga det en bred tilnærming som kan være nyttig for å få en form for oversikt. Samtidig vil en slik innfallsvinkel kunne gå på bekostning av dybdekunnskap. En del av de temaene som var lite eller ikke omtalt i det hele tatt, har kanskje sin naturlige plass i planer knyttet til enhetene i kommunen.

Dette prosjektarbeidet er gjennomført av en person. Det kan være en svakhet spesielt i forhold til analysen av empirien. Datamaterialet var av stort omfang. Viktige deler kan ha blitt oversett. I tillegg kan forforståelsen ha bidratt til at forventede funn har fått for stor oppmerksomhet, mens andre viktige funn kan ha blitt oversett. For å prøve å unngå at dette svekket studien har jeg lest gjennom planene gjentatte ganger.

Det ville ha vært en styrke å være to eller flere i drøftingsprosessen. Gjennom dialog og diskusjon ville flere sider med stor sannsynlighet blitt trukket fram og drøftet. Medstudentrespons og tilbakemelding fra veileder har vært viktige bidrag underveis i prosessen som til en viss grad har kompensert for fraværet av samarbeidspartner.

4. DATA /FUNN

I dette kapitlet blir resultatet av dokumentstudiet av planverket forsøkt systematisert i forhold til ulike sentrale faktorer som belyser folkehelsen. Utgangspunktet er de overordnede perspektivene og de konkrete mål og strategiene knyttet til folkehelse som er formulert i ulike kommunale planer i Aukra kommune. Om de i all hovedsak retter seg mot styrkende helsefremmende faktorer eller mer i retning av risikoforebyggende faktorer.

Hensikten med denne prosjektoppgaven var å belyse både i hvilken grad og hvordan målsettinger for folkehelsearbeid blir ivaretatt. Derfor blir funnen presentert ut fra både en kvantitativ og en kvalitativ tilnærming. Funnene ble talt og sortert ut fra hvilke faktorer som hyppigst ble nevnt i planverket. Det ble satt inn i en oversiktstabell (vedlegg 1). I tillegg ble innholdet knyttet til strategier og målsettinger for folkehelsearbeid i dokumentene analysert og fortolket.

Kommunen skal legge til rette for at det blir enkelt å ta helsemessige gunstige valg og folkehelsearbeid skal være en rød tråd i alt planarbeid (Kommuneplanen, 2011; Omsorgsplan 2020, 2009; Kulturplan for Aukra, 2012). Aukra kommune som samfunnsutvikler og lokal planmyndighet skal fremme folkehelse og hindre ulikhet i helse.

Resten av dette kapitlet tar for seg ulike faktorer av betydning for folkehelse og i hvilken grad disse kommer til uttrykk i planverket i Aukra kommune. Først blir fysisk miljø belyst, så sosialt miljø, levekår og tilslutt levevaner.

4.1 Fysisk miljø

Fysisk miljø består av ulike fysiske faktorer som påvirker folkehelsen. Fysisk miljø var det som ble hyppigst omtalt i de kommunale planene.

Areal, trafikk og samferdselsområdet belyser slike fysiske faktorer. Gang og sykkelveger blir trukket fram i Arealplanen(2007) som en viktig tilrettelegging for å nå møteplasser som forsamlingslokale, butikker, barnehager og lignende. Det samme gjelder annen infrastruktur som for eksempel kollektivtilbud. Aukra kommune har satset mye på bygging av gangveger, turstier og gatelys, og er blant de kommunene i landet som har størst antall kilometer gangveg i forhold til innbyggertall. Utbedring av turstier og etablering av turstier med universell utforming er prioritert(Kulturplan for Aukra, 2012). Alle innbyggerne i kommunen skal kunne være fysisk aktive og det skal legges til rette for lavterskelaktiviteter. Dette blir trukket fram som viktig ut fra et folkehelseperspektiv(Kommuneplanen, 2011; Kulturplan for Aukra, 2012; Høringsutkast til trafikktryggingsplan for Aukra 2013 – 2016). Også i Arealplanen(2007) blir behovet for utbygging av gang- og sykkelstier trukket fram, men her mer i tilknytning til den stadig økende trafikken.

Kommunen skal som eier og driver av skoler og barnehager, legge til rette for trygge trafikale forhold. De myke trafikantene står i sentrum. Da kan trafikktrygghetstiltak være en faktor inn i folkehelseperspektivet. Gatelys, fotgjengeroverganger, fartsdumper i boligområde er tiltak som planlegges i handlingsdelen av trafikktryggingsplanen. Skoler og barnehager har program som setter fokus på refleksbruk og sykkelbruk i trafikken. Aktuelle samarbeidspartnere er politi og Statens Vegvesen (Høringsutkast til trafikktryggingsplan for Aukra 2013 – 2016).

