Tor-Ivar Karlsen

Folkehelseplanlegging i kommunene

Idéhefte om helseoversikter og planstrategi

UNIVERSITETET I AGDER
KRISTIANSAND • GRIMSTAD

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 1 22.11.2017 14:07

Utgiver: KS
Utgivelsesår: 2017

Heftet kan lastes ned på webadresse www.helomplan.no.

© 2017 Kommuneforlaget AS, Oslo
1. utgave, 1. opplag 2017

Omslag: HAVEABOOK
Sats: HAVEABOOK

ISBN: 978-82-446-2359-9

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Kommuneforlaget AS er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, Interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Kommuneforlaget AS
Postboks 1263 Vika
0111 OSLO

Telefon: 24 13 28 50
Henvendelser vedrørende utgivelsen rettes til:
kundeservice@kommuneforlaget.no
www.kommuneforlaget.no

Innhold

FORORD 7

KORTVERSJON 11

JURIDISKE FORHOLD 13

Kort om lovkrav 13

Folkehelsearbeid er planarbeid 20

HELSEOVERSIKTEN 23

HVOR OMFATTENDE SKAL HELSEOVERSIKTEN VÆRE? 24

Redusere omfanget? 28

Organiseringen av oversiktsarbeidet 30

Vanlige utfordringer i arbeidet med helseoversikten 32

PRIORITERING AV FOLKEHELSEUTFORDRINGER 34

Betydningen av medvirkning 38

Drøftingsmøte som prioriteringsmetode 39

Skrittvis utvelgelse 40

Skrittvis utvelgelse, punktvis 43

AVSLUTNING 44

GALLERI
EVA HARR

Forord

Samhandlingsreformens forventninger stiller nye krav til kommunene som samfunnsaktører og samarbeidsarenaer, med blant annet større satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid for å skape gode levekår og avlaste helsetjenestene. Prosjektet *Helse og omsorg i plan* er en 6-årig satsing (2011–2017) for å styrke kommunenes planleggingskompetanse knyttet til implementering av samhandlingsreformen. Prosjektet er finansiert over statsbudsjettet med tilskudd fra Helsedirektoratet.

I henhold til folkehelseloven og plan- og bygningsloven skal kommunene sørge for helseoversikter, prioritering av innsatsområder og hensiktsmessige tiltak. Tilsynsrapporter fra fylkesmenn og meldinger fra enkeltkommuner viser at dette er noe mange kommuner sliter med. Innenfor rammen av prosjektet *Helse og omsorg i plan* har det i 2016 og 2017 vært etablert kommunenettverk for å teste ut metoder for å bøte på denne situasjonen. Følgende kommuner har vært med i nettverkene: Alta, Vadsø, Kvinnherad, Askim, Marker, Trøgstad, Hobøl, Spydeberg og Eidsberg og også Østfold fylkeskommune.

Som et resultat av nettverksarbeidet er det besluttet å gjøre følgende:

- Utgi et idéhefte til hjelp for kommunenes arbeid med å lage gode helseoversikter
- Utvikle en nettside der man samler metodeverktøy for bruk i kommunene

Oslo, november 2017
KS
Prosjekt *Helse og omsorg i plan*
John H. Jakobsen, prosjektleder

Kortversjon

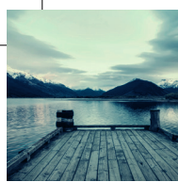
Dette idéheftet er utviklet for å gi noen tanker om hvordan folkehelseplanleggingen i kommunene konkret kan gjennomføres. På nettsiden **www.helomplan.no** finnes mer detaljerte råd, tips og lenker til annen kunnskap om folkehelseplanlegging i praksis. Websiden og idéheftet bør leses sammen.

Folkehelseloven pålegger kommunene å utarbeide en helseoversikt som skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi. Det er rådmannen som er ansvarlig for at kommunen følger lov- og regelverk.

Folkehelsearbeid berører alle sektorer i kommunen, og å utarbeide en helseoversikt vil berøre flere ansatte fra ulike tjenesteområder. Det er derfor nødvendig at rådmannen oppnevner en *koordinator* som får *mandat* til, på rådmannens vegne, å belaste andre i kommunen med oppgaver knyttet til utarbeidelse av helseoversikten.

Det bør opprettes en *tverrsektoriell* arbeidsgruppe under ledelse av koordinatoren. Helseoversikten skal være en gjennomgang av følgende områder:

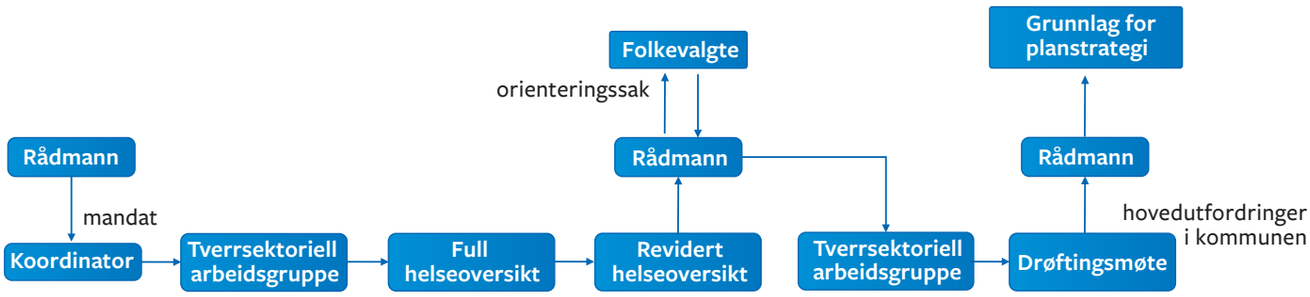
- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helsetilstand



Helsedirektoratets veileder anbefaler til sammen 63 undertema til disse fem områdene. Den tverrsektorielle arbeidsgruppen må først gjøre en vurdering av hvilke undertema som er relevante for kommunen, og deretter finne data som gjør det mulig å vurdere hvilke konsekvenser disse gir. Det ferdige arbeidet framstilles som en *full helseoversikt*. Denne oversikten vil ha mange undertema og punkter som ikke er konsekvensgivende for folkehelsearbeidet.

Etter at den tverrsektorielle arbeidsgruppen har gjort en *rangering,* velges de viktigste undertemaene og punktene. Disse sammenstilles i en *revidert helseoversikt,* som legges fram for folkevalgte som en *orienteringssak*.

Den tverrsektorielle arbeidsgruppen innkaller relevante aktører i sivilsamfunnet, relevante folkevalgte og relevante personer fra administrasjon til et *drøftingsmøte*. I drøftingsmøtet prioriteres de viktigste punktene i den reviderte helseoversikten. Drøftingsmøtet må begrunne hvorfor noen av punktene ikke prioriteres. De prioriterte punktene sammenstilles og tematiseres. De *tematiserte punktene* går videre som gruppens forslag til folkehelseutfordringer i *planstrategien*.



Figur 1. Eksempel på planprosess.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 12 22.11.2017 14:07

Koordinator:	**Den som har ansvaret for å koordinere arbeidet med helseoversikten**
Full helseoversikt:	**Beskrivelse av alle hovedområdene og alle undertemaer**
Rangeringsmøte:	**Tverrfaglig vurdering av betydningen av de ulike undertemaene i den fulle helseoversikten**
Revidert helseoversikt:	**Beskrivelse av alle hovedområder, men bare med de viktigste undertemaene**
Drøftingsmøte:	**Samling av berørte interesser, politikere og fagfolk som i fellesskap drøfter og prioriterer de viktigste utfordringene i kommunen de neste fire år**

Juridiske forhold

Kort om lovkrav

Når vi snakker om «helse», handler ikke det bare om å være fysisk eller psykisk frisk, altså at vi ikke er syke eller utsettes for skader, men også at vi opplever velvære, trivsel og livskvalitet. Helsebegrepet er derfor omfattende. Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand, hva som påvirker helsen og hvordan helsen fordeler seg hos innbyggerne.

