



## Folkehelsearbeid i Tysvær kommune og handlingsplan for folkehelse 2017



**TYSVÆR KOMMUNE**

## Innhold

Del 1 Orientering om folkehelsearbeidet.....	3
Innledning.....	3
Hva er folkehelse? .....	3
Hva kommer ikke inn under definisjonen? .....	3
Hva er helse? .....	3
Sosiale helseforskjeller .....	4
Påvirkningsfaktorer for helse .....	6
Nytt lovverk .....	7
Folkehelseloven.....	7
Kommunens ansvar .....	7
Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid .....	7
Fylkesmannen har fått kontrollfunksjon .....	7
"Folkehelsehjulet" – det systematiske arbeidet .....	7
Tilpasset plan og bygningsloven.....	8
Oversiktsdokument .....	8
Mål for folkehelsearbeidet.....	10
Internasjonale mål.....	10
Nasjonale mål.....	10
Regionale mål.....	11
Lokale mål.....	12
Partnerskap for folkehelse Rogaland .....	13
Hva er partnerskap? .....	13
Hovedmålene for partnerskapet.....	13
Rogaland fylkeskommunes forpliktelser .....	13
Tysvær kommunes forpliktelser .....	14
Økonomiske konsekvenser for Tysvær kommune .....	15
Organisering av folkehelsearbeidet .....	15
Del 2 Handlingsplan for folkehelse 2017.....	17

Dokumentet er todelt. Del 1 er en orientering om helse, påvirkningsfaktorer, folkehelseloven, mål for folkehelsearbeidet, partnerskapsavtalen med Rogaland Fylkeskommune samt organisering av folkehelsearbeidet i Tysvær kommune. Del 2 er handlingsplan for folkehelse 2017 med budsjett. Handlingsplanen inneholder konkrete prioriterte tiltak som er iverksatt og skal fortsette, eller nye

som skal iverksettes. Handlingsplanen gjelder kun tiltak relatert til tilskudd fra Rogaland Fylkeskommune og tilsvarende egenandel fra Tysvær kommune.

## **Del 1 Orientering om folkehelsearbeidet**

### **Innledning**

#### **Hva er folkehelse?**

Folkehelse blir definert som helsetilstanden i befolkningen og hvordan den fordeler seg mellom innbyggerne. Faktorer som påvirker helse er alt fra oppvekst, levekårsforhold som bolig, utdanning, skole, arbeid, inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader, ulykker, tobakk og rusmidler.

I folkehelsearbeidet er det særlig viktig å arbeide for utjevning av sosiale ulikheter innen helse. Sosial ulikhet i helse er de systematiske forskjellene i helsetilstanden som følge av sosiale og økonomiske forhold, særlig utdanning og inntekt. Forskning slår fast at personer med høy sosioøkonomisk status lever lenger og har bedre helse enn personer med lavere sosioøkonomisk status.

Folkehelsearbeid er en bred tilnærming til samfunnets totale innsats for å påvirke faktorer som fremmer helse og forebygger sykdom og skade samt arbeidet med en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helsen. God folkehelse er både samfunnets ansvar og den enkeltes ansvar. Å tenke "helse i alt vi gjør" er et mål for folkehelsearbeidet, med ansvar i alle departement på statlig nivå til alle sektorer på kommunalt nivå, til frivillig og privat sektor. Løfter vi i flokk vil vi sammen kunne løse dagens og morgendagens folkehelseutfordringer, som i stor grad handler om de ikke-smittsomme sykdommene, lettere psykiske plager og lidelser og utfordringer knyttet til en økende andel eldre i befolkningen.

#### **Hva kommer ikke inn under definisjonen?**

Folkehelsearbeid er ikke kurative tjenester, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering og rehabilitering.

#### **Hva er helse?**

I 1946 vedtok WHO at helse skulle defineres som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse». Vedtaket var på mange måter en sensasjon. Det la vekt på sammenhengen mellom fysiske, psykologiske og sosiale forhold, representerte dermed et brudd med tradisjonell medisinsk sykdomsforståelse, og slo fast at man ikke kunne sikre god helse uten å ivareta alle aspektene samtidig.

Mennesker definerer god helse svært forskjellig, det er et begrep som varierer med kultur, oppfatninger og historie. Helse er et sammensatt fenomen som kan defineres og avgrenses på ulike måter, og er og blir et relativt begrep.

I 10 år forsket professorene Benedicte Ingstad og Per Fugelli på folks oppfatninger av hva som ligger i begrepet god helse. I 2009 kom boken *Helse på norsk – God helse slik folk ser det* som et resultat av dette arbeidet.

Her møter vi mange av de 80 personene som er intervjuet i forbindelse med undersøkelsen. De deler sine tanker, følelser og meninger om hva som er god helse for dem. *Trivsel, likevekt, å bevege seg mot egne mål, livskraft og motstandskraft*, utpeker seg som helsens grunnstoffer.

