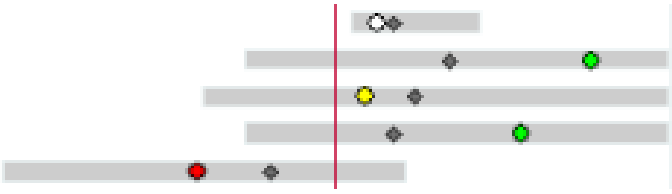


Fra rødt til grønt trafikklys

Med plan skal røyken stumpes!

Høgskolen i Lillehammer

Helse og omsorg i plan

2013/2014

Eksamenskode: HELSEOMS

Frist: 30.mai 2014

Kandidat nr: 2, 3, 4, 15 og 17

Innhold

1 Innledning ... 4
1.1 Problemstilling ... 4
1.1.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen ... 5
1.2 Oppgavens disposisjon ... 5
1.3 Definisjon av begrep ... 6
1.3.1 Tobakk ... 6
1.3.2 Helse ... 6
1.3.3 Folkehelse ... 6
1.3.4 Folkehelsearbeid ... 6
1.3.5 Sosiale helseforskjeller ... 7
2 Metode ... 7
3 Med lov skal helsa bygges ... 8
3.1.1 Folkehelseloven ... 8
3.1.2 Plan- og bygningsloven ... 8
3.1.3 Tobakkskadeloven ... 8
4 Teori ... 9
4.1 Planlegging for bedre helse ... 9
4.1.1 Formelle krav til planprosessen ... 9
4.1.2 Medvirkning i kommunal planprosess ... 10
4.2 Planleggingsteori ... 10
4.2.1 Hva er planlegging? ... 11
4.2.2 9-punktsmodell ... 11
4.2.3 Den perfekte planen finnes ei… ... 11
4.2.4 Ulike former for planlegging ... 12
4.3 Kort fakta om tobakksbruk i Norge ... 13
5 Datagrunnlag for Valhall kommune ... 13
6 § 5 Oversikt ... 15
6.1 Om § 5 ... 15
6.2 Hva bør komme først – situasjonsanalyse eller mål? ... 16
6.3 Medvirkning ... 16
6.4 Helsegradienten ... 17
6.4.1 Fokus på hele årsakskjeden ... 17
6.4.2 Født med ski på beina eller røyk i munnen? ... 18

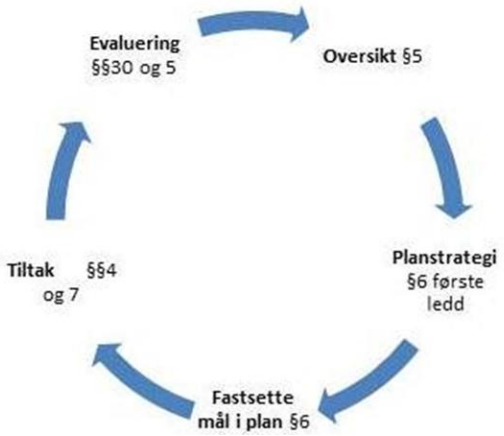
6.5 Mestring – et nøkkelord ... 18
6.5.1 Sosial kapital ... 18
6.6 § 5 - drøfting ... 18
6.6.1 Arbeidshjulet og 9-trinnsmodellen ... 19
6.6.2 Bred tilnærming krever bred forankring ... 19
6.6.3 Den vanskelige tverrsektorielle begeistringen ... 20
6.6.4 Viktig med lokal kunnskap ... 20
6.6.5 En større sammenheng ... 21
7 § 6 Mål i plan ... 22
7.1 Om § 6 ... 22
7.2 Å sette mål ... 22
7.3 Maktfordelinga i en planprosess ... 23
7.4 Drøfting av § 6 ... 23
7.4.1 Hvilken makt har en folkehelsekoordinator? ... 23
7.4.2 Evaluering underveis ... 24
7.4.3 Gode nok indikatorer i statistikken ... 24
8 § 7 Tiltak ... 25
8.1 Om § 7 ... 25
8.2 Hvilken makt har kommunen? ... 25
8.3 Valg av strategi i forebyggende arbeid ... 26
8.4 Legalitetsprinsippet ... 26
8.5 Empowerment ... 26
8.6 Hvor reell er vår valgfrihet? ... 27
8.7 Drøfting av § 7 ... 28
8.7.1 Universelle vs. selektive ... 28
8.7.2 Legalitet og motiv bak antirøyk ... 28
8.7.3 Hva kan Valhall kommune gjøre? ... 28
8.7.4 Folkehelsedilemma= forebygging gir langsiktige resultater ... 29
8.7.5 Det frie valget ... 30
9 Oppsummering av drøfting og konklusjon ... 30
10 Kilder ... 32

1 Innledning

I januar 2012 ble alle landets kommuner introdusert for hver sin folkehelseprofil utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt (heretter Folkehelseinstituttet). Folkehelseprofilene er et nasjonalt bidrag til kommunene i deres arbeid med folkehelse, og gir nøkkelopplysninger om helsetilstanden i hver av landets kommuner. Profilen inneholder også et folkehelsebarometer der en del nøkkeltall gis ulike farger. Rødt representeres områder der kommunen ligger dårligere an enn landet forøvrig, og grønt der kommunen ligger bedre an. (Helsedirektoratet, 2013)

Samtidig med lanseringen av kommunale folkehelseprofiler, trådte Lov om folkehelsearbeid (heretter folkehelseloven) i kraft. Den lovfester folkehelsearbeidet, og skal bidra til å skape et helsefremmende samfunn gjennom alle forvaltningsorgan. "Helse i alt vi gjør!" er ett av grunnprinsippene i folkehelsearbeidet. I dette prinsippet ligger erkjennelsen om at svært mange helseutfordringer er komplekse og sammensatte, og at disse krever en bred fellesinnsats fra mange virksomheter.

Folkehelseloven angir en arbeidsform for folkehelsearbeidet (heretter arbeidshjulet), som samsvarer med plan- og bygningsloven (se Figur 1: Arbeidshjulet i folkehelsearbeidet). Kommunene skal skaffe seg oversikt over befolkningens helsetilstand, bruke dette som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven og deretter iverksette tiltak. Folkehelseprofilen blir dermed et sentralt verktøy for oversikt over helsetilstanden i kommunen, og dermed for det videre planarbeidet.



Figur 1: Arbeidshjulet i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2012)

Vi som skriver denne oppgaven jobber med forebyggende helsearbeid og flere av oss med hovedvekt på folkehelse. Bakgrunnen for valg av oppgave er vår opplevelse av at arbeidet med prinsippet "Helse i alt vi gjør" er utfordrende. Vi har erfart at det ikke alltid er like lett å få med de avdelingene i kommunen som tradisjonelt ikke tenker «Helse», som f.eks. teknisk, kultur og opplæring. Prosessen rundt arbeidshjulet er tatt opp både på regionale og nasjonale folkehelsemøter vi har deltatt på. Vi opplever at det er mange spørsmål og en del frustrasjon på hvordan dette arbeidet skal utføres. En problemstilling vi hører at går igjen i flere kommuner er at hovedansvaret for folkehelsearbeidet ofte blir tillagt kommunens folkehelsekoordinator eller helseleder, og at den tverrsektorielle samhandlingen dermed blir utfordrende å gjennomføre slik intensjonen er i folkehelseloven.

1.1 Problemstilling

Vi ønsker å følge utvalgte paragrafer i det definerte arbeidshjulet i folkehelseloven, med utgangspunkt i rollen folkehelsekoordinator. Med det håper vi å få en dypere forståelse av hvordan denne planprosessen kan gjøres i en kommune. Vi ønsker spesielt å få belyst aktuelle utfordringer med arbeidshjulet. Vi har valgt oss ut et tema – forebygging av tobakkstart - som vi vil følge gjennom arbeidshjulet med utgangspunkt i en fiktiv kommune. Ut i fra dette er vi kommet til følgende problemstilling:

Hva kan være utfordrende for Valhall kommune ved å følge folkehelselovens arbeidshjul for å oppnå grønt trafikklys for tobakk i folkehelseoversikten?

Bakgrunnen for at vi tar utgangspunkt i folkehelseprofilens trafikklys, er at arbeidshjulet vektlegger en klar sammenheng mellom funn gjort i folkehelseoversikten til tiltak som blir iverksatt; Tiltakene skal være et direkte svar på de helseutfordringene som blir avdekket i folkehelseoversikten. En vellykket planprosess via arbeidshjulet skal med andre ord resultere i at røde trafikklys blir grønne, i vårt tilfelle trafikklyset for tobakk.

1.1.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Oppgaven vi har valgt er omfattende. Vi har imidlertid et ønske om at den skal være et praktisk og nyttig bidrag for andre som jobber innen folkehelsearbeid. Vi mener mye av verdien i den er å se *hele* prosessen med arbeidshjulet i sammenheng. Vi har også valgt å trekke inn en del erfaringer fra egen praksis, da vi mener dette vil gjøre oppgaven mer konkret og anvendbar. Valg av tema for oppgaven har sin bakgrunn i at tobakksbruk er et svært sentralt tema innen folkehelse, og en problematikk flere av oss møter daglig. "Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader 2013-2016", sier at tobakk er den viktigste enkeltårsaken til dårlig helse og tidlig død hos nordmenn. Det er også en av enkeltårsakene som kan forebygges. I vår oppgave har vi valgt å fokusere på tobakkstart blant ungdom. Dette fordi vi ønsker å vektlegge en tverrfaglig tilnærming. Forebygging av tobakkstart vil i større grad måtte involvere flere fagenheter enn det tobakkslutt gjør, siden sistnevnte tradisjonelt sett har vært en helsefaglig oppgave. For å avgrense oppgaven ytterligere bruker vi begrepet tobakk gjennomgående, og skiller i liten grad mellom ulike typer tobakk, som f.eks. røyk og snus.

For å kunne svare på problemstillingen, mener vi det er to hovedretninger av kunnskap som må belyses. Det ene er kunnskap om hvordan planprosessene fungerer i en kommune. Det hjelper lite som folkehelsearbeider å vite *hva* man bør gjøre, hvis man ikke vet *hvordan*. Det andre er årsakssammenhengen for tobakksbruk, *hvorfor* noen ungdommer starter og noen ikke. Den kunnskapen kan si noe om hvordan arbeidsprosessen med hjulet bør være, og hva den bør omfatte.

1.2 Oppgavens disposisjon

Først vil vi definere begreper vi bruker gjennomgående i oppgaven. I kapittel 2 forklarer vi metoden for oppgaven. Videre vil vi i kapittel 3 presentere lovverk som er aktuelt for oppgavens tema, som vil være rammene for kommunens ansvar og oppgaver. I kapittel 4 vil vi presentere den teorien som danner selve grunnlaget for oppgaven. Her vil vi fokusere på den kommunale planprosessen, ulike teorier rundt fenomenet planlegging, samt grunnleggende fakta om tobakk. I kapittel 5 vil vi presentere datagrunnlaget vi har hentet inn for Valhall kommune. Kapittel 6, 7 og 8 vil ta for seg selve arbeidshjulet, der vi trinnvis går gjennom hjulet paragraf for paragraf. Her vil relevant teori i forhold til hver paragraf bli presentert, og drøftet. Status i og arbeid med helseoversikten i Valhall kommune vil hele tiden være et viktig utgangspunkt for drøftingen. Å ta drøftingen underveis i kapittel 6-8 har vært et bevisst valg. Vi ønsker å understreke at problemstillingen tar utgangspunkt i en prosess (punktene på hjulet), og mener det da er mer ryddig og hensiktsmessig å drøfte de ulike punktene i denne prosessen hver for seg. Kapittel 9 oppsummerer og konkluderer drøftingene, og gir et sett med punkter som svar på problemstillingen vår.

1.3 Definisjon av begrep

Her vil vi kort definere begreper vi bruker gjennomgående i oppgaven.

1.3.1 Tobakk

Med tobakk menes tobakksvarer slik det defineres i Tobakkskadeloven, som vil si varer som kan røykes, innsnuses, suges eller tygges såfremt de helt eller delvis består av tobakk. Vi vil i denne oppgaven bare belyse legale produkter, og fokusere på de mest brukte produktene i Norge; sigaretter og snus (Lov om vern mot tobakksskader, 2014).

1.3.2 Helse

Helse er et vidt begrep som kan forklares på mange måter. Hva som legges i det å ha en god helse kan være forskjellig fra person til person. Mange tenker først og fremst på helse som fravær av sykdom, men den norske legen Peter F. Hjort har gitt følgende definisjon: «Helse kan defineres som det å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Hjort, 1982). Piet Hein har sagt at «Helse er ikke bare fravær av sykdom, men å oppleve et fullverdig liv» (Hein, 1988). Disse definisjonene viser at helse rommer noe mer enn bare forholdet syk/frisk, men også en opplevelse av mestring, verdighet og overskudd.

Mildred Blaxter konkluderer i sin bok om helsebegrepet med at helse ikke er et statisk begrep, men et vidt sosialt begrep som stadig er i endring. Ofte gjenspeilet den av utviklingen en ser innen forskning og teknologi. (Blaxter, 2004).

Per Fugelli skriver: «Det finnes ikke én helse i Norge eller verden, men henholdsvis 4,5 millioner og 6,4 milliarder helser» (Fugelli, 0-visjonen, 2005). Han sier også i boken Helse på norsk at «Helse er en dyp individuell opplevelse» (Fugelli, Helse på norsk, 2009). I sin helseligning "Helse = BiologixKulturxPolitikk^2 " understreker Fugelli at helse påvirkes av samspillet mellom individuelle faktorer og samfunnet vi lever i, herunder kultur og politikk (Fugelli, Rød resept, 1999).