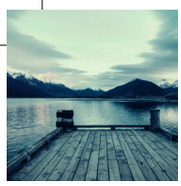
Folkehelsearbeid er fra 2012 nedfelt som et overordnet kommunalt ansvarsområde.[1] Den brede forståelsen av helse og folkehelse speiles også i det svært omfattende kommunale ansvaret.

Folkehelseloven § 4 pålegger kommunen følgende:

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

1 Prop 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 13 22.11.2017 14:07



Folkehelseloven pålegger altså kommunene et helhetlig ansvar for innbyggernes velferd, og dette ansvaret ligger hos kommunestyret. For at kommunestyret skal kunne ivareta sitt ansvar på en betryggende måte, må de folkevalgte få seg forelagt de opplysninger og planer som er nødvendige.

Vi vet fra forskning at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand.[2] De med lavest utdanning og inntekt skårer generelt dårligere på viktige helseindikatorer. Dette utgjorde på mange måter begrunnelsen for innføringen av folkehelseloven. Det følger av forarbeidene til loven at den skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen, og som utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår.

Folkehelseloven vs. plan- og bygningsloven

Folkehelselovens bestemmelser innebærer at folkehelsearbeidet er integrert i plan- og bygningslovens system. Det følger av plan- og bygningsloven § 3-1 bokstav f, at kommunesektorens planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter plan- og bygningsloven er et større fokus i planleggingen rettet inn mot kommuneplanens samfunnsdel. Plan- og bygningsloven legger også føringer for at loven «legges til grunn» eller skal gi «retningslinjer» for arealbruken. Det styrker kommunene som samfunnsutviklere. En slik tilnærming i samfunnsplanleggingen åpner også for nye aktører i planleggingen, og det forutsettes at folkehelse blir en naturlig del av kommuneplanarbeidet.

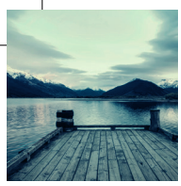
Konkretisering av lokale utfordringer

Et annet viktig poeng er at folkehelseloven i hovedsak fokuserer på forutsetningene for et *systematisk* folkehelsearbeid. Loven stiller derfor *ikke krav om bestemte tiltak* innenfor ulike innsatsområder, som for eksempel fysisk aktivitet eller alkohol- og tobakksforebygging. Lovens premiss for folkehelsearbeidet er at lokale helseutfordringer blir konkretisert, og at disse forankres på folkevalgt nivå gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven.

2 Dahl, Espen; Bergsli, Heidi; van Der Wel, Kjetil A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. 366 s. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 14 22.11.2017 14:07

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 15 22.11.2017 14:07



Ikke bare helsetjenestens ansvar

Kommunens ansvar for folkehelse ligger for de fleste områder utenfor helsetjenestens ansvarsområde. For barn er helse og trivsel blant annet betinget av tilgang til trygge lekeområder og ren luft. Dette innebærer at kommunen i sin planlegging av boligområder må ta folkehelsehensyn i sin *arealplanlegging*. Ungdom bør blant annet ha en skolehverdag uten mobbing. Dette er et ansvar som primært ligger i *skolen*. Ungdom bør også ha muligheter for positive sosiale, rusfrie aktiviteter i fritiden. Dette er kanskje en oppgave som kommunen må løse i samarbeid med *private eller ideelle organisasjoner*. Andre folkehelseområder som ligger utenfor helsetjenesten, kan være *flyktningarbeid, trafikksikring, renovasjon og drikkevann*. Typiske folkehelseområder som derimot ligger i helsetjenesten, er vaksinasjon, oppfølging og ivaretakelse av syke personer, helsemessig beredskap og skolehelse- og helsestasjonsvirksomhet. Eksemplene her er ikke uttømmende, men poenget er klart. Det har lenge vært hevdet at bare 10 % av folks helseproblemer kan helsetjenesten gjøre noe med. De resterende 90 % må løses utenfor helsetjenesten.[3] Likevel opplever vi at mange oppfatter folkehelse som primært et ansvar for helsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helsetjenestens virkeområde er i hovedsak fastlagt i helse- og omsorgstjenesteloven. Loven har blant annet som formål å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne». Den omfatter helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen (og private som har avtale med kommunen). *Folkehelseloven* på sin side har et langt bredere formål: «*... å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller*». Vi ser med andre ord at folkehelseloven favner langt videre enn helse- og omsorgstjenesteloven.

Folkehelseparaply

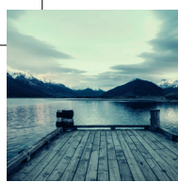
Kommunalt ansatte i mange sektorer arbeider med oppgaver som har innvirkning på folkehelsen. Folkehelseloven er derfor en «paraplylov» for mange sektorers arbeid, noe som bidrar til at arbeid med folkehelse må løftes inn i mange av de oppgavene og virkemidlene kommunene allerede har ansvar for.[4] Et koordinert tverrsektorielt folkehelsearbeid er også i tråd med intensjonene bak plan- og bygningsloven, gjennomføringen av forvaltningsreformen og samhandlingsreformen.

3 NOU 1998: 18 Det er bruk for alle (Wildavsky 1977).

4 Folkehelseforeningen. Folkehelse på tvers, 2012. www.umb.no/statisk/helse/2012_folkehelsepaatversrapport.pdf

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 16 22.11.2017 14:07

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 17 22.11.2017 14:07



Det innebærer at de aller fleste tjenesteområder i kommunen skal involveres i folkehelsearbeidet.

Dette tverrsektorielle ansvaret er presisert i folkehelseloven, der § 5 pålegger kommunen å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Plikt til medvirkning i planleggingen

Kommunen er også pålagt en plikt til å planlegge sitt arbeid for å fremme folkehelsen. Loven presiserer at berørte parter skal ha mulighet til å medvirke i planarbeidet, blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltakelse. I arbeidet skal kommunen også legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Krav om systematisk arbeid

Det meste av kommunens ordinære arbeid har tradisjonelt vært innrettet mot å sikre folkehelsen, uten at det har vært forstått slik. Det nye med folkehelseloven er nå at arbeidet er samlet under én overgripende paraply. Folkehelseloven pålegger kommunene å ha et *systematisk* folkehelsearbeid.

Rådmannen er ansvarlig

Folkehelsearbeidet er forankret hos rådmannen. Det er rådmannen som er ansvarlig overfor kommunestyret for at lovpålagte oppgaver utføres. Den som arbeider med folkehelseplanlegging, arbeider på vegne av rådmannen.

Erfaringer viser at når den som har et fagansvar for folkehelsearbeidet er sentralt plassert i planarbeidet, gjerne i tilknytning til rådmannens stab, reduseres faren for at folkehelseoppgavene faller mellom to stoler. I dag er det vel så vanlig at den fagansvarlige er plassert innen helse- og omsorgstjenesten, som i rådmannens stab.[5]

5 Sjursen, Kari; Hovland, Katharina; Tveit, Gølin (2015). Organisering av folkehelsearbeid i kommunene. Plan, nr. 3–4.

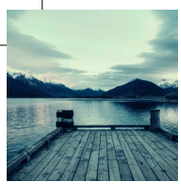
Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 18 22.11.2017 14:07

Det er uansett rådmannen som er ansvarlig for kommunens totale folkehelsearbeid, og det er rådmannen som skal bidra til at kommunestyret følger lov- og forskriftsverk.