Friluftsområder og grønne lunger er viktige deler av det fysiske miljøet. Turstier er et satsningsområde for å lette tilgangen til slike rekreasjonsområder. En stor del av friluftslivet i Aukra er knyttet til nærheten til havet. Strandsonen og sjøen er rekreasjonsområder for mange av innbyggerne. Arealplanen (2007) påpeker at det er ønskelig å verne om flere av buktene og badeplassene i kommunen ved å ikke tillate næringsvirksomhet i form av akvakultur. Kommunen gjennomfører strandrydding hver

sommer for å øke trivselen og gjøre strandområdene mer attraktive til fritidsaktiviteter og rekreasjon (Energi, miljø og klimaplan, 2010). Det kommer også fram at kommunen har kjøpt inn sykler til utleie som et symbol på viljen til energi, miljø og klimaarbeid.

4.2 Sosialt miljø

Sosialt miljø er ulike faktorer som kan ha innvirkning på folkehelsen både i positiv og negativ retning. Sentrale deler kan være sosiale møteplasser, kulturaktiviteter og deltagelse i frivillige organisasjoner.

Å være en attraktiv kommune å bo i, er et overordnet mål for Aukra kommune. Et av virkemidlene er å ha fokus på trivsel og gode møteplasser. Å ha sosiale møteplasser er sentralt i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012; Kommuneplanen, 2011; Kulturplan for Aukra, 2012; Omsorgsplan 2020, 2009).

Et gjennomgående perspektiv i følge Kommuneplanen(2011) er verdien av et mangfoldig samfunn. Aukra er avhengig av tilflytting for å opprettholde veksten i folketallet i årene som kommer. Tilflytting av arbeidere fra Øst - Europa har vært økende se siste årene. Åpenhet og inkludering er faktorer som blir trukket fram som nødvendige for trivselen til de som allerede bor i kommunen og for de som gjerne vil flytte til Aukra (Kommuneplanen, 2011). Kommunale institusjoner, det frivillige, foreldre, pårørende og hver enkelt er viktige aktører i det forebyggende arbeidet (Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012; Omsorgsplan 2020,2009).

Kultur og fritidstilbud skaper sosiale møteplasser. I Aukra kommune sine planer kommer det fram et stort fokus på å tilrettelegge for ulike sosiale møteplasser (vedlegg1). Oversikt over ulike områder som belyses i kommunale planer i Aukra kommune). Overfor ungdomsgruppen vektlegges for eksempel lavterskeltilbud som åpen idrettshall og ungdomsklubber (Kulturplan for Aukra, 2012).

Frivillige lag og organisasjoner blir trukket fram som sentrale aktører som kommunen må samarbeide godt og tett med for å oppnå målsettingen om sosiale møteplasser for alle deler av befolkningen(Kulturplan for Aukra, 2012; Omsorgsplan 2020, 2009; Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012). Kulturlivet bygger på sosial samhandling og relasjoner mellom ulike aktører. Kulturtilbud er et viktig element i samfunnsutviklingen og er av betydning for deltagelse i lokalsamfunnet. Kulturaktiviteter skaper

møteplasser for alle innbyggerne i kommunen og er viktig for inkludering (Kulturplan for Aukra, 2011; Omsorgsplan 2020, 2009).

Et av målene i Kulturplanen(2012) er å skape flerkulturelle møteplasser og å skape aktivitet hele dagen – alle dager på arenaer som bibliotek, basseng, flerbrukshus, frivilligsentral og kulturbygg. Frivillige lag og organisasjoner er viktige bidragsytere og i Kulturplanen for Aukra blir det påpekt at kommunen skal jobbe for et godt og tett samarbeid med frivillige lag og organisasjoner for å opprettholde et godt og mangfoldig tilbud om kulturaktiviteter.

4.3 Levekår

Levekår kan beskrives som både sosiale og økonomiske faktorer som påvirker helsen. Herunder kommer et spekter av områder fra barnehage, skole og utdanning, til sysselsetting og tilgang til helse og omsorgstjenester.

Skolen er en arena der alle barn og unge oppholder seg store deler av hverdagen. Der nås barn og unge og er en sentral som arena for holdningsskapende arbeid opp mot ulike levevaner med betydning for folkehelsen. Her møter man alle i aldersgruppen 6 – 16 år.

I skolen legger læreplanen til grunn arbeid med hensyn til blant annet rusforebygging, mobbing og psykisk helse. *«et inkluderende læringsmiljø, og helsefremjande arbeid generelt er av vesentleg betydning for det rusføbyggande arbeidet»* (Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012:10). Det blir videre påpekt at samarbeid på tvers og på de unges arena er faktorer som vil senke terskelen for å nå fram til ungdom som målgruppe for rusforebyggende arbeid.