I denne oppgaven velger vi å bruke Per Fugelli sin helseligning som definisjon på helse, nettopp fordi den vektlegger at folks helse avhenger mye av samfunnets oppbygning og politiske tilrettelegginger, som er noe av kjernen i vår oppgave om tobakk.

1.3.3 Folkehelse

Helsedirektoratet definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Lov om folkehelsearbeid, 2012). Mens helsebegrepet i stor grad retter seg mot individet, handler folkehelse om befolkningens helse på gruppenivå. Den påvirkes på samme måte som den individuelle helsen, av levekår som bidrar til å fremme eller hemme god folkehelse. Med levekår menes boligforhold, økonomi, utdannings- og arbeidsmuligheter, helse- og velferdstilbud, sosial tilhørighet, ytre miljø og levevaner (Buskerud fylkeskommune, 2013).

1.3.4 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid kan defineres som «samfunnets totale 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 helsen» (Lov om folkehelsearbeid, 2012). Folkehelsearbeid består av både et sykdoms- og skadeforebyggende arbeid, og et helsefremmende arbeid. I

folkehelsearbeidet retter strategiene seg mot hele befolkningen, og alle de faktorer som påvirker helsen. I tillegg til helsesektorens innsatser, ligger påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer. Folkehelsearbeidet er derfor sektorovergripende og et tverrsektorielt ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Målet med folkehelsearbeidet er å skape gode oppvekstsvilkår for barn og unge og legge til rette for en sunn livsstil som fremmer fellesskap, trygghet og medvirkning for den enkelte. Folkehelsearbeidet skal også bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen, samt motvirke sosiale helseforskjeller. (Helsedirektoratet, 2012).

1.3.5 Sosiale helseforskjeller

Med sosiale helseforskjeller menes systematiske ulikheter i forekomst av helseproblem som følger kategorier som utdanning, yrke og inntekt. Denne forskjellen rammer ikke bare noen få, utsatte grupper, men de danner en gradient gjennom hele befolkningen. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) Mæland viser til i boken om forebyggende helsearbeid at helsen kan være ulik mellom menn og kvinner, hvilken sosial status en har, og hvor en bor. Noen av disse ulikhetene kan være biologiske, men livsstil spiller også en stor rolle. (Mæland, 2010)

2 Metode

Vi har jobbet med oppgaven gjennom hele studieåret, med innleveringsfrister til hver av studiesamlingene. Det har vært en utfordrende prosess å lande selve problemstillingen, da vi underveis i studie stadig har fått nye ideer til vinkling av oppgaven gjennom ulike forelesninger og egenstudier. Vårt hovedproblem har derfor vært å avgrense oppgaven nok, siden vi føler oppgavens tema kan romme store deler av pensumlitteraturen vi har vært igjennom.

For å svare på problemstillingen, har vi valgt som metode å bruke en kombinasjon av litteraturstudie og innhenting av sekundærdata. Vi har brukt faglitteratur, samt offentlige publikasjoner og lovdata. Litteraturen er i hovedsak hentet fra pensumlitteraturen, og vi har i liten grad søkt etter andre kilder. I oppgaven bruker vi en del erfaringer vi selv har om temaet. Denne kunnskapen kan ikke etterprøves i samme grad som annen teori.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i en fiktiv kommune; Valhall kommune. Dataene vi har brukt er sekundærdata innhentet fra statistikk og opplysninger vedrørende to reelle kommuner. Vi har benyttet folkehelseprofiler, Ungdata og Statistisk sentralbyrå (SSB). Opplysningene har blitt slått sammen for å representere vår fiktive kommune Valhall. At kommunen er fiktiv mener vi spiller liten rolle, siden poenget er å få fram typiske trekk med en mellomstor innlandskommune; dens utfordringer, ressurser, hindringer og muligheter. På denne måten mener vi at oppgaven blir aktuell i vår egen, og andres arbeidshverdag, der folkehelseloven skal være en gjeldende arbeidsform i folkehelsearbeidet. Fremstilling av data om Valhall kommune er sentralt i oppgaven. Dataene er utgangspunktet for vår prosess med å følge arbeidshjulet steg for steg, og danner en rød tråd gjennom hele oppgaven.

Vi har valgt å bruke noen offentlige dokumenter i oppgaven. Offentlige dokumenter er politisk fargede, og gir en tolkning og forståelse av samfunnet slik den sittende regjeringen ser det. Vi er klar over at disse derfor ikke har den vitenskapelige validiteten som nok er ønskelig. Offentlige dokumenter er likevel føringene kommunene må ta med i sitt arbeid, og gir oss som jobber i kommunene et felles ståsted.

3 Med lov skal helsa bygges

Her vil vi kort gjøre rede for viktige bestemmelser i lovverk som er aktuelle for vår oppgave. Kildene som er brukt i dette kapitelet er hentet fra Lovdata. Folkehelseloven er den mest sentrale loven i denne oppgaven, og vil bli presentert grundigere i seinere i kapittel.

3.1.1 Folkehelseloven

Gjennom økt fokus på forebygging og folkehelsearbeid skal folkehelseloven være et verktøy for å gi bedre helse, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat. Formålet med loven er en samfunnsutvikling som skal fremme folkehelse ved bedre helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold samt bidra med å forebygge sykdom, skade eller lidelse. Den skal også sikre at alle nivåer, kommune, fylkeskommuner og stat, skal samordne sin virksomhet og iverksette tiltak på en forsvarlig måte. Det er lagt opp til et langsiktig og systematisk arbeid med folkehelsen. Loven er samordnet og bygger på Plan- og bygningsloven (Lov om folkehelsearbeid, 2012).

Folkehelselovens § 4 oppsummerer kommunens ansvar, og sier at kommunen skal fremme befolkningens helse og beskytte de mot faktorer som kan ha negativ virkning på helsa. Dette skal gjøres gjennom de oppgaver og virkemidler som kommunen allerede har, som lokal utvikling og planlegging, tjenesteyting og forvaltning (Lov om folkehelsearbeid, 2012).

3.1.2 Plan- og bygningsloven

Formålet med plan- og bygningsloven (heretter pbl) er å fremme bærekraftig utvikling som er til det beste for individ, samfunn og fremtidig generasjoner. Den skal samordne statlige, regionale og kommunale oppgaver samt gi grunnlag for vedtak. Den skal være med på å sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte parter. Loven vektlegger langsiktige løsninger og det skal beskrives konsekvenser for miljø og samfunn. (Lov om planlegging og byggesaksbehandling, 2013)

I kapittel 3 i pbl reguleres oppgaver og hensyn i planlegging. Planer etter pbl skal sette mål for den kulturelle, sosiale, økonomiske, miljømessige og fysiske utviklingen i regioner og kommuner, samt avklare behov og oppgaver for samfunnet og hvordan disse skal løses. Den skal fremme befolkningens helse og motvirke helseforskjeller gjennom å tilrettelegge for gode oppvekst- og levekår, fremme samfunnssikkerhet og forebygge risiko for tap av liv. (Lov om planlegging og byggesaksbehandling, 2013)

Gjennom pbl har kommunal planlegging til formål å legge til rette for utvikling og samordning gjennom forvaltning, og ved å gi grunnlag for gjennomføring av kommunal, regional, statlig og privat virksomhet. Kommunestyret har selve ledelsen for kommunalplanlegging. De organiserer arbeidet med kommunalplanlegging etter kapittel 10-12 i pbl. En særskilt ordning de må sørge for er ivaretagelse av barn- og unges interesser i planleggingen. (Lov om planlegging og byggesaksbehandling, 2013)

3.1.3 Tobakkskadeloven

Formålet med tobakkskadeloven er å begrense helseskader ved bruk av tobakksvarer, gjennom å redusere forbruket, og på sikt bidra til et tobakksfritt samfunn. Videre skal loven regulere tiltak for å

forebygge at barn og unge begynner å bruke tobakksvarer, få de som bruker tobakk til å slutte, og beskytte befolkningen mot eksponering av tobakksrøyk (Lov om vern mot tobakksskader, 2014).

I loven reguleres salg, reklame og bevilgning av tobakk. Det er røykeforbud i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang, og det er kommunen som skal føre tilsyn med dette forbudet (Lov om vern mot tobakksskader, 2014).

1.juli 2014 blir nye endringer i tobakkskadeloven iverksatt. Disse går blant annet ut på tobakksforbud i barnehager og på skoler. Forbudet vil gjelde bruk av både røyk og snus i selve skolelokalene, på uteområdene, og i skoletiden generelt for elevene. Også her er kommunen tilsynsmyndighet (Lov om endringer i tobakkskadeloven, 2013).

4 Teori

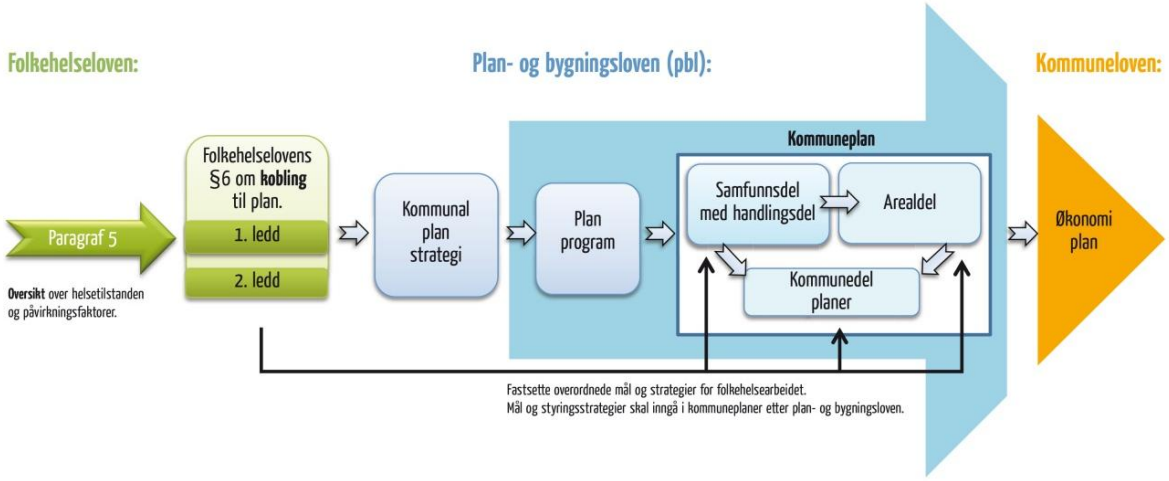
Her vil vi presentere teorien for oppgaven. Først vil vi kort presentere planprosessen i en kommune. Videre vil vi gjøre rede for grunnleggende teori og prosessen rundt ulike former for planlegging. Deretter kort fakta om tobakksbruk i Norge.

4.1 Planlegging for bedre helse

4.1.1 Formelle krav til planprosessen

Planprosessen etter pbl består av tre strategiske komponenter; den *kommunale planstrategien, nasjonale forventninger* og *kommuneplanenes samfunnsdel*. Kommunal planstrategi er et relativt nytt obligatorisk planelement som de folkevalgte skal utarbeide innen første år etter valget. Den skal omfatte en drøfting av strategiske valg knyttet til kommunens samfunnsutvikling, som arealbruk, helse- og miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og planbehov for perioden. Nasjonale forventninger er et dokument Kongen skal utarbeide hvert fjerde år, med de forventninger som er til regional og kommunal planlegging. Kommuneplanenes samfunnsdel er også et planelement etter pbl., og skal inneholde langsiktige mål og strategier for kommunens utvikling. Det er de folkevalgte som skal ha føringen i de kommunale planprosessene, noe som understrekes med innføringen av planstrategien (Aarsæther, 2012).

Det er en sammenheng mellom folkehelseloven og pbl, som vist i figurene under fra Kommunetorget (Kommunetorget, 2014).



Figur 2 Modell – koplingsprosess mellom folkehelse og plan (Kommunetorget, 2014).

Modellen viser hvordan oversiktsarbeidet etter folkehelseloven skal legges til grunn for utarbeidelse av den kommunale planstrategien. Videre er det en klar sammenheng mellom det lokalpolitiske arbeidet i kommunen og utarbeidelsen av de planene som skal styre den videre utviklingen i kommunen. De folkevalgte skal drøfte kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling (PBL, 10-1), basert på en faglig statusoppdatering på viktige samfunns- og miljøområder (som f.eks. Nasjonale forventninger og kommunens folkehelseoversikt). Planstrategien skal så legges til grunn for den videre planprosessen i kommunen, som å utarbeide og vedta samfunnsdel, arealdel og handlingsdel/økonomiplan.

4.1.2 Medvirkning i kommunal planprosess

Kravet om medvirkning er tydelig forankret og styrket i pbl fra 2008, der formålsparagraf § 1 -1 4.ledd sier at "Planlegging og vedtak skal sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte interesser og parter".

Pbl forsterker fokuset på at grupper som ikke er i stand til å delta direkte skal sikres aktiv deltakelse. Dette gjelder for eksempel funksjonshemmede, personer med fremmedkulturell bakgrunn, og barn og unge. Det skal også sikres at det blir en balansegang med organiserte og ikke organiserte deltakere, da man ofte kan se tendenser til at visse grupper dominerer mer enn andre i en planprosess. Nytt i loven fra 2008 er innføring av planprogram for alle store kommunale planer, der det blant annet skal redegjøres for hvordan medvirkning skal gjennomføres. Planprogrammet er en plan for planen. Denne skal også ut på offentlig høring, slik at medvirkning sikres allerede før planarbeidet starter. § 5 i pbl pålegger kommunene direkte deltakelse og offentlighet som del av planleggingen, og angir spesifikke krav til hvordan dette gjøres i praksis (Falleth & Hanssen, 2012).