Krever tverrsektorielt samarbeid

Oppsummert kan vi si at for å få til et systematisk folkehelsearbeid må de ulike sektorene i kommunen involveres og få et aktivt ansvar for både planlegging og iverksetting av tiltak på folkehelseområdet. Folkehelsearbeid er som nevnt ikke et ansvar som kun ligger i helsetjenesten. Folkehelsearbeid forutsetter et samarbeid på mange tjenesteområder og -nivåer i kommunen. Det forutsettes derfor et koordinert tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 19 22.11.2017 14:07

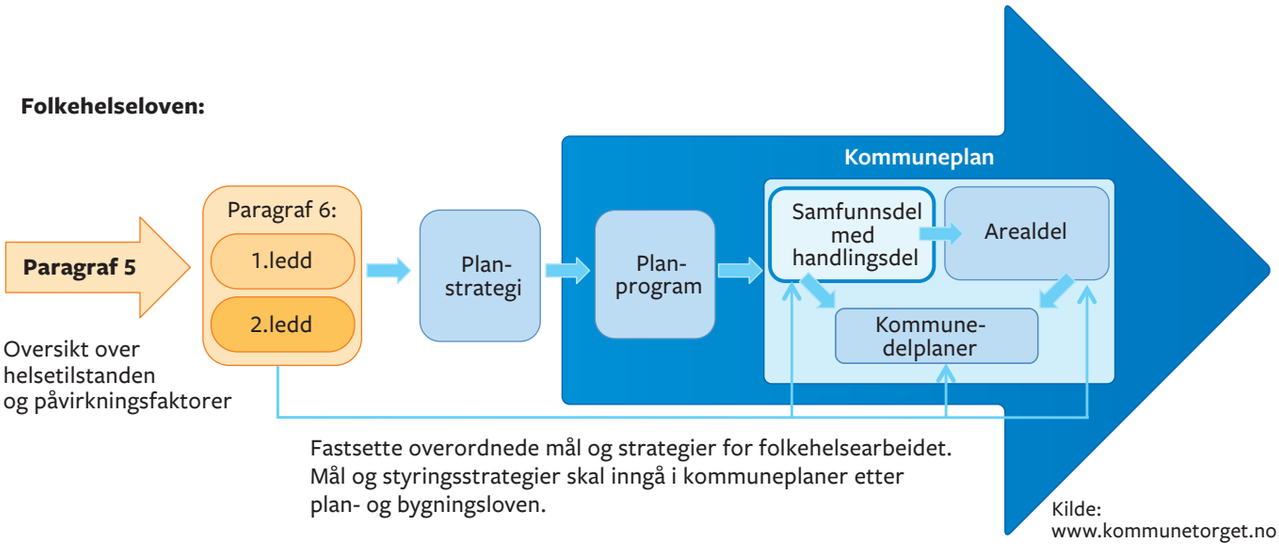


Folkehelsearbeid er planarbeid

Folkehelselovens plankrav er samordnet med plan- og bygningsloven, og folkehelseplanlegging er derfor en integrert del av kommunenes plansystem.

- Folkehelseplanleggingen er innordnet i de generelle prosesskravene som ligger i plan- og bygningsloven.
- Arbeidet dreier seg om å påvirke levekårene for alle innbyggerne i kommunen.
- Folkehelseloven er statens juridiske virkemiddel for en systematisk planlegging av kommunalt folkehelsearbeid.

Folkehelseloven § 5 handler om å utvikle et helseoversiktsdokument, det vil si en skriftlig tverrfaglig vurdering av faktorer som påvirker innbyggernes helse og velferd. Folkehelseloven § 6 binder helseoversikten til kommunens planstrategi, jf. figur 2.



Figur 2. Folkehelseloven er samkjørt med plan- og bygningsloven.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 20 22.11.2017 14:07

Kravet om kommunal planstrategi følger av plan- og bygningsloven § 10-1. Kommunestyret skal (senest ett år etter konstituering) gjøre langsiktige valg for samfunnsutviklingen i kommunen. For å arbeide planmessig med valgene som gjøres, må kommunen legge en planstrategi.

Enkelt sagt er en planstrategi en «plan for hvilke planer som skal utarbeides». Planstrategien skal omfatte de viktigste *utfordringsbildene* for kommunen de neste fire årene. Planstrategien legger føringer for hvordan kommunens plansystem skal legges opp for å møte disse utfordringene. Det kommer tydelig fram av folkehelseloven § 6 at utfordringsbildene som er skissert i oversiktsdokumentet, skal inngå som elementer i planstrategien.

Kommuneplanens samfunnsdel bygger på denne planstrategien og er en vesentlig del av plansystemet i kommunen. Kommuneplanens samfunnsdel skal revideres hvert fjerde år og beskrive kommunens langsiktige utfordringer, mål og strategier for lokalsamfunnet som helhet, og for kommunen som organisasjon. Samfunnsdelen skal være grunnlag for (del)planer i de ulike kommunale sektorene og virksomhetene i kommunen.

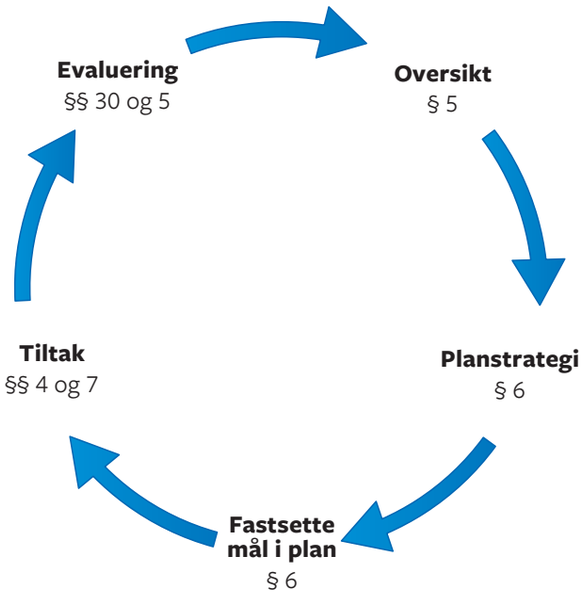
Kommunedelplaner for temaer eller virksomhetsområder skal ha en handlingsdel som angir spesifikasjoner for oppfølgingsarbeidet. Oppfølgingsarbeidet kan strekke seg lenger enn inneværende fireårsperiode.

Delplaner er gjerne temabaserte eller sektorvise planer, for eksempel energi og klima-, kultur-, næringsplan osv. Noen kommuner har valgt å organisere folkehelseutfordringer i en egen folkehelseplan, mens andre har valgt å innarbeide folkehelseutfordringene i andre delplaner. Begge deler er fullt mulig innenfor gjeldende regelverk. Uansett hva som er valgt, så henger delplanene sammen med planstrategien og de overordnede langsiktige føringene som er lagt her.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 21 22.11.2017 14:07

Helseoversikten

Folkehelseloven § 5 pålegger kommunen å utarbeide en helseoversikt. Dokumentet skal være skriftlig og skal beskrive helsetilstanden i kommunen samt de positive og negative faktorene som kan virke inn på helsen i befolkningen. Helseoversikten skal også inneholde en konsekvensvurdering av faktorene som beskrives – og hva som kan være årsakene til påvirkningen. Oversikten skal særlig fokusere på trekk ved utviklingen i kommunen, som kan skape eller opprettholde helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det går fram av forarbeidene til loven, og i § 6 i loven, at helseoversikten og utfordringsområdene som dokumenteres gjennom denne, skal være førende for kommunens samlede planarbeid.



Figur 3. Hjulet for folkehelseplanlegging, jf. folkehelseloven.

I forskriften til folkehelseloven[6] presiseres det lovfestede kommunale ansvaret for helseoversikten. Av forskriften framgår det også at arbeidet skal være løpende. I denne sammenhengen forstås vanligvis ordet «løpende» som at oversikten skal rulleres *årlig*. Hvert fjerde år skal det uansett utarbeides en ny helseoversikt som igjen skal drøftes og tas inn i planstrategien.

Mange kommuner sliter med å få til en samlet helseoversikt, både den årlige rulleringen og den fireårige. Enda færre kommuner har innarbeidet utfordringsområdene fra helseoversikten i planstrategien.

Hvor omfattende skal helseoversikten være?

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til folkehelseforskriften. Folkehelseforskriftens § 3 *pålegger* alle kommuner å utrede følgende fem områder:

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helsetilstand

Oversikten skal inneholde tverrfaglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser samt identifisere ressurser og folkehelseutfordringer. Trekk ved utviklingen som påvirker sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller, skal særlig være i fokus. Folkehelseforskriften pålegger også kommuner, der dette er aktuelt, å vurdere vilkår særskilt for den samiske befolkningen.

6 FOR-2012-06-28-692 Forskrift til folkehelseloven.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 24 22.11.2017 14:07

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for arbeidet med helseoversikter.[7] I denne veilederen er det listet opp 63 ulike undertema som er organisert rundt områdene som er nevnt over. Hvert undertema har ofte flere relevante punkt som må vurderes.