Helse og omsorgstjenester og folkehelsearbeid blir belyst i Omsorgsplanen(2009). Der kommer det fram at kultur, aktivitet og trivsel blir sett på som en viktig ressurs i et helhetlig omsorgstilbud. Mest oppmerksomhet får målet om en aktiv hverdag. Aktivitet i form av alt fra måltid, til trening og arbeid vektlegges som viktige bidrag for å styrke mestringsfølelsen og selvtillit. Ulike aktiviteter vil også kunne være virkemidler for å komme ut fra institusjoner og delta mer aktivt i andre sosiale miljø og delta aktivt i lokalsamfunnet. Det kommer fram at selv med et sterkt fokus på en aktiv hverdag og deltagelse i lokalsamfunnet blir bare 6 % av de økonomiske ressursene brukt til aktivisering i helse- og omsorgstjenesten.

Økonomiske faktorer som påvirkning på helse er kun nevnt i overordnede generelle formuleringer i de kommunale planene i Aukra kommune. Det mest konkrete er målsettingen om å ha et akutt tilbud om bolig til rusmisbrukere (Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012) og at det å delta i arbeidslivet er sentralt blir vektlagt i flere av planene. Tema som fattigdom og utfordringer knyttet til frafall fra videregående skole nevnes ikke.

4.4 Levevaner

Levevaner er individuelle livsstilsfaktorer som ofte er knyttet til fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og rus.

Her i denne studien skiller fysisk aktivitet og rus seg ut som de to områder som fikk stor oppmerksomhet i flere ulike kommunale planer i Aukra. Aktivitetsbaserte tiltak blir trukket fram som gode virkemidler for folkehelsearbeid. Under et av de overordnede målene i kommuneplanen(2011) som gjelder tettsted og areal blir det presisert at kommunen skal bedre tilkomsten til lokale natur og friluftsområder. Dette skal gjøres ved å etablere stier og oppholdssteder for allmennheten. Dette innebærer også skilting og annen informasjon slik at alle lettere kan ta dette tilbudet i bruk. Turstier og tilgang til naturen skal i folkehelseperspektiv bidra til trivsel, skape møteplasser og aktivitet i lokalsamfunnet (Kommuneplanen, 2011; Kulturplan for Aukra, 2012; Omsorgsplan 2020, 2009). I Arealplanen(2007) blir det trukket fram at naturen blir mye benyttet til friluftaktiviteter som jakt og fiske og turgåing. Målet er å sikre areal til friluftsmål. Utvikling av nye turstier og turmål sees i sammenheng med målet om å legge til rette for at flest mulig er fysisk aktive og bruker naturen som rekreasjon.

Barn og unge skal prioriteres med tilrettelegging av et mangfold av kulturtilbud i Aukra kommune. Eksempel på det er tilrettelegging for leikeareal, badeplasser og andre ungdomsaktiviteter(Kulturplanen for Aukra, 2012). Å legge til rette for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv blir sett på som en sentral strategi fordi det fremmer folkehelsen i befolkningen. Det kommer fram at kommunen ønsker å signalisere en forventning til alle deler av befolkningen om å ta ansvar for god helse ved aktivitet og fokus på egen helse. Fysisk aktivitet og aktivitetsbaserte kulturtiltak trekkes fram som et virkemiddel for å øke mestringsopplevelse, trivsel og livskvalitet (Omsorgsplan 2020, 2009:17).

Aukra kommune har en egen Rusmiddelpolitisk handlingsplan (2012). Der kommer det fram innledningsvis at et det er et mål for kommunen å forebygge misbruk av rusmidler.

Det innebærer å arbeide for å redusere helsemessige skader ved bruk av rusmiddel. Forebyggingstiltak er tenkt å rette seg mot ulike steder der innbyggerne er. Det blir og nevnt at rusmiddelproblem er aktuelt i ulike livsfaser (Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2012, Omsorgsplan 2020, 2009). Her legger kommunen ut fra planen opp til en bredt sammensatt innsats fra flere aktuelle instanser som barnevern, skole, PPT, lensmann, prest, NAV, helsesøster, psykiatrisk sykepleier, helsesøster og ungdomsarbeider. Alle disse ulike fagpersonene representerer ekspertise på deler av fagfeltet og skal i følge Rusmiddelpolitisk handlingsplan (2012) danne en rusforebyggende gruppe. Aukra kommune følger gjeldende lovverk (Alkoholoven av 2.juni, 1989) som har til formål å avgrense samfunnsmessige og individuelle skader knyttet til alkoholbruk.

Aukra kommune er en MOT- kommune. Mot er en holdningsskapende organisasjon som arbeider for at ungdom lettere skal ta de rette valgene blant annet knyttet til drikkepress og rus. Holdningsskapende arbeid på de ulike arenaene der ungdom er i skole og fritid er satsningsområde for det forebyggende rusarbeidet i kommunen. Sentralt er også å ta vare på eksisterende rusfrie møteplasser (Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012)

En annen målsetting er å samarbeide med både pårørendeorganisasjoner, frivillige lag og organisasjoner og vektlegge AKAN arbeidet. Inkludering er sentralt også i rusforebyggende arbeid. Risikogruppen når det gjelder rus skal få tilbud om tiltak som «aktiv på dagtid» og samarbeid med arbeidsgivere.