4.2 Planleggingsteori

Som definisjon av planlegging velger vi å bruke boken Utfordringer for norsk planlegging;
«Planlegging er en organisert aktivitet hvor aktører utformer fremtidsrettede mål og bruker kunnskap

og profesjonelle arbeidsmetoder for å analysere, prioritere og samordne tiltak for å nå disse målene. Planene skal legge rammer for påfølgende vedtak og handlinger» (Aarsæther, Falleth, Nyseth, & Kristiansen, 2012, s. 15).

4.2.1 Hva er planlegging?

Planlegging kan sies å være en målrettet, fremtidsorientert og kunnskapsbasert handling. Generelt handler planlegging om å bevege seg fra en nåsituasjon fram mot en ønsket tilstand. Planleggingen brukes som et instrument for å tette spriket mellom nåsituasjonen og målet. Det å drive planlegging innebærer å gjennomføre flere enkelthandlinger satt sammen i en serie, over en gitt tidsperiode. Aarsæther presenterer en 9-punkts planprosess-modell som et eksempel på en idealtypisk planprosess (se 9-punktsmodell under). Dette er en modell som tar utgangspunkt i en formålsrasjonell handlingstype beskrevet av Max Weber (1864 – 1920), og som innbefatter en mål - middel – tenking. Dette innebærer at handlinger er fremtidsretta, tar utgangspunkt i systemisk kunnskap, og at ulike alternativ blir framstilt. (Aarsæther, 2012)

4.2.2 9-punktsmodell

1. Hvem er **planaktør** og hva er **planoppgaven**?
2. Hva er **målet** for planlegginga, hva ønsker man å oppnå?
3. **Situasjonsanalyse** - få fram spriket mellom dagens situasjon og den ønskede framtidige situasjonen, samt refleksjon over de prosessene som har skapt nåsituasjonen.
4. **Virkemiddeloversikt** - kreativ tenkning for å få fram alle mulige veier man kan ta for å nå målet
5. **Virkemiddeltesting** – ut ifra en kunnskapsbasert vurdering av virkemidlene sorterer man ut hvilke midler man tror gagner måloppnåelse best.
6. Planaktøren legger fram et **planutkast** for alle planen gjelder for, og det åpnes opp for debatt.
7. **Planen blir vedtatt** av aktøren med eventuelle endringer.
8. Planaktøren **gjennomfører vedtatt plan**, et arbeid som ofte vil være avhengig av andre aktører.
9. **Evaluering og læringsfase** - både underveis og etter avslutning sammenlignes målene opp mot status (Aarsæther, 2012).

Tradisjonelt sett har den naturvitenskaplige, teknologifaglige og samfunnsfaglige kunnskapen preget norske planprosesser. Kunnskap innen helsefag, økonomi, estetisk og humanisme er andre felt som vil være viktig i god samfunnsplanlegging. Aarsæther peker på det store kunnskapsomfanget som vil være aktuell i en komplett planleggingsprosess, og at type kunnskap man bruker avhenger av hvilken del i 9-punktsmodellman er i. Situasjonsanalysen trekkes fram som et punkt der det nesten ikke er grenser for hvilken kunnskap man kan bruke. Side om side med den etablerte kunnskapstradisjonen har man den folkelige og lokale kunnskapen. Denne type kunnskap kan kompliserer til prosessen, men kan også være en viktig ressurs i et vellykket planarbeid (Aarsæther, 2012).

4.2.3 Den perfekte planen finnes ei…

Planlegging handler om å knytte kunnskap til handling. Som planaktør vil det være lite hensiktsmessig å ha som mål at man skal komme fram til den perfekte løsningen. Å ha den totale oversikten over all kunnskap, alle potensielle bivirkninger og alle mulige utfall vil være en umulig oppgave for en planaktør, og vil fort kunne resultere i handlingslammelse. Det er også meningsløst å spørre hva som er "rett" kunnskap, siden det fins utallige kunnskapsretninger. Planlegging er derfor ikke det samme som vitenskap. Men god planlegging innebærer å ha et bredt syn, og ha evne til å sammenkoble ulike kunnskapstyper på tvers av ulike fagfelt (Aarsæther, 2012).

Erfaringsmessig vet man at selv om man bedriver planlegging, betyr ikke dette nødvendigvis at man når de målene man har satt. Selv svært god planlegging kan få uforutsette konsekvenser. Spesielt gjelder dette planlegging på komplekse felt, der det finnes aktører med ulike sett av verdier og interesser, eller der kunnskapen om feltet er mangelfullt. Manglende resultater kan også skyldes svikt i selve planprosessen (Aarsæther, 2012).

4.2.4 Ulike former for planlegging

Hva som er den beste formen for planlegging handler mye om hva slags planprosess man har med å gjøre. Tradisjonelt sett er det vanlig å dele mellom instrumentell og kommunikativ planlegging. Vi skal også se litt på hva som ligger i territoriell planlegging.

4.2.4.1 Instrumentell kontra kommunikativ planlegging

I den instrumentelle planleggingen vektlegger man bruken av forskningsbasert kunnskap som verktøy for å finne god måloppnåelse. Man ser på årsak og virkning, og velger den mest logiske og kunnskapsbaserte løsningen. Instrumentell planlegging fungerer ofte bra på de områder der planaktør både har makt og vilje til å gjennomføre planen, og der man på en effektiv måte klarer å sammenknytte kunnskap og handlingen til målretta aktivitet. Utfordringer med denne type planlegging melder seg spesielt når man har med komplekse planleggingsoppgaver å gjøre. Det vil si der årsakssammenhenger er usikre, eller kunnskapen mangelfull. Det vil da være vanskelig å se de optimale virkemidlene. Hva som er gjeldende kunnskap kan også variere fra ulike grupper, og i forhold til forskjeller i verdi og interesse for gjeldende prosess. Er planen satt av et panel eksperter, er det fare for passivitet hos andre berørte parter i planprosessen, med det resultat at planleggingen blir lite forankret (Amdam, 2012).

Den kommunikative planprosessen vektlegger aktivisering av alle grupper som er berørte av gjeldende planprosess. Den kommunikative formen søker de beste virkemidlene gjennom å kommunisere og samhandle på en måte som følger strenge krav i forhold til maktlikevekt, dialog, åpenhet, begrunningstvang, og et felles ønske om å komme fram til en felles løsning. Det er ikke hvem som sier det, men tyngden på argumentene som avgjør utfallet. Legitimiteten oppstår som et resultat av selve prosessen. I planprosesser hvor man er avhengig av mange aktører, der problemet er komplekst, og kunnskapen mangelfull eller delt, vil ofte den kommunikative planleggingsformen egne seg best. Hovedfokuset er ikke på produkt og resultat, men på selve prosessen. Planlegging og handling er en og samme prosess, der bred deltakelse, engasjement og omfattende læring er en del av målsetningen (Amdam, 2012).

4.2.4.2 Territoriell planlegging

Territoriell planlegging dreier seg om å utvikle et kunnskapsgrunnlag med utgangspunkt i lokalsamfunnet. Planaktøren ønsker å dra nytte av koblinger mellom alle aktiviteter i kommunesamfunnet. Fokuset er på sammenhenger, synergier og kritiske faktorer, ressurser og muligheter for et gitt samfunns utvikling, og ønsker å møte disse utfordringer. Den territorielle planleggingen fokuserer på sammenhengen mellom aktiviteter i offentlig, privat og frivillig sektor, samt hverdagslivet (Aarsæther, 2012).

4.3 Kort fakta om tobakksbruk i Norge

Andelen som røyker i den norske befolkningen har de siste årene gått ned, men fortsatt røyker 26 prosent daglig eller av og til. Røyking er den levevanen som har størst negativ innvirkning på folkehelsen, og øker risikoen for folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft og lungesykdommen KOLS (Grøtvedt, Hånes, Vollset, & Trewin, 2013).

De fleste voksne røykere ble avhengige av tobakk i ung alder, 13-15 år. Forskning viser at i 13-årsalderen røyker 1-2 prosent daglig eller ukentlig, og i 15-årsalderen stiger andelen til 8-9 prosent. Snusbruk har tatt over for noe av røykingen i de senere årene, både for unge og voksne. Snus gir ikke de sammen helseskadene, men gir like sterk nikotinavhengighet (Grøtvedt, Hånes, Vollset, & Trewin, 2013).

Man finner at det er sosiale helseforskjeller for daglig tobakksbruk. Kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Tilsvarende ser man dette på sykdomsbilde blant voksne, der andelen med kortere utdanning har høyere risiko. Dette sees også for ungdom. Ungdom som har planer om lengre utdanning har mindre tobakksbruk og er mindre utsatt for tobakk enn annen ungdom. Man ser også etniske forskjeller i tobakkvaner (Grøtvedt, Hånes, Vollset, & Trewin, 2013).

5 Datagrunnlag for Valhall kommune

I dette kapittelet vil vi presentere de data fra Valhall kommune som er aktuelle for vår problemstilling, og som vil være et sentralt utgangspunkt for de påfølgende kapitlene. Forskrift om oversikt over folkehelsen § 3, fastsetter krav til innholdet i kommunens folkehelseoversikt. Det skal gis opplysninger og vurderinger av befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012). Måten vi har valgt å presentere data for Valhall kommune på, tar utgangspunkt i § 3 – forskrift om folkehelseoversikt. Siden vi kun tar utgangspunkt i data som vi mener er relevante i forhold til tobakk, vil en del av punktene i forskriften falle bort eller være svært kortfattet.

Befolkningssammensetning

Valhall kommune er en mellomstor innlandskommune, som per 1.jan 2013 hadde 6396 innbyggere. Forventet levealdre for menn er 76 år, og 81 år for kvinner, som er 1 år under landsgjennomsnittet. (Nord-Aurdal kommune, 2013)

Oppvekst- og levekårsforhold

Valhall kommune ligger over landsgjennomsnittet i antall lavinntektshusholdninger. Arbeidsledigheten i Valhall er per januar 2013 2,5 % av arbeidsstyrken. Dette er noe høyere enn landsgjennomsnittet på 2,2 %. Legemeldt sykefravær var i tredje kvartal 2012 på 6,9 %. Dette var også over landsgjennomsnittet. (ibid.)

Utdanningsnivå

Valhall kommune har én videregående skole, og det er mange yrkesfaglige linjer ved skolen. På Valhall videregående skole var det 77 % som fullførte og fikk bestått videregående utdanning i skoleåret 2011-2012. Dette er lavere enn både fylkes- og landsgjennomsnittet. Utdanningsnivået i

befolkningen er lavere enn landsgjennomsnittet, da andelen av befolkningen med kun grunnskole som høyeste utdanningsnivå ligger noe høyere enn landsgjennomsnittet. (ibid.)

Sosialt miljø

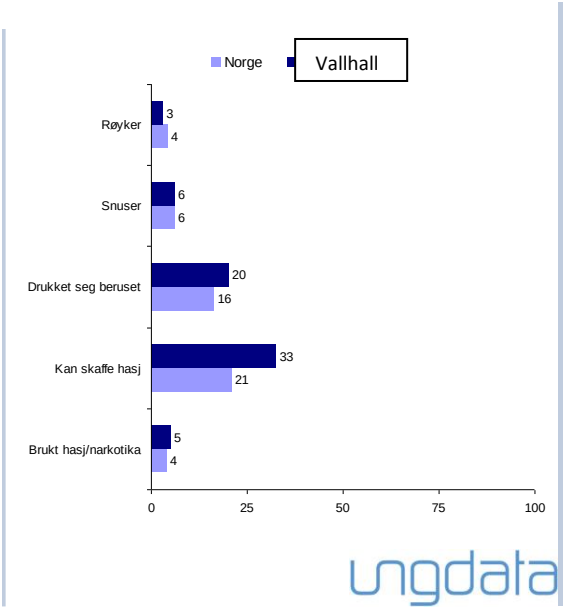
Valhall kommune har nylig utvidet gang- og sykkelveiene, og har nå en sammenhengende vei som går gjennom flere sentrale bebyggelser i kommunen, og som linker stedene sammen. Kommunen har også gjennom et byutviklingsprosjekt pusset opp parken med flere lekeapparater, fiskebrygge, sandvolleyballbane, grill- og bordplasser, samt utvikling av en miljøgate gjennom sentrum. På Valhall ungdomsskole er det 59 % av elevene aktiv i en fritidsorganisasjon. Blant elevene på Valhall videregående er tallet 42 %. Dette 6 % lavere enn landsgjennomsnittet for begge gruppene. (ibid.)