63 ulike undertema

Eksempler på problemstillinger/undertema*:	Kilder
› Andel med lavinntekt. › Inntektsfordeling (målt gjennom Gini-koeffisient), avvik ifht sammenlignbare kommuner/fylker. › Tilgjengelighet til boliger (for ulike grupper). › Andel med boligsosiale ordninger. › Boligstandard, inkl. spesielle fordelingsmønstre by – land, blandet – ensartet osv. › Antall i arbeid og antall uføre i forhold til folketallet. › Sykefravær, trend de siste år. › Antall arbeidsledige, andel under 30 år. › Er det over- eller underskudd på arbeidsplasser? › Andel pendlere ut eller inn av kommunen/fylket. › Er det variasjon mellom ulike næringer? Hva er forholdet mellom offentlig og privat virksomhet? › Er det åpenbare arbeidsmiljøproblemer? Eksempler på arbeidsplasser med godt arbeidsmiljø, evt. spesielt samfunnsengasjement. › Skolestrukturen (antall, geografisk spredning), elevtall. › Hva er trekk ved læringsmiljø og elevprestasjoner? › Hvor mange elever fullfører videregående skole? › Barnehagedekning og barnehagemiljø. › Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste.	› Folkehelseinstituttet › SSB › Arbeidstilsynet › Bedriftshelsetjenesten/ STAMI › Verneombud › Fagorganisasjoner › NAV › Husbanken › Andre relevante departement/direktorat › Elevundersøkelsen (skoleporten.no) › Fylkeskommunens egen informasjon og statistikk › Kommunens egen informasjon og statistikk › Lokale/regionale kartlegginger

*Miljøspørsmål knyttet til arbeidsplasser, skoler/barnehager og bo/nærmiljø kan også beskrives under fysisk/sosialt miljø, se neste tema

Figur 4. Eksempel på undertema i helseoversikten (oppvekst og levekårsforhold).

Kilde: Helsedirektoratet. God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer Utgitt: 10/2013 Publikasjonsnummer: IS-2110, side 22.

7 Helsedirektoratet (2013). Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. IS-2110.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 25 22.11.2017 14:07

En del kommuner har valgt å systematisk gjennomgå alle undertemaene. Dette har oftest ledet fram til et stort og omfangsrikt dokument som har gitt en grundig breddeoversikt over faktorer som påvirker helsetilstanden i kommunen. Et godt eksempel på dette kan være Alta kommunes helseoversikt, som er på mer enn 90 sider og svært detaljert.

Andre kommuner har valgt å ta utgangspunkt i de fem områdene og har benyttet Helsedirektoratets veileder som *et utgangspunkt* for å velge ut relevante undertema for videre kartlegging. Dette har ofte resultert i et mindre omfangsrikt dokument som er smalere innrettet. Et godt eksempel på dette kan være Vadsø kommunes helseoversikt, som er på 30 sider.

Lovverket setter ingen krav til hvor stort oversiktsdokumentet skal være. Det er innholdet som er det vesentlige, og her må de fem områdene inngå. I tillegg er det noen særforhold som ikke kan utelates, for eksempel sosial ulikhet i helse. Bakgrunnen for fokuset på sosial ulikhet ligger i folkehelseloven §3, som definerer begrepet *folkehelse* som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen.

Sosial ulikhet i helse

Utvelgelsesprosess

Dersom kommunen velger å utrede enkelte spesifikke undertema innenfor de fem områdene, men utelater andre, så er utvelgelsesprosessen viktig. Dersom en kommune, for eksempel en utkantkommune, ikke velger å utrede et punkt om for eksempel trafikk og skolevei, så er dette kanskje intuitivt forståelig for de som sitter rundt bordet. Andre i kommunen kan være uenige i dette. Ved et eventuelt tilsyn, eller en situasjon der andre eksterne skal «se kommunen i kortene», så kan det stilles spørsmål om hvorfor dette undertemaet ikke er vurdert. Dersom prosessen med utvelgelse av relevante undertema ikke er dokumentert eller begrunnet, så kan det resultere i en merknad eller avvik.

Dersom kommunen ikke velger å utrede alle undertemaene i Helsedirektoratets veileder, bør det ligge en tverrfaglig vurdering til grunn.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 26 22.11.2017 14:07

Vurderingen bør også være skriftlig og oppbevares sammen med øvrige dokumenter i planprosessen. Rent praktisk kan det gjøres ved å avholde et møte i forkant av oversiktsarbeidet, der ulike fagpersoner deltar, og der møtet referatføres.

Temaet for dette heftet er folkehelseplanlegging og hvordan helseoversikten skal tas videre inn i planstrategien. Helseoversikten er som tidligere nevnt ofte et stort dokument med mye statistikk og ofte mye kvalitativ kunnskap. Det er ikke alltid så lett for utenforstående å finne helheten i dokumentet og å gjøre konkrete prioriteringer av de viktigste utfordringene.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 27 22.11.2017 14:07

Redusere omfanget

Mange helseoversikter har mer enn 100 ulike punkter, basert på de 63 undertemaene i veilederen fra Helsedirektoratet. Det er ikke alle disse punktene som er like viktige å ta med videre. Vi har god erfaring med å redusere antallet punkter, som så skal være utgangspunkt for drøfting og prioritering.

En måte å gjøre dette på er å rangere alle punktene fra 1 til 3, der verdien 1 angir at dette punktet, ut fra en tverrfaglig vurdering, er lite relevant for folkehelseutfordringene i kommunen. Verdien 2 angir moderat relevans og verdien 3 høy relevans.

Administrativ prioritering

Denne måten å prioritere på kan gjerne gjøres administrativt, men det er da viktig å ha åpenhet omkring prioriteringen. Dersom noen senere er uenig i denne administrative rangeringen, er det en fordel å ha dokumentert prioriteringsprosessen og hvilke begrunnelser som ligger bak.

Rangeringen kan gjerne knyttes til lovens krav om årsaks- og konsekvensvurderinger i helseoversikten. Dersom rangeringen gjøres administrativt, bør det ligge en tverrfaglig vurdering til grunn. Det kan for eksempel innebære at en gruppe bestående av fagfolk fra ulike sektorer (teknisk, helse, skole, kultur osv.) kommer sammen til et møte. Det er vårt inntrykk at en slik prosess gjerne kan redusere antallet relevante punkter i oversikten til 30–40.

Vårt inntrykk er at dersom rangeringen skjer med åpenhet, og med dokumentasjon, så framstår resultatet som lite kontroversielt.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 28 22.11.2017 14:07

Den *reviderte helseoversikten* er mer oversiktlig og et lettere utgangspunkt for videre prioriteringer opp mot planstrategien. Oversikten bør være et eget dokument, der det innledningsvis gjøres rede for rangeringen og prosessen rundt denne.

Sammen med den fulle helseoversikten bør den reviderte helseoversikten legges fram for folkevalgte som en orienteringssak. I orienteringen bør det redegjøres for prosessen med å utvikle den fulle helseoversikten og hvilke begrunnelser som ligger bak den reviderte oversikten.

Organiseringen av oversiktsarbeidet

Kommune-Norge er mangfoldig. Halvparten av Norges kommuner har i skrivende stund mindre enn rundt 4 500 innbyggere, og en firedel har mindre enn 2 200 innbyggere (2017). Folketall har generelt sett betydning for rekruttering i arbeidslivet. Mange av de minste kommunene har en relativt smal faglig kompetansebredde sammenlignet med større kommuner. Enkelte av de største kommunene har for eksempel egne planstaber med mange ansatte. I mange mindre kommuner ser vi at arbeidet med folkehelseplanlegging ofte har blitt gitt til ansatte som ikke nødvendigvis har erfaring med planarbeid fra før.

Faglig fundament

For at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for folkehelse, må oversikten være faglig fundert. Dette innebærer å foreta analyser og faglige vurdering av faktorer som påvirker helse og velferd blant innbyggerne.

