

FOLKEHELSEFORUM
Samfunnsmedisinsk enhet
Helse- og sosialsektor



**Strategidokument
for
folkehelsearbeidet
i
Kristiansand kommune**

Mai 2006

Innhold

1 Innledning	s 3
1.1 Folkehelsearbeid i norsk tradisjon	s 3
1.2 Bakgrunn for strategidokumentet	s 4
1.3 Kommuneplanens betydning	s 5
2 Hva er folkehelse ?	s 5
2.1 Definisjoner og begreper	s 5
2.2 Folkehelsearbeidet i Kristiansand	s 6
3 Rammebetingelser	s 9
3.1 Sentrale føringer	s 9
3.2 Regionalt samarbeid	s 9
3.3 Lokale føringer i form av planer og strategidokument	s 10
4 utfordringer	s 11
4.1 Levekår	s 11
4.2 Sykdomsforekomst	s 13
5 Muligheter	s 16
5.1 Helsefremmende arbeid	s 17
5.2 Sykdomsforebyggende arbeid	s 19
6 Strategier for folkehelsearbeidet i Kristiansand	s 21
6.1 Hovedstrategier	s 21
6.2 Matriseoppsett bygget på kommuneplanen	s 21
6.3 Temaplan/kommunedelsplan	s 21
7 Organisering av folkehelsearbeidet i Kristiansand	s 22
7.1 Organisatorisk plassering	s 22
7.2 Koordinering av kommunens folkehelsearbeid	s 23
7.3 Samarbeid utenfor kommunen	s 24

Vedlegg: Aktivitetsliste for 2006
 Aktuelle planer-utdyping

1 Innledning

1.1 Folkehelsearbeid i norsk tradisjon

Folkehelsearbeid har lange tradisjoner i Norge. Samfunnsforskeren og teologen Eilert Sundt beskrev de bedrøvelige boforhold i Norge i 1850 – årene med mye sykdom og drukkenskap. Hans arbeid ledet opp til Sundhetsloven av 1860, Norges første "folkehelsedokument". Arbeidet etter denne loven hadde hovedfokus på forebygging av smittsomme sykdommer. Bedring av boforhold, fokus på kosthold (Oslo-frokosten), vaksiner og etter hvert mer og mer virksomme antibiotika, sørget for at dødeligheten av infeksjonssykdommer ble kraftig redusert, særlig etter 2. verdenskrig. Det var først i 1970-årene at fokus ble satt på livsstilsintervensjon, blant annet som følge av at hjerte-kar-dødeligheten økte sterkt. Samtidig ble det kraft i arbeidet for å redusere tobakkskader, med ny, egen lov i 1973.

Begrepet *helsefremmende tiltak* kom etter hvert inn og viste at oppbygging av individets egne ressurser og motstandskraft var like viktig som å bekjempe helsetruslene. I dag opplever vi et slags paradigmeskifte i spørsmålet om hvor fokus skal være i folkehelsearbeidet. Det tradisjonelle biomedisinske helsebegrepet, der helse ses på som fravær av sykdom, suppleres/ erstattes med et humanistisk helsebegrep der helse defineres ut fra velbefinnende, kraft til å realisere mål, opplevelse av mestring og en følelse av sammenheng i tilværelsen. I Ottawa-charteret fra 1986 beskrives helse slik:

Helse blir skapt og opplevd av mennesker i deres daglige omgivelser, der hvor vi lever, arbeider og elsker. Helse oppstår ved at man selv er i stand til å ta beslutninger og å kontrollere sine egne livsbetingelser og ved at samfunnet skaper betingelser som gjøre det mulig for dens borgere å leve et sunt liv.

Fokus settes altså nå mer på positive faktorer som gjør at folk holder seg friske mer enn på det som gjør folk syke, og **mer på ressurser enn på begrensninger**. Et bredt helhetlig perspektiv finner vi igjen i flere dokumenter, og de fem strategier som ble definert i Ottawa-charteret (1986) er fortsatt grunnleggende forutsetninger for å lykkes i folkehelsearbeidet:

- *Skape en helserettet samfunnspolitikk.*
- *Skape støttende miljøer.*
- *Styrke lokalsamfunnets muligheter for handling.*
- *Reorientere helsetjenesten.*
- *Utvikle menneskenes personlige ferdigheter.*

Nasjonalt er dette fulgt opp gjennom flere viktige dokumenter, blant annet:

- St.meld.nr.37(1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*
- NOU 1998:18 *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*
- St.meld.nr.16(2002-2003) *Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen)*, som definerer arbeidet slik:

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Denne definisjonen, som første gang fremkommer i NOU 1998:18, inneholder mye av ideologien som har preget folkehelsearbeidet i Kristiansand.

1.2 Bakgrunn for strategidokumentet

Gjennom et formannskapsvedtak i 2001 besluttet Kristiansand kommune å opprette et Folkehelseforum som skulle være et overordnet organ for alt folkehelsearbeid i kommunen. Forumet er tverrsektorielt sammensatt med ordfører, representant fra rådmann, lovpålagte kommunale råd og frivillige organisasjoner, samt fra fylkesnivået som konsultative representanter. Arbeidet med folkehelse har fulgt retningslinjene fra "Rapport om organiseringen av folkehelsearbeidet i Kristiansand kommune" (juni 2001), som lå til grunn for formannskapetets vedtak.

Arbeidet har utviklet seg positivt disse årene og har fått stor oppmerksomhet. Det er igangsatt mange tiltak/aktiviteter.

Ett av de langsiktige målene i grunnlagsdokumentet fra 2001 var å lage en strategiplan. Våren 2005 ble det nedsatt en gruppe for å arbeide ut et dokument etter anmodning fra rådmannen, som blant annet skriver: "En strategi for folkehelsearbeidet kan bidra til å gi en tydeligere retning på arbeid som allerede er i gang, samt være grunnlag for å se om det er behov for omprioritering av ressurser."

Vedtatt mandat:

Strategidokumentet skal

- *beskrive utfordringer i forhold til å fremme helse, trivsel og levekår i kommunen.*
- *utdype, konkretisere og eventuelt supplere de strategiene for dette arbeidet som er foreslått i forslag til kommuneplan, herunder drøfte framtidig organisering av folkehelsearbeidet både i kommunen og i regionen*
- *gi en oversikt over kortsiktige og langsiktige periodemål for et effektivt, målrettet og kvalitativt godt folkehelsearbeid, prioritere blant disse og beskrive arbeidsmetoder for å nå målene*
- *inneholde forslag til hvilke periodemål som skal innarbeides i neste rullering av handlingsprogrammet samt forslag til måleindikatorer.*

Helse- og sosialdirektøren er styringsgruppe for arbeidet.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Anne Aunevik	Representant for Rådmannen
Odd Kjøstvedt	Kommuneoverlege Leder arbeidet
Grete Olsen	Representant for Skolesektoren
Astri E. Sødal	Representant for Kultursektoren/Idrettsetaten
Elisabeth Helle	Representant for Teknisk sektor/Miljøvernenheten
Laila Hamar	Representant for Helse- og sosialdirektøren
Tonje Moen	Representant for Barnehagesektoren
Per Svein Holte	Midt-Agder Friluftsråd. Representerer de frivillige organisasjoner
Evy Weiseth Hodne	Folkehelseforum, Samfunnsmedisinsk enhet

Sekretærfunksjonen ivaretaes av Samfunnsmedisinsk enhet, og Folkehelseforums representanter kan benyttes som referansepersoner etter behov. Resultatet av arbeidet fremmes som sak for Formannskapet.

Samfunnsmedisinsk enhet har ledet arbeidet fram til det endelige strategidokumentet. Representantene i arbeidsgruppen har hatt en prosess i egen sektor og det har vært møter med Folkehelseforums frivillige organisasjoner. Arbeidsgruppen har hatt 12 møter. Styringsgruppe har vært involvert underveis.

1.3 Kommuneplanens betydning

Kommuneplan 2006-2020, vedtatt av bystyret 21. september 2005, slår fast på aller første side: "Ved denne planrevisjonen retter kommunen oppmerksomheten mot å skape muligheter for Kristiansand som

- *en folkehelseby som inkluderer alle og gir rom for utfoldelse."*

Den tverrsektorielle og tverrfaglige satsingen på folkehelsearbeid er gjennomgående i planen. Kommuneplanen er derfor et meget tydelig dokument for kommunens framtidige satsing på folkehelsearbeid. Strategidokumentet skal ligge nært opp til kommuneplanen, med ytterligere utdyping på de ulike felt. Kommuneplanen og strategidokumentet blir viktige arbeidsredskaper for folkehelsearbeidet framover.

2. Hva er folkehelse ?

2.1 Definisjoner og begreper

Folkehelsearbeid. Begrepet folkehelse (public health) har funnet fotfeste i vårt samfunn, og inneholder både helsefremmende og forebyggende arbeid, men retter seg i dag mer og mer mot det helsefremmende arbeidet (jfr. definisjon s 3).

Det helsefremmende arbeidet skal fremme helse og trivsel gjennom positiv tilnærming. Det innebærer å forholde seg til faktorer som påvirker helsen og sikter mot å styrke de positive mestringsressursene, det være seg individuelt eller på samfunnsnivå. Det handler om å satse gjennom påvirkning av levevaner og levekår, og gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet. Innsatsen dreier seg også om utvikling av aksepterende, støttende og gode (lokal)samfunn gjennom samarbeid med innbyggerne og frivillig sektor.

Forebyggende arbeid sikter mot å motvirke sykdom, ulykker, funksjonshemninger og risikofaktorer. I dette arbeidet er det vanlig å skille mellom tre former for forebygging:

* **Primærforebygging:** Forhindre at folk blir syke eller kommer ut for ulykker. Retter seg mot alle innbyggere.

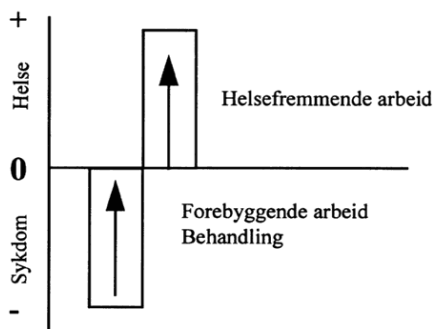
* **Sekundærforebygging:** Arbeid som retter seg spesielt mot grupper som har dokumentert økt risiko for sykdom eller "uhelse".