Levevaner knyttet til ernæring og tobakk nevnes ikke i de kommunale planene som inngår i denne prosjektoppgaven

4.5 Økonomiske rammefaktorer

Økonomiplanen ble lest med tanke på om det var skapt handlingsrom for investeringer knyttet til folkehelse. Dette var et stort dokument og oppsummeringen av store og små investeringer i 2013 budsjettet ble valgt ut for å gi et innblikk. Det som direkte kunne knyttes til folkehelse var investeringer knyttet til fysisk miljø og delvis sosiale møteplasser. Det dreide seg om turstier, gatelys, uteområder for lek i barnehage og kjøp av friareal for å sikre allmenheten tilgang. Her er det klart at det ble vanskelig å spore økonomiske virkemidler for folkehelsearbeid i den overordnede økonomiplanen.

5. DISKUSJON

For å kunne svare på hvilke perspektiv på folkehelse de ulike vektleggingene i planverket i Aukra kommune har, vil empirien bli drøftet opp mot teori om folkehelse og hva folkehelsearbeid er. Er det helsefremmende tiltak rettet mot alle innbyggerne basert på en tverrsektoriell helhetlig styrkende tilnærming som får størst fokus eller er det sykdomsforebyggende arbeid rettet mot risikogrupper styrt av fagpersoner?

Folkehelse og planlegging kan også belyses ved å se på i hvilken grad folkehelse omtales. Det er også interessant å drøfte hvilke folkehelse tema som trekkes fram i planleggingen og hvorfor.

5.1 Folkehelsearbeid på dagsorden

Funnene i denne prosjektoppgaven viser at folkehelsearbeid er en del av alle de kommunale planene, men i varierende grad. Folkehelsearbeid handler om å styrke det som bidrar til god helse og å svekke det som gir helserisiko (Øverby mfl., 2011; Mæland, 2009). Den overordnede målsettingen i følge helsedirektoratet er flere leveår med god helse og en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helse.

Det kan se ut som Aukra har forsøkt å svare på forventningene fra sentrale myndigheter om at folkehelsearbeid er et tverrsektorielt område som kommunene har planansvar for. I Aukra kommune kan det tyde på at forventningen om populasjonsbaserte strategier i forhold til folkehelse på en del områder er innfridd. Det er flere målsettinger knyttet til folkehelsearbeid i kommunale planer som kan nå alle eller store grupper i befolkningen. Tilrettelegging for fysisk aktivitet og sosiale møteplasser skiller seg ut som tydelige satsningsområder både i de overordnede planene og i flere delplaner. I tillegg er det også mulig å spore økonomiske investeringer knyttet til disse prioriterte områdene (Økonomiplan 2013 – 2016, 2012).

Aktivitet og sosiale møteplasser er viktige områder som berører både individuelle livsstilsfaktorer og sosiale nettverk (Dahlgren og Whitehead, 1991). Dette er determinanter som i stor grad overlater til den enkelte innbygger selv å ta ansvar for egen helse og trivsel. Kommunen blir en tilrettelegger som skal gjøre det enklere å ta helsemessige riktige valg. På bakgrunn av kunnskapen om at muskel- og skjelettplager var målt til over landsgjennomsnittet blant innbyggerne i Aukra kan vi kanskje si at strategiene svarer på sentrale myndigheters forventning om lokal tilpasning av

planarbeidet (Plan- og bygningsloven, 2008). Dette gjelder spesielt tilretteleggingen av gang og sykkelstier og turløyper av ulike slag.

Et rådende syn på helse blant folk flest er at helse er trivsel og det å komme seg ut i naturen og være en del av den (Fugelli og Ingstad, 2001). Spørsmålet som kan stilles er da om tilretteleggingen for at innbyggerne skal være i fysisk aktivitet og komme seg ut i den helsebringende naturen når de som i størst grad har helseutfordringer. Det kan tenkes at strategiene i Aukra kommune sine planer i størst grad legger til rette for at de med god helse får bedret sin allerede gode helse. Dette er vanskelig å svare på, men fokuset på universelt utformede turstier kan tyde på en bevissthet rundt problematikken i Aukra kommune. Kommunen legger i alle fall de fysiske forholdene til rette for allmenn tilgjengelighet.

Vi kan likevel stille spørsmål om det er den gode kommuneøkonomien som ligger til grunn for den storstilte satsingen på nettopp å gjøre tilgangen til naturen og muligheten til fysisk aktivitet så stor. Det kan tenkes at nettopp noe så konkret er et forholdsvis greit tiltak for en kommune med god økonomi. Det foretas en engangsinvestering, det er synlig for innbyggerne at det gjøres og det krever lite av kommunen som tjenesteyter. Denne strategien bygger i stor grad på forventningene rådmannen uttrykte i kommunens egen avis om at den enkelte har ansvar for egen helse.