Folkehelsearbeid og arbeidet med helseoversikten skal være tverrfaglig og tverrsektorielt. Arbeidet bør derfor organiseres som et prosjekt med et klart mandat fra rådmannen. Det bør ha en tidsfrist og en tydelig oppnevning av navngitte personer fra ulike deler av tjenesten: skole, teknisk, kultur, helse osv. Den som skal lede arbeidet, må ha en klar fullmakt fra rådmannen til å belaste de ulike deltakerne i prosjektet med oppgaver i forbindelse med innhenting av grunnlagsdata innenfor sine tjenesteområder. Det bør også framgå av mandatet hvem som har ansvaret for å sy de ulike bidragene sammen til ett samlet dokument.

Samarbeid med andre kommuner

Nabokommuner har ofte de samme utfordringene, og et godt eksempel på at interkommunalt nettverksarbeid har vært nyttig for alle involverte parter, er samarbeidet mellom kommunene i indre Østfold (Askim, Marker, Trøgstad, Hobøl, Spydeberg og Eidsberg). Det var enighet om at folkehelseutfordringene i kommunene var nokså ensartet, og at det derfor var fornuftig å arbeide sammen om å få til kommunale helseoversikter. Gjennom samarbeidsprosessen ble man enige om hvilken utforming helseoversiktene skulle ha og hvilke undertemaer som skulle utredes. Så langt det var mulig, ble arbeidet med

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 30 22.11.2017 14:07

å finne relevant statistikk fordelt mellom deltakerne i nettverket. Dette er nok en løsning som kan være relevant for flere kommuner, og som dermed kan anbefales. I slike kommunenettverk kan to til tre personer fra hver kommune arbeide tett sammen for enten å utforme et felles dokument (som indre Østfold), eller likeartede, men kommunespesifikke oversiktsdokumenter. Dersom kommunen velger å gå inn i et slikt nettverksarbeid sammen med nabokommunene, bør det også her foreligge et tydelig mandat for arbeidet.

Bestemme videre behandling

Det er viktig at rådmannen, *før arbeidet tar til*, tar stilling til hvordan helseoversikten skal behandles politisk. Noen kommuner legger helseoversikten fram for politisk behandling som en orienteringssak. Vi erfarer at dette er en god løsning. At helseoversikten blir lagt fram for de folkevalgte, sikrer forankring i planprosessen videre.

Vi ser imidlertid at oversiktsarbeidet ofte stopper her, som en orienteringssak. Uttalelser som «helseoversikten, den ligger godt nede i skuffen» er dessverre ikke så uvanlige. Etter at helseoversikten er utarbeidet (og eventuelt lagt fram som orienteringssak), må rådmannen starte arbeidet med å la helseoversikten inngå som et premiss for kommunens planstrategi (jf. figur 1). Vi kommer tilbake til dette senere.

Vanlige utfordringer i arbeidet med helseoversikten

Tverrsektorielt utfordrende

Som nevnt innledningsvis er folkehelsearbeidet en tverrsektoriell utfordring som involverer nær sagt alle sektorer i kommunen. Folkehelsekoordinatoren er den som oftest får ansvaret for å utarbeide helseoversikten. Mange folkehelsekoordinatorer er organisert i ulike tjenesteenheter og må derfor forholde seg til sin nærmeste leder. Vedkommende står ofte alene med ansvaret for å beskrive og håndtere utfordringer som berører helt andre administrative sektorer eller enheter enn den vedkommende selv jobber innenfor. Folkehelsearbeidets tverrsektorielle natur kan bli en utfordring dersom folkehelsekoordinator ikke tydelig arbeider på vegne av rådmannen.

Deltidsstillinger og tilstrekkelig med tid

Det er tidkrevende å utarbeide en helseoversikt, særlig første gangen det gjøres. I mange kommuner er det praktiske ansvaret for utarbeidelse av helseoversikten delegert til en folkehelsekoordinator i en (liten) deltidsstilling, eller til en som har dette saksområdet som en del av sin stilling. Nasjonale undersøkelser viser at arbeidet med folkehelse i de minste kommunene er lagt til ansatte med lave stillingsandeler. Det kan i og for seg være naturlig, siden man i de minste kommunene ofte må kombinere ulike ansvarsområder i samme stilling. Når det gjelder arbeidet med helseoversikten, er det vår erfaring at mange som har svært små stillingsandeler avsatt til oppdraget, ikke har anledning til å vie tilstrekkelig tid til arbeidet. Det er derfor av stor betydning at vedkommende som får ansvaret, også får tildelt de tidsressursene som er nødvendige. Hvor mye tid som er nødvendig, avhenger av vedkommendes kompetansenivå og hvilke prosjektnettverk vedkommende har til rådighet.

Tydelig mandat

Gjennomføring av tverrsektorielle arbeidsoppgaver forutsetter et klart mandat fra rådmannen. Vår erfaring er at mange som er organisert på tjenestenivå i kommuneorganisasjonen ikke opplever å ha den nødvendige autoritet til å kalle inn og delegere arbeidsoppgaver til ansatte på et høyere nivå, eller til ansatte på helt andre tjenesteområder enn en selv. Det er derfor avgjørende at arbeidet med helseoversikten forankres hos rådmannen, og at det kommer tydelig fram at den som har ansvaret, opererer på vegne av rådmannen.

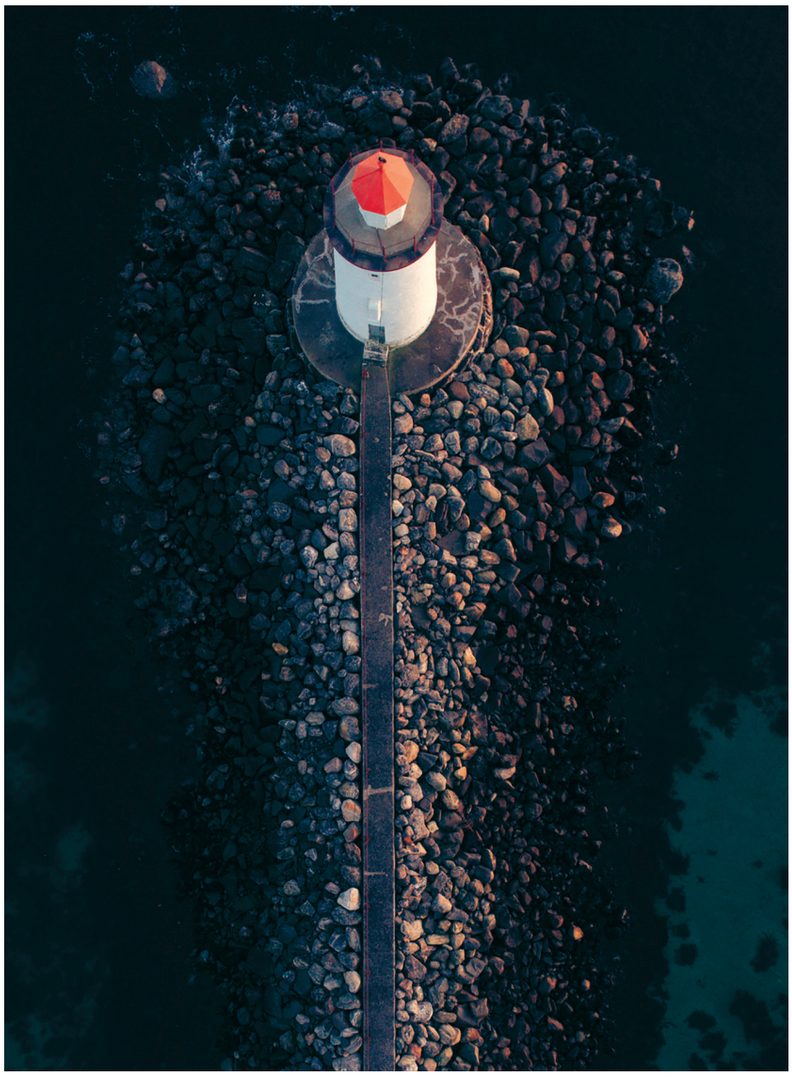
Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 32 22.11.2017 14:07

Tallbehandling og statistikk

Utarbeiding og synliggjøring av statistikk er en viktig del av arbeidet med å lage helseoversikter. Statistisk sentralbyrå, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet og enkelte fylkeskommuner har statistikk og tall over relevante folkehelseområder, og dette er det svært nyttig å bruke i det lokale oversiktsarbeidet. Vår erfaring er at ikke alle som har ansvaret for oversiktsarbeidet, har tilstrekkelig erfaring med tallbehandling og utarbeidelse av tabeller og figurer. Dersom den som har fått ansvaret for oversiktsarbeidet, ikke føler seg komfortabel med den tallmessige delen av arbeidet, så må vedkommende få hjelp.