Vår forståelse av helse kan ikke begrenses til et spørsmål om fravær av sykdom eller skade. Helse kan sees på mer som en ressurs som gjør folk i stand til å mestre livet og fungere i hverdagen, en ressurs som inkluderer opplevelse av påvirkning, menneskeverd, selvbestemmelse og livskvalitet. Ingstad og Fugelli oppsummerer helse som følgende:

- Helse er trivsel
- Helse er funksjon
- Helse er natur
- Helse er humør
- Helse er mestring
- Helse er overskudd/energi

## Sosiale helseforskjeller

Helsen i den norske befolkningen er generelt god sett under ett, men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper, og disse helseforskjellene er økende. Det er derfor et langsiktig mål i folkehelsearbeidet å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

Helsen fordeler seg altså ujevnt i befolkningen. Helseundersøkelser har vist at andelen av de som rapporterer om god helse, øker med høyere utdanning og inntekt. Dette gjelder både innen fysisk og psykisk helse. Faktorer som røyking, fysisk aktivitet, kostvaner, alkoholforbruk, overvekt og fedme er sosialt skjevt fordelt, og dette har stor betydning for sosial ulikhet når det gjelder helse. Det er også stor forskjell i forventet levealder i Norge, relatert til utdanningsnivå.

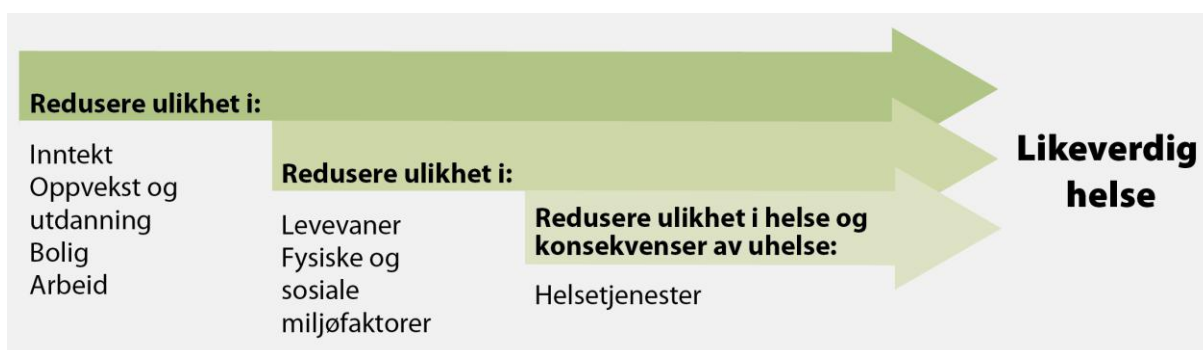
Hvis vi for eksempel skal kunne redusere omfanget av helseskadelig livsstil i grupper i befolkningen, er det viktig at vi forstår hvordan sosiale miljøfaktorer, individuelle psykologiske forhold og psykisk

helse virker inn på evne til og motivasjon for å opprettholde helsebringende levevaner eller helserelatert atferd. Helserelatert atferd blir påvirket av kunnskap om risiko og hvordan man oppfatter konsekvenser, stress og mestring, psykisk helse og personlighetstrekk. I tillegg kan normer og regler, og faktisk atferd i det sosiale miljøet og samfunnet man er en del av, spille inn. Mye tyder på at den skjeve sosiale fordelingen av disse atferdsdeterminantene er viktige bakenforliggende årsaker til sammenhengen mellom levekår og helserelatert atferd i Norge.