* **Tertiærforebygging:** Bedre tilstanden og mildne konsekvenser av allerede oppstått sykdom.

Massestrategier er et annet begrep i det forebyggende arbeidet, der en forsøker å påvirke hele befolkningen til å senke risikoer gjennom tiltak som har generell innretning.

Høyrisikostrategien leter seg frem til personer som er spesielt utsatte for sykdom, forsøker å redusere deres risiko gjennom spesielle tiltak, og vil ofte anses som mer "kostnadseffektivt".

Det helsefremmende og det forebyggende arbeid går sterkt i hverandre og har ingen skarpe skiller. Det kan svært skjematisk illustreres på denne måten:



Kilde: NOU 1998:18

2.2 Folkehelsearbeidet i Kristiansand

Visjon (vedtatt i 2001).

Kristiansand kommune skal bedre helse, trivsel og levekår for innbyggerne i kommunen.

Verdier. Da folkehelsearbeidet startet i Kristiansand ble det brukt tid på å utarbeide en verdiplattform som skulle gi oss et bakteppe i det videre arbeidet: *Menneskesyn (-verd), se hverandre, god helse, være til for hverandre, natur, helhet, mestring, frihet (til å velge), egenart, bevegelse, godt miljø, fellesskap, frivillighet, entusiasme, menneskelige ressurser.*

Målgruppe. Alle innbyggerne i Kristiansand er i målgruppen med hovedvekt på de som er i risikogruppen for uhelse og dårlig livskvalitet.

Helse og trivsel. Folkehelsearbeidet i Kristiansand har hatt som utgangspunkt at det er den enkelte innbyggers *opplevelse av helse* som er viktigst. Dette innebærer en åpenhet for at det ikke finnes ett sett av indikatorer eller leveregler som kan gi et entydig idealbilde for befolkningen i Kristiansand. Det har også vært poengtert tydelig at "helse og trivsel" er nøkkelmål. Trivsel får dermed en egenverdi, uavhengig av helsetilstanden.

Individualitet. Professorene Per Fugelli og Benedicte Ingstad har gjennom undersøkelsen *Helse på norsk* formidlet utsagn fra enkeltmennesker i Norge som ble spurt: "Hva er god helse for deg?" Undersøkelsen bekrefter at det enkelte menneske kan oppleve god helse selv om de for eksempel er funksjonshemmet. Å være selvhjulpen tross sykdom er viktig og dessuten at ens nære familie og venner har det godt. Videre fremheves godt humør og gode naturopplevelser som viktige helse- og trivselskapende faktorer.

Lokal forankring. Det er i lokalsamfunnet folkehelsen utvikles og vedlikeholdes, ganske enkelt fordi det er her folk bor (jfr. Ottowacharteret 1986). Politikerne kan legge rammer slik at innbyggerne bor tilfredsstillende, opplever trygge og gode oppvekstmiljøer, i gode lokalsamfunn. Kommunalt planverk bør derfor ha som utgangspunkt at alle politiske og administrative opplegg underordnes prinsippet om å styrke folkehelsen (Jfr. Kommuneplanen.)

Lokalt folkehelsearbeid er organisasjonsutvikling, og det krever kompetanse med gode holdninger og atferdsendring som effekt. Folkehelsebegrepet er positivt ladet og gir grunnlag for samspill mellom politikk, administrasjon, frivillige grupper og organisasjoner på alle samfunnsarenaer.

2.2.1 Status i folkehelsearbeidet i Kristiansand

Aktiviteter. Vedtaksdokumentet fra 2001 beskrev de oppgaver og arbeidsmetoder som skulle benyttes i arbeidet:

Folkehelseforum/-aktørene skal:

- inspirere til, stimulere og være idébank for stadig nye aktiviteter innenfor det brede fagfeltet som inngår i arbeidet
- sikre en overbygning og en møteplass for de folkehelseaktørene som vil delta i nettverk for folkehelsen
- drive med kompetanse- og nettverksbygging internt og eksternt
- bidra til å videreføre erfaringer fra gjennomførte prosjekter
- ha en fast politisk forankring, og gjennom dette sikre kontinuitet i folkehelsearbeidet
- være seg bevisst betydningen av empowermentstrategier
- legge vekt på tiltakssiden, og være minst mulig byråkratisk med kort vei fra idé til handling

I de fire årene dette arbeidet har eksistert i Kristiansand, har hovedfokus vært rettet mot bygging av infrastruktur, forankring og kvalitetssikring, men også mot å sette i gang aktiviteter som skulle gi oss legitimitet, med evaluering og dokumentasjon i prosessen. Det har vært satset på prosjekter, men i større grad på prosesser som skal "sette seg" i organisasjonen(e) og bidra til at arbeidet har skyter fart. Oversikt over ulike aktiviteter i 2006 ligger som vedlegg.

2.2.2 SWOT-analysen om folkehelsearbeidet

En SWOT-analyse er en metode for analyse av et felt og skal beskrive: Styrker (Strengths), svakhet (Weaknesses), muligheter (Opportunities) og trusler (Treaths).

SWOT-analysen for å belyse kommunens folkehelsearbeid ble gjennomført i februar – mars 2006 som en følge av kommunens deltakelse i partnerskapet for HEPRO (helseprofiler). Representanter i Folkehelseforum gjennomførte analysen, både i egen sektor og i forhold til kommunen som organisasjon. Se nedenfor.

SWOT-analyse om folkehelsearbeidet i Kristiansand.

Se neste side

Styrker	Svakheter
<p>Forankring</p> <ul style="list-style-type: none"> Folkehelsearbeidet er godt politisk og administrativt forankret Fokus/bevissthet og god vilje til høy prioritering Kompetansen på området er god. Rutiner for kompetanseheving <p>Ressurser/Organisering</p> <ul style="list-style-type: none"> Infrastruktur etablert og brukt Folkehelseforum –repr. Fra alle sektorer, med politiske repr., frivillige org. og repr. for kommunale råd, samt konsultative repr. fra fylket. Egen folkehelsekoordinator Tverrfaglige miljøer etablert Økonomiske ressurser bevilget til arbeidet Mange positive tilbud etablert av mange ulike instanser Mye godt frivillig arbeid <p>Planfaglige forhold</p> <ul style="list-style-type: none"> Folkehelsearbeidet synliggjort og tydeliggjort i Kommuneplanen 	<p>Forankring</p> <ul style="list-style-type: none"> Stor kommune –vanskelig å synliggjøre den samlede prioritering Folkehelsearbeidet ikke tilstrekkelig forankret i sektorer og ulike enheter Mangler strategiplan Folkehelseforum er et rådgivende organ- ikke handlekraftig nok overfor sektorer i kommunen. <p>Kompetanse Ikke nok samlet og koordinert</p> <p>Ressurser/Organisering</p> <ul style="list-style-type: none"> Stor kommune—mange aktører , vanskelig å få oversikt- komplisert å koordinere og administrere arbeidet Ikke god nok infrastruktur og tverrfaglighet internt i sektorene og mellom sektorene Ikke nok midler til gjennomføring av tiltak Arbeidet er noe ad-hoc preget. <p>Planfaglige forhold</p> <ul style="list-style-type: none"> Planarbeid, iverksetting og gjennomføring av vedtatte planer ikke godt nok på folkehelse- Folkehelseperspektivet vanskelig å finne igjen
<p>Muligheter</p> <p>Utviklingstrekk</p> <ul style="list-style-type: none"> Politisk og administrativ vilje til å arbeide med folkehelse spørsmål Økt fokus på/forståelse og interesse for arbeidet <p>Eksterne ressurser</p> <ul style="list-style-type: none"> Mange eksterne ressurser (frivillige org., arenaer, ildsjeler, møteplasser) Naturressursene, - og tilrettelegging Kristiansand har tilrettelagt utbygging på en måte som sikrer at alle skal ha tilgang på "hav og hei", gjennom grøntkorridorer og /eller ved at bebyggelsen ligger i umiddelbar nærhet. Skoler og barnehager planlegges slik at de har lett tilgang på nærområdets naturressurser. Samarbeid med eksterne faglige miljøer og nettverk Storbymidler At vi er en organisasjon (VAMBIK) KOMFUG/ FAU representerer foreldrene - god infokanal, og derigjennom møtearenaer på skolene. <p>Legitimitet</p> <ul style="list-style-type: none"> Folkehelseforum - en arena og møteplass for ulike representanter, også et sted hvor ildsjeler får påfyll og møter hverandre Media viser stor interesse – folkehelsearbeid er veldig "i tiden" Kristiansand har mange organisasjoner som er opptatt av å inkludere mange grupper, og som tilrettelegger for at flest mulig kan delta. 	<p>Trusler</p> <p>Utviklingstrekk</p> <ul style="list-style-type: none"> Endring i befolkningsmønsteret Endringer i gjeldende samfunnsoppfatninger Eventuell nedbygging av naturressurser, kultur og historisk arv Økt kommersialisering - større helseforskjeller Fokus på enkeltmennesket og fysisk helse kan bidra til å redusere fokuset på levekår i relasjon til folkehelsearbeidet - Mindre fokus på kollektivt arbeid Modernisering av off. tjenestetilbud medfører mindre fleksibilitet. <p>Eksterne ressurser</p> <ul style="list-style-type: none"> Organiseringen bidrar ikke til en ønsket optimalisering av ressurser For stor avhengighet av ildsjeler, ikke tatt godt nok vare på - dugnadsånden dør ut. For liten offentlig oppmerksomhet og støtte Noen eksterne miljøer er vanskelige å få til samarbeid med Vanskelig å rekruttere nye tillitsvalgte i frivillige organisasjoner <p>Legitimitet</p> <ul style="list-style-type: none"> Dårlige rutiner og avtaler for hvordan vi skal samarbeid med andre nettverk med kompetanse Økonomi; organisasjonen(e) blir ikke tilført midler til utvikling Frivillige organisasjoner blir ikke "tatt med" i planlegging Lang og "demokratisk" beslutningsprosess Tillitsvalgte har for liten kunnskap om organisasjonen. Dårlig formelt samarbeid (KOMFUG)

I denne SWOT-analysen ser vi at styrken og mulighetene ligger i et godt forankret folkehelsearbeid, både politisk og administrativt. Samtidig ser vi at det er fokus og bevissthet i organisasjonen. Tydelig infrastruktur er etablert, og gjennom den nylig vedtatte kommuneplanen går folkehelsearbeidet som en rød tråd. Godt samarbeid og mange eksterne ressurser er tilgjengelig i dette arbeidet.