Lokal kunnskap om lokale forhold

Det er ikke all informasjon om lokale forhold som er tilgjengelig via offentlig statistikk. Mange viktige områder kan bare avdekkes gjennom samtaler med lokale ressurspersoner. Det kan for eksempel dreie seg om kjennskap til lokale rusmiljøer, forekomst av røyking hos gravide, integreringsarbeidet med flyktninger o.a. Vi har erfart at det ikke alltid settes av nok tid til dette viktige arbeidet som den (lettere tilgjengelige) statistiske delen. Det er derfor viktig at dette prioriteres i utviklingen av oversiktsdokumentet.



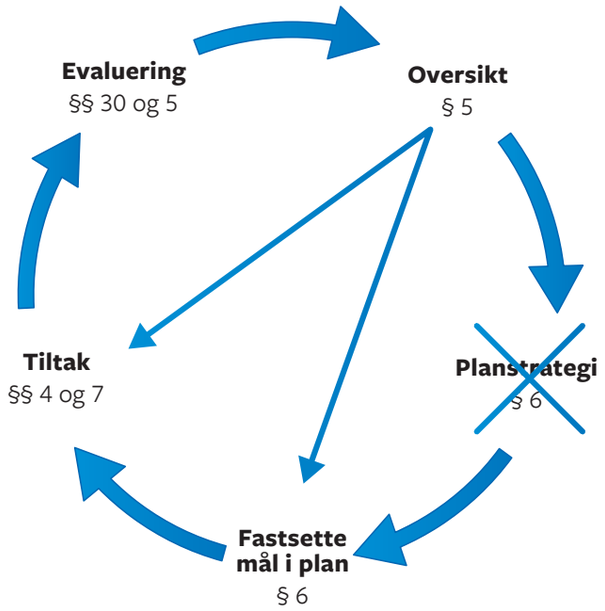
Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 33 22.11.2017 14:07

Prioritering av folkehelseutfordringer

Av folkehelseloven § 6 framgår det at helseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner, etter plan- og bygningsloven, fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Målene må være egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i helseoversikten.

Vi har observert at det i noen kommuner er utarbeidet en helseoversikt, men at helseoversikten benyttes direkte for å planlegge tiltak – uten at helseoversikten er drøftet i forhold til planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel.



Figur 5. Helseoversikten tas ofte ikke med i planstrategien.

Dersom dette skjer, løsrives folkehelsearbeidet fra kommunens overordnede planarbeid, og det tverrsektorielle fundamentet for en bred folkehelseplanlegging kan forvitre.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 34 22.11.2017 14:07

Folkehelsearbeid i kommunen handler om fordeling av velferd til kommunens innbyggere. Dersom helseoversikten ikke blir behandlet slik det er forutsatt, og ikke løftes inn i planstrategien og kommuneplanens samfunnsdel, får de folkevalgte ikke en mulighet til å påvirke viktige deler av kommunens politikk.

Fordeling av velferd

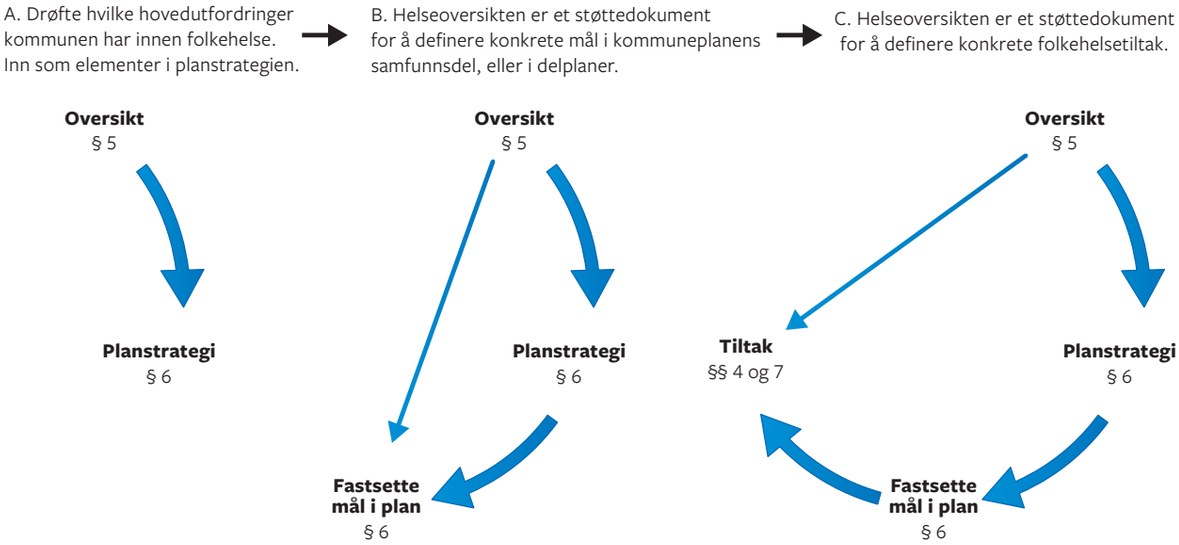
La oss derfor se nærmere på helseoversiktens plass i planprosessen:

A. Helseoversikten er basis for folkehelsearbeidet i kommunen. I oversikten er det redegjort for hvilke utfordringer kommunen har. Utfordringene må drøftes og de viktigste utfordringsbildene tas inn i planstrategien. Prioriterte utfordringer danner derved basis for kommunens øvrige planlegging.

B. I kommuneplanens samfunnsdel, eller i kommunedelplaner, skal det fastsettes målsettinger. Målsettinger skal være konkrete og målbare. I målsettingsprosessen er helseoversikten et særdeles viktig dokument, siden både tallfestede (statistikk) og ikke-tallfestede (kvalitativ kunnskap) opplysninger er gode utgangspunkter for en drøfting av relevante målsettinger.

C. I det konkrete planarbeidet er helseoversikten et helt nødvendig grunnlagsdokument. Som det framgår av folkehelseloven § 5, skal helseoversikten inneholde en vurdering av folkehelseutfordringenes konsekvenser, og hva som kan være årsakene til disse.

Helseoversiktens betydning for planprosessen



Figur 6. Trinnene i folkehelseplanleggingen.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 35 22.11.2017 14:07

Betydningen av medvirkning

Dialog | Folkehelsearbeid handler blant annet om lokale prosesser, forankring og engasjement. Medvirkning fra befolkningen regnes som et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet. Slik medvirkning kan for eksempel komme fra enkeltpersoner, lokale interessegrupper, frivillige organisasjoner og/eller bedrifter. Medvirkning handler blant annet om individers og lokalmiljøers påvirkning av beslutninger som angår deres hverdag.

Når folkehelsearbeid inngår i planlegging etter plan- og bygningsloven, gjelder også denne lovens bestemmelser om medvirkning. Det innebærer at kommunen gjennom hele planarbeidet skal sørge for åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i lokalsamfunnet og dialog med organiserte og uorganiserte interesser. Prinsippet om medvirkning i planprosesser er lovfestet gjennom plan- og bygningsloven § 1-1 og i folkehelseplanlegging spesielt gjennom folkehelseloven § 4. At folkehelsearbeidet i kommunesektoren er knyttet til de generelle plansystemene i plan- og bygningsloven med krav til medvirkning, bidrar til å rettsliggjøre medvirkning i folkehelsearbeidet.

Folkehelseutfordringene er ofte komplekse og kan oppleves som uhåndterlige. Det er ikke alltid gitt at det finnes entydig riktige faglige løsninger på slike utfordringer. I et slikt perspektiv er det fornuftig å ta de som har brukererfaring (eksempelvis idrettslag, elevråd, brukerorganisasjoner osv.) direkte med i drøftingene.

