

FOLKEHELSE OG PLAN I KOMMUNENE

Folkehelsearbeidet må være godt politisk forankret for å gi konkrete resultater. Gjennom planarbeid vil helsefremmende tiltak bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse. Dette bør helst løses tverrpolitisk og tverrsektorielt, fordi vi behøver innsats over tid for å lykkes (Goth, 2014).



Kommunene har gjennom ny lovgivning fått ansvaret for folkehelsearbeidet. Prinsippet om «helse i alt vi gjør» innebærer å ivareta befolkningens helse i all politikktutforming. (Foto: LHL)

Av Susanne Hagen

God helse og en frisk befolkning er en av de viktigste ressursene for å skape en bærekraftig verden (Green & Tones, 2010; WHO, 1988, 1991). I dag vet vi at sosiale og økonomiske forhold er av stor betydning for hva slags helse hver og en av oss opplever, og vi vet også at disse sosioøkonomiske helsedeterminantene er sterkt relatert til det vi omtaler som sosiale ulikheter i helse (WHO, 2008; Wilkinson & Marmot, 2006).

Sosiale ulikheter i helse blir ofte forstått med utgangspunkt i systematiske helseforskjeller knyttet til utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå. Det henvises gjerne til et «gradientperspektiv» hvor gradienten formes gjennom en stegvis sammenheng der mennesker med litt mer penger eller litt mer utdanning har litt bedre helse (statistisk sett) enn de som befinner seg på trinnet under dem på rangstigen (Ministry of Health and Care Services, 2006). Dette systematiske mønsteret innebefatter hele befolkningen og betraktes som uverdigg og urettferdig fordi det er frembragt gjennom strukturelle og politiske forhold gjennom skjevfordelinger av ressurser (Ministry of Health and Care Services, 2006). Til tross for at vi lever i en verden med en stadig friskere befolkning som lever lenger enn noen gang, vet vi at de sosiale ulikhetene i helse øker. Dette gjelder også i Norge (OECD, 2011).

Det er mange teorier og perspektiver som forsøker å forklare hvordan sosiale ulikheter i helse oppstår (Mackenbach, 2012) 2012, men når vi fokuserer på helsen sosiale- og økonomiske bestemmelsesfaktorer er det gjerne *livsløpsperspektivet* som løftes frem (Stegeman & Costongs, 2012). Livsløpsperspektivet tar utgangspunkt i at grunnlaget for den helsen som erfares som voksen, legges tidlig i livsløpet, faktisk så tidlig som i mors liv og i de tidligste barneårene (Stegeman & Costongs, 2012). Skal man arbeide med å redusere de sosiale ulikhetene i helse og jevne ut gradienten må innsatsen rettes mot menneskers livsbetingelser gjennom hele livsløpet, og kanskje særlig med fokus på den tidligste fasen i dette løpet (Wilkinson & Marmot, 2006). Verdens helseorganisasjon har i lang tid poengtert at helse skapes der mennesker lever, lærer, elsker og bor (WHO, 1986, 2008). I norsk sammenheng vil det si ute i Norges mange og varierte kommuner.

I 2012 fikk Norge en ny folkehelselov som tar dette perspektivet på alvor. Gjennom ny lovgivning ble de norske kommunene gitt et hovedansvar for folkehelsearbeidet (Public Health Act, 2011). Tradisjonelt har ansvaret for folkehelse vært plassert hos helsetjenesten og i miljøsektoren, men basert på logikken om at helse skapes der livene leves og at den påvirkes av alle samfunnets sektorer, er ansva-

ret for folkehelse blitt gitt til kommunen som sådan. Den nye ansvarstildelingen krever at alle samfunnsaktører og instanser i kommunen engasjerer seg i folkehelsearbeidet. Kommunene er gjennom den nye lovgivningen blitt hovedaktørene som skal legge til rette for at sykdom forebygges, helse fremmes og sosiale ulikheter i helse reduseres (Public Health Act, 2011).

Prinsippet om «Helse i alt vi gjør», hvor konsekvenser av alle sektors politikk og tiltak må vurderes opp mot folkehelsen, og kravet om etableringer av oversikter over helsetilstanden til innbyggerne og dens positive og negative påvirkningsfaktorer, er viktige faktorer for å lykkes med å skape en god folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. For å imøtekomme den nye folkehelselovgivningen blir tverrsektorielt samarbeid både en forutsetning og et verktøy.

Norske kommuner har altså fått en kompleks oppgave som krever stor grad av samarbeid på tvers av alle sektorer i kommunen. Koordinering av dette samarbeidet blir derfor en hovedutfordring i folkehelsearbeidet, og planleggingsarbeidet er løftet frem som et meget viktig koordineringsverktøy (Hofstad, 2012). Allerede i 2007 ble dette tydeliggjort i revisjonen av plan- og bygningsloven hvor planlegging for det første skal «fremme bærekraftig utvikling til det beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner» og for det andre skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosial helseforskjeller, samt bidra til å forbygge kriminalitet» (Plan- og bygningsloven, 2008).

Referanser:

- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion* (2 ed.). Los Angeles: Sage.
- Goth, U.S. (2014) Folkehelse i et norsk perspektiv. Gyldendal akademisk
- Hofstad, H. (2012). *Håndtering av «wicked problems» i kommunal planlegging. Lokalt oversettelse av måletningene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*. (PhD), Universitet i Oslo, Oslo.
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761-769. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.031
- Ministry of Health and Care Services. (2006). *National strategy to reduce social inequalities in health. Report no.20 (2006-2007) to the Storting*.
- OECD. (2011). *Society at a Glance 2011*: OECD Publishing.
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) Retrieved 13. December, 2012, from <http://www.lovdatab.no>
- Public Health Act. (2011). The Norwegian Public Health Act (Public Health Act). Retrieved 20. November, 2012, from www.lovdatab.no
- Stegeman, I., & Costongs, C. (Eds.). (2012). *The Right Start to a Healthy Life. Leveling up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union-What Works?* Belgium: EuroHealthNet.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved 20. November, 2012, from <http://www.who.int>
- WHO. (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Retrieved 10. December, 2012, from <http://www.who.int>
- WHO. (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Retrieved 10. December, 2012, from <http://www.who.int>
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report from Commission on Social determinants of health.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2006). *Social determinants of health / edited by Michael Marmot and Richard G. Wilkinson*. Oxford: Oxford University Press.

Susanne Hagen er Phd./stipendiat ved Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i BUSkerud og Vestfold