Truslene og svakhetene utgjør utfordringene videre. Det vi kan gjøre noe med, kan med få ord beskrives som forbedringspotensiale på felt som:

- Bedre forankring av folkehelsearbeidet i sektorene og de ulike enheter.
- Bedre infrastruktur, rutiner og samarbeid internt i sektorene, tverrsektorielt, utad i andre nettverk, med frivillige organisasjoner og med innbyggerne.
- Kortere beslutningsprosesser.
- Synliggjøring i planarbeid.

3 Rammebetingelser

3.1 Sentrale føringer

3.1.1 Grunnleggende lover.

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 nr. 66 (Kommunehelsetjenesteloven) har flere viktige forebyggingsbestemmelser. I § 1-2 Helsetjenestens formål står det:

Landets kommuner skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og å øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

I tillegg kan nevnes:

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02.07.1999 nr. 61
- Lov om pasientrettigheter av 02.07.1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell av 02.07.1999 nr. 64
- Lov om barneverntjenester av 17.07.1992 nr. 99
- Lov om sosialtjenester m.v. av 13.12.1991 nr. 81
- Plan- og bygningsloven av 14.06.1982 nr. 77
- Forskrift om miljørettet helsevern av 29.04.2003
- Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 30.05.03

3.1.2 Nasjonal satsing.

Gjennom de statlige dokumentene om folkehelsearbeid som er nevnt i kap. 1., beskrives det faglige grunnlaget for dette arbeidet. Spesielt NOU 1998:18 og St.meld.nr.16 er sentrale dokumenter i folkehelsearbeidet.

Departementene har dessuten utgitt noen handlingsplaner for dette arbeidet:

- *Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet* som kom i 2005, og
- *Gradientutfordringen, Sosial – og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*, fra samme år.

I 2006 kommer handlingsplan om kosthold.

3.1.3 Nasjonale og internasjonale nettverk

Kristiansand kommune er tilsluttet Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner. Det ledes av politikere og administratorer fra noen av medlemskommunene og har en heltidsansatt daglig leder, som har kontakt med sentrale politiske miljø og departement-/direktoratets fagmiljø. Medlemskapet gir mulighet til faglig veiledning og stimulans og er verdifullt for en kontinuerlig oppdatering av kommunens eget arbeid.

Gjennom dette nettverket er også medlemskommunene med i Healthy cities-nettverket i WHO, og Kristiansand er partner i et EU-prosjektet HEPRO, som er et østersjøisk samarbeidsprosjekt der kommunene som er med, skal utarbeide helseprofiler. Dette arbeidet kan vise seg å bli et godt verktøy for innretning og prioritering av folkehelsearbeidet i Kristiansand kommune framover.

Regionalt samarbeid

Arbeidet med folkehelse i Kristiansand inngår i en sammenheng med kommunene rundt oss. Det kommer til uttrykk både på fylkeskommunalt nivå og mellom våre nærmeste samhandlingskommuner.

Folkehelse i Agder. Fylkeskommunene, fylkesmennene, Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) og mange av kommunene i Agder gikk sammen i et partnerskap for folkehelse, *Folkehelse i Agder*, i 2004. Statlige overføringer til kommunene for arbeid med folkehelse kanaliseres gjennom dette partnerskapet.

Fylkestingene i Aust- og Vest- Agder har nettopp vedtatt sitt "Strategidokument for folkehelse i Agder" for å synliggjøre felles verdier, mål og satsinger. Dette dokumentet er særlig tydelig på de verdier som bør ligge til grunn for folkehelsearbeid i Agder-kommunene.

Knutepunkt Sørlandet. Folkehelsearbeidet må også sees i sammenheng med de øvrige kommuner i Knutepunkt Sørlandet. Satsing på folkehelsearbeid ble tidlig i 2005 vedtatt som ett av samhandlingstemaene for Knutepunkt Sørlandets kommuner gjennom vedtak i styret i september 2004: "Det etableres nettverk for folkehelsekoordinatorer i Knutepunkt Sørlandet. Kristiansand kommune leder nettverket". Gjennom erfaringsseminarer og –samlinger vil arbeidet kunne bære frukter og bidra til en regional utvikling.

3.2 Lokale føringer i form av planer og strategidokument

Kommunen har en rekke plan- og strategidokumenter som på ulike måter påvirker folkehelsen:

- Kommuneplanen 2006-2020
- Kommunedelplan for idrett og friluftsliv 2003-2006
- Kulturpolitisk strategi for Kristiansand
- Grønnstrukturplan
- Utbyggingsprogrammet.
- Barnehagebehovsplanen
- Skolebehovsplanen
- Lokal utjamningsmelding
- Barn i fattige familier
- Strategi for etnisk mangfold
- Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver
- Boligsosialplan
- Psykiatriplanen
- Rusplanen

Innholdet i disse planene er også utgangspunkt for den videre satsing innenfor folkehelse. Se vedlegg for nærmere omtale av disse.

4 utfordringer

Norge er av FN kåret til verdens beste land å bo i, og Kristiansand er en kommune hvor vi har det bedre enn noen gang før. Det er likevel usikkert om velstandsøkningen gjør at vi får et bedre liv, eller om folkehelsen bedres. Vi synes å kunne påvise trender i samfunnsutviklingen som gir store grupper mennesker økende helseproblemer og mistrivsel, på tross av bedret velstand.

Sykdomspanoramaet endrer seg også noe. Sykdommer vi lider av, men ikke dør av, er blitt et økende folkehelseproblem, og de såkalte "samsykdommer" øker. Kampen mot gårstdagens sykdommer er heller ikke vunnet.

Grunnlagsdokumentet for Kristiansand kommunes folkehelsearbeid fra 2001 likestiller **trivsel** og **helse** som positive verdier for god folkehelse. Kommunens arbeid må derfor i stor grad bestå i å legge forholdene til rette for trivsel for flest mulig, helst for alle.

Forhold i Kristiansand avviker på noen områder fra gjennomsnittet i landet ellers, og det er:

- Relativt stor grad av innflytting
- Yngre befolkning enn landsgjennomsnittet
- Relativt stor andel med minoritetsbakgrunn
- Fergeby - utgjør en port mot Europa

Kommuneplanen skisserer også utfordringer kommunen i fremtiden som:

- Lave skår på en rekke kriterier knyttet til levekår, vekst og verdiskapingsevne
- Lave skår på internasjonalisering og nettverk
- Dårlig skår på samlet levekårsindeks
 - marginalisering av enkeltgrupper
 - utvikling mot et mer delt samfunn der særlig barn og unge fra inntektsfattige familier står i fare for å oppleve sosial ekskludering
- Mange innbyggere som mottar off. ytelser som eneste eller supplerende inntekt
- Unge mennesker som har problemer med å få jobb
- Tunge rusmisbrukere
- Bosatte flyktninger med spesielle behov
- Lav skår på likestillingsindekser - blir mer utsatt for å oppleve levekårsproblemer.
- Befolkningsøkningen er mellom 600 og 800 pr. år
- Antall eldre øker, særlig de eldste eldre

Noen spesielle forhold skal omtales nærmere.

4.1 Levekår

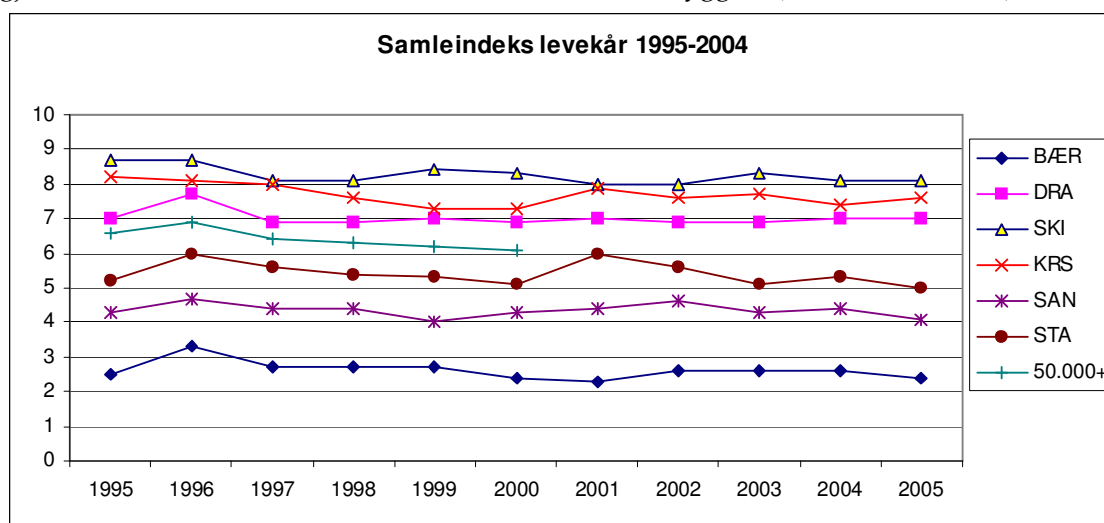
I Norge, som i de fleste andre land, er sammenhengen mellom sosial posisjon og helsetilstand betydelig og veldokumentert. Gradientutfordringen (2005) definerer sosiale ulikheter i helse som "systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt."