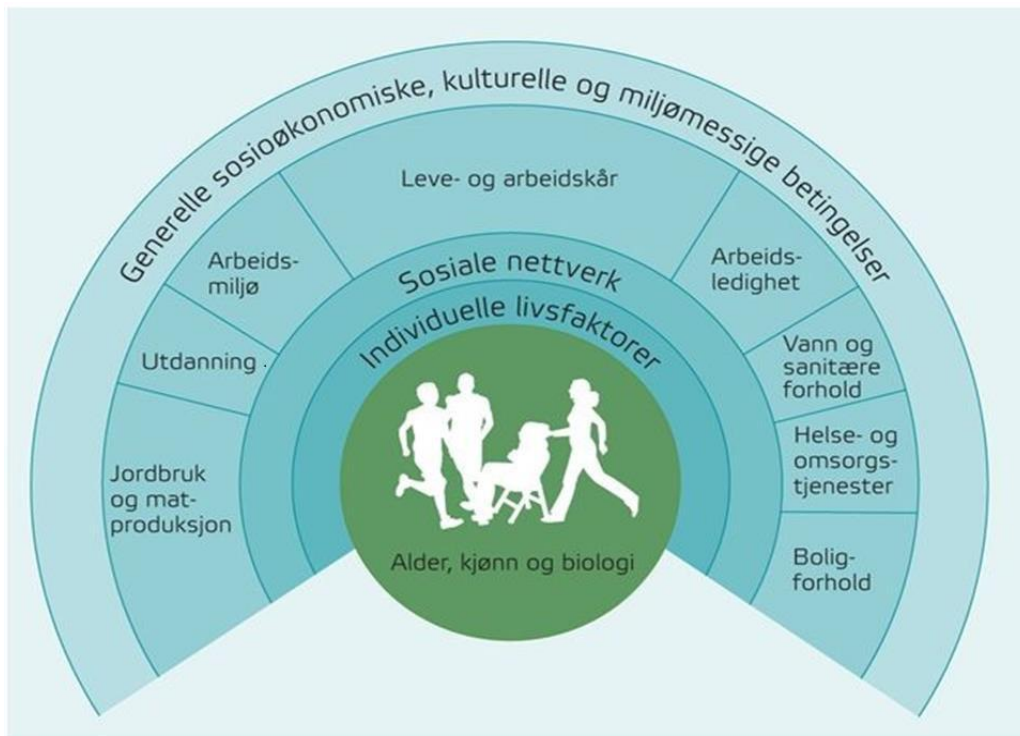
Dersom vi skal utjevne helseforskjellene må vi ha hele befolkningen i tankene. Et godt gjennomført tiltak kan samlet sett gi en betydelig folkehelsegevinst fordi det når frem til mange. Tiltak kan være ment å treffe alle og gi mest nytte til de med størst behov, men dersom en ikke undersøker og sikrer dette i den praktiske gjennomføringen kan resultatet bli at man forsterker i stedet for å utjevne helseforskjellene.

Vi kan se på helsen som endepunkt i en årsakskjede hvor grunnleggende sosiale forhold som utdanning og økonomi, sammen med miljøforhold, levevaner og, til slutt, helsetjenester påvirker helsen. Tiltak for å bedre helse og utjevne sosiale helseforskjeller kan settes inn på alle leddene i denne årsakskjeden. Nøkkelen til å redusere helseforskjellene ligger ikke i noen få enkelttiltak, men i sammensatt innsats.

Innsatsområder for å redusere sosial ulikhet i helse:



## Påvirkningsfaktorer for helse



*Etter Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health*

Det er nå bred støtte for at folkehelsepolitikken skal ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen. Dette perspektivet bygger på en erkjennelse av at helse ikke primært skapes i helsesektoren, men på en rekke arenaer og livsområder som på ulike måter har betydning for folks helse. Politiske valg og beslutninger som i utgangspunktet ikke har helse som mål kan derfor ha store helsemessige konsekvenser.

Påvirkningsfaktorene for helse kan fremstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Dette er illustrert i figuren over. Bakerst i årsakskjeden finner vi generelle samfunnsforhold slik som økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styresett. Dernest finner vi levekår og arbeidsforhold, og sosiale forhold som sosial kapital, blant annet nettverk og relasjoner. Til slutt finner vi individuelle levevaner og helseatferd som har en mer umiddelbar betydning for helsen, men som også er formet av bakenforliggende faktorer. Alle disse påvirkningsfaktorene virker inn på enkeltmennesker som har bestemte biologiske og genetiske kjennetegn, beskyttelsesfaktorer og sårbarheter.

Det har foregått en dreining av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Mens sykdomsperspektivet tok utgangspunkt i bestemte sykdommer eller tilstander, retter påvirkningsperspektivet oppmerksomheten mot faktorer som påvirker helsen.

Dette peker mot den brede samfunnsrettede folkehelsepolitikken, med tiltak i alle sektorer for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, og fremmer fellesskap, trygghet og deltagelse.

I tråd med folkehelseloven omfatter begrepet påvirkningsfaktorer både helsefremmende og forebyggende faktorer, og risikofaktorer.

## Nytt lovverk

### Folkehelseloven

#### Kommunens ansvar

Folkehelsearbeidet fikk styrket fokus da den nye Folkehelseloven trådte i kraft i 2012.

Bestemmelsene i loven gir flere plikter til kommunen. Ansvaret for folkehelsearbeidet legges til kommunen som helhet, blant annet som samfunnsutvikler og lokal planmyndighet.

Folkehelsearbeidet skal gjøres i alle kommunens sektorer: skole-, barnehage-, bolig-, kultur-, miljø-, landbruks- nærings- og vegsektoren, i tillegg til i helse- og omsorgssektoren.

Folkehelseloven gir blant annet kommunen ansvar for ”å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelser, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor” (§ 4).

#### Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid

Fylkeskommunen skal støtte kommunene med de oppgaver og de virkemidler de er tillagt. Det skal skje gjennom regional utvikling, planlegging, forvaltning og gjennom tiltak som kan møte fylkets utfordringer. Fylkeskommunen skal videre være en pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket (for eksempel gjennom partnerskap).