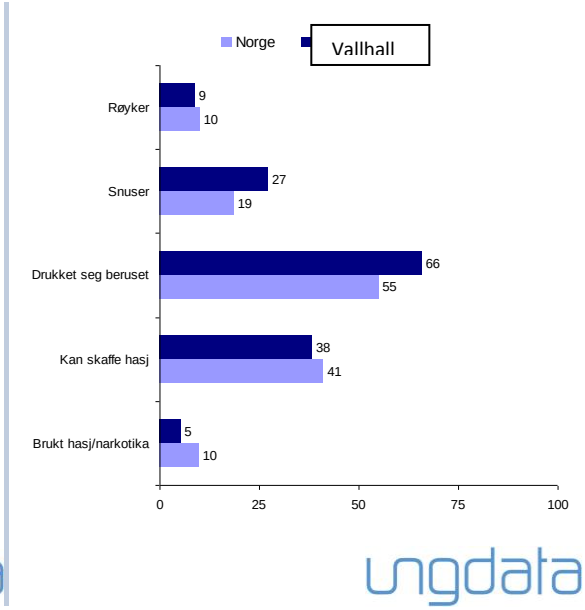
Helserelatert atferd

Aktivitet og kosthold

I Ungdata undersøkelsen svarer 60 % av elevene på Valhall ungdomsskole at de blir svette på grunn av fysisk aktivitet minst tre ganger i uka, mens på videregående er tallet 43 %. Dette er under landsgjennomsnittet. Helsesøstertjenesten foretar veiing av alle elevene på 3. og 8.klassetrinn. De uttrykker bekymring over at de ser en økende tendens til at flere unge blir overvektige. Frisklivssentralen i kommunen opplever også en økende tendens til at svært unge blir henvist pga. overvekt/inaktivitet. (ibid.)

Tobakk og rus





Tabell 3: Tabeller fra Ungdata-undersøkelsen, Valhall ungdomsskole (venstre) og Valhall videregående skole (høyre).

Tabell 3 viser at på Valhall ungdomsskole oppgir 3 % at de røyker minst ukentlig, 6 % oppgir at de snuser minst ukentlig. Dette er tilsvarende landsgjennomsnittet. Det er en tydelig stigende kurve fra 8.klasse til 10.klasse, der 10.klassingene scorer høyest både på røyking og snusbruk. På Valhall videregående er det 9 % som svarer at de røyker minst ukentlig mot landsgjennomsnittet som er på 10 %. 27 % svarer at de snuser minst ukentlig mot landsgjennomsnittet som er 19 %. (ibid.)

I Valhall kommune er det helsestasjonen for ungdom, men stillingsressurs er liten. Fokuset går mer til andre problematikkområder enn forebyggende tjenester. (ibid.)

I samtale med jordmødre i Valhall oppgir de at hele 21 % prosent av de fødende at de røykte ved svangerskapets begynnelse. Tallet for landet forøvrig ligger på 15 % av alle fødende. I Valhall kommune er det en forholdsvis stor gruppe med østeuropeiske arbeidsinnvandrere. Jordmødrene ser en klar kulturellforskjell her når det gjelder holdninger om tobakk og svangerskap. De tror en del av de røde tallene kan ha sammenheng med dette.

Alkohol

Elever ved Vallhall ungdomsskole og Valhall videregående skole har et betydelig høyere forbruk av alkohol enn landsgjennomsnittet. (Nord-Aurdal kommune, 2013)

Helsetilstand

Hjerte- og karsykdommer

I Valhall har kvinner en hyppigere dødsårsak når det gjelder iskemisk hjertesykdom sammenlignet med landsgjennomsnittet. Det er årlig gjennomsnitt 550 unike brukere som er i kontakt med fastlege og legevakt med høyt blodtrykk. Dette er 22 % høyere enn landsgjennomsnittet. Legene forklarer noe av årsaken til høye tall å være økt fokus på blodprøvetaking og blodtrykksmåling. (ibid.)

Kreft/KOLS

I Valhall kommune har dødeligheten av KOLS/lungekreft fra 2003-2012 vært litt høyere enn landsgjennomsnittet. Antall nye krefttilfeller totalt er også høyere enn landsgjennomsnittet. (Folkehelseinstituttet)

6 § 5 Oversikt

I dette kapittelet vil vi ta for oss første punkt på arbeidshjulet. Punktet omhandler kommunens ansvar og plikter i forhold til folkehelselovens § 5 - oversikt. Vi vil først ta for oss selve paragrafen, og hva den pålegger kommunen å gjøre. Deretter vil vi presentere relevant teori som belyser dette punktet på arbeidshjulet, og drøfte det opp mot datainnsamlinga for Valhall kommune. Målet med dette kapittelet er å synliggjøre utfordringer i forhold til innhenting av data og hva som skal være med i en oversikt.

6.1 Om § 5

I følge § 5 i Folkehelseloven skal kommunene utarbeide en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i den aktuelle kommunen, vurdere konsekvenser -og årsaksforhold, og gi en oversikt over negative og positive faktorer som kan virke inn på helsetilstanden. Kommunen skal særlig være oppmerksom på forhold og utviklingstrekk som kan minske eller forsterke sosiale helseforskjeller. Oversikten baseres blant annet på opplysninger fra:

a) stat og fylkeskommune
b) kommunale helse- og omsorgstjenester og
c) lokalkunnskap om faktorer og utviklingstrekk som kan ha innvirkning på befolkningens helse (Lov om folkehelsearbeid, 2012).

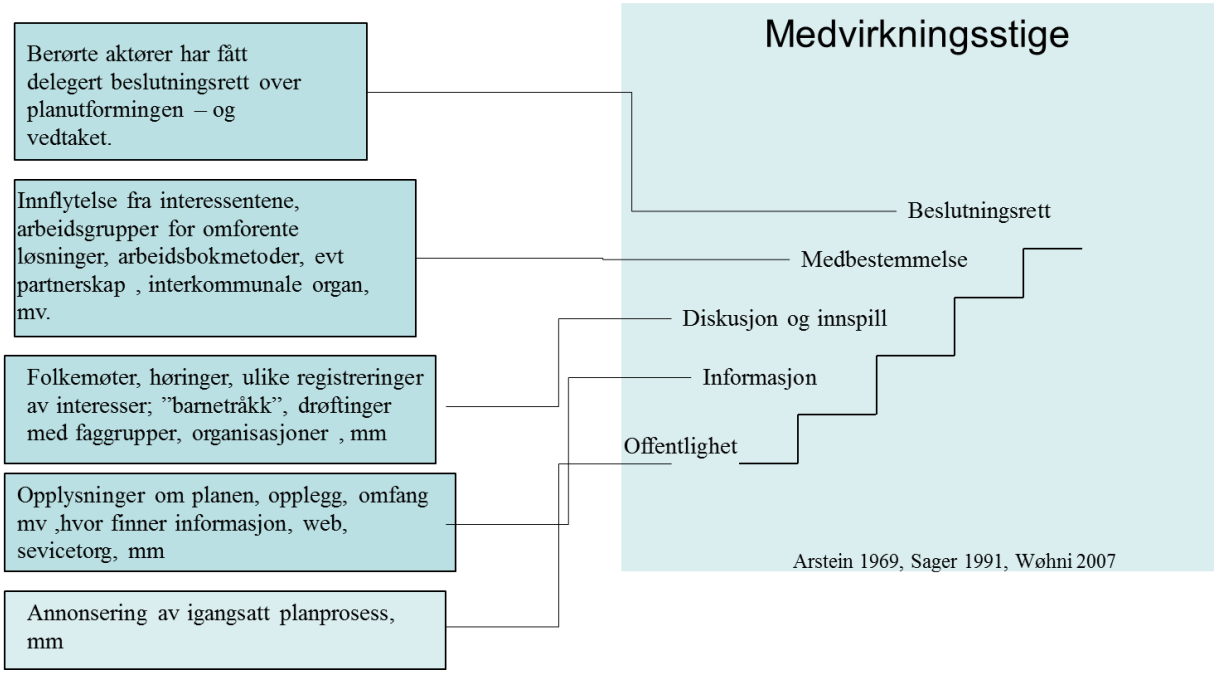
I merknader til bestemmelsen vektlegges det at folkehelseutfordringene skal forstås i vid forstand, og omfatter blant annet faktorer som inntektsforhold, utdanning, ulike levekårsutfordringer og boligsosiale forhold, levevaner som inaktivitet, kosthold og tobakksbruk, trivsel, sykdomsforekomst, tilgang på sosiale møteplasser mm. I konsekvensvurderingen bør det inngå en vurdering av hva folkehelseutfordringene medfører av økonomiske kostnader for samfunnet overtid. Basert på eksisterende kunnskap om hva som påvirker folks helse, skal det gjøres en vurdering av hvilke årsaker som kan ligge bak ulike forhold i kommunen. Der det ikke finnes relevant data på kommunenivå, kan det være hensiktsmessig å utvikle slike data der dette er mulig (Lov om folkehelsearbeid, 2012). I forskrift til folkehelseloven tydeliggjøres det at det skal være en løpende oversikt over folkehelsen i kommunen.

6.2 Hva bør komme først – situasjonsanalyse eller mål?

Aarsæther diskuterer hva som bør komme først av situasjonsanalyse og målutvikling (punkt 2 og 3 på 9-punktsmodellen). Aktuelle argument for å sette mål først, er at målet i seg selv er en nødvendighet for å sette i gang en planprosess. Innvendinger mot dette er at ved å kjenne feltet godt på forhånd, vil man lettere kunne sette gode mål. Innhenting av informasjon om nåsituasjonen før målsetting kan imidlertid by på kapasitetsmessige problemer, og usikkerhet på valg av kunnskap man skal legge til grunn. Har man et mål å ta utgangspunkt i, vil dette kunne gi en effektiv retningssnor og dermed lette situasjonsanalysen. Uansett hva man mener om rekkefølgen, bør disse to trinnene kobles tett (Aarsæther, 2012).

6.3 Medvirkning

I Norge er det et grunnleggende premiss at planleggingsprosesser skal følge demokratiske prinsipper og sikre kravene om deltakelse. Deltakelse kan skje indirekte gjennom folkevalgte representanter, eller direkte gjennom f.eks. høringer, folkemøter, borgerpanel osv. – også kalt medvirkning. I tillegg til at medvirkning er demokratisk og viktig for å sikre at alle parter blir hørt, er medvirkning et argument for å fremme effektiviteten av planarbeidet. Ved at flere engasjerer seg i hele planprosessen, kan dette gi et bredere og bedre kunnskapsgrunnlag. Det kan bidra til målavklaringer, løsningsmuligheter og konsekvenskunnskaper, man kan motvirke konflikter og lettere skape forente løsninger som vil kunne effektivisere iverksettingen av planen. Hvem som er berørt part er mye opp til planaktør å avgjøre. Rett til medvirkning garanterer imidlertid ikke for at alle hensyn blir tatt.



Figur 4: Medvirkningstrappa (Arnstein, 1969).

Medvirkningskravet i loven kan sies å gjelde de tre nederste trinnene i Arnsteins medvirkningstrapp, og forskning viser at medvirkning utover minstekravet ikke er så vanlig. Når det først iverksettes medvirkningstiltak er bruken av folkemøte det mest vanlige (Falleth & Hanssen, 2012).

6.4 Helsegradienten

Mæløy beskriver helsegradientmønsteret, og peker på hvordan sosiale ulikheter i helse opptrer trinnvis gjennom hele befolkningen. Det er ikke kun de fattigste som har dårligere helse, men helsen blir proporsjonalt dårligere hos folk jo lenger ned på den sosioøkonomiske gradienten man kommer. Ressurstilgang, makt og prestisje er sosiale verdier som reflekterer hvor en person befinner seg på et sosioøkonomisk hierarki. De viktigste kriteriene her er inntekt, utdanning og yrke. (Mæland, Elstad, Næss, & Westin, 2009). Ulikhetene kan skyldes forskjeller i levekår og miljø, men også livsstil og ulik belastning i arbeid og fritid (både fysisk og psykososialt). I land der det er store forskjeller i sosial status, er det som regel også stor sosial helseforskjell. Sammenlignet med mange andre land, er ikke de sosiale forskjellene veldig store i Norge, men det er likevel en tydelig forskjell i dødelighet og forekomst av kroniske sykdommer blant folk med ulik sosial status (Mæland, 2010).

6.4.1 Fokus på hele årsakskjeden

Det proporsjonale mønsteret innebærer den erkjennelsen om at det ikke er tilstrekkelig å sette i gang målrettede tiltak mot de mest fattige, men at det må til en fullverdig intervensjon som inkluderer både målrettede tiltak mot risikogrupper, og universelle befolkningsrettede tiltak. Videre blir det fokusert på at tiltakene retter seg mot hele årsakskjeden til den sosiale skjevfordelingen; man snakker her om årsakene til årsakene. (Mæland, 2012-2) I første omgang fokuserer man på de strukturelle årsakene. Her finner man hvordan fordelingen av ressurser, utdanning, arbeid og levevilkår er. I neste omgang finner man risikoreduksjon om tar sikte på å påvirke uheldig helseatferd og andre risikofaktorer. Til slutt ligger tiltak tilknyttet helsetjenesten, som tar sikte på effektreduksjon. Denne tilnærmingen understrekte helsevesenets begrensende rolle i totaloversikten over faktorer som forsterket den sosioøkonomiske helseforskjellen (Mæland, 2012-2).

6.4.2 Født med ski på beina eller røyk i munnen?

I tillegg til at helsa er proporsjonalt skjevfordelt etter sosial rang, kan man se den samme skjevfordelinga på viktige risikofaktorer for sykdom og død, som røyking, fysisk aktivitet og kosthold. Jo lavere utdanning en person har, jo høyere tendens til uheldig livsstil på ulike felt har en. Denne skjevfordelinga av risikofaktorer kan forklare mye av den sosiale ulikheten i fordelinga av en rekke viktige folkesykdommer. I en studie gjort på sammenhengen mellom utdanning og dødelighet av iskemisk hjertesykdom, fant man at røyking kunne forklare over halvparten av utdanningsforskjellene blant menn. La man til en rekke ytterligere kjente risikofaktorer kunne man forklare nesten hele forskjellen hos menn, og to tredeler hos kvinner (Strand & Næss, 2012).