Sosiale helseforskjeller kan dokumenteres i de fleste aldersgrupper i befolkningen. De er betydelige både for menn og kvinner. De er betydelige uavhengig av om sosiale ulikheter

defineres etter utdanning, yrke eller inntekt. De danner en gradient: jo høyere sosioøkonomisk status, - jo bedre helse. De er varige og har øyensynlig ikke endret seg vesentlig over tid. De er ikke nevneverdig mindre i Norge enn i andre europeiske land. Gradientutfordringen slår fast at de sosiale ulikheter i helse er økende i Norge i dag.

4.1.1 Levekårsindeks. Statistisk sentralbyrå publiserer hvert år den såkalte levekårsindeksen basert på samleindekser for sosialhjelp, dødelighet, uføretrygd, attføring, vold, arbeidsledighet og overgangsstønad. Lav utdanning inngår ikke i samleindeksen, men er med i utvalget som en interessant referanseindeks.

Samleindeksen fremkommer ved at kommunene for hver levekårsdimensjon grupperes i ti like store grupper, hvor den tidel av kommunene som skårer dårligst gis indeksen 10. Den nest dårligste gruppen gis indeksen 9 osv. Samleindeksen blir da snittet av enkeltskårene. Diagrammet bygger på registerdata og viser hvordan levekårsutviklingen har vært i Kristiansand siden 1995 sammenlignet med Bærum, Drammen, Skien, Sandnes, Stavanger og gjennomsnittet for alle kommuner med over 50.000 innbyggere (frem t.o.m år 2000):



Diagrammet viser at Kristiansand skårer dårlig i hele perioden. Tallene tyder på at det bare er Skien som blant de utvalgte kommunene har større innslag av levekårsproblemer enn Kristiansand. Skåren på de enkelte dimensjoner er slik:

Hjulet2005	Indeks	Sosialhjelp	Døde	Uføretrygd	Attførings-	Vold	Arbeidsledighet	Overgangs-	Lav utd.
Kr.sand	7,6	9	6	8	7	8	8	7	5

Denne oversikten viser at Kristiansand skårer særlig dårlig på sosialhjelp, vold, uføretrygd og arbeidsledighet. Kristiansands lave score var bakgrunnen for at det i 2003 ble laget en lokal utjamningsmelding. I Lokal utjamningsmelding ble det avdekket at Kristiansand skiller seg ut fra andre byer, særlig ved å ha en betydelig større andel i aldersgruppen 18-24 år som er arbeidsledige, uføre og sosialhjelpsmottakere. Det er en tydelig sammenheng mellom drop-out problematikk (avbryte videregående skole), arbeidsledighet og mottak av sosialhjelp. Det er en gjennomgående overhyppighet av gutter/menn. Det er relativt mange unge uføre, høy ungdomsledighet og mange ungdom på sosialhjelp.

Et annet funn i Lokal utjæmningsmelding var at det er flere flyktninger i innvandrerguppen enn i andre byer, og av disse er det en relativt stor andel med spesielle behov. I tillegg er geografiske forskjeller ved at noen boområder har tendenser til opphopning av innbyggere med levekårsproblem.

I følge Statistisk sentralbyrå lever omtrent 3% av norske barn i husholdninger med lav inntekt. Omtrent 2% av disse lever i varig fattigdom. Det betyr at mellom 313 og 442 barn i Kristiansand lever i varig fattigdom. De fattige barna finnes i familier med:

- Barn med én forsørger
- Barn fra familier med svak tilknytning til arbeidslivet
- Barn med innvandrerbakgrunn.

På grunnlag av opplysninger fra sosialkontoret er det regnet ut at det er ca. 1.100 barn i Kristiansand som lever i familier som har sosialstønad som eneste inntektskilde.

4.1.2 Redusert trivsel

Trivsel kan bare beskrives av hver enkelt av oss. Det er komplekst. For den voksne befolkning vil mange oppleve at arbeidslivet har endret seg. Omstillinger og økte effektiviseringskrav fører til stress som kan gi både fysisk og psykisk sykdom. Den enkelte arbeidstakers trygghet på egne kvalifikasjoner kan rokkes i takt med at nye ferdigheter kreves. Dersom forutsigbarheten i arbeidsforholdet svekkes, reduseres trivselen ytterligere.

Vi vet at det er flere enslige husholdninger i Norge nå enn noen gang. Mange av disse utgjøres av eldre. Selv om ikke alle enslige er ensomme, er ensomhet og isolasjon et utbredt problem. Røde Kors har kartlagt dette forholdet og satser omfattende på besøkstjeneste.

4.1.3 Storbyproblematikk

Som største kommune på Sørlandet har Kristiansand noen særlige utfordringer. Kommunen ekspanderer og utløser dermed et økt press om høy utnyttelse av arealer med stort press på markagrensen, kystområdene og grøntarealene og et økonomisk press for størst mulig utnyttelse av større utbyggingsområder, noe som i etterkant gir et mangelfullt oppvekstmiljø.

Kristiansands plassering som sentral fergeby fører til større tilgang på tobakk, alkohol og narkotiske stoffer. Dette vil ytterligere øke muligheten for tilstrømming av potensielle rusbrukere fra tilgrensende kommuner.

4.2. Sykdomsforekomst

Det finnes mange tall for sykdomsforekomst i kommunen. Bildet preges av hvordan man velger å telle. Trygdekontorets årstall for sykemeldte kristiansandere for 2004 viser at 33 % av sykemeldingene skyldtes muskelskjelettlidelser (antall sykemeldingsdager), mens 18% av dem skyldtes psykiske lidelser. Dette beskriver litt av situasjonen for den yrkesaktive befolkningen.

Det er også et viktig trekk i bildet at Vest – Agder har en høyere kreftforekomst enn nesten alle andre fylker.

4.2.1 Livsstilssykdommer

Svært mange helseproblemer henger sammen med livsstil. Det er ikke noen skarp grense for hvilke sykdommer som er påvirkelig av livsstilen vår, og hvilke som skyldes andre, oftest ukjente, faktorer. Vi pleier vanligvis å tenke på hjerte-kar sykdommer, lungesykdommer (KOLS) og sukkersyke når vi sier livsstilssykdommer, men mange kreftformer er også påvirkelige av de valg vi gjør, både i forhold til røyking, kosthold og mosjon. Alkoholbruk og – misbruk spiller også en betydelig rolle i vår livsstil.

Rusbruk. Alkoholforbruket i samfunnet har gått tydelig opp de siste årene, målt på nasjonalt plan. Dette skyldes blant annet at den voksne befolkningen utvikler et mer kontinentalt drikkemønster. All forskning har hittil slått fast at alkoholskader øker i takt med totalforbruket.

I Kristiansand gjennomføres undersøkelsen "Rusvaner blant ungdom" for alle 10. klassinger. Av resultatene fra disse undersøkelsene (+ noen andre), kan vi se at:

- Det er et nokså høyt antall tunge sprøytenarkomane i Kristiansand.
- Det er ikke en entydig negativ utvikling i antallet unge i 10. skoleår som har drukket alkohol, eller som har forsøkt narkotiske stoffer. Debutalderen de siste årene har hatt en noe stigende tendens.
- Det er klar sammenheng mellom røyking og rusbruk: 2 % av ikke-røykerne har prøvd hasj. 50 % av dagligrøykerne har prøvd hasj. Det er tilsvarende tall for rapportert forbruk av alkohol: De som røyker, bruker klart mer alkohol.
- Ungdommer som rapporterer narkotikaforbruk har gjennomgående:
 - Begynt med rusmidler tidlig, de drikker mest alkohol, de røyker mest, og de rapporterer om foreldre som aksepterer mer av denne typen adferd.

Røykevaner. Vest-Agder og Kristiansand har lenge ligget høyest i landet når det gjelder daglig røyking for voksne. Tallene for Vest- Agder har imidlertid gått noe ned, slik at det ved siste måling er 33% av folk mellom 18 og 74 år som røyker. Det er likevel grunn til å tro at de høye tallene vi har hatt, dessverre vil resultere i fortsatt ganske høye tall for den absolutt røykrelaterte sykdommen lungekreft, som øker mest blant kvinner. Sykdommen KOLS, (kronisk obstruktiv lungesykdom) er også et alvorlig resultat av daglig røyking over flere år.

Tall for røykere i ungdomsskolen i Kristiansand har samme dalende tendens, men endringen er enda mer markert. Det er gjennom spørreskjema for alle 10. klassinger registrert 13,6% dagligrøyking i januar 2005, mens tallet i desember 2005 var 7,8%. Tallene for "av og til" – røykere var henholdsvis 16,7% og 10,0%. Det er et faktum at visse ungdomsmiljøer preges av høy prosent dagligrøykere. Også innen noen yrker er røyking svært vanlig. Det ser også ut til at det foregår en tradisjonspreget rekruttering til røyking innen visse yrkesfaglige studieretninger på de videregående skoler.

Feilaktig kosthold. For barn dreier det seg særlig om for stort inntak av sukker gjennom sukkerholdige leskedrikker. Dårlig kosthold generelt hos voksne og eldre er gjerne ensidig kosthold med for lite frukt, grønnsaker og fisk.

Fysisk inaktivitet. Det har over lang tid vært økende tendens til fysisk inaktivitet både blant barn, unge og voksne, og spesielt er gapet mellom de som er aktive og de som er inaktive,

blitt større. Det er særlig nedgang i hverdagsaktivitet, det vil si omfang av fysisk aktivitet forbundet med dagliglivets gjøremål. Omfanget av deltakere i organisert idrett er økende, men det kan ikke veie opp for dette. Det gjelder både for barn og voksne. Dette er en reell trussel for helsen og medfører ofte vektøkning, dårligere motorikk og ulike livsstilssykdommer.

Overvekt. I løpet av de siste 40 årene har 40-årige menn økt sin vekt med 9,1 kg og kvinner med 3,7 kg. Dette er et resultat av balansen mellom matinntak og mosjon. Overvekt gir betydelig økning av risikoen for diabetes type II, og økning av visse kreftformer. I forhold til alle sykdommer i gruppen hjerte-karsykdommer, kommer overvekt inn som selvstendig risikofaktor. Særlig alvorlig er det at såpass mange barn er overvektige.

