

Arkivsaknr:	2015/1104
Arkivkode:	G10
Saksbehandler:	Wenche O. Bergheim-Evensen

Saksgang

Levekårsutvalget
Administrasjonsutvalget
Formannskapet
Kommunestyret

Møtedato

17.09.2015
01.10.2015
01.10.2015
15.10.2015

Folkehelse og friskliv i Gildeskål kommune - organisering og forankring

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Folkehelsearbeid er alle kommunale lederes ansvar, uavhengig av organisasjonsmessig plassering.
2. Organisering og forankring av det systematisk løpende folkehelse- og frisklivsarbeidet iverksettes slik det skisseres i denne sak.
3. Den videre organisering av frisklivsarbeidet fremmes i egen sak i løpet av 2016.
4. Det opprettes en ny fast 100 % stilling som folkehelse-/ frisklivskoordinator f.o.m. 01.01.16. Stillingen fordeles med 50 % på folkehelse og 50 % på friskliv. Stillingen innarbeides i budsjett for 2016.
5. Folkehelselovens krav om utarbeidelse av oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ferdigstilles innen 31.01.16.
6. Gildeskål kommune inngår samarbeidsavtale om folkehelsearbeid med Nordland fylkeskommune f.o.m. 01.01.16.

Bakgrunn for saken:

Folkehelseloven § 4 pålegger kommunen et ansvar for folkehelsearbeid. Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Folkehelselovens § 5 pålegger videre kommunene å ha en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen.

Også Helsedirektoratet anbefaler at kommunene har en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer når man skal utrede behovet for å etablere en ev frisklivssentral. Det er ingen lovmessig plikt til å opprette frisklivssentraler, selv om Helse- og omsorgstjenesteloven (25) § 3-2 omhandler kommunens plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Der det opprettes frisklivssentraler vil det være forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (1) § 3-3 om kommunens plikt til å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, ved å yte helse- og omsorgstjenester. St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen trekker fram tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester dekkes ikke godt nok.
- Det gjøres for lite for å begrense og forebygge sykdom.
- Den demografiske utviklingen og endringene i sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

I forarbeidene til Helse- og omsorgstjenesteloven nevnes det at helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell står i en særlig god posisjon til å identifisere personer med levevaner som gir økt risiko for å utvikle sykdom. Videre beskrives det at kommunene må iverksette tiltak på riktig tidspunkt i utviklingsforløpet til en sykdom eller lidelse alt etter hva som er effektivt med hensyn til helseutfall og for å spare lidelser. En god praksis er at kommunene driver helse- og omsorgstjenestene sine på en slik måte at det sikrer flest mulig leveår med god helse for den enkelte. Det vil si at dersom det ikke blir iverksatt nødvendige tiltak for å forebygge eller begrense sykdomsutviklingen, der dette er mest effektivt, kan det regnes som uforsvarlig.

Helse- og omsorgstjenesteloven (25) § 3-3 pålegger helsepersonell å bidra i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (følger også av folkehelseloven). Helse- og omsorgstjenesten er en viktig bidragsyter i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, og tjenestens kompetanse er nødvendig i folkehelsearbeidet. Dette omfatter blant annet kunnskap om årsakssammenhenger mellom påvirkningsfaktorer og helseutfall, men også erfaringsbasert kunnskap i møte med brukere av tjenesten. Videre vil det ofte være naturlig at noe av gjennomføringen av de tverrsektorielle folkehelse tiltakene administreres av helsetjenesten. Frisklivssentral kan bidra til å oppfylle lovkrav om å iverksette nødvendige folkehelse tiltak når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold, tobakksbruk og eventuelt alkoholvaner.

Fylkesmannen i Nordland gjennomførte i perioden 23.09.14 – 19.01.15 tilsyn med Gildeskål kommunes folkehelsearbeid. Tema for tilsynet var kommunens arbeid med løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og de positive og negative faktorene som kan påvirke denne. Målsettingen for tilsynet var å påse at kommuner som ikke hadde satt i gang systematisk, løpende oversiktsarbeid, kommer i gang med dette. Det ble påvist som avvik at kommunen ikke har kommet i gang med det løpende oversiktsarbeidet slik folkehelse loven forutsetter. Grunlaget for avviket er at det ikke er avklart hvem som leder og koordinerer folkehelsearbeidet, og helseutfordringene i kommunen er ikke identifisert.