#### Fylkesmannen har fått kontrollfunksjon

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette folkehelsepolitikken og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Det vil si at Fylkesmannen har fått kontrollfunksjon både ovenfor kommuner og fylkeskommuner ved å påse at bestemmelsene i folkehelseloven følges opp.

#### ”Folkehelsehjulet” – det systematiske arbeidet

Den nye folkehelseloven regulerer forhold knyttet til det systematisk helsefremmende og forebyggende arbeidet som kommunene har plikt til å drive. Kommunen skal ha oversikt over

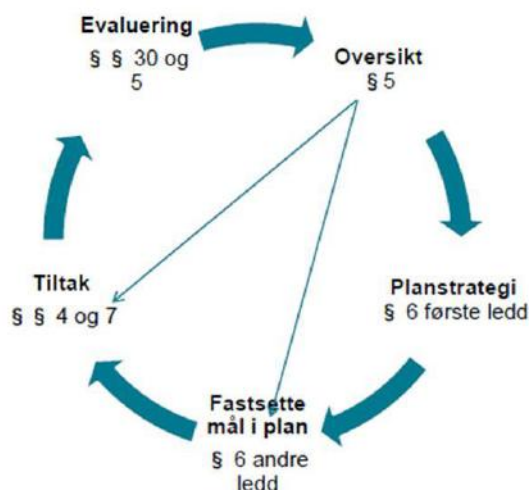


helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i befolkningen. Kommunen skal videre i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte de utfordringene kommunen står ovenfor.

Kommunen har videre plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer med de virkemidlene kommunen har. Dette kan bla. omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold, forhold som bolig, utdanning, fysiske og sosiale miljøer, arbeid og inntekt, ernæring, skader – og ulykker, tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk. Kommunen skal videre medvirke til at helsehensyn blir tatt av alle enheter og avdelinger. Medvirkning kan bla. skje gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal videre legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Folkehelse skal gjennomsyre "alt en gjør". Prinsippet om å tenke helse i alt en gjør gjelder både for kommune, fylke og stat. Det vil si at det totale helsehensynet skal integreres i alle beslutningsprosesser.

## Det systematiske folkehelsearbeidet



### Tilpasset plan og bygningsloven

Det er viktig å merke seg at bestemmelsene i det nye lovverket er tilpasset plan og bygningsloven. Årsaken er at plan og bygningsloven legger klare føringer for forhold nettopp der menneskene lever og bor. Eller sagt på en annen måte; plan og bygningsloven legger føringer som får innvirkning på hvilken helse som skapes og om innbyggerne har mulighet for å ta sunne og gode helsemessige valg.

### Oversiktsdokument

For å kunne drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid krever folkehelseloven og forskrift om oversikt over helsetilstanden at kommunene utarbeider et oversiktsdokument hvert 4.år. Oversikt

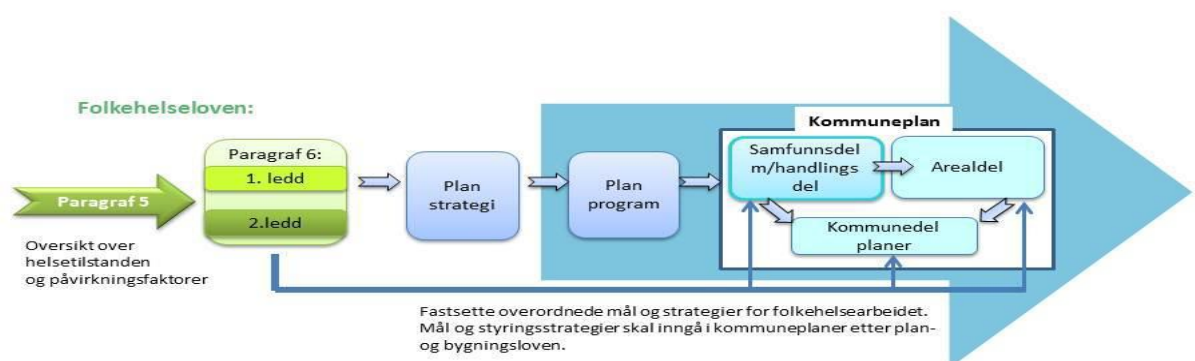


over helsetilstanden skal peke på utfordringene og ressursene i kommunen og stake ut en retning for folkehelsearbeidet. Dokumentet skal inneholde informasjon om bl.a. befolkningssammensetning, oppvekst og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helsere-latert adferd og helsetilstand.

Det er også krav til kommunen gjennom Folkehelseloven å ha løpende oversikt over helse og påvirkningsfaktorer. Det er ikke meningen at oversiktsarbeid skal avgrenses til å være en engangsøkt hvert fjerde år. Skal folkehelsearbeidet være treffsikkert både mht. problemforståelse og valg av løsninger må arbeidet være kontinuerlig og oppdatert. Løpende oversiktsarbeid innebærer å jevnlig følge med på ulike kilder til informasjon, vurdere informasjonen og utforme grunnlag for beslutninger tilknyttet ulike planer og tiltak i kommunen.