Kreft. Som nevnt ligger Vest Agder blant de fylker med aller høyest kreftrisiko. Kreftregisterets tall for den siste 5-årsperioden (1998 – 2002) viser at det også er en generell økning i disse tallene på ca. 10 %. Dette utgjøres i praksis av økt forekomst av lungekreft, ondartet føfleksykdom og brystkreft.

Mange kreftformer kan forebygges, totalt omtrent 1/3 av alle tilfeller. Her kommer foruten røykestopp også kosthold og fysisk aktivitet inn.

Sukkersyke og hjerte- kar sykdommer. Den vanlige betydning av begrepet livsstilssykdommer er hjerte-karsykdommer og sukkersyke. Den enkeltes valg av livsstil spiller stor rolle for utviklingen av disse sykdommene i tillegg til at arvelige faktorer også har stor betydning. Forskere i dag er spesielt bekymret for den økte forekomsten av sukkersyke hos barn.

4.2.2 Psykisk helse

Fra sykemeldingsstatistikken ser vi at 18 % av alle sykemeldinger gjelder psykisk sykdom, og omtrent en halvdel av befolkningen vil før eller senere få en psykisk lidelse som de må søke hjelp for. Vi vet at det er faktorer i samfunnsutviklingen som øker sjansen for psykiske lidelser: økt antall enslige (les: ensomme), økt antall skilsmisser, økt rusbruk, økt forekomst av spillemuligheter, større antall omstillinger i arbeidslivet, er noen av disse.

Det er også en stadig økning i antall barn og unge som henvises til spesialistbehandling. Rapportene fra helsestasjoner, skolehelsetjenesten, skoler, PP-tjenesten og barnevern er klare: Det er mange barn som sliter. Forklaringen på dette er ikke enkel. Vi vet at barn i familier som opplever skilsmisse, har økt risiko for psykiske vansker. Vi vet også at mange barn mangler god voksenkontakt selv om stabiliteten i familien er opprettholdt.

4.2.3 Smittsomme sykdommer.

De seneste årene har tydelig vist at kampen mot smittsomme sykdommer ikke er over. I Kristiansand er det, som i landet for øvrig, stadig beredskapstiltak for å unngå matbåren smitte, oppmerksomhet rundt smitekilder som kan nå langt (for eksempel Legionella), tiltak for bekjempelse av virkningen av influensalignende sykdommer, smittevern mot multiresistente bakterier for eksempel på sykehjem, og en stadig kamp for reduksjon av seksuelt overførbare sykdommer, som står i sentrum.

4.2.4 Ulykker som helseproblem.

Det foreligger ingen god statistikk spesielt for Kristiansand som beskriver omfanget av helseskader på grunn av ulykker. Vi vet fra tall på landsbasis at dette utgjør et stort problem, og de samfunnsmessige omkostninger som følge av dette er store.

Fallulykker som rammer eldre, medfører vesentlig helseskade for de personer som rammes, og store utgifter for samfunnet til behandling og pleie etter skaden. Trafikkskader rammer flest unge, særlig gruppen like over 18 år.

4.3 Miljøbelastninger: Luft, vann, støy.

Luft. Det er samlet sett ikke holdepunkter for å si at luftforurensninger i Kristiansand representerer noen stor helsetrussel. Systematisk arbeid med satsing på et bedre miljø, har båret frukter. De mindre fordelaktige forholdene vi likevel har, er i stor grad et resultat av den elektrokjemiske industri. Disse bedriftene har gjennomført vesentlige forbedringer i forhold til årene tidligere, men utgjør likevel en viss forurensning. Svevestøv fra oppvarmingskilder og biltrafikk kan på helt spesielle dager i enkelte belastede områder likevel utgjøre en plage for personer med luftveisplager.

Vann. Kristiansand kommune har god vannkvalitet, både hva angår drikkevann og badevann.

Støy. Støy fra biltrafikk er det største miljørelaterte folkehelseproblem i Kristiansand. Dette skyldes både at E 18 har trase gjennom byen, men også trafikken på viktige innfartsårer. Det eksisterer kart over soner med stor trafikk tetthet. I mange av disse sonene ligger det boliger, og det planlegges også, til dels, boliger her. Statens vegvesens støyreducerende tiltak i henhold til ny forskrift om støy er ikke tilstrekkelig til at alle innbyggere skal få tilfredsstillende støyforhold i og rundt sine boliger. Ved flere av de aktuelle planer for veiutbygging og forslag til utnyttelse av areal til boliger, er støyhensyn av storviktighet.

Dette er ikke en uttømmende oversikt i dette kapitlet. Å legge til rette for en endring på disse områdene er en stor utfordring for folkehelsearbeidet.

5 Muligheter

Mulighetene for et godt folkehelsearbeid ligger i en bærekraftig folkehelsepolitikk, og med det overordnede helhetsperspektiv implementert i hele organisasjonen, vil folkehelsearbeidet utvikle seg videre til det beste for innbyggerne i kommunen.

I kommuneplanen er det valgt "Vi tror på muligheter" som hovedbuskap, og det er en positiv og offensiv holdning. Som nevnt i innledningskapitlene, skal effekten av dette helst bedømmes gjennom hvordan den enkelte opplever livet sitt, og hvilke valg hun/han gjør.

Det er en nær sammenheng mellom de samfunnsmessige rammebetingelser og den individuelle livsstil. Illustrert ved Sisyfos (Fig 2) som har en vesentlig tyngre jobb hvis

levkårene, eller de samfunnsmessige rammevilkårene, gjør at bakken blir brattere. I motsatt fall vil enkeltmennesket ha bedre muligheter for god helse.

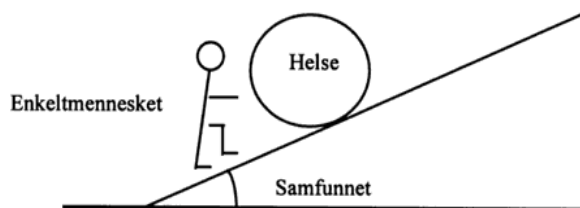


Fig.2 Kilde: Peter Hjort i NOU 1998:18

Ansvar for tilrettelegging ligger til kommunen. Kommunens folkehelsepolitikk må ta opp i seg den bevisste forskyvning av tyngdepunktet for innsatsen: - fra forebygging ved forbud og restriksjoner, til helsefremming ved planmessig arbeid som bygger opp under enkeltmenneskets egenverdi og muligheter. Disse to sidene av folkehelsearbeidet må likevel gå hånd i hånd. Vi vil skissere noen virkemidler for å bedre folkehelsen:

1. Helsefremmende arbeid.
 - Bidra til å utjevne forskjeller i levekår.
 - Satse på økt trivsel og livskvalitet.
2. Gjennomføre gode sykdomsforebyggende programmer.

5.1 Helsefremmende arbeid

5.1.1 Bidrag til utjevning av levekår

Den nye erkjennelsen om at så godt som all målbar sykdom og "uhelse" forekommer vesentlig hyppigere i de laveste sosioøkonomiske klassene – også i det nye årtusen – kom nok som en overraskelse på mange. Forskjellene viste seg større enn man ventet. Erkjennelsen forplikter til en utjamningspolitikk.

Gradientutfordringen (2005)slår fast at de sosioøkonomiske forskjeller i Norge har økt de siste årene, og den peker på flere sentrale innfallsvinkler/ forslag til tiltak:

- *Helsekonsekvensutredninger.* Det er av betydning å synliggjøre hvordan beslutninger på ulike nivåer har betydning for sosiale forskjeller i helse
- *Sosiale tiltak.* Det er av betydning å iverksette tiltak som reduserer fattigdom og arbeidsledighet, og tiltak som bedrer den sosiale situasjonen, blant annet i boligmarkedet
- *Miljøtiltak.* Det er av betydning å redusere uheldige fysiske og psykososiale forhold i arbeidsmiljøet og omgivelsene forøvrig, både i forhold til de direkte helsekonsekvensene og for utstøting fra arbeidslivet
- *Livsstiltak.* Det er av betydning å redusere de sosiale forskjellene i tobakksbruk, rusmiddelbruk, fysisk aktivitet og kosthold
- *Tiltak rettet mot barn og unge.* Det er av betydning å motvirke faktorer som virker negativt inn på barn og unges helse og velvære, og som virker hemmende på deres muligheter senere i livet
- *Tiltak innenfor helsetjenesten.* Det er av betydning å sikre lik tilgang til helsetjenester
- *Samspill mellom ulike nivåer i forvaltningen.* Det er av betydning at nasjonale og lokale strategier ses i sammenheng

For å kunne ha det best mulige oppdaterte kunnskapsgrunnlag for å sette i gang tiltak for befolkningen kan jevnlig helseprofilundersøkelser (HEPRO) benyttes. Dette vil kunne brukes i tillegg til all annen datakunnskap på området. Lokal strategi vil da kunne være:

- **Fremskaffe data om helse og levekår i befolkningen gjennom HEPRO, helseprofiler.**

5.1.2 Økt trivsel og livskvalitet

Kristiansand kommune har et bredt og variert kulturliv som gir gode tilbud til mange grupper i befolkningen. De samlede bidrag fra de offentlige kulturinstanser, sammen med den effekt stiftelsen Cultiva vil gi over tid, og ikke minst alt som er av frivillige lag og organisasjoners aktivitet, utløser mye aktivitet blant små og store. Utviklingen av Kultursenter Øst og Vest vil styrke dette. Her vil mange offentlige kulturtilbud være nærmere innbyggerne og bidra til større tilknytning til eget lokalmiljø.

Kristiansand kommune har god nærhet til naturområder; hav og hei, samt at mange grønne lunger er bevart til glede for fellesskapet. Dette gir gode muligheter for trivsel og en aktiv hverdag. Dette styrkes og videreføres gjennom gitte føringer i arealdelen i kommuneplanen.

Folkehelseforskning gir likeledes grunnlag for å hevde at tilgang til grønne lunger gir målbart bedre helse og trivsel.