Gildeskål kommune har slitt med å komme i gang med et tilstrekkelig systematisk folkehelse- og frisklivsarbeid i kommunen, selv om vi på handlings- og tiltaksnivå har mye godt folkehelsearbeid i kommunen. Kommunen hadde en samarbeidsavtale med Nordland fylkeskommune og en folkehelsekoordinator frem til 2013. En tverrfaglig ressursgruppe ble etablert i 2013, men ulike forhold gjorde at fremdrift ble utfordret. Det ble rapportert til Nordland fylkeskommune på tiltaksnivå og økonomi.

Høsten 2014 ble det opprettet en tverrfaglig ressursgruppe med mandat til å kartlegge, drøfte og vurdere de krav lov og forskrifter stiller til oss som kommune, og utarbeide et første utkast til oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Fylkesmannens frist for lukking av avvik ble satt til 01.07.15. Kommunen har søkt om at denne fristen utsettes til 31.01.16. Arbeidet med oversiktsdokumentet ble i vår utsatt for å få mulighet til å innhente mer dokumentasjon ift ungdom gjennom Ungdata-undersøkelsen, og fordi et møte i nettverk for folkehelse i Salten viste at ingen kommuner i Salten hadde kommet så langt som oss, dermed var mulighetene for å hente erfaringer og samarbeide med andre i Salten større om vi utsatte arbeidet noen mnd.

Vi ivaretar i dag ikke tilstrekkelig grad de krav som stilles kommunen i Folkehelseloven eller Helse- og omsorgstjenesteloven. For å kunne ivareta kommunens lovpålagte forpliktelser og komme videre i folkehelse- og frisklivsarbeidet er det påkrevd å få på plass dedikerte ressurser og en mer systematisk organisering av arbeidet.

Vurdering:

Forskning viser til at folkehelse er mer så mye mer enn mat, drikke og trening. Folkehelse handler om summen av påvirkninger i hverdagslivet, ikke bare hva som spises og drikkes og hvor mye det trenes. Folkehelse handler om å planlegge og tilrettelegge gode boligområder for alle. Det handler om å ha gode grøntområder. Om at barn og eldre er med på å lage fritidstilbud i kommune. Om at svømmehallen fungerer. Og om at næringslivet i kommunen bidrar til arbeidsplasser for innbyggerne.

Fig 1. Sentrale faktorer av betydning for folkehelse og velferd



Forankring av folkehelsearbeid må gå som en rød tråd gjennom alt vi gjør, ledelsebevissthet er viktig. Folkehelse skal være et løpende tema i «ledergruppemøter» på alle nivåer og innarbeides i stillingsbeskrivelser og lederavtaler. I tillegg skal temaet inngå i medarbeidersamtalene.