Figuren nedenfor illustrerer gangen i det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Oversikt over helsetilstanden skal foreligge før oppstart av kommunens planstrategi og planprogram. Dvs. at oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi og planprogram. Disse skal ta utgangspunkt i helsetilstanden i kommunen og fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Det er viktig å merke seg at folkehelsearbeid skal drives i alle kommunale enheter ved å få "helse i alt vi gjør" integrert i kommunale beslutningsprosesser med bakgrunn i de ressursene kommunen besitter.

Folkehelseutfordringene skal drøftes allerede i planstrategien. Mål og styringsstrategier for folkehelsearbeidet skal deretter inngå i kommuneplanarbeidet som en rød tråd i samfunnsdel, arealdel, øvrige kommunedelplaner og temaplaner ([www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no)).



## Mål for folkehelsearbeidet

### Internasjonale mål

I Ottawa-charteret som ble utarbeidet og godkjent på den første internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada, understrekes det at det helsefremmende arbeidet har klar sammenheng med politikk på alle samfunnsnivåer og lokalmiljøet rundt oss. Charteret består av fem hovedstolper:

- *Å bygge opp en sunn helsepolitikk* – det vil si ”plassere helse på saklisten til de bestemmende organene på alle nivåer og områder”.
- *Å skape et støttende miljø* – ”helsefremmende arbeid skaper leve – og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige”.
- *Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling* – ”helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse”
- *Å utvikle personlige ferdigheter* – ”helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker”
- *Å tilpasse helsetjenesten* – ”helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte klinisk og kurative tjenester”

### Nasjonale mål

I Folkehelsemeldingene som presenteres hvert 4. år, setter regjeringen nasjonale mål på området.

Hovedmålsettinger fra gjeldende Stortingsmelding er:

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

Folkehelsemeldingen gir også en beskrivelse av helsen i den norske befolkningen og faktorer som påvirker denne. Hovedbildet er at den norske befolkningen har god helse. Levealderen har økt betydelig de siste hundre årene og den øker fortsatt.

Det norske sykdomsbildet domineres av ikke-smittsomme sykdommer, som står for 85-90 % av sykdomsbyrden på tvers av sykdomsbyrdemål. De viktigste årsakene til død er sykdommer som i stor grad rammer eldre, spesielt hjerte- og karsykdommer, og kreftsykdommer. Iskemisk hjertesykdom er

den viktigste årsaken til både antall dødsfall og tapte leveår. Andre viktige dødsårsaker er Alzheimers sykdom og annen demens, hjerneslag, lungekreft, kols, lungebetennelse og tykk- og endetarmskreft. Blant viktige årsaker til tapte leveår finner vi også sykdommer og skader som ikke nødvendigvis gir mange dødsfall, men som ofte rammer i yngre alder, slik som selvmord, overdoser, brystkreft, lungekreft og veitrafikkskader.

Muskel- og skjelettsykdommer, samt psykiske lidelser og ruslidelser er de viktigste årsakene til helsetap i Norge. Psykiske lidelser bidrar betydelig til helsetap i alle aldersgrupper, mens helsetap knyttet til muskel- og skjelettsykdommer øker med alder.

I Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter presenterer regjeringen strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg. Regjeringen vil utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter for hver enkelt av oss til å ta ansvar for egen helse. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse.

Regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer helse og trivsel. Hensynet til befolkningens helse skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid. Dette startes opp i 2017, og er et 10 årig folkehelseprogram. Metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet er en viktig del av innsatsen, for eksempel kommunehelseprofiler, faglig støtte til kommunene og bedre koordinering av statlige føringer. Det skal legges til rette for systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Det krever gode helseanalyser, forskning, evalueringer og kunnskapsoppsummeringer.

## Regionale mål

(jf. Regionalplan for folkehelse Rogaland 2013-2017)

Regionalplan for folkehelse har følgende hovedmålsettinger for folkehelsearbeidet i Rogaland:

- Fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller
- Sikre god politisk og administrativ forankring av folkehelsearbeidet
- Drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid

De tre satsningsområdene er:

- Aktive og trygge lokalsamfunn – samfunns- og arealplanlegging
- Støttende miljø for psykisk helse
- Sunne levevaner

## Lokale mål

I samfunnsdelen til Tysvær kommunes kommuneplan 2015 -2027 er det mange målsettinger for bedre helse og utjevning av sosiale helseforskjeller i befolkningen. Både visjonen, overordnede målsettinger og strategier omhandler fokus og tiltak på en rekke folkehelseområder. Det er også et eget kapittel om folkehelse. Her er det presisert at kommunen skal ha helsefremmende og forebyggende arbeid som målsetting på alle nivå og i alle sektorer. Noen viktige områder innen folkehelse som er nevnt er blant annet miljørettet helsevern, smittevern, friskliv og samarbeid med frivillige lag og organisasjoner. I forrige kommunale planstrategi ble det vedtatt å utarbeide handlingsplaner innen folkehelse og universell utforming, fra første gang i 2014. For folkehelse er det behov for årlig rullering av handlingsplanen, og da spesielt tiltaksdelen knyttet til krav i partnerskap for folkehelse med Rogaland Fylkeskommune og overføring av midler til kommunen.