Strategier:

- **God tilgang til naturområder, hav og hei.**
- **Bevaring av og tilgang til "grønne lunger".**
- **Koordinering av boligpolitikk og arealpolitikk når det gjelder infrastruktur som nødvendige gang – og sykkelveier, skolekapasitet, veiadkomst og vannforsyning, gode møteplasser i nærmiljø og idrettsanlegg, er vesentlig for å bidra til gode levekår, samt å legge til rette for økt livskvalitet.**
- **Gjennom et program kalt "Helse i plan" bør kommunen ta kunnskap systematisk i bruk slik at viktige beslutninger blir belyst i forhold til den virkning de kan ha for folkehelsen (slik det står i kommuneplanen).**

5.1.3 Økt mestringsopplevelse

I all kommunal tjenesteyting bør det være en kjerneverdi som består i å øke mottakerens egenmestring. Det gir mottakeren økt tro på egen styrke og reduserer risikoen for rusmisbruk, psykiske lidelser og mange andre vanskeligheter.

Innbyggerne skal få "...muligheter for ... mestring og kontroll over egne liv og situasjon." (se definisjon s 3) Det viktigste grunnlaget for dette legges i hjemmene. Men denne "positive bagasje" som her for korthets skyld betegnes mestring, er viktig for barn og unge på vei inn i voksenlivet. Den er også viktig for de som er voksne, når ulike utfordringer skal takles. Kommunen må derfor være seg sitt ansvar bevisst i den nære kontakt en har med hver enkelt av innbyggerne gjennom mange faser i deres liv. Det gjelder først og fremst i barnehager og skoler. Det gjelder på sosialkontoret, i russektoren og i den kontakt kommunale tjenesteytere har med arbeidsledige, syke og pleietrengende.

Strategi:

- **Det tverrsektorielle samarbeidet må gjennom alle sine tjenester, og i samarbeid med innbyggerne og frivillige organisasjoner, bidra til å øke innbyggernes mestringssevne.**

5.2 Sykdomsforebyggende arbeid

I det forebyggende arbeidet har kommunen et godt utbygd tjenesteapparat og lang erfaring. Innsatsen må likevel "spisses" i tråd med ny viten og den situasjonen vi har i kommunen.

5.2.1 Livsstilsendringer

Reduksjon av rusrelaterte skader.

RISK har etablert et bredt sammensatt rusforebyggende forum som har utviklet et godt nettverk for å forebygge rus. Tiltakene for å redusere skader må basere seg på forskning, og det bør satses på tiltak som reduserer totalkonsumet og som utsetter ungdommens debutalder.

Strategiene bør derfor basere seg på:

- Redusere antallet unge som bruker alkohol og narkotiske stoffer ved et vedvarende røykeforebyggende arbeid i skolen
- Øke tilbudet av alkoholfrie arenaer for unge
- Begrense tilgjengeligheten til alkohol ved en strengere bevilgningspolitikk
- Bevisstgjøre voksne alkoholbrukere på farene ved "det kontinentale alkoholkonsum"

Reduksjon av dagligrøykere.

Kristiansand kommune har jobbet systematisk med røykeforebygging i grunnskolen. Det er også arrangert mange røykesluttkurs for voksne. Arbeidet har gitt resultater, og er kanskje det viktigste enkelttiltak for å forebygge sykdom i befolkningen.

Strategier:

- Kommunen må opprettholde innsatsen både på feltene røyk- og snusforebygging og røykeavvenning
- Det er behov for intensivert røykeavvenning og tobakksforebygging overfor de miljøer i videregående skoler som "rekrutterer" flest dagligrøykere og flest snusere.

Kosthold.

Kostholdet for en gruppe av skoleelever har vist seg å være dårligere enn ønskelig. Dette reduserer skoleprestasjonene og trivselen på skolen. Et fast skolemåltid vil bøte på dette og vil være et godt tiltak.

Det bør ellers legges til rette for en bevisst satsing på feltet kosthold/ernæring både i barnehager, skoler og på arbeidsplasser ved

Strategier:

- Økt tilgang til frukt og grønt.
- Bevisstheten om betydningen av kostholdsomlegging for forebygging av hjerte – kar sykdommer, sukkersyke og kreftsykdommer bør økes gjennom opplysning.
- Tilgangen til leskedrikker med høyt sukkerinnhold m reduseres, særlig i miljøer for barn og unge. Tilsvarende må vann som tørstedrikk lanseres.

Fysisk aktivitet.

I løpet av småbarnsalderen tilegner barna seg grunnleggende motoriske ferdigheter; kroppsbeherskelse, fysiske egenskaper, vaner og innsikt i hvordan de kan ivareta helse og livskvalitet. Aktiv bruk av natur og nærmiljø gir mange muligheter.

I dag har nærmere 90 % av barn under skolealder et barnehagetilbud i Kristiansand kommune (full behovsdekning). Dette er et godt utgangspunkt for at barnehagen kan benyttes som arena for økt fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet i skolen har fått stor oppmerksomhet. Det er tilrådd fra sosial- og helsedirektoratet at alle barn skal ha en time fysisk aktivitet hver dag, og Kristiansand kommune har fulgt opp dette i handlingsprogrammet. Erfaringer fra forsøk med dette på Grim ungdomsskole viser at effekten av dette er langt større enn bedret fysisk form. Trivselen stiger. Mobbing og skulk reduseres. En fortsatt sterk satsing på fysisk aktivitet i skolen vil bedre helse, trivsel og livskvalitet. Forskningsresultater tyder også på at det vil gi en reduksjon av lette psykiske lidelser.

Fysisk aktivitet på voksenarenaen, som også inkluderer de eldre, er like viktig. Det vil ikke bare redusere vekt, men vil øke psykisk velvære, beskytte mot muskel – og skjelettsykdommer og mot fallulykker. Det er mange aktiviteter på dette feltet allerede. Men kommunen må fortsatt bidra til en videreutvikling av omfanget av fysisk aktivitet på alle arenaer. Spesielt må en utnytte mulighetene i det planlagte Aktivitetssenteret på Marinetomta i denne sammenheng.

Strategier:

- Økt fysisk aktivitet i barnehagene
- En fortsatt satsing på fysisk aktivitet i skolen vil bedre helse, trivsel og livskvalitet
- Kommunen må fortsatt bidra til en videreutvikling av omfanget av fysisk aktivitet på alle arenaer.
- Det planlagte Aktivitetssenteret på Marinetomta ivaretar folkehelseperspektivet

5.2.2 Psykisk helse

Forebygging av psykiske lidelser er omtalt i kap. 5.1.3. Det er også en hovedstrategi (se kap. 6.1). Kommunen har i tillegg satt fokus på psykisk helse i arbeidslivet. Det forplikter.

Strategier:

- Kommunen bør ved et samarbeid med næringslivet og andre store arbeidsgivere sette fokus på psykisk helse i dagens arbeidsliv.
- Forebyggingsstrategier (-programmer) implementeres i skolene i kommunen.

5.2.3 Ulykkesforebyggende arbeid.

Bystyret vedtok i 2001 i Trafikksikkerhetsplanen at "Kristiansand kommune skal arbeide for å oppnå status som Trygt lokalsamfunn etter reglene fra WHO." Dette arbeidet pågår. Det er for øyeblikket særlig aktivitet overfor eldre og syke og overfor unge sjåførere. Kravene fra WHO går ut på å jobbe systematisk med alle aldersgrupper og på alle arenaer.

SSHF vil, fra 1/1 2007, innføre ulykkesregistrering etter standardprosedyrer. Dette gir for det første det viktige grunnlaget for målrettet innsats, men vil også kople kommunen og sykehuset sammen i dette arbeidet.

Strategier:

- Kommunen bør fortsette arbeidet for å oppnå status som "Trygt lokalsamfunn" etter reglene fra WHO.

6 Strategier for folkehelsearbeidet i Kristiansand

6.1 Hovedstrategier

Hovedstrategiene i folkehelsearbeidet ligger i definisjonen (s.3). Det er gjennom bred *samhandling* og totalinnsats at man kan lykkes i folkehelsearbeidet, der det offentlige *tilrettelegger for muligheter*. Det er individet (og individet i gruppe) som må få muligheter for *ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv*. Mulighetene må ligge der menneskene bor, men også på arenaer de ferdes.

Det er likevel hvert enkelt individ som må gripe mulighetene. Dette er grunnstrategiene i folkehelsearbeidet. Men informasjon, kunnskapsoverføring, bevisstgjøring og holdnings-skapende arbeid må ligge forut for valg til delaktighet, ansvar og mestring av eget liv. Ottawa-charterets fire strategier (s3) er likeledes et godt fundament å bygge folkehelsearbeidet på. På nasjonalt plan skisserer Folkehelsemeldingen fire strategier for det nasjonale folkehelsearbeidet:

1. *Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse*
2. *Bygge allianser for folkehelse*
3. *Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre*
4. *Utvikle ny kunnskap*

Hovedoppgaven for en kommune er og blir å legge til rette for at alle innbyggerne har de beste muligheter for å mestre sin hverdag, for selvrealisering og for autonomi, som en primærforebyggende strategi. Deretter støtte, hjelpe, veilede og behandle i de tilfeller det ikke har gått så bra.

På bakgrunn av den gjennomgang som nå er gjort av fagfeltet med utfordringer og muligheter, er det grunnlag for å peke ut seks hovedstrategier. Disse vil senere ligge til grunn når en legger fram forslaget til periodemål basert på kommuneplanen.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Legge forholdene til rette for positive opplevelser for folk i alle aldre, slik at flest mulig kan trives som innbyggere i kommunen.2. Bidra til at alle barn og unge opplever egen mestring som et godt grunnlag for voksenlivet. Ved tjenesteutøvelse til befolkningen må også brukerens mestring stå i fokus for arbeidet.3. Utjevne levekår og sosioøkonomiske forskjeller, slik at flest mulig får del i velstandsutviklingen med den helseforbedring det innebærer.4. Tilrettelegge for en positiv livsstil for befolkningen for å redusere omfanget av livsstilssykdommer.5. Øke kunnskap og bevissthet om den betydning innbyggernes fysiske og sosiale omgivelser har for folkehelsen, og sørge for at disse forhold tillegges vekt når betydningsfulle avgjørelser for kommunen treffes.6. Tilrettelegge for og samhandle med frivillige organisasjoner, nabokommuner, fylke og region, samt med SSHF og HiA om en felles innsats for bedre folkehelse. |
|---|

6.2 Matriseoppsett bygget på kommuneplanen.

Arbeidsgruppen har funnet det riktig å gå grundig gjennom kommuneplanens tre av fire satsingsområder. Alle disse bærer i større eller mindre grad preg av at folkehelsearbeid bør sette et preg på utviklingen i kommunen framover. En har derfor sett på flere retningsmål, og mange av de strategiene som planen nevner. Dette har en funnet mest hensiktsmessig å

stille opp i en matrise der en har forsøkt å sette opp **eksempler på tiltak og forslag til periodemål**. Se vedlegg.