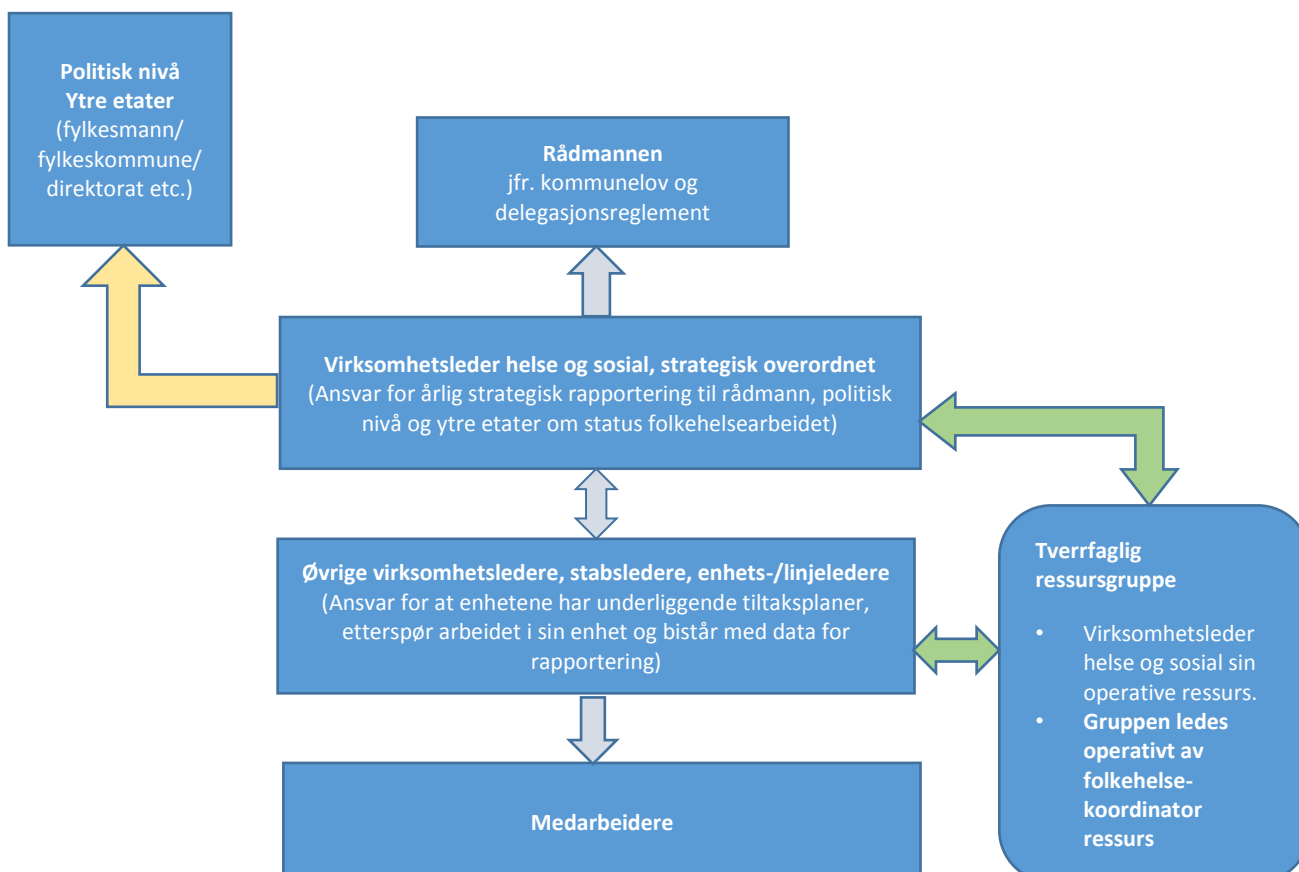
Forskning så langt viser at å ansette en folkehelsekoordinator ble sett på som et av de viktigste virkemidlene for å få til et folkehelsearbeid på tvers av sektorene. Rett før den nye loven kom i 2012 hadde over tre av fire kommuner ansatt en folkehelsekoordinator, men bare 22 hadde 70 % stilling eller mer, og 49 % av kommunene organiserte stillingen under

helsetjenesten. Videre viser forskning at for å lykkes ser det ut som om det bare handler om en ting, nemlig samarbeidskultur. Evne til samarbeid ser ut til å være det viktigste verktøyet for å skape gode liv for innbyggerne i norske kommuner.

Rådmannen anbefaler at det strategisk overordnede ansvaret legges til en topplederstilling, her virksomhetsleder for helse og sosial. Dette for å sikre en best mulig faglig forankring og integrering med eksisterende helsefremmende- og forebyggende ressurser, samtidig som arbeidet forankres innenfor kommunens strategiske toppledelse gjennom samarbeidet i kommunens øverste ledergruppe.

Folkehelsekoordinator ivaretar det operative ledelses-/koordinatorarbeidet i tverrfaglig ressursgruppe, det praktiske ansvaret for det løpende oversiktsarbeidet, revidering av planverk m.v., veiledning, løpende tiltak, oppfølging og rapportering/internkontroll, jf organisasjonskart nedenfor. I det løpende oversiktsarbeidet ligger det at koordinator sammen med tverrfaglig ressursgruppe legger frem et utkast til skriftlig oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer hvert fjerde år, slik at dette kan inngå som et grunnlag for kommunens planstrategi.

Fig 2. Organisering av folkehelsearbeidet i Gildeskål Kommune



Nordland fylkeskommune har inngått nye samarbeidsavtaler med kommunene i Nordland for perioden 2014-16. Gildeskål er nå eneste kommune i Nordland som ikke har inngått en slik avtale. Dette gjør at vi går glipp av midler til folkehelsearbeid. Inngåelse av en ny samarbeidsavtale er antydning å gi kommunen en tilførsel av midler i størrelsesorden kr. 150-200.000 for 2016. Dette forutsetter at vi inngår avtale innen 01.01.16. Øvrige kommuner har inngått avtaler for perioden 2014-2016, og mottar fra 175.000 og oppover i året. Midlene er ikke lenger direkte knyttet til (ny) stilling eller størrelsen på denne, men kommunene må ha en ansvarlig. Fokuset er på oppfyllelse av avtaleinnhold. Hva som blir ordningen etter perioden 2014-2016 er foreløpig ikke bestemt, det kan m.a.o. bli endringer f.o.m.2017.

