

Rapport nr.1

Til: Fylkesrådmannen
Fra: Folkehelsekomiteen
Dato: 10.mai 1995

Tema **Prosjektbeskrivelse**

FOLKEHELSEPROSJEKTET «DET SUNNE ØSTFOLD»

Forord

I mange sammenhenger er det dokumentert at en godt tilrettelagt forebyggende innsats gir bedre sikkerhet, reduserer belastningslidelser, minsker risikoen for sykdom, ulykker og skader samt øker livskvaliteten. Gjennom fylkesplanen «Sammen om Det Sunne Østfold» er forholdene lagt til rette for en folkehelsesatsning som kan gi positive gevinster både for den enkelte og for samfunnet.

I Østfold vil fylkesplanens mål og strategier bli satt ut i livet gjennom et «folkehelseprosjekt» med bred deltagelse fra offentlige myndigheter, arbeidslivets- og frivillige organisasjoner.

«Folkehelseprosjektet» vil ha karakter av nybrottsarbeid. Verdifulle erfaringer kan høstes som også kan komme andre til gode. Det er lagt opp til en trinnvis framgangsmåte med klare målsettinger og kriterier for arbeidet.

Prosjektbeskrivelsen skal danne grunnlaget for og være en inspirasjon i arbeidet. Den angir retningen og trekker opp rammene. Den endelige konkretiseringen må gjøres av de som deltar slik at innsatsen kan bygge på lokale forutsetninger.

«Folkehelsekomiteen» peker på løsninger som er nødvendige for å starte opp. Forslag til enkelttiltak må utredes nærmere. For å sikre kontinuitet i arbeidet må innsatsen sees både i et kort og langt tidsrom. Prosjektperioden 1996 - 99 er et første skritt på veien mot et offensivt og godt forankret folkehelsearbeide i Østfold.

Gjennom deltagelse i nettverket av helse- og miljøkommuner i Norge og mulig deltagelse i WHO-nettverket «Safe Communities», er forholdene lagt til rette for en bred utveksling av erfaringer.

Sosial- og helsedepartementet, Miljøverndepartementet og Kommunenes Sentralforbund har gått inn for at Østfold blir prøvefylke for folkehelsearbeidet i Norge.

Sarpsborg 10.mai 1995

Øivind Bråthen
Wangberg leder av folkehelsekomiteen
prosjektleder

Arvid

ANBEFALINGER

Folkehelsekomiteen har behandlet prosjektbeskrivelsen i møte den 10.mai 1995 og foreslår at denne legges til grunn for det videre arbeidet med å gjennomføre «folkehelseprosjektet». Prosjektbeskrivelsen oversendes til fylkesrådmannen med følgende anbefalinger:

Struktur:

Organisering, opplæring og evaluering gjennomføres som foreslått i prosjektbeskrivelsen.

Spydeberg, Våler og Sarpsborg kommuner foreslås invitert til å delta som prøvekommuner

Arbeidet gjøres innenfor en årlig økonomisk basisramme på 5.millioner kroner.

Belastningslidelser i nakke, skulder og armer:

Det utvikles en modell for et sunt arbeidsmiljø basert på kriteriene i «Det Sunne Østfold». Modellen prøves ut i tre offentlige virksomheter og to private bedrifter. Spydeberg og Sarpsborg kommuner og fylkeskommunen er eiere av de offentlige virksomhetene. Bedriftene rekrutteres gjennom et samarbeide mellom arbeidslivets organisasjoner og HMS / Bedriftshelsetjenesten.

Fallulykker i hjemmet:

Det igangsettes et utviklingsarbeide for å minske risikoen for skader og ulykker i hjemmet med utgangspunkt i «folkehelseprosjektet»'s mål og strategier.

Offentlige ansatte og frivillige som har med eldre å gjøre i Spydeberg, Våler og Sarpsborg får tilbud om opplæring. Nærmiljøstrategier bør prøves ut i Svinndal og Borgen.

Barn av rusmisbrukere:

Kurspakker rettet mot helsesøstre, primæleger og lærere i før- og grunnskolen utvikles.

Som ledd i å løse de problemene som barn av rusmisbrukere har prøves ut et tiltak etter mønster fra «Bona Via» i Gøteborg. Tiltaket foreslås lagt til Sarpsborg grunnet befolkningsmengden.