6.3 Temaplan/kommunedelplan

Under arbeidet med strategidokumentet har det blitt avdekket et behov for en enda grundigere gjennomgang av statusbeskrivelse, årsakssammenhenger og oversikt over tiltak for ønsket endring. For å få til en god utvikling på lengre sikt kan det være aktuelt å få folkehelsesatsingen enda bedre begrunnet og forankret.

- Det vurderes å lage en **kommunedelplan om folkehelsearbeidet, en tematisk kommunedelplan.**

7. Organisering av folkehelsearbeidet i Kristiansand

Folkehelsearbeidet er vedtatt satt i gang av Formannskapet, er tverrsektorielt og kommunedekkende og har budsjettdekning hovedsakelig gjennom rammefinansiering, midler fra Folkehelse i Agder og tilførte midler gjennom prosjektfinansiering.

7.1. Organisatorisk plassering.

Nåværende ordning. Folkehelsekoordinator, med sine medarbeidere, er i dag organisert i Samfunnsmedisinsk enhet i Helse- og sosialsektoren, i tråd med Formannskapsvedtaket fra august 2001. Organiseringen er vurdert fortløpende etter hvert som en ser at det tverrsektorielle samarbeidet øker og at satsingen på dette arbeidet er i stor utvikling. Spørsmålet er om en ved denne modell har nok gjennomslagskraft og effekt for å "bevisstgjøre og formidle kunnskap om verdien av god folkehelse" i kommunen, slik det står i kommuneplanen.

Ansvar for gjennomføring av kommunens vedtatte politikk for folkehelsearbeid i de enkelte sektorer, hviler i stor grad på direktørene, slik det gjør for all gjennomføring av et handlingsprogram. Men de enkeltpersoner som hver sektor har i Folkehelseforum, får også et stort ansvar for å prioritere dette innad i egen sektor.

Budsjettet for koordinering av folkehelsearbeidet og flere av tiltakene som er initiert og driftet av folkehelsekoordinator, ligger i helse- og sosialsektoren. Det er lagt inn i rammen for Samfunnsmedisinsk enhet og ansvaret for budsjettet ligger derfor hos enhetslederen der. Det er dermed også i stor grad helse- og sosialsektorens ansvar å finne budsjettmidler til arbeidet. Dette skjer i skarp konkurranse med andre presserende oppgaver denne sektoren har.

Alternativ organisering. Arbeidsgruppen har diskutert alternativer til nåværende organisering, mest på bakgrunn av å kunne øke kraften i arbeidet, det vil si oppnå bedre måloppnåelse. Flere alternative modeller er praktisert i Norge, og i de aller fleste kommuner er folkehelsearbeidet plassert hos Rådmann.

Alternative forslag til organisering i Kristiansand:

1. Koordineringsansvaret og tiltaksmidler hos rådmannen

Organisatorisk plassert hos rådmannen ville arbeidets tverrsektorielle karakter komme tydeligere fram. Det ville gi en viktig nærhet til planmiljøet hos rådmannen, men ville samtidig fjerne det fra den faglige sammenheng det nå står i, der kommuneoverlegen er ansvarlig rådgiver. Budsjettmidlene til arbeidet ville kunne brukes direkte til det overordnede tverrsektorielle arbeidet folkehelsearbeidet er, der helsetjenester er bare en del av de samlede innsatsområdene.

2. Koordineringsansvar hos rådmann eller HS-sektor uten tiltaksmidler

Et annet alternativ kunne være at tiltaksmidlene ble spredd på sektorer, og at kun koordinatorfunksjonen blir liggende sentralt hos enten rådmann eller i HS-sektor. Det forutsetter at sektorene prioriterer dette folkehelsearbeidet med egne midler. (Parallelt til Koordinator for kriminalitetsforebyggende arbeid.)

3. Koordineringsansvar og tiltaksmidler i HS-sektor.

Et tredje alternativ er at ansvaret for den budsjettmessige delen av folkehelsearbeidet ligger hos Rådmannen, i den delen av handlingsprogrammet som rommer kommunedekkende områder, mens koordinatorfunksjonen er organisert i Samfunnsmedisinsk enhet.

Dersom koordinatoransvaret skulle flyttes, ville det vært rimelig at budsjettansvaret fulgte med. Det er likevel mulig å foreslå at budsjetttildelingen til folkehelse kommer direkte fra rådmannens midler uten en slik endring.

7.2 Koordinering av kommunens folkehelsearbeid.

Folkehelseforum.

Sammensetning. Folkehelseforum er sammensatt av en representant fra hver av sektorene i kommunen, to politikere fra formannskapet og representanter for Nasjonalforeningen for folkehelsen, Vest Agder Mosjons- og bedriftsidrettskrets, Midt Agder friluftsråd, Idrettsrådet i Kristiansand, Eldrerådet og Rådet for funksjonshemmede. Det er i tillegg to konsultative representanter, en fra Vest Agder fylkeskommune og en fra Fylkesmannen i Vest Agder v/Helseavdelingen.

Modellen er prøvd ut i andre kommuner, og er også i tråd med den infrastruktur for folkehelsearbeid som er anbefalt i statlige dokumenter. Etter drift på denne måten i fire år, har det meste av hensikten blitt oppnådd. Forumet er viktig for kontakten mellom kommune og eksterne samarbeidspartnere.

Mandat. Arbeidsgruppen anbefaler at Folkehelseforum opprettholdes som et **rådgivende organ** for kommunen og de partnerne som deltar, og foreslår følgende mandat for framtidig arbeid:

Folkehelseforum skal være et kraftsentrum for folkehelsearbeidet i kommunen og regionen. Det skal komme med ideer for arbeidet, knytte forbindelser mellom den kommunale drift og lignende arbeid utenfor kommunen, for gjensidig inspirasjon, rådgivning og kunnskapsutveksling.

Arbeidsgruppen anbefaler sammensetning av folkehelseforum som før (se over), men i tillegg konsultative representanter fra Sørlandet sykehus helseforetak(SSHF) og Høgskolen i Agder.

Kommuneoverlegen og koordinator for folkehelsearbeidet ivaretar ledelses- og sekretariatsfunksjoner for forumet.

- **Arbeidsgruppen foreslår en utvidelse av Folkehelseforum med to konsultative representanter, en fra Sørlandets sykehus Helseforetak og en fra Høgskolen i Agder.**

Arbeidsutvalg for folkehelse. Arbeidsgruppen anbefaler at det i tillegg til Folkehelseforum etableres et kommunalt Arbeidsutvalg for folkehelse. Dette skal bestå av en medarbeider fra alle sektorer og aktuelle enheter i kommunen, den samme personen som sitter i Folkehelseforum. Arbeidsutvalget vil også være det beste stedet for fast kontakt mellom de personer som leder kommunens folkehelsearbeid og den representant for rådmannen som sitter i styret for Partnerskap for folkehelse i Agder. Arbeidsutvalget skal primært bidra til en bedre og mer koordinert folkehelsesatsing, blant annet gjennom oppfølging gjennom handlingsprogrammet.

- **Arbeidsgruppen anbefaler at det i tillegg til Folkehelseforum etableres et kommunalt Arbeidsutvalg for folkehelse.**

7.3 Samarbeid utenfor kommunen.

Samarbeid med frivillige organisasjoner.

Kristiansand deltar aktivt i samhandling med frivillige organisasjoner om mange former for folkehelsearbeid. Det blir viktig å videreutvikle samarbeidsordninger som bidra til å at kommunen tar i bruk de virkemidlene som er mest hensiktsmessige for et godt og effektiv folkehelsearbeid. Det blir aktuelt å vurdere virkemiddelbruk i Frivillighetsmeldingen som skal utarbeides i 2007.

Samarbeid med regionale partnere.

Mye godt folkehelsearbeid er satt i gang, og disse erfaringene kan med fordel deles med andre kommuner i Agder. Effekten av lokale folkehelse tiltak er større dersom flere naboer deltar.

Knutepunkt Sørlandet. Kristiansand kommune bør bidra til at samhandling om folkehelse i Knutepunkt Sørlandets kommuner får en større plass, slik vedtaket der la opp til i 2004 (jfr. 3.2). Det kan blant annet vurderes om kommunens Folkehelseforum kan videreutvikles til en faglig inspirasjonsarena for flere knutepunktkommuner.

Partnerskapet for folkehelse i Agder vil bli en stadig viktigere samarbeidspartner, og der deltar også SSHF. Det er stor aktivitet nå, våren 2006, for å utforme en fastere form for samhandling mellom sykehuset og kommunen. Dette vil også få konsekvenser for folkehelsearbeidet.

HiA starter bachelorstudium i folkehelse høsten 2006. I enda større grad enn før bevirker det at kommunen (og Partnerskapet for folkehelse) må innrette seg slik at et konstruktivt faglig samarbeid med HiA kan finne sted. Kristiansand kommune har stadig deltatt i, og får nye invitasjoner til deltakelse i, forskningsprosjekter. Kommunen trenger bistand til forskning og fagutvikling, også på feltet folkehelse. Dette gjør at det blir viktig å utvikle denne samhandlingsarenaen, slik at den kan bidra til bedre folkehelse i hele regionen.