Fra samfunnsdelens folkehelsekapittel er følgende planer og tiltak nevnt;

- Folkehelsearbeidet skal tas hensyn til i kommunen sine planer og tiltak
- Økt kompetanse og innsats i resultatområder og politiske utvalg
- Styrke, samordne og legge til rette for frivillig arbeid, utvikle en frivillighetspolitikk
- Konkretisere hvordan man kan koordinere den overordnede, forebyggende og helsefremmende innsatsen med fokus på universell og selektiv forebygging på tvers av tjenestene og sammen med andre
- Fast samarbeid og utviklingsarbeid i arbeidsgruppe folkehelse
- Etablere referansegruppe folkehelse
- Handlingsplan folkehelse er utarbeidet, og blir rullert årlig
- Systematisk ulykkesforebyggende arbeid gjennom Trygg i Tysvær
- Etablere frisklivscentral som kan drive med systematisk forebygging av livsstilssykdommer for personer som er i fare for å utvikle sykdom

## **Partnerskap for folkehelse Rogaland**

### **Hva er partnerskap?**

Partnerskapet for folkehelse i Rogaland består av kommuner, frivillige aktører og regionale aktører som har faste nettverksmøter med Rogaland fylkeskommune i spissen. Hovedformålet med partnerskap for folkehelse er å samordne folkehelsearbeidet i fylket. Det skal videre bidra til å oppfylle hovedmålet i den nasjonale folkehelsepolitikken å fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Kommunestyret i Tysvær gav enstemmig innstilling til inngåelse av partnerskap for folkehelse i juni 2013. Avtalen gjelder for perioden 2013-17, samme periode som regionalplanen har.

### **Hovedmålene for partnerskapet**

Hovedmålene for partnerskapet oppsummeres som følger (jf. brev datert 19.12.2012 hvor Rogaland fylkeskommune inviterer til å delta i partnerskapet):

#### **1. Drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid**

Partnerskapet består av kommuner, frivillige aktører og regionale aktører som har faste nettverksmøter. Det systematiske folkehelsearbeidet vil ha fokus.

#### **2. Fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller**

Partnerskapet skal i større grad konkretisere kommunens og fylkeskommunens lovpålagte oppgaver i folkehelseoven og sikre at en sammen kan fremme folkehelsearbeidet og arbeide for å utjevne sosiale ulikheter i helse.

#### **3. Sikre god politisk og administrativ forankring av folkehelsearbeidet**

### **Rogaland fylkeskommunes forpliktelser**

(Jf. avtale for partnerskap for folkehelse i Rogaland)

1. Samordne og understøtte kommunenes folkehelsearbeid gjennom å ha ledelsen i partnerskapet og utvikle dette videre.

2. Legge til rette for nettverksbygging, erfaringsutveksling og faglig styrking blant partene gjennom å arrangere årlige nettverkssamlinger og regionale møter.

3. Følge opp Regionalplan for folkehelse i Rogaland 2013 – 2017.

4. Bevilge årlige midler til aktørene i partnerskapet. Nivået på tildelingene vil være avhengig av politiske prioriteringer.

5. Formidle kunnskap og erfaringer om modeller og metoder innen folkehelsearbeid.
6. Bidra med statistikk og veiledning mht. hvordan kommunene kan utforme presise behovs-og tiltaksanalyser for folkehelsearbeidet.
7. Bidra med informasjon om aktuelle regionale og statlige tilskuddsordninger og tilby veiledning mht. søknadsprosess.
8. Gjennomføre en evalueringsundersøkelse av partnerskapet for å sikre at utviklingen i partnerskapet er i tråd med partenes behov.
9. Videreutvikle en elektronisk plattform med relevant informasjon om folkehelsearbeidet i Rogaland.

### **Tysvær kommunes forpliktelser**

(jf. avtale for partnerskap for folkehelse i Rogaland)

1. Forankre deltakelse i partnerskapet med politisk vedtak i kommunen.
2. Forankre folkehelsearbeidet i kommuneplanen og i alle sektorer i egen organisasjon.
3. Etablere en folkehelsekoordinatorstilling. Det anbefales at det settes av minimum 50 % stillingsstørrelse for å drive arbeidet.
4. Yte en årlig kommunal egenandel tilsvarende det fylkeskommunale tilskuddet. De fylkeskommunale midlene kan ikke finansiere drift i form av lønn til folkehelsekoordinator stillinger eller av personell i frisklivsentraler, men må i hovedsak benyttes til gjennomføring av kunnskapsbaserte aktiviteter eller evaluering av prosjekter som er konkretisert i en årlig handlingsplan.