5.2 Helsefremming eller sykdomsforebygging?

Helsefremming legger vekt på å styrke faktorer med positiv innvirkning på helsen, og legger til grunn en folkelig kontroll (Mæland, 2009). Sosiale møteplasser får også stort fokus i de kommunale planene sine strategier for folkehelsearbeid (Kommuneplanen, 2011; Kulturplan for Aukra, 2012; Omsorgsplan 2020, 2009; Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012). Det råder en stor tro på at møteplasser for ulike deler av innbyggerne er viktige bidrag til trivsel, deltagelse og god helse og det samsvarer med deler av teorien om de ulike helsedeterminantenes påvirkning (Dahlgren og Whitehead, 1991). Aukra kommune sine planer legger vekt på de styrkende faktorer som et sosialt nettverk bidrar til. Her ser vi i tillegg en målsetting om å nå alle innbyggerne.

Folkehelsearbeid er også å redusere risiko for sykdom og skade (Mæland, 2009). Funn viser at risikogrupper som ungdom, eldre og innvandrere defineres som grupper det må satses ekstra på. Her kan vi spore et mer ekspertstyrt fokus på risikoforebygging

spesielt med tanke på rus. Det satses på tilrettelegging for en aktivitetsbasert hverdag for rusmisbrukere og ulike tiltak for å forebygge rusmisbruk hos ungdomsgruppen. Samtidig kan det påpekes at Aukra kommune velger og ikke bruke sin mulighet til lokalt, ved strukturelle grep, å ha et strammere regelverk knyttet til alkohol enn det som skisseres i lovverket.

Helse er en ressurs der motstandsstyrke og det og fungere normalt ut fra funksjonsnivå er en målsetting som gir god helse(Mæland, 2009). Funnene i denne prosjektoppgaven viser at Aukra kommune på mange områder velger de populasjonsbaserte strategiene som vektlegger at helse er en ressurs. Det handler om å tilrettelegge for kjente styrkende faktorer som fordrer en viss egeninnsats fra innbyggerne. Bruk av kultur og kulturaktiviteter i det helsefremmende og forebyggende arbeidet kommer til uttrykk i de kommunale planene i Aukra kommune(Kulturplan for Aukra, 2012; Omsorgsplan 2020,2009). I følge Dahlgren og Whitehead (1991) er positive helsefaktorer som for eksempel sosiale forhold viktige. Her kan også nevnes at beskyttelsesfaktorer kan være avgjørende for den enkeltes opplevelse av helse. Kultur som et middel for å uttrykke følelser, som kilde til trivsel og som inngangsport til sosialt samvær kan være viktige bidrag for å fremme folkehelsen. Planene knyttet til kultur famner i utgangspunktet bredt og samarbeidet med det frivillige blir sett på som fruktbart og nødvendig (Kulturplan for Aukra, 2012). Kultur som ledd i folkehelsearbeid er rettet inn med et bredt helsefremmende perspektiv til innbyggerne i kommunen. Spørsmålet igjen er om de som i størst grad har behov for kultur til rekreasjon og bygging av sosial kapital er de som nås. Det vil alltid kreves et visst initiativ fra den enkelte for å delta i kulturlivet og i frivillige organisasjoner. Det finnes også en bevissthet om at brukere av helse - og omsorgstjenester har stort helsemessig utbytte av å delta på for eksempel kulturarrangement og i frivillige organisasjoner i lokalmiljøet(Omsorgsplanen 2020, 2009). Det viser at tiltak rettet mot mindre ressurssterke grupper i lokalsamfunnet også blir tatt hensyn til i planverket i Aukra kommune. Etter å ha analysert de ulike planene kan det se ut til at det også på dette området i størst grad treffer den målgruppen som helsemessig har gode ressurser. Det bidrar til å holde de sosiale helseforskjellene vedlike i stedet for å redusere denne ulikheten. Helse, som kan sees på som en ressurs/kapital har derved en tendens til å hope seg opp.