Astma, allergi og inneklimesykdommer:

Innsatsen mot astma, allergi og inneklimesykdommer gjennomføres som foreslått i prosjektbeskrivelsen

INNHOLD

| | | | |
|---|------|----|----|
| Forord | side | 2 | |
| Anbefalinger | | 3 | |
| INNLEDNING | | | |
| Bakgrunn | | 5 | |
| Mandat | | 5 | |
| Arbeidsmåte | | 6 | |
| Valg av prosjektkommuner | | 6 | |
| Prinsipper | | 7 | |
| UTFORDRINGER | | | |
| Innledning | | 9 | |
| Mål | | 9 | |
| Metode | | 10 | |
| Belastningslidelser i nakke, skulder og armer | | | 13 |
| Fallulykker i hjemmet blant eldre | | 15 | |
| Barn av rusmisbrukere | | 17 | |
| Astma, allergi og inneklimesykdommer | | 20 | |
| STRUKTUR | | | |
| Organisering | | 23 | |
| Folkehelsenettet | | 23 | |
| Folkehelserådet | | 24 | |
| Folkehelsesenter | | 24 | |
| Folkehelsekomiteer | | 26 | |
| Lokale nettverkskoordinatorer | | 26 | |
| Foldenprosjektet | | 27 | |
| Østfold Helseprofil | | 27 | |
| Evaluering | | 28 | |
| Økonomi | | 28 | |
| Litteratur | | 30 | |
| VEDLEGG | | | |

Bakgrunn

Folkehelsedelen i fylkesplanen er laget for å skape en arena for forebygging i fylket. Den foreslår en felles innsats mot belastningslidelser (lidelser i nakke, skuldre og armer som skyldes forhold ved arbeidsmiljøet), skader etter ulykker (fallulykker i hjemmet blant eldre), psyko-sosiale problemer (problemer som barn av rusmisbrukere har) og astma / allergiplager (inneklime i barnehager og skoler).

I forbindelse med fylkesplanarbeidet ble det foreslått at fylkesplanen bør inneholde en prosjektdel. Tanken er å velge ut avgrensede geografiske områder hvor man systematisk kan gå i dybden når det gjelder forebyggende arbeide innenfor de valgte lidelsestypene. Innenfor rammene av et «folkehelseprosjekt» kan erfaringer høstes og effekten dokumenteres.

Mandat

Fylkesrådmannen ber i brev av 15.juni 1994 den forebyggende komiteen om å avklare hvilke forutsetninger som må oppfylles for at prøveprosjektet kan starte opp senest 1.januar 1996. Han ber den forebyggende komiteen om å utarbeide en prosjektbeskrivelse sammen med fylkesplanssekretariatet. Gruppen fikk følgende mandat:

1. Som en del av handlingsplanen for forebyggende helsearbeid utarbeider prosjektgruppen en prosjektbeskrivelse. Den avklarer faglige, organisatoriske og økonomiske forutsetninger som er nødvendige for å kunne gjennomføre et prøveprosjekt i perioden 1996 - 99.
2. Prosjektbeskrivelsen skal danne grunnlaget for oppstart, gjennomføring og evaluering av prosjektet. Med utgangspunkt i handlingsplanens mål for det forebyggende arbeidet og de valgte lidelsestypene, skal den avklare:
 - Prosjektets grunnlag og prinsipper
 - Strategi og metode for gjennomføringen
 - Prøveområder og kriterier for valg av disse

- Hvordan prosjektets struktur, prosess og resultater kan kvalitetssikres
 - Samarbeidspartnere i og utenfor prosjektet
 - Opplegg for evaluering og utdanning
 - Spredning av informasjon og erfaringer internt og til andre
 - Tidsplan for gjennomføringen
 - Prosjektorganiseringen lokalt og sentralt
 - Utgifter og inntekter
3. Prosjektbeskrivelsen må være ferdig innen 1.juni 1995 slik at den kan behandles politisk sammen med høringsutkastet til ny fylkesplan for perioden 1996 - 99.

Arbeidsmåte

En bredt sammensatt «folkehelsekomite» har gjennomført oppgaven. Den ble inndelt i underkomiteer for hvert av de valgte temaområdene. En komite har arbeidet med spørsmål knyttet til forebygging generelt.