5. Opprette et kommunalt sektordeltakende folkehelseforum som skal ha jevnlige møter gjennom året.
6. Formidle kunnskap og erfaringer om modeller og metoder innen folkehelsearbeid. Dette er et felles ansvar for alle aktører i partnerskapet.
7. Ha løpende oversikt over helsetilstanden og sentrale påvirkningsfaktorer for helse i kommunen og identifisere lokale helseutfordringer (Jmf. §5 i ny folkehelselov).
8. Utarbeide et utfordringsdokument, som gjøres kjent og drøftes med egne politikere, i alle sektorer i kommunen og blant frivillige aktører i lokalsamfunnet.
9. Årlig utarbeide en handlingsplan i form av en oversikt over hvilke konkrete kunnskapsbaserte tiltak kommunen vil prioritere for å løse lokale folkehelseutfordringer beskrevet i punkt 2 (jmf. ny folkehelselov §7). Handlingsplanen bør behandles politisk og beskrive planlagte aktiviteter, ansvarsfordeling, tidsplan, opplegg for evaluering og budsjett for gjennomføring.
10. Utarbeide en egen frivillighetspolitikk og invitere lokale frivillige organisasjoner til å inngå formelle partnerskapsavtaler for å løse lokale folkehelseutfordringer. Dette kan også gjelde lokalt næringsliv.
11. Ta initiativ til å samle informasjon om lokale helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud og gjøre dette lett tilgjengelig for innbyggerne, f.eks. via kommunens nettsider.
12. Invitere til samarbeid og bidra med å formidle forskningsbehov til lokale utdannings- og forskningsinstitusjoner i den grad det vurderes som nødvendig.

## **Økonomiske konsekvenser for Tysvær kommune**

Tysvær kommune forplikter seg til å yte et økonomisk tilskudd lik det fylkeskommunale tilskuddet. Det fylkeskommunale tilskuddet er på ca. kr. 100 000 årlig i avtaleperioden (kr. 102 000 for 2017).

## **Organisering av folkehelsearbeidet**

Organisering av folkehelsearbeidet ble vedtatt i kommunestyret 14.05.13. Man valgte da å opprette en faglig sammensatt arbeidsgruppe folkehelse samt en referansegruppe. Utover disse nye gruppene benyttes eksisterende strukturer i den kommunale organiseringen, både politisk og administrativt. Kommunestyret er øverste politiske myndighet for folkehelsearbeidet, og rådmannsgruppen administrativ styringsgruppe med rådmann som leder.

*Arbeidsgruppe folkehelse* samler sentrale sektorovergripende folkehelseaktører for rådgivning og kunnskapsutveksling i det langsiktige og brede folkehelsearbeidet. Målet for teamet er å være et



kraftsentrum for folkehelsearbeidet med fokus på sektorovergripende strategier, i nært samarbeid med rådmannsgruppen. Arbeidsgruppen har regelmessige møter, og ledes av folkehelsekoordinator. Arbeidsgruppen består av folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, idrettskonsulent, samfunnspsykolog og aktivitetskoordinator.

*Referansegruppe* folkehelse er tenkt som et sammensatt forum med representanter fra offentlig, privat og frivillig sektor. Referansegruppen blir et uformelt nettverk, der man inviterer til åpne møter og inkluderer alle interesserte. Fokus vil være på felles utfordringer og muligheter i kommunen, og kommunen som tilrettelegger for å skape engasjement og samarbeid om folkehelse på tvers. Oppstart av første møteplass folkehelse var i november 2015. Det planlegges rundt to møteplasser årlig. Folkehelsekoordinator er sekretær og kontaktperson for referansegruppen.

Organiseringen av folkehelsearbeidet skal i tråd med vedtaket evalueres, og dette arbeidet foregår i 2017 med bred involvering av både kommunal, frivillig og privat sektor, og gjennom orienteringssaker i politiske råd og utvalg. Ny sak om videre organisering av folkehelsearbeidet vil fremmes politisk høsten 2017.

## Del 2 Handlingsplan for folkehelse 2017

Denne delen viser handlingsplan for folkehelse basert på midler avsatt for folkehelsearbeid i 2017, gjennom fylkeskommunale midler og tilsvarende kommunal egenandel etter avtale i partnerskapet. Midlene i årlig rullerende handlingsplan er først og fremst befolkningsretta- eller grupperetta tiltak som når bredt ut til befolkningen i Tysvær kommune.