Omfattende norske studier viser at atferd hos barn og unge i stor grad er knyttet til sosioøkonomisk status. I familier med utdanningsnivå og inntekt, og dermed høy sosioøkonomisk status, er aktivitetsnivået i fritiden ofte høyere sett i forhold til de med lavere sosial status. Det samme gjelder vaner som kosthold og røyking. Sannsynligheten for daglig røyking er større hos ungdom med lav sosioøkonomisk status (Wold & Samdal, 2012).

6.5 Mestring – et nøkkelord

”Læring gir mestring, og mestring gir helse” sies det i forskningsrapporten av Jon Ivar Elstad om «Utdanning og helseulikheter, problemstillinger og forskningsfunn». Rapporten gir klare svar på sammenhengen mellom helse og utdanning. Utdanning gir bedre livsvilkår gjennom livet. Utdanning gir oss mulighet til arbeid, og i større grad valg av arbeid. Det gir en opplevelse av mestring og styring av eget liv. I tillegg gir det oss en sosial posisjon i samfunnet, og bedre tilgang til nettverk og innflytelse. Neste alle levekårsområder er knytta til utdanning: materiell levestandard og livsstil, psykososiale belastninger m.m. Rapporten sier også at utdanning trolig utvikler menneskers psykologiske ressurser positivt til bedre helse (Elstad, 2005).

6.5.1 Sosial kapital

Sosial kapital handler om sosiale sammensetninger, og kan beskrives som "limet" i et nettverk eller et samfunn. Elementene i “limet” er tilliten og de felles normene som utvikles i samfunnet eller nettverket. Den sosial kapital blir således oppfattet som ressurs i et samfunn - på lik linje med økonomi og kultur. For det enkelte menneske vil sosial kapital dreie seg om hvilke sosiale nettverk man har tilgang til, hvilken posisjon man blir oppfattet å ha, samt muligheten til å påvirke beslutninger i samfunnet i kraft av sin posisjon. Begrepet blir ikke sett på som verdinøytralt. På samme måte som sosial ulikhet blir sosial kapital oppfattet som en konsekvens av offentlig politikk. (Sund & Krokstad, 2012)

6.6 § 5 - drøfting

Fokuset i dette kapittelet har vært på § 5 i folkehelseloven, som er første punkt på arbeidshjulet. I de følgende avsnittene ønsker vi å drøfte de utfordringene vi ser at § 5 kan by på. Slik vi ser det, er det to typer hovedutfordringer knyttet til denne paragrafen. Den ene går på selve innholdet i oversikten. Her vil teori vi har lagt fram fra sosialepidemiologien være svært aktuelt. Sosialepidemiologien prøver å forklare noe av kompleksiteten som ligger bak et helseproblem som tobakk, og gir derfor en viktig pekepinn på hva en helseoversikt med fokus på tobakk bør inneholde. Den andre utfordringen går på den tverrsektorielle involveringen. Her har vi basert mye av drøftingen på egenerfaring. Som en innledning til drøftinga ønsker vi først å se arbeidshjulet i sammenheng med den idealtypiske 9-punktsmodell vi presenterte innledningsvis.

6.6.1 Arbeidshjulet og 9-trinnsmodellen

For at arbeidshjulet skal fungere, mener vi det er essensielt at punktene på arbeidshjulet hele tiden kobles opp mot de reelle kommunale planprosessene vi møter i vår hverdag. Som folkehelsekoordinator er det viktig å vite når og hvordan man skal involvere seg på best mulig måte. For å vise hva en typisk planprosess inkluderer, har vi derfor tatt utgangspunkt i Aarsæthers 9-punktsmodell, samt teori som belyser punktene i modellen. Folkehelselovens § 5 om oversikt kan sammenlignes med situasjonsanalysen i punkt 3 på 9-punktsmodellen. Folkehelseoversikten alene vil ikke være nok til en fullverdig analyse av nåsituasjonen, men er et viktig bidrag i kommunale planer der folkehelse er sentralt. Folkehelseoversikten skal også inkludere tilgjengelige ressurser, og vil således kunne gi et viktig bidrag til punkt 4 og 5 i 9-punktsmodellen om oversikt og valg av mulige virkemidler. Videre skal folkehelseversikten vise årsakssammenhenger, noe som også samstemmer med Aarsæther i sin beskrivelse av hva som legges i trinn 3 om nåsituasjonen. I vår oppgave har vi her valgt å trekke inn sosialepidemiologien, som er opptatt av ulike årsakssammenhenger bak menneskelig adferd. Denne kunnskapen er det viktig at vi som jobber mye med folkehelse legger fram for planaktørene som har ansvar for å utarbeide kommuneplanene.

6.6.2 Bred tilnærming krever bred forankring

Aarsæther problematiserer hva som bør komme først av målutvikling og situasjonsanalyse. Skal vi følge arbeidshjulet og føringene i folkehelseloven, ser vi at det først vektlegges en omfattende situasjonsanalyse (folkehelseoversikten). Denne skal så være utgangspunkt for målsettinger og tiltak. Innvendingene mot denne rekkefølgen viser Aarsæther at kan være kapasitetsproblemer, valg av kunnskap og manglende retningssnor. Vi som jobber med folkehelseoversikten kjenner oss igjen i dette. Det er vanskelig å vite hvor man skal begynne, og hva som skal med i oversikten. Har man først et reelt mål, er det letter å innhente informasjon rundt dette målet. Ser vi på lista over faktorer som skal tas med i vurdering av folkehelseutfordringene, jf. § 5 i folkehelseloven, gjør ikke dette saken lettere. Det er nesten ikke grenser for hvilke områder som kan ha noe med folkehelse å gjøre. Vi har erfart at en totaloversikt over folkehelsen kan by på store kapasitetsproblemer, og at det kan være vanskelig å få med resten av administrasjonen til å se nytten og behovet. Vi argumenterer ikke her mot nytten av en bred overskrift jf. forskriften, men ser behovet for et kunnskapsløft innen folkehelse i ulike kommunesektorer, politisk og administrativt. Med økt forståelsen av bredden på folkehelsebegrepet, og hvor mange faktorer i samfunnet som påvirker helsa og livsstilen blant folk, ligger det mer til rette for økt tverrfaglig samarbeid. Her mener vi at veien fortsatt er lang å gå. På den andre siden kan man argumentere for at det ikke er første gangen man ser et politisk dokument som har høye ambisjoner. Det viktigste er å starte et sted, gjøre noe konkret, og unngå handlingslammelse slik Aarsæther beskriver.

På områder der det ikke finnes tilgjengelig data, står det i merknaden at kommunen aktivt bør utvikle slik data. Vi ser poenget og nytten, men vet også at de fleste kommunene mangler kompetanse på og kapasitet til statistikk, undersøkelsesmetodikk og analysearbeid. Videre står det i merknaden at folkehelseutfordringene skal angis i kroner og ører hva koster samfunnet/kommunen. Dette er også problematisk. Man finner en del nasjonale statistikk på f.eks. hvor lønnsomt gang og sykkelvei er, hvor mye av sykefravær som skyldes ikke-medisinske årsaker osv. Det er imidlertid vanskelig å finne lokale tall for hver enkelt kommune. Å legge fram ”sjokkerende tall” innen folkehelse skaper heller ikke alltid den reaksjonen som man kanskje hadde ønsket. Når man holder presentasjon for administrasjonen og politikkere, har vi erfart å møte «vi tror det ikke før vi ser det» – holdninger.

Aktuelle fremtidsscenarier angående uheldig helseutviklingen blir ofte for uhåndgripelige, for usikre eller for langt frem i tid, selv om det ligger god forskning bak tallene.

6.6.3 Den vanskelige tverrsektorielle begeistringen

Vår erfaring med å jobbe med folkehelseoversikten er at det ofte blir en ensom oppgave, og at det er vanskelig å få til et tverrsektorielt engasjement rundt arbeidet. I visse deler av prosessen har vi erfart at ulike aktører har gått mer eller mindre i en forsvarsposisjon. Spesielt gjelder dette når spørsmål om forklaring eller dypere forståelse av ulike røde tall på folkehelseoversikten dukker opp. Dette understreker viktigheten av at analysearbeidet ikke fremprovoserer behovet for å forsvare tallene, men at alle involverte parter innehar en forståelse for hvorfor arbeidet gjøres. Vi kan imidlertid forstå reaksjonen, når man ser på alle krav til måloppnåelser, rapporteringer og vurdering hver enkelt virksomhet skal forholde seg til i den kommunale hverdagen. Vi mener derfor at det allerede i innsamlingsfasen, er en potensiell fallgruve for helseoversikten. Måten det gjøres på kan være avgjørende for om det blir et nyttig dokument som grunnlag for en konstruktiv planprosess, eller bare en opplevd kritikk de ulike virksomhetene skal stå i mot.

Vi ser også et stort potensial i at selve prosessen med helseoversikten kan *vekke* et tverrsektorielt engasjement rundt folkehelseutfordringene. Prosessen kan altså bli vel så viktig som det ferdige resultatet – folkehelseoversikten. Vi ser her likhetstrekk med en kommunikativ planlegging, som vektlegger prosessen og medvirkning av alle berørte parter jf. Aarsæther. Oversiktsarbeidet i seg selv vil kunne sies å ha en sterk instrumentell tankegang. Det legges opp til mye bruk av forskningsbasert kunnskap som verktøy, der årsak og virkning står sentralt jf. Aarsæther. Ved å supplere den lokale kunnskapen i innsamlingsarbeidet, vil man kunne utfylle og utdype den forskningsbaserte kunnskapen. Dersom man får til en god prosess her, kan man få til et sterkere innslag av medvirkning. Dette vil kunne være helt avgjørende for suksess i den videre prosessen med arbeidshjulet. Vi har det siste året sett eksempler på ulike helseoversikter som er utarbeidet, og vil i den sammenhengen trekke fram viktigheten med hvordan oversikten presenteres rent praktisk og estetisk. Oversikten kan sies å by på mye tørre tall og fakta. Presenteres dette på en kjedelig og lite brukervennlig måte, er det sannsynligvis mindre sjanse for at den blir aktivt brukt videre i kommunens planarbeid.

6.6.4 Viktig med lokal kunnskap

I § 5 om oversikt i folkehelseloven vektlegges også lokal kunnskap i tillegg til nasjonale statistikkbanker osv. Dette samsvarer med teori om territoriell planlegging slik Aarsæther beskriver. I vår datainnsamling for Valhall kommune vektla vi både tall fra nasjonal statistikkbanker, men også lokal kunnskap fagmiljøer i kommunene sitter på. I flere tilfeller ser vi at dette kan endre kunnskapsbildet. Valhall kom f.eks. dårlig ut på statistikken når det gjaldt røyking hos gravide kvinner. Ved nærmere undersøkelse fant man at dette trolig ikke var et generelt problem, men et avgrenset problem blant gravide østeuropeiske arbeidsinnvandrere. Siden Valhall kommune er liten i størrelse, og antall graviditeter få per år, vil en slik variabel gi store utslag. Folkehelseprofilen gir oss ingen data for snusbruken i kommunen. Ut i fra Ungdataundersøkelsen ser vi at tallene for bruk av snus er høyere enn for røyking, spesielt i videregående skole. Dette viser hvor viktig det er med lokale data for å få et mer nyansert bilde av folkehelseutfordringene. Videre kom Valhall svært dårlig ut når det gjaldt statistikk over høyt blodtrykk. Dette kan selvsagt være reelt, men lokale leger pekte på muligheten for at dette skyldtes økt fokus blant leger på området. Det kan da være snakk om at flere tilfeller av høyt blodtrykk oppdages tidlig, noe som jo er utelukkende positivt. Hadde man ikke

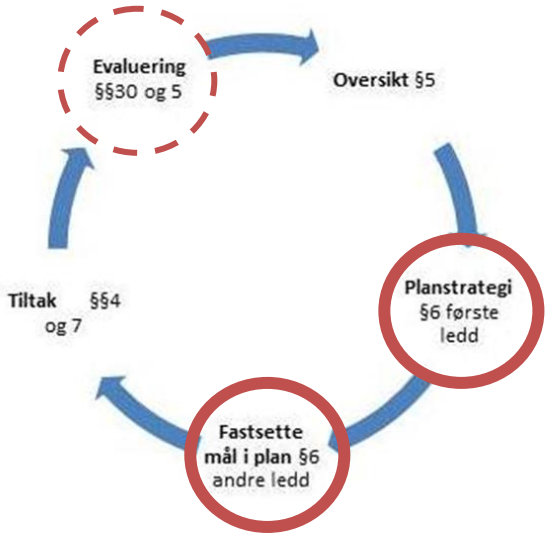
hatt denne lokale tilleggskunnskapen, ser man at man lettere kunne ha bommet med effektive tiltak. Eksemplene understreker hvor viktig det er å være oppmerksom på at sannheten har flere sider. Vi mener derfor det er en stor fordel at forskriften også vektlegger lokal kunnskap. I Valhalls tilfelle med en relativt stor gruppe østeuropeiske innvandrere med et annet syn på graviditet og røyking, mener vi den informasjonen er viktig i forhold til valg av tiltak. I diskusjonen om man skal bruke universelle eller selektive tiltak, mener vi dette er et eksempel der selektive tiltak rettet mot den østeuropeiske innvandrerbefolkningen vil være mest effektivt.