Arbeidet har vært ledet av et prosjektteam som har bestått av:

- Øivind Bråthen, Sarpsborg kommune, leder av «folkehelsekomiteen»
- Anne Kristine Amlie, Bedriftshelsetjenesten, Østfold fylkeskommune
- Bjørg Brusevold, Østfold fylkeskommune
- Ulf Dahl, Høgskolen i Østfold
- Finn Martinsen, Fylkeslegen i Østfold
- Per Arnesen, Østfold fylkeskommune
- Arvid Wangberg, Østfold fylkeskommune, prosjektleder for forprosjektet.

Valg av prosjektkommuner

Spydeberg, Våler og Sarpsborg ble invitert til å delta i utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen med sikte på at de også bør inviteres til å bli prøvekommuner i folkehelseprosjektet. Begrunnelsen er:

1. Alle tre kommunene er i gang med et forebyggende arbeide som samsvarer med folkehelseledens mål og verdier i fylkesplanen.
2. Våler og Sarpsborg er deltakere i «Hverdagssamfunnet» som er knyttet til gjennomføringen av MONA. Det er derfor allerede skapt en arena for frivillig innsats og sosial nettverksbygging som folkehelseprosjektet vil kunne dra nytte av.
3. Spydeberg er deltaker i det nasjonale nettverk av helse- og miljøkommuner. Det vil være en styrke for det forebyggende arbeidet at både folkehelseprosjektet og helse- og miljønettverket kan ta del i hverandres erfaringer.
4. I valget av de tre kommunene er det også lagt vekt på mulighetene for å studere effektene i en bykommune og i to landkommuner som på mange måter er forskjellige.
5. Prøveprosjektet må ikke ha et større omfang enn at det kan håndteres på en forsvarlig måte.

Prinsipper

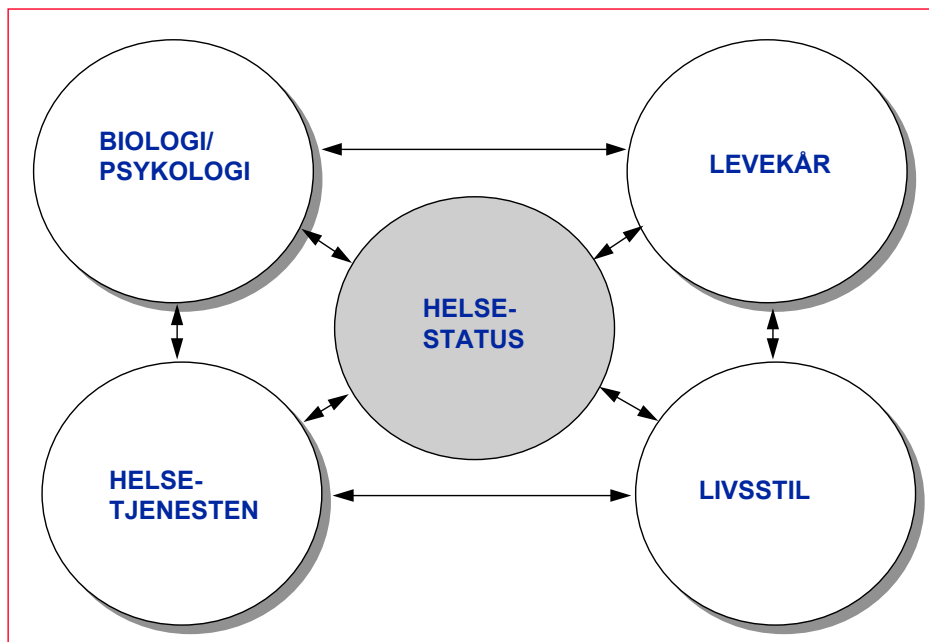
I fylkesplanen «Sammen om Det sunne Østfold» er det understreket at innsatsen må sees i et folkehelseperspektiv, og risikofaktorene må vurderes i en helhet. Samspillet mellom og forhold knyttet til fysisk og psykisk helse, levekår, livsstil og helsetjenesten må vektlegges i en slik helhet. Prinsippet er vist i figur 1.

Denne tilnærmingen i fylkesplanen fokuserer ikke bare på risikofaktorer som må fjernes for å unngå skader. Like viktig er det å sette søkelyset på faktorer som fremmer helsen for den enkelte. Dette krever et helhetssyn på menneske, miljø og samfunn. En hovedstrategi er derfor tverrfaglig og sektorovergripende innsats. Det er nødvendig med et aktiv, lokalt engasjement for å lykkes.