5.3 utfordringer knyttet til folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid handler som nevnt tidligere også om en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helse. Det er interessant å se nærmere på hvilken måte Aukra kommune gjennom sitt planverk innfrir sentrale myndigheter og lovverket sine forventninger om å redusere ujevnhet i helse (Lov om folkehelse, 2012). I et slikt perspektiv blir det sentralt for kommunen å identifisere hva som er årsak til ujevnhet i helse og prøve å redusere dette. Levekår og levevaner står i en særstilling når det gjelder innflytelse på utfordringen med sosial ulikhet i helse. Levekår representerer noe grunnleggende fordi de i så stor grad påvirker de andre helsedeterminantene (Dahlgren og Whitehead, 1991). Levekår representerer på mange måter de mer bakenforliggende årsaksforholdene til den helseatferden som påvirker folkehelsen (Helsedirektoratet, 2010). Her ser det ut til at planene i Aukra kommune ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til utfordringen knyttet til ujevnhet i helse. Det er vanskelig å finne noe annet enn generelle innledende setninger om denne utfordringen. Planene skisserer få eller ingen konkrete operasjonaliserte strategier eller målsettinger. Et unntak er målsettingen om tilrettelagt muligheter for rusmisbruker til arbeid (Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2012). Vi vet at økonomiske vilkår er av stor betydning for folkehelsen, så derfor er egen inntekt og sentralt her. Det har fra sentrale myndigheter og samfunnet for øvrig blitt fokusert mye på fattigdom og spesielt barn som lever i fattigdom. Det kan se ut som Aukra kommune ikke har noen konkrete strategier som møter denne type utfordringer. Vi vet samtidig at tilgangen på arbeid er god i Aukra og det kan bidra til at færre får helsen sin påvirket på bakgrunn av sosioøkonomiske forhold. Det betyr ikke at det er mindre viktig. Kanskje kan det tenkes at det er nettopp i et slikt lokalsamfunn ulikheten får størst konsekvenser. Det er ikke alltid hva man har, men hva man har sammenlignet med andre som har størst påvirkning på helsen. Det er eksempel på det Wilkinson (1996) benevner relativ deprivasjon. Resultatet av den type ulikhet kan ofte bli frustrasjon, aggresjon og en følelse av urettferdighet. Helseatferd har vist seg å ha klar sammenheng med levekårsfaktorer som utdanning og økonomi. Det viser seg at de med lav sosioøkonomisk status i større grad tar de helsemessige mest ugunstige valgene. De røyker oftere, er mindre fysisk aktive, spiser ernæringsmessig dårligere mat og drikker mer alkohol (Helsedirektoratet, 2010). Det bekrefter at sosial ujevnhet i helse er en stor utfordring som krever en mer tydelig plass i planverket i Aukra kommune.

Innvandrere er en gruppe som på mange måter er utsatt for å løpe en helserisiko på grunn av flere svekkede helsedeterminanter og risikofaktorer. I Aukra kommune er det tegn som tyder på at det er en bevissthet rundt at innvandrere er i en spesielt sårbar situasjon og kommunen ser viktigheten av og integrerer denne gruppen av befolkningen. Det legges vekt på møteplasser og aktivitetstilbud også på dagtid. I Aukra kommune med såpass lett tilgang på arbeid og behov for arbeidskraft har innvandrergruppen selv en god mulighet til integrering og oppbygging av mestringfølelse ved å ta del i arbeidslivet. Det igjen sikrer positive helsefaktorer som gode økonomiske forhold og er samtidig en viktig sosial faktor. Like viktig for folkehelsen er det å oppleve mening med livet (Dahlgren og Whitehead, 2009). Her kan det å ha arbeid ha stor verdi.

Men med kunnskap om hvilke påvirkning levekår har på helsemessige valg ville det vært positivt for folkehelsearbeidet i Aukra og i større grad lagt planer for å redusere bakenforliggende årsaker til ujevnhet i helse og helsemessige dårlige valg.

5.4 Forventninger til den enkelte og til kommunen

I Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken* påpekes det at det offentlige har et ansvar knyttet til det forebyggende helsearbeidet. Med utgangspunkt i helsedeterminantene (Dahlgren og Whitehead, 1991) tyder det på at i Aukra kommune sine planer er det de faktorene som ligger nærmest sentrum i halvsirkelmodellen som får hyppigst og mest oppmerksomhet. Kommunen har gjennom sitt planverk satset på tilrettelegging for at innbyggerne skal få lettere mulighet til å ta helsemessige gode valg spesielt på områder som å bygge et sosialt nettverk gjennom å møte andre mennesker på ulike arenaer og gjennom fysisk aktivitet og tilgjengelighet til naturen. Dette samsvarer i stor grad med uttalelsen til rådmannen i Aukra som også la vekt på den enkeltes ansvar for å ta vare på egen helse. Kommunen sin rolle blir da å være tilrettelegger. Når vi vet at tilhørighet til naturen synes å være spesielt viktig for folks egen oppfatning av hva helse er (Fugelli og Ingstad, 2001) og med kunnskap om at innbyggerne i Aukra i følge folkehelseprofilen har utfordringer blant annet knyttet til muskel – og skjelettlidelser kan det tolkes som en form for lokal tilpasning. Det er likevel interessant å spørre seg om Aukra i en tidlig fase med fokus på folkehelsearbeid har lagt mest vekt på de konkrete relativt lite komplekse utfordringene i første omgang. For en kommune med god økonomi kan den type strategier være både de minst krevende og de mest målbare. I

tillegg vil slike strategier bli synlige for innbyggerne og vise at kommunen har handlekraft i form av å sette folkehelsearbeid på dagsorden. Tilrettelegging for fysisk aktivitet er det som helt klart er minst krevende å gripe fatt i, samtidig som det er tiltak som er synlig. Tiltak rettet mot for eksempel mental helse er mer krevende og blir derfor i mindre grad prioritert som en del av folkehelsearbeidet.