Det totale folkehelsearbeidet i kommunen er **ikke** vist i handlingsplanen, da dette omfatter en rekke langsgående samt nye tiltak i alle sektorer og er definert i tverrsektorielle planer og i de ulike resultatområdenes sektor-/virksomhetsplaner. Det frarådes fra en rekke hold å lage egne folkehelseplaner i kommunene, men heller å styrke de ordinære sektorplanene med satsning på "helse i alt en gjør".

### Tiltak fylkeskommunalt tilskudd

Tiltak	Fremdrift / utført	Målsetning	Ansvar	Evaluering	Kostnad
Distribusjon av AV-OG-TIL brosjyre til alle husstander	Høsten 17	Fremme alkohovett hos innbyggere og øke bevissthet omkring Tysvær kommune som AV-OG-TIL kommune	Folkehelsekoordinator		5000,-
Utvikling av ny grafisk profil for "Trygg i Tysvær/Trygt lokalsamfunn"	Høsten 17	Utvikle en felles profil for det skade- og ulykkesforebyggende arbeidet (Trygg i Tysvær/Trygt lokalsamfunn).  Gjøre det enklere for innbyggerne å kjenne igjen og forstå budskapet i kampanjene gjennom året	Trygg i Tysvær		10 000,-
Folkepuls – utvikle lavterskel tilbud i tilknytning til idrettslagene (3 årig prosjekt 2015-2017)	Ny utlysning høsten 2017, evaluering av midler tildelt i 2016	Legge til rette for utvikling av nye lavterskeltilbud for befolkningen gjennom idrettslagene i Tysvær kommune	Tysvær idrettsråd, Norges idrettsforbund folkepuls, idrettskonsulent, folkehelse koordinator, idrettslagene	Hvor mange nye tilbud er utviklet?  Antall deltagere?  Økt samarbeid mellom TK og aktuelle klubber?	40 000,-

Rusfritt arrangement for 10.klassinger siste skoledag	Juni 2017	Utsette debut av alkohol/forebygge alkoholbruk blant 10.klassingene i kommunen	SLT koordinator, Kulturkontoret, folkehelsekoordinator	Evaluering fra elever og ansatte	15 000,-
Arrangement ifm. Verdensdagen for Psykisk helse	Oktober 2017	Bidra til å skape åpenhet og styrke kunnskapen om psykisk helse i befolkningen	Psykisk helsetjeneste, folkehelsekoordinator	Antall deltagere, antall medieoppslag	10 000,-
Arrangement ifm. Verdens aktivitetsdag	Mai 2017	Bidra til å fremme kunnskap og øke motivasjon for økt fysisk aktivitet hos innbyggere	Frisklivs koordinator, kreftkoordinator, folkehelsekoord., frivillige lag og organisasjoner, Aksdal senter	Antall besøk på stand, antall medieoppslag	5000,-
Utprøving av "Få hjula til å rulle i Tysværbedriftene" (lokal sykle til jobben-konkurransen)	April-oktober 2017	Fremme økt sykkelbruk hos alle ansatte i Tysværbedrifter, for bedre helse og trivsel	Prosjektgruppe "Sykle i Tysvær", lokale bedrifter, sykkelklubber	Antall deltagere	10 000,-
Vaksinasjonsdager (influenza)	Oktober 2017	Fremme influensavaksinasjon hos friske over 65 år og andre utsatte grupper.  Redusere antibiotikabruk	Kommuneoverlege, fastleger, helsestasjon, Aktivitet og omsorg, frivillige lag og organisasjoner	Antall vaksinerte  Nedgang i antibiotikabruk	7000,-
Sum:	102 000,-				

### Tiltak kommunal egenandel

Tiltak	Fremdrift / utført	Målsetning	Ansvar	Evaluering	Kostnad
Gjennomføre aktivitetsopplegget "Gå tur i Tysvær"/TellTur	Vår/høst 2017	Motivere til økt fysisk aktivitet i naturen for hele befolkningen	Idrettskonsulent Friluftsrådet Vest	Antall deltagere	10 000,-
Gjennomføre overgangsløper mellom barne- og ungdomsskole	Juni 2017	Trygge overgangen mellom barne- og ungdomsskolen	Skolesjef, aktuelle skoler, ulike repr. andre resultatområder, frivillige	Evaluering fra elever og ansatte	52 000,- (delsum)

Folkehelsearrangement ifm. Midtsommerfest, med målgruppe barn og barnefamilier	19.juni	Styrke forståelsen av folkehelse og friskliv hos målgruppen, og informere om kommunens innsats.	Frisklivsordinator, kreftkoordinator, folkehelsekoordinator, midtsommerfestkomite	Antall deltagere, antall medieoppslag	10 000,-
Deltagelse på ulike folkehelsesamlinger og konferanser	Gjennom året	Økt kompetanse i organisasjonen på folkehelse  Styrke samarbeidet og nettverk innen folkehelse	Folkehelsekoordinator  Ansatte i alle sektorer  Folkevalgte	Antall deltagere	30 000,-
Sum:	102 000,-				