6.6.5 En større sammenheng

Det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse generelt. Familier med høyere utdanningsnivå og inntekt har generelt en sunnere livsstil, både angående røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Det virker å være en synergieffekt av de livsstilvalgene man tar. Dårlige valg avler andre dårlige valg, mens gode valg avler flere gode valg. Dette viser viktigheten av å tenke bredt når man jobber med et felt som ungdom og tobakksbruk. For eksempel vil gode aktivitetstilbud for ungdom, og fokus på kosthold i skolen kunne ha en indirekte effekt på hvor mange som starter å røyke. Her vil en bred folkehelseoversikt være nyttig, siden man da får en totaloversikt over faktorer som er avgjørende for hvordan ungdommen egentlig har det i Valhall kommune. Fra datainnsamlingen for Valhall ser vi at både organisasjonsdeltakelsen og fysisk aktivitetsnivået blant ungdommen skårer dårligere enn landsgjennomsnittet. Vi ser også at det er mange med lav utdanning i kommunen, at frafallet i videregående er høyt, og at det er mange familier med lav inntekt. Samtidig er det mange av skoleelevenesom bruker både tobakk og alkohol. Funnene i Valhall kommune stemmer med teorier om sammenhenger mellom røyking og sosialøkonomisk status. Ved å se på tall fra oversikten, kan man se at kommunen ikke bare har et tobakksproblem, men at problemet også trolig dreier seg om andre livssilsvalg som for eksempel fysisk aktivitet og alkoholforbruk. Videre har Valhall hatt et en positiv utvikling når det gjelder utbygging av gode møteplasser, oppussing av parken, fokus på gang og sykkelvei osv. Dette er tiltak som vil kunne styrke den sosiale kapitalen, trivselen blant innbyggerne, og vil kunne få ned terskelen for å bli mer fysisk og sosial aktiv. Ser vi på teorien om hvordan dårlige helsevaner påvirker hverandre, kan potensielt en oppusning av en park være med på å redusere antall som begynner å røyke. Dette understreker hvor viktig det er å tenke bredt, og hvor viktig det at slike tiltak er bredt forankret, både politisk, administrativt og blant kommunens borgere.

7 § 6 Mål i plan

I dette kapittelet vil vi først og fremst ta for oss Folkehelselovens § 6, som tilsvarer andre og tredje punkt på arbeidshjulet. § 6, første ledd omhandler den kommunale planstrategien. Andre ledd omhandler mål i kommuneplaner. Vi vil deretter drøfte paragrafen opp mot ny og tidligere presentert teori om planprosesser, samt koble dette opp mot situasjonen i Valhall kommune. Et hovedfokus i dette kapittelet er å belyse hvilke utfordringer, men også muligheter og makt, vi som folkehelsekoordinatorer har til å påvirke utarbeidelsen og innholdet i kommunens planer.



Siste punkt på arbeidshjulet omhandler evaluering. Dette punktet har vi ikke vektlagt, men blir tatt opp i dette kapittelet siden teori om evaluering er nært knyttet opp mot hvordan mål settes.

7.1 Om § 6

Folkehelselovens § 6 må sees i sammenheng med plan og bygningsloven (pbl) kapittel 10 og 11. I § 10-1 i pbl pålegges kommunene å utarbeide en kommunal planstrategi i etterkant av hver valgperiode. Etter folkehelseloven § 6-1, skal helseoversikten fra § 5 danne grunnlaget for en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer. Drøftingen skal løftes inn i planstrategien, og bidra med viktig kunnskap om behovet for nye planer, eller revidering av planer. Folkehelselovens § 6 annet ledd, pålegger kommunene å fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplaner etter plan og bygningsloven kapitel 11. Planene skal være egnet til å møte de utfordringene oversiktsarbeidet etter § 5 har avdekket. Mål og strategier satt skal være av en slik karakter at de kan måles og evalueres (Lov om folkehelsearbeid, 2012).

Utfordringen for kommunene, ved rådmannen, vil være å tilrettelegge for en samlet og oversiktlig saksframstilling som grunnlag for politisk drøfting, og kan også bidra til å se koblingsmuligheter mellom "nye" tverrsektorielle fag- og sektorområder. (Lov om folkehelsearbeid, 2012)

7.2 Å sette mål

Ved utarbeidelse av mål er det viktig med en politisk bred forankring, da dette styrker legitimiteten til planprosessen. Ved et nytt kommunevalg risikerer man at hele den politiske ledelsen skiftet ut. Dersom kommunenes mål ikke er bredt forankret, er sjansen stor for at målene blir motarbeidet av ny ledelse. Videre trekkes det frem viktigheten med at målformuleringen skal styre den påfølgende prosessen. Det skal være mulig underveis, og i etterkant av planperioden, å gjøre en evaluering av i hvilken grad målet er nådd. Hvilke motiver som ligger bak et mål kan være ulikt. For en bedrift vil det ofte være inntjeningsmotiv bak, mens for en kommune kan velferd, funksjonalitet, eller et ønske om å opprette folketallet være eksempel på motiv bak målene (Aarsæther, 2012).

7.3 Maktfordelinga i en planprosess

Det er ofte langt mellom ideal og realitet innenfor offentlig politikk. Politikken påvirkes av de som skal sette politikken ut i livet, men også av de som legger grunnlaget for politisk vedtatte planer. Kommunenes fagfolk og planleggere skal leverer kunnskap om funn i nåsituasjonen. Kunnskapen skal veies opp mot krav i overordna strategier og lovverk, og danne grunnlag for innstillinger til politisk vedtak. Kommunenes fagfolk kan dermed sies å ha ganske så stor makt. De som skal iverksette et politisk vedtak gjør det gjerne også ut fra sin tolkning og med sine briller, og da blir kanskje resultatet noe annet enn den politiske intensjon (Offerdal, 2005).

7.4 Drøfting av § 6

7.4.1 Hvilken makt har en folkehelsekoordinator?

En planaktør har betydelig med makt. Ser vi på Offerdals beskrivelse av de ulike fasene i en planprosess, viser den at administrasjonen har stor påvirkning på de politiske beslutningene. Det er logisk å anta at de fleste folkehelsekoordinatorer i kommunene, vil ha en sentral rolle i utarbeidelsen av folkehelseoversikten. Siden dette dokumentet er sentralt i utarbeidelsen av planstrategi, som videre gir føringer for utarbeidelse av kommunale planer, vil vi her som folkehelsekoordinatorer kunne ha en stor påvirkningsmulighet. Vi har tidligere uttrykt bekymring for det store ansvaret som pålegges i forhold til oversikten. Ansvaret kan føles nesten uoverkommelig, gitt de ressurser og kompetanse man besitter. Ser vi imidlertid det potensialet vi har til å påvirke folkehelsesatsningen i kommunale planer, er det kanskje noe av det viktigste vi bør prioritere.

En folkehelsekoordinator vil være sentral i koordineringen og spredningen av folkehelsetiltak og folkehelsetankegang i kommunen. Vi ser at et snevert felt som tobakkstart har komplekse årsakssammenhenger. Det er et tydelig eksempel på hvorfor tverrfaglighet bør vektlegges. Å bruke en stor del av folkehelsestillingen på å inspirere, og spre en fellesforståelse av hvor viktig folkehelse er for alle virksomheter, vil kunne gi store avkastninger og synergieffekter på sikt. Vi kan ikke tre folkehelseloven ned over hodene på politikerne eller administrasjonen. Dette vil etter vår mening kun stimulere til ulike bortforklaringer. Vi mener det er viktig å heller by seg fram i politiske fora som kommunestyret, formannskap og komiteer. Gode presentasjoner som skaper fellesskapsfølelse, kunnskap og ikke minst inspirasjon, bør vektlegges i arbeidet. Vi kan bidra til å skape en bredere politisk forankring, som varer utover flere valgperioder og mulige maktutskiftninger. En bred forankring kan så legge grunnlag for en målrettet prosess mot tobakkstart som varer over tid, slik Aarsæther presiserer viktigheten av. Folkehelseoversikten skal foreligge i forkant av hver planstrategi. Vi mener det er i dette tidsrommet at et slikt inspirasjonsarbeid må vektlegges. Å legge fram folkehelseoversikten personlig for hele kommunestyret, er en god måte å skape mer fokus rundt arbeidet på. Her vil det kunne oppstå en verdifull kommunikasjon, som kan gjøre politikerne mer involvert. På sikt kan en kanskje få til et sterkere politisk engasjement rundt hva oversikten skal inneholde. Med et større eierforhold til folkehelseutfordringene kommunene har, vil en kunne styrke den politiske velviljen til i neste omgang å iverksette gode folkehelsetiltak.

Kommunale delplaner skal ta utgangspunkt i de overordna strategier og mål satt i kommuneplanen. Som folkehelsekoordinator vil det her være smart å invitere seg inn i de ulike arbeidsgruppene som jobber med kommunale delplaner. Det er viktig at hensynet til folkehelse, som har kommet til uttrykk

i vedtatt planstrategien og kommuneplan, blir ivaretatt helt ut til handlingsplanene for de enkelte virksomhetene.

7.4.2 Evaluering underveis

Aarsæther presiserer viktigheten med at målet skal kunne etterprøves, både underveis og i etterkant av planprosessen. Folkehelseoversikten fra Folkehelseinstituttet gis ut hvert år, og man får på denne måten årlige rapporteringer over hvordan man ligger an. Å sammenligne seg med andre kommuner, og da kanskje spesielt nabokommuner, mener vi kan stimulere til en "sunn konkurranse". Det kan muligens stimulere til en sterkere mobilisering, både innad i administrasjonen, blant politikerne og blant borgerne. På den andre siden har vi diskutert verdien av disse statistikktallene, og kommet fram til at lokal innsamling av informasjon også er viktig. Ungdata-undersøkelsen kan være aktuell å trekke frem, da denne gir god lokalkunnskap om ungdommen i kommunen. For både Valhall kommune og Norge for øvrig, ser vi for eksempel at snusbruken er vesentlig høyere enn røyking blant ungdom. Dette kommer ikke frem av folkehelseprofilen.

Folkehelseoversiktsarbeidet skal være en løpende prosess, og ikke bare et oversiktsdokument som skal revideres hvert fjerde år. Ved å legge vekt på denne delen av arbeidet, jf. forskrift om folkehelsearbeid, vil man bedre kunne imøtekomme den evalueringen av måloppnåelsen man bør ha underveis jf. Aarsæther. Norge har en nullvisjon for røykestart for de som er født etter 2000. Dette kan vi argumentere om at er et urealistisk mål. Vi mener likevel at å sette en nasjonal nullvisjon kan være et bra virkemiddel. Det gir sterke signaler om at problemet settes på dagsorden, selv om en nullvisjon muligens virker mer som et mobiliseringstriks enn som et reelt mål. Undersøkelser som Ungdata gir sådan en konkret og god lokal indikasjon på om man som kommune er på rett vei.

7.4.3 Gode nok indikatorer i statistikken

Folkehelsebarometeret med sine grønne og røde trafikklys, vil også kunne gi løpende oversikt på hvordan man ligger an. Vi mener imidlertid at bredere undersøkelsen som Ungdata må vektlegges når det gjelder tobakk og ungdom. Folkehelsebarometerets indikator på røyking sier oss for lite, og kan virke misvisende. Som tidligere nevnt gir den oss ingen tall på snusbruk. Indikatoren er tall på røyking blant gravide kvinner. Vi mener dette er en gruppe som ikke representerer kommunebefolkningen godt nok. For det første er det bare kvinner, og for det andre bare kvinner i en viss aldersgruppe. Det er også vår oppfatning at det å bruke tobakk når man er gravid er et stort tabu i Norge. Kvinner som røyker fast kan derfor tenkes å slutte mens de er gravide, men begynne igjen etter ferdig graviditet. De vil da ikke fanges opp som røykere på statistikken. Det er derfor behov for en klarere indikator på den totale tobakksbruken på lokalt nivå, enn den som finnes i barometeret per i dag.

8 § 7 Tiltak

I dette kapittelet vil vi ta for oss fjerde punkt på arbeidshjulet, tiltak. Punktet svarer til kommunens plikter i forhold til Folkehelselovens § 7. Vi vil først se på selve paragrafen. Vi vil deretter legge fram teori og drøfting rundt hvilke muligheter for tiltak en kommune har for å forhindre tobakkstart og hvilke strategier som kan brukes. Vi vil også se på hvilke menneskelige faktorer og etiske vurderinger det må tas stilling til.

8.1 Om § 7

Kommunen har plikt til å sette i verk nødvendige tiltak etter folkehelselovens § 7, for å imøtekomme de helseutfordringene som blir avdekket jf. § 5, og som står i forhold til de strategier og mål kommunen har satt jf. § 6. (Lov om folkehelsearbeid, 2012)

I merknader til lovparagrafen står det at kommunen har spesielt ansvar for å iverksette tiltak på de områdene kommunen har størst folkehelseutfordringer, og der effekten i forhold til ressursbruk er god. Hva som gir mest folkehelse innenfor gitte ressurser, vil ofte være et spørsmål om forholdet forebygging kontra behandling. Det blir politikernes oppgave å prioritere kortsiktig behandling eller forebyggende tiltak over tid (Lov om folkehelsearbeid, 2012).