Folkehelsearbeidet skal bidra til god helse og bedre levekår i befolkningen (Folkehelsemeldingen, 2012-2013). I følge Dahlgren og Whitehead (1991) er faktorer knyttet til levekår av stor betydning for folkehelsen. Dette er faktorer som i større grad påvirkes gjennom hele livsløpet. Innsatsen samfunnet investerer gir gjerne resultater lang tid etter tiltakene er satt i verk. Vi kan også tenke oss at om kommunen lykkes i å påvirke noen av levekårsfaktorene på en måte som gir positiv helsegevinst for den enkelte vil det kunne være vanskelig å spore innsatsen fordi det ofte dreier seg om sammensatt innsats fra flere sektorer over lang tid.

Det er interessant og avslutningsvis å diskutere hvorfor noen sentrale faktorer knyttet til folkehelse i liten eller ingen grad blir berørt i planene til Aukra kommune. Som eksempel kan nevnes kosthold og ernæring. Dette er en sentral faktor både knyttet til underernæring spesielt hos eldre og overvektsproblematikk i befolkningen generelt. Kosthold og ernæring i tilknytning til folkehelsen har vært et satsningsområde nasjonalt de siste årene. Dette er en determinant som kunne forventes å bli nedfelt i flere av delplanene. Det samme kan vi si om satsningsområder som tobakk og seksuell helse. Årsakene til at disse faktorene ikke blir nevnt i kommunens strategier og målsettinger kan være at dette er områder som i større grad hører hjemme i sektorplaner og ikke i så stor grad løses tverrsektorielt. Samtidig kan det også sies at kommunen ved sin tilrettelegging for fysisk aktivitet også da møter overvektsproblematikken med en god og langsiktig strategi. Dette er med på å vise at Aukra kommune ser ut til å vektlegge folkehelsearbeidet på en noe ujevn måte i de kommunale planene.

6. OPPSUMMERING

Det er krevende å vurdere i hvilken grad folkehelse som tverrsektorielt felt er integrert i kommunens planlegging. Folkehelsearbeid er nedfelt i både overordnede planer og i kommunedelplaner og det viser at Aukra kommune ved hjelp av sitt planverk har satt folkehelsearbeid på kartet. Det er likevel vanskelig å si om det er et helhetlig fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i Aukra kommune ut fra kommuneplanene.

Folkehelsearbeid er en del av kommuneplanens samfunnsdel og folkehelseperspektiver er nedfelt i kommunens delplaner. Det kan se ut til at noen områder har fått større oppmerksomhet enn andre. Her skiller fysisk aktivitet, sosiale møteplasser og det rusforebyggende arbeidet seg ut.

Når det gjelder fokus på levekår og de mer bakenforliggende årsakene til sosial ujevnheter i helse tyder det på at kommunen foreløpig er i startgropen. Det er viktig å merke seg at kommunen ser sitt ansvar som samfunnsutvikler også når det gjelder folkehelsen.

Planer kan forbli gode intensjoner. Det hadde vært nyttig å vite mer om hvordan de blir implementert. I Aukra kommune har de økonomiske rammebetingelser som gjør det mulig å drive god kommunalt folkehelsearbeid. Det hadde vært interessant å se nærmere på i hvilken grad de økonomiske forutsetningene er av betydning for folkehelsearbeidet i en kommune. Kanskje er det slik at gode økonomiske rammevilkår er et hinder for det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Å se på planverket i en kommune gir en noe begrenset innsikt. Arbeidet med denne prosjektoppgaven har gitt noen svar, men det har også tydeliggjort noen spørsmål. For å få mer presis kunnskap kunne det å se på prosessen rundt utarbeidelsen av planene samt og intervjuet ansatte i ulike deler av kommunen gitt noen svar på om planene er et godt verktøy for at målsettingen om helse i alt vi gjør fungerer i Aukra.

7. REFLEKSJON

Gjennom arbeidet med prosjektoppgaven har jeg lært en del teori om folkehelse, folkehelsearbeid og planleggingens plass i kommuneorganisasjonen. Med bakgrunn fra helsesektoren og stort sett spesialisthelsetjenesten har kunnskapen om disse områdene vært mangelfulle. I mitt nåværende arbeid ved en sykepleierutdanning som det forventes skal tilpasse seg de endringene som skjer i samfunnet for øvrig har det vært av stor nytte å arbeide med denne prosjektoppgaven sammen med andre studenter med ulike funksjoner i ulike organisasjoner. Å delta i diskusjoner rundt temaet folkehelse og planlegging sammen med en så sammensatt gruppe med et spekter av kunnskap og erfaring har vært særdeles nyttig både i prosessen med å skrive denne prosjektoppgaven og i tillegg vært viktig for å øke den generelle innsikten i tilknytning til folkehelsearbeid på alle nivå i samfunnet. Arbeidet med

prosjektoppgaven har også bidratt til at jeg har en større forståelse for hvor krevende det er å lage planer som er retningsgivende for et så sentralt og sektorovergripende område som folkehelse er.