En slik medvirkning kan føre til flere gevinster:

- Fagfolkene får nyttige innspill som de ellers ikke ville fått, en faglig gevinst.
- Brukergruppene får anledning til å si fra om forhold som er viktige for dem, slik at de ikke overkjøres, en etisk gevinst.
- Prosessen framstår som legitim, siden en større bredde av befolkningen er involvert, en demokratisk gevinst.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 38 22.11.2017 14:07

Selv om medvirkning i planprosesser ikke bare er lovfestet, men også gir klare gevinster, ser vi at mange planleggere vegrer seg for å gå inn i slike medvirkningsprosesser. Det har trolig å gjøre med at enkelte planområder er kontroversielle. Medvirkning kan skape mye forstyrrende støy i planprosessen. Medvirkningsprosesser kan være tidkrevende, og mange planleggere opplever nok å ha lite tid til overs i sitt daglige arbeid.

Vegring mot medvirkningsprosesser

Drøftingsmøte som prioriteringsmetode

Selv en revidert revidert helseoversikt (kortversjon) vil være vanskelig å benytte direkte som utgangspunkt for kommunens planstrategi. I en planstrategi vil det være nyttig å ha punktene tematisert som utfordringsområder eller -bilder, slik at de kan gå inn og danne føringer for et bredt planarbeid.

Poenget med drøftingen av (den reviderte) helseoversikten, i forhold til planstrategien, er å trekke ut de viktigste utfordringsområdene som skal danne basis for kommunens videre planlegging. Det er viktig å merke seg at det ikke er enkeltpunkter fra helseoversikten som skal inn i planstrategien.

Nedenfor er et eksempel som kan belyse dette.

I helseoversikten kommer det fram at skolehelsetjenesten rapporterer om en tendens til at ungdommene på skolen mistrives. Helsesøster har registrert et økende antall barn som ønsker kontakt på grunn av psykiske problemer. Rektor peker på statistikk som viser at det er mer skulking siste året enn tidligere. Til sist viser Ungdata-undersøkelsen at mange ungdommer rapporterer en uheldig rusatferd. I et slikt tilfelle ville det vært uheldig å dra punktene enkeltvis inn i en kommunal planstrategi, som jo skal være på et overordnet nivå. På grunnlag av en drøfting ville kanskje en hovedutfordring være knyttet til *barn og unges psykiske helse.* Dersom det var saken, ville øvrig planverk i kommunen måtte ta hensyn til dette utfordringsbildet. Et slikt utfordringsbilde berører ikke bare skolen, men også kultur- og fritidstilbud, helsetjenesten og arealdisponering (for eksempel tilrettelegging av skolevei) for å nevne noe.

For å ta eksempelet videre, så vil kanskje de folkevalgte, i behandlingen av planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel, trekke fram behovet for en handlingsplan knyttet til barn og unges psykiske helse. I en slik plan vil helseoversikten igjen danne premiss for mål og tiltak.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 39 22.11.2017 14:07

Skrittvis utvelgelse

Folkehelseloven § 6 pålegger kommunen å drøfte utfordringene som kommer fram av helseoversikten. Det ligger også et medvirkningskrav i folkehelseloven og plan- og bygningsloven, altså at berørte interesser skal kunne få medvirke i planprosessen. Mange kommuner overlater drøftingen av folkehelseutfordringene til de folkevalgte og finner dette å være innen rammen av det ordinære politiske arbeidet, men medvirkningsmomentet kan da bli utydelig.

En metode som ivaretar forutsetningen om medvirkning, er «skrittvis utvelgelse». Vi har arbeidet med denne metoden i flere kommuner og vil forsøke å oppsummere våre erfaringer i avsnittet under. Metoden sikrer utøvelse av kommunens ansvar etter folkehelseloven § 6 om å trekke folkehelseutfordringer inn i kommunens planstrategi. Metoden sikrer også medvirkningskravet i folkehelseloven § 4 og plan- og bygningsloven § 1.1. Poenget er at berørte interesser trekkes inn i en prioriteringsdrøfting, sammen med administrasjon og folkevalgte. Gjennom det skapes en arena for drøfting, som gjør at ulike argumenter kan løftes fram og vurderes.

La oss ta et eksempel, denne gang fra Kvinnherad kommune i Hordaland.

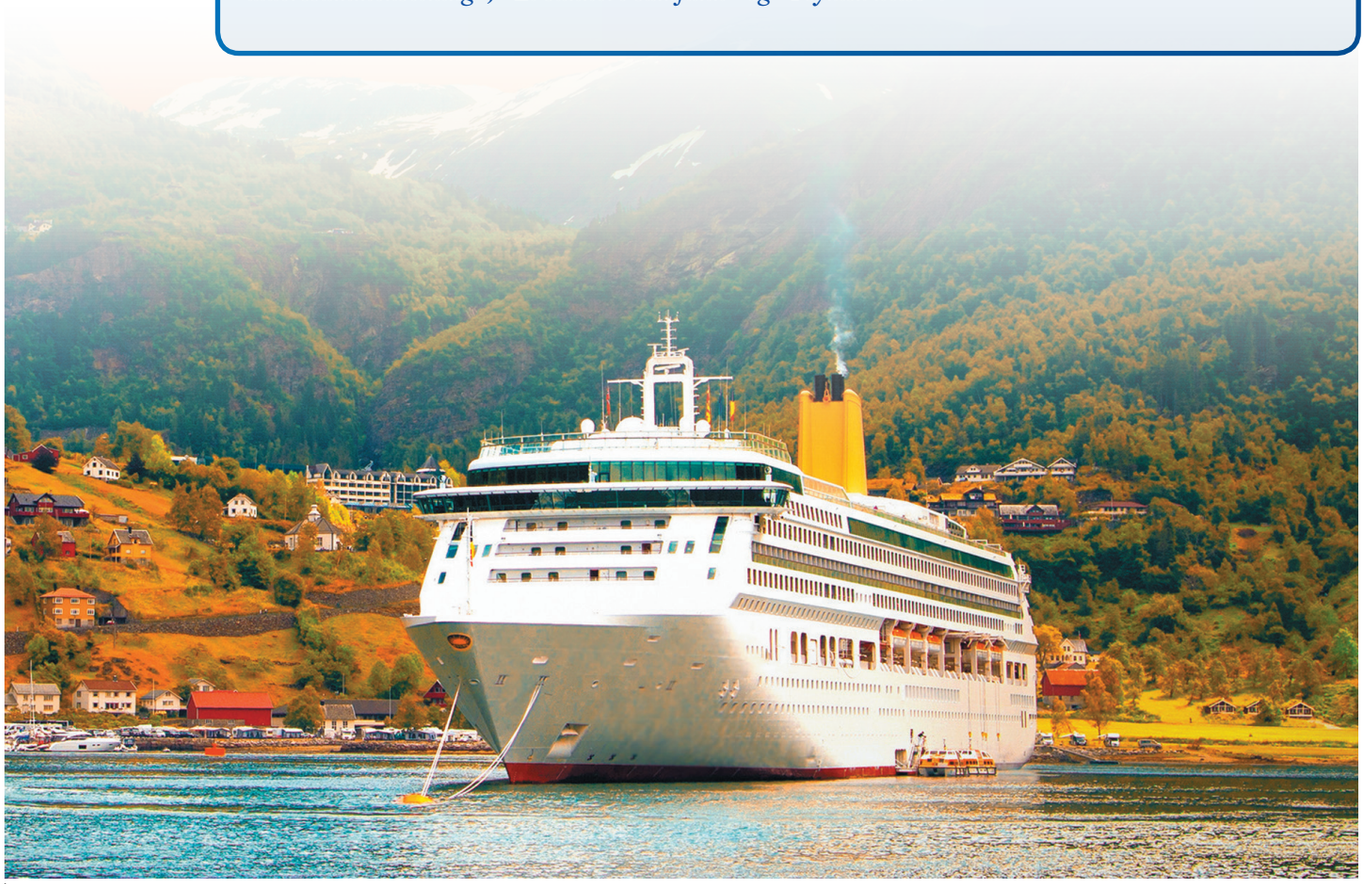
Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 40 22.11.2017 14:07

Folkehelsekoordinatoren arbeidet fram en omfattende helseoversikt etter malen fra Helsedirektoratets veileder. Dokumentet var på ca. 90 sider og ble lagt fram for folkevalgte som en orienteringssak. Deretter skjedde det lite. For å komme videre i planprosessen ble først helseoversikten revidert, og etter en rangering ble antallet relevante punkter redusert til 41.