Samarbeid på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Kristiansand kommune er med i Norsk nettverk av helse – og miljøkommuner i Norge. Gjennom dette får en også kontakt med internasjonale nettverk (for eksempel nettverket av Østersjøstater som står bak det HEPRO – prosjektet som nylig er startet i Kristiansand) Det gir viktig bistand til et godt faglig arbeid. Kommunen bør videreutvikle slikt nasjonalt og internasjonalt samarbeid for å få gode impulser og for å ”synliggjøre folkehelsebyen Kristiansand i nasjonal og internasjonal sammenheng” som det står i kommuneplanen. Også impulsene fra deltakelsen i disse nettverkene kan deles med samarbeidspartnere i regionen.

Aktuelle referanser

- *Det Idrettspolitisk dokument* (vedtatt i 2003).
- *Det handler om jobben. Omstillinger og krav i arbeidslivet* v/Prof. Stein Knardahl
Foredrag på konferanse Kristiansand 22.3.2006
- *Fysisk aktivitet i skolehverdagen*. Rapport 2/2004
- *Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger*. Rapport 2/2000. Sosial- og helsedirektoratet.
- *Gradientutfordringen*. 2005. Sosial- og helsedirektoratet
- *Helse på norsk*. Per Fugelli og Benedicte Ingstad
- *Helse Sørs strategidokument*
- *Internasjonalt mangfold i Kristiansand*. Strategi for etnisk likestilling 2004-2009
- *Lokal utjæmningsmelding* 2003
- *Medisinalmeldingen*
- NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle*. Forebyggingsstrategier. Sos.dept
- NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*. Folkehelsepolitikken i kommunene
- NOU 2001:22 *Fra bruker til borger*. Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2000:27 *Sykefravær og uførepensjonering*. Et inkluderende arbeidsliv
- *Opptappingsplanen for psykisk helse*. Sosial- og helsedepartementet
- *Psykisk helsearbeid i kommunene*. Veileder. 2005. Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld.nr.16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*
- St.meld.nr.49(2003-2004) *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse*
- *Sammen om fysisk aktivitet*. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009
Departementene.
- *... sammen om psykisk helse*. Strategiplan for barn og unges psykiske helse.
Helsedepartementet
- *Vi tror på muligheter* Kommuneplan 2005-2016

FOLKEHELSEFORUM - Aktiviteter 2006

I Generelt

- Aktivitetsguide
- Grønn katalog – "Aktiv i Kristiansand"
- Skeia i egen hånd. Byhallinfo
- Åpen kafé Røde Kors
- Trygge lokalsamfunn
 - Finn meg - her er jeg
 - 18+
 - Strøsingel, delt ut til personer over 60+
 - Trygghetsuka på eldresentra
- HEPRO – helseprofiler
- Sunn aldring
- Helse i plan

II Fysisk aktivitet

Barn og unge

- Aktiv ute - selvaktiviserende utemiljø
- Aktive skolebarn
- Aktivitetsprosjekt Grim skole.
- Skolen på topp
- Aktiv oppvekst
- Aktiv dag1 8-25 år.

Voksne

- Aktivitetsresept /Frisklivsentraler
- Stavganggrupper
- Opp av go'stolen For seniorer
- Trilleturer for småbarnsforeldre
- Aktiv på dagtid

III Kosthold

- Sunn SFO-mat
- Drikk vann

IV Røyk

- Røykfri i Kristiansand
- Puls og pust
- Røykeavvenningskurs

V Psykisk helse

- Startkonferanse
- Forebygging på mange plan i samarbeid med andre

VI Rus

- Rusforebygging

VII Diverse

- Ung i balanse

VEDLEGG

Aktuelle kommunale planer

Kommuneplanen 2006-2016. Planen er vedtatt av bystyret 21.09.05. Den angir langsiktige mål og aktuelle strategier for kommunens satsing de neste tolv årene. Den framhever allerede på sin første side at Kristiansand må skape muligheter som "en folkehelseby som inkluderer alle og gir rom for utfoldelse". Svært mange av de retningsmål og strategier som kommuneplanen inneholder henspeiler direkte på folkehelsearbeid. Arealdelen og de føringer som her er vedtatt, er viktige bærebjelker i tilrettelegging av bedret folkehelse. Planen gir dermed overordnede føringer for folkehelsearbeidet.

Kommunedelplan for idrett og friluftsliv 2003-2006. Plandokumentet er vedtatt i bystyret 19.12.02. Ny plan for 2007-2010 er under revidering. Godkjent kommunedelplan for idrett og friluftsliv er en forutsetning for tildeling av spillemidler ved etablering av nye idretts-, nærmiljø- og friluftsanlegg, samtidig som planen gir føringer for kommunens satsing innen utbygging, drift og forvaltning av denne type anlegg. Planen er tematisk og dens formål er sterkere kommunal styring av anleggsutbyggingen, klarere prioritering i kommunen og anlegg sett i et større helhetsperspektiv. Det skal spesielt utvikles anleggstyper som harmonerer med aktivitetsprofilen til barn og unge. Kommunen har gjort en massiv innsats på dette området i inneværende periode.

Kultur i Kristiansand. Dokumentet er vedtatt i bystyret 04.12.02. Strategidokumentet klargjør utfordringene kulturlivet står ovenfor, samt at det peker på mulige strategier for å forbedre betingelsene for en positiv utvikling av kommunens kulturliv. Kultur-næring-byutvikling, samt Deltakelse-personlig-vekst er makro- og mikroperspektiv i strategidokumentet. Kommunens rolle er bl.a. å bidra til nyskaping, utfoldelse og opplevelse i kulturlivet. Dokumentet er et styringsredskap på feltet.

Grønnstrukturplan. Vedtatt av bystyret i 1995. Grønnstrukturutredningen er en analyse og verdivurdering av grøntarealene i kommunen, og er det viktigste grunnlaget for forvaltning av de grønne arealene (naturen) i kommunen. Den bidrar til kommunens langsiktige arealplanlegging og forvaltning av naturlandskap, kulturlandskap, grønnkorridorer og nære friområder. Når kommuneplaner, kommunedelplaner, reguleringsplaner og byggesaker blir lagt frem for politisk behandling, må det gå klart frem av sakspapirene om innstillingen er i tråd med grønnstrukturplanen.

Med en kommune i sterk vekst er det et konstant press på etablert grønnstruktur.

Utbyggingsprogrammet. Angir kommunens utbyggingspolitikk og viser hvordan boligområdene skal bygges ut. Den omfatter både tidspunkt, mengde og boligtyper. Det er innlysende at dette dokumentet legger viktige føringer for folks fremtidige nærmiljø og dermed for betingelsene for god folkehelsepolitikk.

Barnehagebehovsplanen. I følge barnehageloven har kommunen plikt til å sørge for at det finnes et tilstrekkelig antall barnehageplasser for barn under opplæringspliktig alder. Utbyggingsmønster og driftsformer skal tilpasses lokale forhold og behov. Kommunens barnehagebehovsplan viser hvilken barnehageutbygging som er nødvendig for å opprettholde fulle barnehagedekning. Planen rulleres hvert år for å gi best mulig oversikt

over tilbud og etterspørsel av barnehageplasser. Kristiansand kommune har full barnehagedekning og dermed best dekning blant de fire største byene i landet.

Skolebehovsplanen. Det er en kommunal oppgave å sørge for at grunnskoleelevene har godt tilrettelagte skoleanlegg. Skolebehovsplanen gir en samlet oversikt over behov for nye skoler, utbygging av skoler og utbedringer på grunn av krav fra tilsynsmyndigheter. De fysiske forhold betyr mye for de 10.000 elevene og de 1.700 ansatte som har grunnskolen som arbeidsplass. Skoleanlegget skal være en god læringsarena slik at den enkelte elev realiserer seg selv på måter som kommer fellesskapet til gode, og være en aktiv kulturinstitusjon og møteplass i lokalmiljøet. De siste årene er det satset mye på skoleanlegg. Kommunen har fått flere nye skoler og mange eksisterende skoler er utvidet.

Lokal utjæmningsmelding. Vedtatt av bystyret 11.05.03. Meldingen beskriver noen av kommunens levekårsutfordringer. Hele planen går direkte inn i en av de hovedmålsettinger som folkehelsearbeid de siste årene har hatt sin oppmerksomhet rundt: Å utjevne forskjeller i levekår og sosioøkonomisk status for dermed å bedre helsetilstanden. (Baserer seg på kunnskap om sammenheng mellom sosioøkonomiske forskjeller og helse). Meldingen peker på totalt 15 "avvik i forhold til sammenligningskommunene" som hver for seg angir "lave levekår", og foreslår tiltak for å bøte på disse.

Barn i fattige familier. Vedtatt av bystyret høsten 2005. Den baserer seg på ulike tellinger av barn som lever i familier med så dårlig inntekt at de hemmes eller hindres i det som i vårt samfunn må kalles "allmenn livsutfoldelse". Bystyret vedtok ved budsjettmøtet å fordele 2 mill. kr. til tiltak for denne gruppen. Ytterligere 400.000 kr. har kommet fra sentralt hold. Både planen og tiltakene går direkte inn for å utjevne forskjeller i levekår og vil, på samme måte som "lokal utjæmningsmelding, bidra til å bedre folkehelsen.

Strategi for etnisk mangfold. Vedtatt i bystyret i 2003. Her beskrives utfordringer og muligheter når det gjelder integrering og mangfold i Kristiansand. I folkehelsesammenheng ser vi at mange parametere for helse og trivsel viser at fremmedkulturelle i Kristiansand kommune scorer lavt (i betydning "dårlig"). Kommunen har allerede satt i gang mange særlige tiltak for denne gruppen.

Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver. Barnehagens formål er å gi barn gode utviklings- og aktivitetsmuligheter. Omsorg, oppdragelse og læring i barnehagen skal bl.a. fremme barnas helse.

Barnehagens samfunnsmandat er blant annet å ha en helsefremmende og en forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Omsorg, oppdragelse og læring i barnehagen skal fremme helse og forståelse for bærekraftig utvikling. Dette former barns holdninger og verdier, tillit til seg selv og andre mennesker og deres motivasjon for læring senere i livet. Barn får grunnleggende og relevant kunnskap og innsikt gjennom dagliglivets hendelser i samvær, lek og strukturerte aktiviteter.

Personalet har som rollemodeller et særlig ansvar for at barnehagens verdigrunnlag etterleves i praksis.