Da jeg startet ved studiet helse og omsorg i plan var det på bakgrunn av forventningene fra sentrale myndigheter om at folkehelse på en tydeligere måte skulle inn i sykepleierutdanningen. Min interesse for helsepolitikk, samfunnsutvikling og forebyggende helsearbeid førte til at arbeidsgiver fant dette studiet relevant for mitt fagområde og for utdanningen. Prosjektoppgaven har lært meg at selv om folkehelsearbeid i all hovedsak skjer utenom helsesektoren, så er det viktig at helsepersonell har kunnskap og bidrar inn i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene. Den sannsynlige framtidige utfordringen knyttet til for få helsearbeidere i forhold til antallet med behov for helsetjenester er med å underbygge viktigheten av at også sykepleiere skal ha god kunnskap om folkehelsearbeid. Både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid kan bidra til å lette på noe av presset på både 1. og 2. linjetjenesten i helsesektoren. Min økte kunnskap om folkehelse og folkehelsearbeid vil kunne gi studentene ved sykepleierutdanningen mer oppdatert og praksisnær undervisning og veiledning. Dette har også ført til at behovet for å tydeliggjøre folkehelseperspektivet i utdanningens planverk og læringsutbyttebeskrivelser har blitt avdekket, og skal arbeides videre med framover.

Kildeliste

Brek, Åge.2012. Lovfestede helse- og omsorgstjenester etter samhandlingsreformen. Kompendium

Dahlgren, Gøran og Whitehead, Margrethe (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm

Dahlgren, Gøran og Whitehead, Margrethe.(2009) Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse – del 2.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/strategier-og-tiltak-for-a-utjevne-sosiale-ulikheter-i-helse-utjevning-av-helseforskjeller-del-2/Publikasjoner/strategier-og-tiltak-for-a-utjevne-sosiale-ulikheter-i-helse-utjevning-av-helseforskjeller-del-2.pdf>

(lastet ned 30.4.13)

Energi-, miljø- og klimaplan. Vedtatt 2010

Folkehelseinstituttet.no. Folkehelseprofiler, 2013.

<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1547&sp=1&PDFaar=2013> (lastet ned 1.5.13)

Fugelli, P. og Ingstad, B. (2001): Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 30 2001: 121, 3600-4

Helsedirektoratet, 2010. *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Rapport.

Kommuneavisen for Aukra. nr.3 2012

Kommuneplan for Aukra 2011-2020. Vedtatt 2011

Kommuneplan 2006-2018, arealdel tekstdel. Vedtatt 2006

Kulturplan for Aukra kommune 2013-2016. Vedtatt 2012

Lovdata. Alkoholoven.1989

<http://lovdata.no/all/hl-19890602-027.html> (lastet ned 1.5.13)

Lovdata. Lov om folkehelse. 2012

http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov*& (lastet ned 1.5.13)

Lovdata. Plan- og bygningsloven. 2008

<http://lovdata.no/all/hl-20080627-071.html> (lastet ned 1.5.13)

Mæland, John Gunnar 2009 *Forebyggende helsearbeid*. Oslo. Universitetsforlaget

Omsorgsplan 2020. Vedtatt 2009

Rusmiddelpolitisk handlingsplan. Vedtatt 2012

St.meld. nr.34 (2012 – 2013). Folkehelsemeldingen

St.meld. nr. 16 (2002 – 2003). Resept for et sunnere Norge

St.meld. nr. 47 (2008 -2009). Samhandlingsreformen

Wilkinson, Richard 1996 *Unhealthy societies*. London. Routledge

World Health Organization. 2005. Bulletin of the World Health Organization

<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/12/editorial31205html/en/> (lastet ned 14.5.13)

World Health Organization(1948). WHO definition of Health

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (lastet ned 15.4.13)

Økonomiplan 2013 – 2016. Vedtatt 2012

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over ulike områder som belyses i kommunale planer i Aukra kommune

Levekår	
Skole og utdanning	8
Barnevern	1
Barnehage	3
Helse- og omsorgstjenester	2
Deltagelse i arbeidsmarked	7
Oppvekstmiljø	5
Fattigdom	0
Boforhold	9
Sosialt miljø	
Sosiale møteplasser	20
Frivilligheten	11
Kulturaktiviteter	14
Fysisk miljø	
Areal og transportplanlegging	6
Miljøvern	2
Samferdsel/trafikk/gang- og sykkelstier, turløyper	21
Friluftsområder, grønne lunger	13
Vann/luft/støy	2
Universell utforming	4
Levevaner	
fysisk aktivitet	10
ernæring	0
tobakk	0
rus	5
seksuell helse	0