8.2 Hvilken makt har kommunen?

I prop.90L diskuteres ulike tiltak en kommune kan og bør gjøre i forbindelse med arbeid med tobakksforebygging. Kommunen har mange virkemidler, både som eier, myndighet, tjenesteyter, arbeidsgiver og tilsynsmyndighet. Der allmennheten har adgang kan kommunen føre tilsyn med røykeforbudet i lokaler, serveringssteder og transportmidler. Slike tilsyn burde prioriteres og samordnes med Arbeidstilsynet. Som arbeidsgiver og virksomhetseier med styringsrett, kan kommunen forby tobakksbruk i virksomheten, herunder også å forby bruk av tobakk i arbeidstiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I proposisjonen oppfordres det til at tiltak mot tobakk må utformes slik at man motvirker den sosiale forskjellen ved tobakksbruk, og da spesielt røyking. Det påpekes at det er lite fokus på tiltak i lokalsamfunnet. Nasjonale kampanjer bør samordnes med lokale tiltak som kurs for tobakksslutt, egne forebyggende tiltak i skolene, og med fastleger og helsesøster som sentrale samarbeidspartnere. For å oppnå effektivt folkehelsearbeid er det nødvendig med sammensatte tiltak koordinert på tvers av forvaltningsnivåene. Det vektlegges at tobakk ikke skal være synlig, verken i butikken, utenfor skoleporten, på idrettsarenaen, eller ved andre frivillige arenaer. Viktige rollemodeller bør heller ikke bruke tobakk selv. Nasjonale faglige retningslinjer er under utarbeiding og vil være veiledende for fastleger, helsesøstre, frisklivsentraler og jordmødre. Målet er at alle skal drive kartlegging av tobakkssvaner og avhengighet, forebygge start og motivere for å slutte. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

Nikotinavhengigheten blir sterkere jo tidligere ungdommen begynner med tobakk. Det er derfor viktig å komme tidlig inn med forebyggende tiltak på ungdomsskole og videregående skole, og spesielt på yrkesrettede linjer. Kommunene kan innføre det pedagogiske skoleprogrammet FRI, et tobakksforebyggende skoleprogram til bruk i ungdomsskolen. Kommunen kan bestemme at normen er tobakksfrihet, og bestemme at barnehager og skoler kan gjøres helt tobakksfrie. Det viser seg at skoler som har innført restriktive tobakkstiltak har lavere andel daglig brukere av tobakk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

8.3 Valg av strategi i forebyggende arbeid

Kommunen skal sette i verk tiltak som møter de utfordringene kommunen har, og som oversiktsarbeidet avdekker. Valget vil da stå mellom hvilke tiltak som er mest effektive. Vi kommer da naturlig inn på forebyggingens paradoks; universelle- eller selektive tiltak. Selektive tiltak er mye av det helse- og omsorgstjenesten arbeider med, som konsultasjoner og screening. De tar i liten grad for seg de bakenforliggende årsakene til problemene. Universelle tiltak har som mål å redusere helseskadelige forhold i samfunnet, den har ofte mindre effekt på det enkelte individ. Selektive tiltak kan ha noe for seg hvis man skal forebygge sykdom hos utsatte enkeltindivid, og universelle tiltak når man skal regulere atferd i store grupper (Krokstad, 2009).

Når det gjelder de ulike formene for tilnærming, er det viktig å vurdere uforutsette virkninger. Tiltak rettet direkte mot små risikogrupper, kan virke stigmatiserende, umyndiggjøre gruppa og virke mot sin hensikt. Tiltak rettet mot hele befolkningen er ofte mer omfattende, men har størst effekt på de som trenger det mest. Det er dessuten mindre risiko for at tiltaket virker stigmatiserende. Begge tilnærminger er relevante å bruke for å oppnå ønsket effekt (Giæver & Torgersen, 2012).

8.4 Legalitetsprinsippet

Legalitetsprinsippet er en overordnet rettsregel og som går ut på at offentlige myndigheter ikke kan gripe inn overfor borgerne, uten å ha hjemmel for det i formell lov. Legalitetsprinsippet skal bidra til at viktige spørsmål av inngripende karakter, som innskrenker borgernes frihet og endrer rettigheter og plikter hos borgerne, skal behandles av Stortinget. Vern av borgerne står sentralt i Norge, og legalitetsprinsippet anses som en viktig del av vår rettssikkerhet. Her er det klare demokratiske prosesser, og folkeopinionen er representert og kan komme med synspunkter. I tillegg vil massemedia bidrar til å gjøre diskusjoner kjent for borgerne. (Ohnstad, 2009)

8.5 Empowerment

Empowerment er sentralt begrep i det helsefremmende arbeidet. Det kan vanskelig oversettes med bare et ord til norsk, men oversettelser som «*det å vinne større makt» og »få kontroll over»* rommer en del av begrepet. Den helsefremmende ideologien bygger på at individet og befolkningen må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Empowerment som styrke, kraft og makt, er både et middel og et mål i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2010, s. 75). Med individuell empowerment opplever den enkelte å ha en reell egenmakt til selv å kunne bestemme over forhold som har betydning for seg (Sletteland & Donovan, 2012, s. 50). Foreleser Ole Petter Askheim trakk på forelesningen den 4.2.2014 fram viktigheten med å være bevisst rundt hva som er empowerment, med utgangspunkt i styrking vs. styring. Som et eksempel trakk han fram folkehelsearbeidet. Å stimulere til at folk velger en sunnere livsstil vil kunne sies å følge en empowerment-tankegang. Folk tar mer ansvar for eget liv, og styrking av eget liv. På den andre siden har folkehelse klare meninger og mål på hva som er riktig valg i forhold til fysisk aktivitet, kosthold,

tobakk osv. Denne sterke føringen på hva som er en god livsstil, kan sies å være mer styrende enn styrkende. Det mest effektive folkehelsearbeidet er når folk innser det selv. Målet for et vellykket folkehelsearbeid vil ofte være at vi har fått folk selv til å gjøre som vi ville; eks slutte å røyke, begynne å trene. (Mæland, 2010)

8.6 Hvor reell er vår valgfrihet?

I vår del av verden har de fleste mennesker frihet til å gjøre en rekke individuelle valg. Det vil si at de fleste mennesker vil ha en opplevd følelse av selvbestemmelse og mulighet til alternative handlinger og atferd. Wold og Samdal henviser i boken Sosial epidemiologi til Ryan og Decis teori om selvbestemmelse, som sier at folk er indre motivert når handlingene de gjør ikke er forårsaket av ytre påvirkninger. Indre motivasjon er avhengig av tilfredsstillelse av viktige psykologiske behov som autonomi, kompetanse og tilhørighet. Det handler om følelsen av å ha et valg angående egen adferd, følelse av mestring og kontroll, samt det å ha en autentisk relasjon til andre. Disse tre behovene blir sett som viktige fordi de styrker evnen til selvregulering, og dermed de valg den enkelte vil ta ved for eksempel tobakksbruk. Den indre motivasjonen som styrer en adferd kan styrkes eller svekkes gjennom ulike måter; ytre påvirkninger som hvilke valgmuligheter som finns, tidsfrister, belønninger, gjennom ulike sammenhenger som arbeidsmiljø eller idrettslag, og gjennom en indre opplevelse som konkurranselyst (Wold & Samdal, 2012). Teorier om betydningen av individets motivasjon kan forklare noe av ulik helseadferd, men langt fra alt. Sosiokulturelle og fysiske årsaker kan gi en dypere forståelse av folks helsevaner (Wold & Samdal, 2012).

I et sosiokulturelt perspektiv mener en at atferd og levevaner blir formet gjennom samfunnsmessige beslutninger og prosesser- og der den enkelte har liten kontroll over utfall. En fransk sosiolog, Pierre Bourdieu (2002) har utviklet en teori over hvordan folk sine levevaner var et resultat av samfunnsmessige forhold. Han bruker habitu som et sentralt begrep, som betegner et individs disposisjon til å handle på en bestemt måte, enten det gjelder kosthold, trening eller evnen til å slutte med tobakk (Wold & Samdal, 2012). Tankegangen her er at helsevaner i en familie best kan forstås ut fra hvilken bestemt sosial posisjon i samfunnet familien har, og at denne posisjonen er det som påvirker og former atferd. Er man født i en familie der det har høy verdi å leve sunt med hensyn til kosthold, røyking og trening - er det stor sannsynlighet for at slike vaner vil prege eget liv. Man ser også at vanene blir forsterket på andre sosiale arenaer. Et individ vil ofte velge venner fra samme sosiale posisjon, samt fritidsaktiviteter som er verdsatt av de som tilhører samme sosiale posisjon (Wold & Samdal, 2012).

Vaner kan ses på som oppgaver vi utfører som en selvfølge. De er ikke er avhengig av planlegging, og er en del av vårt regelmessige liv og aktivitet. Bruk av tobakk, matvaner, trening og tannpuss er eksempler på vaner som også er helseatferd. Grunntanken her at jo tidligere man får etablert en viss atferd, som for eksempel fysisk aktivitet og friluftsliv, så vil denne vanen følge en person videre i livet. Når det gjelder røyking, har man funnet at vanerøykere i voksen alder som regel begynte å røyke før fylte 18 år. Dette tyder på at røyking ofte blir etablert som en vane tidlig i ungdomsperioden (Wold & Samdal, 2012). Vi har ikke funnet forskning som viser om dette også gjelder bruk av snus.

8.7 Drøfting av § 7

Fokuset i dette kapittelet har vært på § 7 om tiltak, som er fjerde punkt på arbeidshjulet. I de følgende avsnittene ønsker vi å drøfte tre hovedpunkter. Første punkt går på hvilke type tiltak som kan være effektiv i forhold til tobakkstart. Det andre punktet går på hvilke hensyn en kommune bør ta i arbeidet med tobakksforebygging, sett ut i fra befolkningens autonomi og valgfrihet. Det tredje punktet vi ønsker å drøfte er hvilken makt en kommune i realiteten har på området tobakk, samt viljen til å gjennomføre tiltak.

8.7.1 Universelle vs. selektive

Et av folkehelsens hovedmål er å utjevne sosial ulikhet i helse. I forhold til tobakksbruk har vi sett at dette har stor sammenheng med hvilken sosial tilhørighet man har. Skal nullvisjonen oppnås for tobakksstart er det derfor avgjørende at en stor del av tiltakene er av typen universelle tiltak, siden selektive tiltak ikke vil gjøre noe med årsaken bak at folk begynner å røyke jf. Krogstad. Innføring av tobakksfri skoletid for alle elever er et godt eksempel på universelt tiltak. Et utelukkende fokus på selektive tiltak vil kunne hjelpe ungdom der og da til ikke å begynne med tobakk, eller hjelpe ungdom til å slute med tobakk. Det vil imidlertid ikke gjøre noe med antall "nye" tilfeller av potensielle brukere som kommer til, siden årsaken bak at folk begynner å røyke ikke blir adressert. Dette blir på mange måter å drive brannslokking innen folkehelsefeltet. Selektive tiltak kan muligens ha en indirekte effekt på antall som begynner med tobakk, siden barn og unges helsevaner ikke bare er avhengig av den sosiale posisjonen man er i, men også vaner foreldre har. Hvis stadig flere unngår å begynne med tobakk vil nye generasjoner kunne bli positivt påvirket, selv om de sosiale klassene består.

8.7.2 Legalitet og motiv bak antirøyk

Vårt tobakksforebyggende arbeid vil kunne sies å ha et mål med velferd for befolkningen som motiv. Det å bruke tobakk eller ikke, handler imidlertid i stor grad om retten til å ta egne valg. Det kan diskuteres hvor langt det offentlige egentlig skal gå for å motarbeide en bestemt adferd. Som vår foreleser Geir Halstensen sa; røyking er helsetyv nummer én, og koster samfunnet mye penger. Således vil en nedgang i tobakksbruk også være økonomisk motivert, da en kommune kan spare mye utgifter på helsetjenester hvis målet blir nådd.

I forhold til det sterke legalitetsprinsippet, teorier om empowerment og autonomi er det rimelig å spørre hvor langt samfunnet skal gå for å beskytte individet mot tobakk. Hadde man innført et totalforbud mot tobakk, ville man nok raskt se positive endringer i folks helsetilstand. På den andre side vil man sterkt kunne argumenter for at et totalforbud står i strid med folks rett til å styre sitt eget liv. En diskusjon om hva som er styrking og hva som er styring er etter vår mening svært aktuell i vårt arbeid med tobakk. Som sagt, ville innføring av et totalforbud mot tobakk være et drastisk tiltak. På den andre siden, vil de fleste være enige om at hensynet til barn og unge bør være sterkt førende. Selv om f.eks. et røykeforbud i hjemmet er å gå langt i diskusjonen om autonomi, er det også et etisk dilemma knyttet til å la uskyldige barn og unge bli utsatt for passiv røyking i hjemmet, når man vet helsekonsekvensene.

8.7.3 Hva kan Valhall kommune gjøre?

Vi har sett at tobakksbruk er et komplekst og sammensatt problem, og at vår planprosess rundt dette vil kunne møte en rekke utfordringer. En annen utfordring er hva kommunen i realiteten *kan* gjøre med folks tobakkvaner. Bestemmer en kommune seg for å bygge en vei, vil veien til slutt bli bygget

hvis prosessen følger gjeldende lover og regler. Det vil muligens bli diskusjoner hvor den skal gå, ulike konsekvensutredninger osv., men resultatet vil trolig være at en vei blir bygget. Vår problemstilling med tobakk stiller seg ganske annerledes. Når det gjelder bruk av tobakk har kommunen begrenset makt. For det første må kommunen følge gjeldene lovverk. Viktigst er nok det faktum at det til syvende og sist er brukeren, ungdommen selv som bestemmer bruken av tobakk. Befolkningen i Norge har stor handlingsfrihet over sitt eget liv, og dette innebærer også retten til å ta "dårlige" livsstilsvalg. Kommunen kan sette i verk tiltak som stimulerer til å ta det valget kommunen mener er riktig i forhold til tobakk, eller tiltak som gjøre det vanskeligere eller mindre tilgjengelig å bruke tobakk. Makten slutter dog også der. Resultatet av planprosessen vil etter vår mening være vanskelig å forutsi, selv om man følger gode planprosessen til punkt og prikke.