Helsedirektoratet kobler i sin veileder aktivt folkehelse og friskliv, noe som og gjøres i lovverket. Dette er viktig faglig sett for å skape mest mulig synergieffekt av de ressurser som legges inn, særlig i mindre kommuner. Gjennom en godt forankret helhetstenkning og samarbeidskultur kan kommunen også utnytte eksisterende ressurser bedre, gjennom å tenke og jobbe på en annen måte enn før.

Neste trinn i det helsefremmende arbeidet er å se nærmere på organisering av vårt frisklivsarbeid. Det er ingen lovmessig plikt til å opprette frisklivssentraler, selv om Helse- og omsorgstjenesteloven (25) § 3-2 omhandler kommunens plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Der det opprettes frisklivssentraler vil det være forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (1) § 3-3 om kommunens plikt til å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, ved å yte helse- og omsorgstjenester. Kommunen har et lovhjemlet ansvar for at helsetjenestene som tilbys ved frisklivssentraler, er faglig forsvarlige. Dersom det ikke er ansatt autorisert helsepersonell ved frisklivssentralen, må autorisert helsepersonell med minimum tre års høyere utdanning, være faglig ansvarlig for all helsehjelp som ytes ved frisklivssentralen. Dette kan for eksempel være kommuneoverlegen. En frisklivssentral bør iflg Helsedirektoratets veileder inngå som en del av kommunens forebyggende helsetjeneste i tråd med Helse- og omsorgstjenestelovens formål og virkeområde, jf. § 1-1: *“..forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne»* (25), og kjernetilbudet bør være et strukturert veilednings- og oppfølgingstilbud innen områdene fysisk aktivitet, kostholdsending og snus- og røykeslutt, enten i egen regi eller i samarbeid med andre aktører eller nabokommuner. Tilbud ut over kjernetilbudet bør vurderes ut i fra lokale behov og ressurser. Gjennomsnittlig ansatte pr frisklivssentral var i 2011 0,75. Om lag 50 prosent av sentralene hadde mindre enn 1,0 stilling (87). Små stillingsressurser gjør det vanskelig å ivareta et faglig forsvarlig kjernetilbud.

I folkehelseperspektivet trekkes og viktigheten av frivillige som ressurs frem. Stikkord for det videre arbeidet bør være *systematisering av frivillighetsarbeidet*. Aktuelle momenter er å jobbe for å opprette en frivillighetsentral, legge til rette for et godt samarbeid mellom en slik sentral og kommunale og private aktører, lage et system som gjør det enkelt å engasjere seg, og få med lag, foreninger, skoler, barnehager, pårørende, foresatte, andre privatpersoner og bedrifter m.m.

Konklusjon:

Denne saken er ikke ment som en uttømmende redegjørelse av fremtidig folkehelse-, friskliv- og frivillighetsarbeid. Saken er et innledende dokument hvor grunnleggende grep anbefales tatt, for å kunne komme videre i dette omfattende og påkrevde arbeidet. Det handler om den enkelte innbyggers velferd og livskvalitet og kommunesamfunnets fremtidige bærekraft.

Oppsummert foregår det en hel del gode tiltak innen folkehelse- og frisklivsarbeid, men det mangler en systematisk tilnærming til dette jfr. lov og forskrifter. Det eksisterer dermed ikke en oversikt/et grunnlag for å kunne vurdere om våre tiltak er i tråd med faktiske utfordringer.

Vi ivaretar i dag ikke tilstrekkelig grad de krav som stilles kommunen i Folkehelseloven eller Helse- og omsorgstjenesteloven. For å kunne ivareta kommunens lovpålagte forpliktelser og komme videre i folkehelse- og frisklivsarbeid mener rådmann det er påkrevd å opprette en fast 100 % stilling som folkehelse-/frisklivskoordinator. Dersom vi ikke får på plass en slik stilling opp mot en tverrfaglig ressursgruppe, vil dette arbeidet havarere på sikt.

Videre anbefaler rådmann at Gildeskål kommune inngår samarbeidsavtale om folkehelsearbeid med Nordland fylkeskommune f.o.m. 01.01.16. Den videre organisering av frisklivsarbeidet fremmes i egen sak i løpet av 2016.