Til sammen elleve personer ble invitert av rådmannen til å delta i en drøfting av folkehelseutfordringene i kommunen. Rådmann og kommunalsjefer, varaordfører og utvalgsleder samt representanter fra elevråd, eldreråd, frivillighetssentralen og idrettsrådet var med. Drøftingen ble ledet av en ekstern møteleder.

Etter en innledning gjennomgikk folkehelsekoordinator alle de 41 punktene som var vurdert som særskilt relevante. Når denne delen av møtet var ferdig, ble alle deltakerne bedt om å angi hvilke fem punkter de selv syntes var viktigst. Etter denne utvelgelsen sto 15 punkter igjen som ingen hadde angitt som viktigst. Under ledelse av møteleder *begrunnet* gruppen deretter skriftlig hvorfor disse punktene ikke ble prioritert. Det gjensto 26 punkter. Deltakerne ble på ny bedt om å rangere de fem viktigste punktene. Resultatet ble at 14 punkter ble nedprioritert, på nytt med en skriftlig begrunnelse for hvert punkt.

De gjenstående 12 punktene ble prioritert. Punktene om lav sysselsetting og lavt utdanningsnivå ble slått sammen til en hovedutfordring *«Høyere kompetanse og flere arbeidsplasser»*. Punktene om integrering av flyktninger og sosiale møteplasser ble slått sammen til hovedutfordringen *«Hindre utenforskap»*. På samme måte ble de øvrige punktene slått sammen til hovedutfordringene *«Skjev alderssammensetning»*, *«Et sunnere samfunn»* og *«Psykisk helse»*.



Det er verdt å merke seg at for eksempel utfordringsbildet «*Høyere kompetanse og flere arbeidsplasser*» involverer områder som samferdsel, veistandard og fergeanløp, tilrettelegging for nye virksomheter og videregående utdanning. Utfordringsbildet «*Hindre utenforskap*» involverer områder som integrering av bosatte flyktninger, men også det å bygge møteplasser som sikrer inkludering av alle, møteplasser som kan redusere fremmedgjøring og ensomhet. Utfordringsbildet «*Skjev alderssammensetning*» speiler en framtidig utvikling med flere eldre og færre unge, og har konsekvenser for dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten og for barnehage- og skoleutvikling. Utfordringsbildet «*Et sunnere samfunn*» handler særlig om forebygging av livsstilsykdommer og involverer områder som natur- og friluftsliv, kosthold, mosjon og trening, røyking og rus. Utfordringsbildet «*Psykisk helse*» fokuserer på barn og ungdommer, men også på den øvrige befolkningen, og involverer områder som skole, barnevern og helse.

Resultatet av denne fem timer lange prosessen var at gruppen kunne gi innspill til rådmannen om at Kvinnherad kommune, på grunnlag av helseoversikten, hadde fem utfordringsbilder i folkehelsearbeidet.

Skrittvis utvelgelse, punktvis

Vi anbefaler å gå inn på nettsiden **www.helomplan.no** for å finne detaljerte beskrivelser og videoeksempler på metodikken.

Det er et viktig poeng at alle trinnene i metodikken dokumenteres skriftlig og arkiveres sammen med øvrig dokumentasjon knyttet til planprosessen. Møteleder bør være en ekstern person som ikke har «interesser» i utfallet av drøftingen.

A. Inviter lokale ressurspersoner som representerer viktige sivile interesser i kommunen.
B. Inviter også ordfører, relevant utvalgsleder, rådmann og relevante kommunalsjefer.
C. Ta utgangspunkt i den lokale (reviderte) helseoversikten.
D. Hvert punkt i helseoversikten beskrives, for eksempel av folkehelsekoordinator. Gi anledning til å stille spørsmål.
E. Runde 1. Hver deltaker velger ut fem punkter som sine viktigste.
F. Oppsummering runde 1.
G. De punktene som ingen synes er viktige nok til å prioriteres, danner grunnlag for en drøfting. Hvorfor skal ikke dette punktet prioriteres?
H. Runde 2. Hver deltaker velger ut fem punkter som sine viktigste.
I. Oppsummering runde 2.
J. De punktene som ingen synes er viktige nok til å prioriteres, danner grunnlag for en drøfting. Hvorfor skal ikke dette punktet prioriteres?
K. De punktene som står igjen, forsøkes tematisert.
L. Tematiserte punkter blir de prioriterte utfordringsbildene som skal løftes inn i planstrategien.

Det er til slutt viktig å understreke at det er kommunestyret som til sist avgjør hvilke utfordringsbilder som skal danne rammen for kommunens planstrategi. Kommunestyret står derfor fritt til å endre på det som foreslås fra rådmannen. Det er derfor viktig at rådmannens forslag er basert på en prosess som er dokumentert, og at prosessen er basert på faglighet, transparens og bred medvirkning.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 43 22.11.2017 14:07

Avslutning

Mange kommuner har lykkes godt med å utarbeide helseoversikter, og noen kommuner har også gjennomført arbeidet med å definere utfordringsbilder for folkehelsen, som har gått inn i planstrategien.

Det er likevel noen kommuner som ennå ikke har fått alle leddene i planprosessen til å sitte helt og fullt. Vi håper at dette lille idéheftet og nettsiden www.helomplan.no kan være til hjelp.

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 44 22.11.2017 14:07

Vedlegg

Vi vil takke følgende personer for innspill og synspunkter i kommune-nettverkene. Det er innspillene herfra som har gjort det mulig å utvikle dette idéheftet.

Kommunalsjef	**Fiona Sahl**	**VADSØ KOMMUNE**
Enhetsleder	**Yngvar Mækelæ**	**VADSØ KOMMUNE**
Frisklivskoordinator	**Evie Anita Einvik-Heitmann**	**ALTA KOMMUNE**
Kommunelege	**Kenneth Johansen**	**ALTA KOMMUNE**
Folkehelsekoordinator	**Gjermund Abrahamsen Wiik**	**ALTA KOMMUNE**
Helsekonsulent	**Kristin Tørum**	**ALTA KOMMUNE**
Folkehelsekoordinator	**Geir Ove Fosse**	**KVINNHERAD KOMMUNE**
Miljøkonsulent	**Synneve Skei**	**KVINNHERAD KOMMUNE**
Rådgiver	**Mona Enes**	**KVINNHERAD KOMMUNE**
Enhetsleder	**Leif Kongestøl**	**KVINNHERAD KOMMUNE**
Enhetsleder	**Linn Stene Hellås**	**KVINNHERAD KOMMUNE**
Folkehelsekoordinator	**Anne Mørland Lein**	**ASKIM KOMMUNE**
Kommunelege	**Alf Stausland Johnsen**	**ASKIM KOMMUNE**
Kommunelege	**Barbro Kvaal**	**MARKER KOMMUNE**
Folkehelsekoordinator	**Else Berit Baccouche**	**TRØGSTAD KOMMUNE**
Kommunelege	**Heidi Ødegård Solvang**	**HOBØL KOMMUNE**
Kommunelege	**Jan Børre Johansen**	**SPYDEBERG KOMMUNE**
Samfunnsplanlegger	**Kai Einar Roterud**	**EIDSBERG KOMMUNE**
Enhetsleder	**Line Sødal**	**HOBØL KOMMUNE**
Kommunelege	**Silje Bruland Lavoll**	**EIDSBERG KOMMUNE**
Prosjektleder	**Linn Haraldstad**	**TRØGSTAD KOMMUNE**
Senterleder	**Olga Rugsland Espegren**	**KRISTIANSAND KOMMUNE**

Folkehelseplanlegging i kommunene.indd 45 22.11.2017 14:07

UNIVERSITETET I AGDER
KRISTIANSAND • GRIMSTAD