Av konkrete tiltak som Valhall kommune kan iverksette er for eksempel å gjøre bygninger kommunen forvalter helt tobakksfrie, herunder tobakksfritt i arbeidstiden. I forhold til vår problemstilling vil det være svært aktuelt å fokusere på barnehagene og skolene, slik at barn og unge i så liten grad som mulig blir eksponert for tobakk. Dette er også nå hjemlet i tobakkskadeloven. Ved i tillegg å samarbeide mer med lokale lag og foreninger kan man få til et sterkere engasjement blant borgerne, og med det styrke den sosiale kapitalen. I ulike organisasjoner foreligger det ofte klare retningslinjer og vedtekter som skal følges. Her kan kommunen gjennom debatt og engasjement påvirke hvilke holdninger som skal gjelde for de organisasjonene kommunen samarbeider med. Det kan for eksempel vedtas at alle arrangement og treninger skal være tobakksfrie og rusfrie, og at det innføres flere lavterskeltilbud for barn og unge. Når vi ser på sammenhengen mellom ulike uheldige livsstilsvalg kan en fokusering på et bredt aktivitetstilbud, som får med seg alle typer ungdom, forebygge tobakksstart på en universell og lite stigmatiserende måte. Vi har sett at den sosiale arven er markant når det gjelder tobakk. Selv om en kommune ikke kan forby foreldre å bruke tobakk i samvær med sine barn, kan kommunen ved tiltak nevnt over påvirke mange andre rollemodeller barn og unge har. Å få foreldre til å slutte med tobakk, vil kunne ha en gunstig forebyggende effekt på raten av barn og ung som velger å starte med tobakk. Økt tilbud om kurs for tobakksslutt og veiledning gjennom frisklivssentralen i Valhall, vil derfor indirekte kunne påvirke antallet som starter med tobakk. Fra oversikten ser vi at Valhall kommune har en helsestasjon for ungdom. Ved å styrke ressursene ved helsestasjonen, kan personell her fokusere mer på tobakksforebygging. Arbeidet kan i større grad samordnes med nasjonale kampanjer og programmer, som for eksempel FRI.

Som vi har skissert over kan kommunen gjøre mange gode tiltak for å forebygge tobakkstart. For ti år siden ble det innført røykfrie serveringssteder. I denne tidsperioden er daglig røyking nesten halvert, og det er grunn til å tro at røykeloven har bidratt til dette. Dette kan vise at nasjonale tiltak, vi vil kalle det harde tiltak, har den største effekten på viktige livsstilsvalg. Altså en makt som ligger utenfor kommunens handlingsrom. Når det nå innføres tobakksfri skoletid for alle elever, samt forbud mot bruk av tobakk i skoler og barnehager, blir det spenneden å følge hvordan dette vil påvirke tobakksbruken. Spesielt spennende vil det være å se om forbudet har effekt på den økende bruken av snus.

8.7.4 Folkehelsedilemma= forebygging gir langsiktige resultater

Siktemålet vårt med planlegging er å etablere gode vaner så tidlig som mulig i livet. Det er imidlertid et faktum at sykdomstilstander som er assosiert med tobakk først oppstår etter lang tids tobakksforbruk. Det er trolig for mye å forlange at en ungdom skal bekymre seg for KOLS og kreft 30

år fram i tid. Ungdomstiden handler mye om å prøve og feile. I mange sammenhenger øker motivasjonen når man har "kniven på strupen", og vi tror dette er en avgjørende faktor for hvorfor forebygging kan tape viktige kamper. Forebygging kommer ofte til kort, ikke bare når det gjelder samfunnsmessige ressurser, men også når det gjelder folks motivasjon. Vellykket forebygging handler ofte om at sykdom som kan oppstå *ikke* oppstår, og man får dessverre liten honnør for at man klarte å unngå sykdom ved å ha en bra livsstil kontra en dårlig livsstil.

8.7.5 Det frie valget

Svaret på hvilke typer ungdommer som begynner å bruke tobakk, hvilke ungdommer som vil prøve i en liten periode, og hvilke ungdommer som tidlig tar et valg om aldri å bruke tobakk, er sammensatt og komplekst. Vi kan slå fast at her i Norge har alle i utgangspunktet et fritt valg til å si nei til tobakk. Spørsmålet er om vår handlefrihet i praksis er mindre enn vi selv er klar over, når vi ser at vanens makt, oppvekstmiljø og familietradisjoner har så stor innvirkning på helsestatistikken som den har. Når vaner er noe vi gjør automatisk uten særlig anstrengelser eller overveielser, må vi kunne hevde at det å endre en vane er noe som ikke skjer automatisk. Uttrykket "gammel vane er vond å vende" er trolig svært reelt, siden det å endre en vane vil kreve en stor grad av egeninnsats fra individet. I tillegg vil effekten av egeninnsatsen igjen bero på et komplekst sett av faktorer, både hos individet selv og miljøet rundt. Når man videre har liten kontroll på mange av disse faktorene kan man skjønne hvorfor helsegradienten er reell og vanskelig å motvirke.

9 Oppsummering av drøfting og konklusjon

Utfordringer man møter i de ulike delene av folkehelselovens arbeidshjul i forhold til tobakksbruk er mange. Skal man få det røde trafikklyset grønt, avhenger dette av at svært mange faktorer må samstemme. Det er mange fallgruver, som man aktivt må prøve å unngå gjennom hele prosessen. Det er imidlertid også mange muligheter.

Utfordringer man kan møte på ved oversiktsarbeidet jf. paragraf 5, er knyttet til den brede kunnskapen som må ligge til grunn for å forstå de ulike årsakssammenhengene bak hvem som begynner med tobakk. Det å begynne med tobakk kan ikke kun sees på som et isolert individuelt valg en ungdom tar, men har stor sammenheng med det sosiale hierarkiet. Vi har sett at uheldige livsstiler hoper seg opp, og at tobakk også må sees i sammenheng med andre livsstilsvalg som f.eks fysisk aktivitet, kosthold og alkohol.

Folkehelseoversikten er et viktig verktøy siden den samler et bredt spekter av informasjon. Kunnskap fra ulike kilder samles i ett dokument, og gjør det lettere å se mulige årsakssammenhenger bak et komplekst problem som tobakk. Utfordringen med oversikten er det enorme arbeidet som ligger i utformingen. I tillegg er et kunnskapsløft på tvers av virksomheter nødvendig for at arbeidet får nok prioritet og positiv forståelse. Bred medvirkning i selve *prosessen* med utformingen vil kunne være av stor verdi, og ikke bare det ferdige resultatet. Hvordan oversikten rent estetisk og praktisk er utformet, vil også kunne påvirke i hvilken grad den aktivt blir brukt.

Statistikk kan være både mangelfull og misvisende, spesielt i små kommuner som Valhall. Den lokale kunnskapen er derfor viktig for å skape et nyansert bilde av røde og grønne trafikklys på folkehelsebarometeret, slik at man i neste omgang lettere kan treffe med gode tiltak.

Helseoversiktsarbeidet er i startgropa, og vi ser behovet for at statlige institusjoner hjelper kommunene med bedre kunnskap og statistikk som grunnlag for oversikten.

Paragraf 6 om strategier og mål, gir utfordringer i forhold til innpass i de kommunale planprosesser som følger plan- og bygningsloven. For å sikre at viktige folkehelseutfordringer kommer på dagsorden vil perioden rett før planstrategien utarbeides være sentral, siden helseoversikten skal være et viktig bidrag inn i planstrategien. Det er derfor viktig at folkehelsekoordinator er aktiv i denne perioden, både i forhold til administrasjonen og kommunens planleggere, og for å få politikerne engasjerte i helseoversikten og dens verdi i planarbeidet. Gjennom aktiv deltakelse i utarbeidelsen av ulike kommunedelplaner, kan man i rollen som folkehelsekoordinator være med på å sikre at overordna strategier og mål i kommuneplanen blir fulgt opp.

I forhold til § 7 om tiltak, er det viktig å vurdere hvilke type tiltak som er mest gunstige. Vi har sett at universelle tiltak ofte er bedre til å imøtekomme utfordringer med sosial ulikhet, og som er en viktig faktor angående tobakksbruk. Der er tobakkskadeloven en av de sterkeste universelle virkemidlene, men utformingen av denne ligger utenfor kommunens område. Kommunen har derimot makt til å gjøre tobakk mindre tilgjengelig. Vår oppfatning er at kommunens makt blir større gjennom de nye endringene i lovverket. Kommunen har imidlertid et forbedringspotensiale i arbeidet med økt tverrfaglig samarbeid i egen organisasjon, samt koordinere seg med nasjonale kampanjer. I dette arbeidet er det hele tiden viktig å vurdere hvordan man går fram, slik at verdier som valgfrihet og empowerment blir ivaretatt. Viljen og styrken i den kommunale innsatsen mot tobakksstart i Valhall kommune vil etter vår mening avgjøre utfallet. Det er avgjørende hvor god kunnskapen er på feltet, kommunens økonomiske tilstand, og den totale viljen til å dreie hjulet fra reparerende til forebyggende virksomhet. Som ved alt annet forebyggende og helsefremmende arbeid, vil man også her være prisgitt viljen til å tenke langsiktig.

10 Kilder

Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012, juni 28). Hentet mai 06, 2014 fra Lovdata: http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692

Lov om folkehelsearbeid. (2012, januar 1). Hentet Januar 10, 2014 fra Lovdata: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse

Lov om endringer i tobakkskadeloven. (2013, mai 24). Hentet Mai 06, 2014 fra Lovdata: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-05-24-17

Lov om planlegging og byggesaksbehandling. (2013, januar 1). Hentet Januar 8, 2014 fra Lovdata: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6

Kommunetorget. (2014). Hentet mai 06, 2014 fra Koplingsprosess mellom folkehelse og plan: http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-er-folkehelse/Kommunal-planstrategi-/Folkehelse-og-plan/

Lov om vern mot tobakksskader. (2014, januar 1). Hentet Januar 10, 2014 fra Lovdata: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1973-03-09-14?q=tobakkskadeloven

Aarsæther, N. (2012). Ny giv for kommunal planlegging? I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen, *Utfordringer for norsk planlegging.* Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Aarsæther, N. (2012). Planlegging som handlingstype. I N. Aarsæter, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen, *Utfordringer for norsk planlegging.* Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T., & Kristiansen, R. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging.* Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Amdam, R. (2012). Fokus på prosess: Kommunikativ og samarbeidande planlegging. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen, *Utfordringer for norsk planlegging.* Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen patricipation in the USA. *Journal of the American Institute of Planners*.

Blaxter, M. (2004). *Health.* Cambridge UK: Polity Press.

Buskerud fylkeskommune. (2013). *Folkehelse i Buskerud.* Drammen: Buskerud fylkeskommune.

Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse.* Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Falleth, E., & Hanssen, G. S. (2012). Medvirkning i planlegging. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen, *Utfordringer for norsk planlegging.* Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlag.

Folkehelseinstituttet. (u.d.). *Kommunehelsa statistikkbank*. Hentet Januar 10, 2014 fra http://khs.fhi.no

Fugelli, P. (1999). *Rød resept.* Oslo: Tano/Aschehoug.

Fugelli, P. (2005). *0-visjonen.* Oslo: Universitetsforlaget.

Fugelli, P. (2009). *Helse på norsk.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Giæver, Ø., & Torgersen, T. P. (2012). Fra forskning til politikk: Utviklingen av en nasjonal strategi mot sosiale helseforskjeller. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin, *Sosial epidemiologi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Grøtvedt, L., Hånes, H., Vollset, S. E., & Trewin, C. (2013, September 11). *Fakta og helsestatistikk om røyking og snus*. Hentet Januar 10, 2014 fra Røyking og snus - faktaark med statistikk: http://www.fhi.no/artikler/?id=70823

Hein, P. (1988). Prologue at the celebration of WHO's 40th anniversary in Copenhagen. Copenhagen: WHO.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr 47, Samhandlingsreformen.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Prop. 90 L (2010-2011). *Propsisjon til stortinget (forslag til lovvedtak)*.

Helsedirektoratet. (2012, 10 08). *Beskrivelse av folkehelseloven*. Hentet Januar 11, 2014 fra Helsedirektoratet: http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/beskrivelse-av-folkehelseloven/Sider/beskrivelse.aspx

Helsedirektoratet. (2012). *Folkehelsepolitisk rapport 2011.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013, 10). God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. *En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hjort, P. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. Oslo: Tanum-Norli.

Krokstad, S. (2009). Grunnleggende strategivalg i forebyggende helsearbeid. *Utposten*(4).

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid.* Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J. G. (2012-2). Sammenfattende årsaksmodeller for sosiale ulikheter i helse. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin, *Sosial epidemiologi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø., & Westin, S. (. (2009). *Sosial epidemiologi - Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Nord-Aurdal kommune. (2013). Folkehelseoversikt.

Offerdal, A. (2005). Iversettingsteori - resultatene blir sjeldent som planlagt, og det kan være en fordel? I H. Baldersheim, & L. E. Rose, *Det kommunale laboratorium.* Bergen: Fagbokforlaget.

Ohnstad, B. (2009). *Juss for helse-og sosialarbeidere.* Bergen: Fagbokforlaget.

Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn.* Gyldendal Norsk forlag.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Gradientutfordringen. Oslo.

Strand, B. H., & Næss, Ø. (2012). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I J. G. Mæland, J. I. Elstand, Ø. Næss, & S. Westin, *Sosial epidemiologi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sund, E., & Krokstad, S. (2012). Sosial kapital: limet som holder folkehelsen sammen? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin, *Sosial epidemiologi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Wold, B., & Samdal, O. (2012). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin, *Sosial epidemiologi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.