Folkehelseprosjektet bygger på følgende prinsipper:

- Forebyggende arbeide må være et prioritert område og gis et konkret innhold.
- Det er viktig å kartlegge risiko og årsaksforhold som utgangspunkt for en forebyggende strategi.
- Det må velges en strategi som bygger på enkle løsninger og optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser.
- Hindre for å lykkes med folkehelsearbeide må identifiseres.

- Arbeidet bygger på en samfunnsorientert tilnærming. Det må forankres lokalt. Individuer, offentlige instanser og de frivillige organisasjonene som er berørt av problemene må involveres.
- Kunnskap om effektive forebyggende metoder innenfor folkehelsearbeidet må økes hos befolkningen og myndighetene.
- «Ildsjelene» må taes vare på.



Faktorer som påvirker helsetilstanden

Innledning

Vi ser en utvikling der «livsstil- og samsykdommene» øker. Disse har sammensatte årsaksforhold som ikke alltid er lette å forklare. Vi har kommet inn i de kompliserte nettverkens tidsalder der forebygging er et spørsmål om samordning av krefter og interesser.

For å snu en uheldig utvikling må folkehelsetanken være en bærende overbygning i offentlig og privat virksomhet. Fremme av livskvalitet og helse, samt ivareta kulturelt og biologisk mangfold bør ligge til grunn for all økonomisk utvikling og planlegging. Den understreker føre-var prinsippet og retten til kunnskap, informasjon og medvirkning for befolkningen som viktige helsefremmende elementer. Det er først og fremst i nærmiljøene i kommunene den sektorovergrepene innsatsen skal møtes. Dette er en måte å tenke på som vever sammen helse, miljø og livsstil. Utfordringen er å finne løsninger på flere problemer samtidig, og som er tilpasset et helhetssyn på menneske, natur og samfunn.

Vi er også åpne for andre løsninger enn de som blir foreslått her. Hovedmålene for «folkehelseprosjektet» må imidlertid være styrende for innsatsen når det gjelder de valgte temaområdene og organiseringen. Søknader om prosjektstøtte må derfor vise sammenhengen mellom lokale tiltak og hovedmålene.

Mål

Hensikten med prosjektet er *å utvikle en folkehelsemodell av høy kvalitet som kan vise at forebyggende arbeide gir positive resultater for den enkelte og for samfunnet!*

Dette krever mobilisering av sosiale nettverk, samhandling på tvers, utvikling av metoder for måling av befolkningens helsetilstand og synliggjøring av helsetjenestens rolle og bidrag.

Hovedmålene er å:

- *Fremme en helhetstenkning der forebyggende strategier og aktiviteter er med i all planlegging*
 - *Skape grunnlag for samarbeide på tvers av sektorer og nivåer*
 - *Bygge opp kunnskap*
 - *Utvikle praktiske metoder i folkehelsearbeidet*
-

- *Mobilisere nærmiljøene til innsats*
- *Dokumentere effekten av innsatsen*

Metode

Arbeidet bør gjennomføres trinnvis i denne rekkefølge:

1. Kartlegging.

Det er nødvendig å kjenne til omfanget av og årsakene til ulykker, skader og problemer som skaper uhelse i prøveområdene og hva som førte til at problemene oppsto. Uten en slik kunnskap kan problemene vanskelig forebygges.

2. Valg av risikogrupper og miljøer.

Konkretiseringen av risikogrupper og miljøer er gjort i fylkesplanen med støtte i Stortingsmelding 37 om helsefremmende og forebyggende arbeid og tilgjengelige data om forholdene i Østfold. Imidlertid må man være åpen for at ny kunnskap basert på lokale forhold kan gjøre det nødvendig å utvide innsatsen til andre risikogrupper og miljøer.

3. Etablering av arbeids- og referansegrupper.

Samfunnsorientert arbeid kjennetegnes av at berørte parter lokalt samarbeider og påtar seg ansvar. Lokalt bør det etableres en folkehelsekomite som overbygning for fire arbeidsgrupper knyttet til hvert av temaområdene i fylkesplanen. Folkehelsekomiteen bør være bredt sammensatt og bestå av representanter fra berørte etater i kommunen og frivillige organisasjoner.

Sekretariatfunksjonen bør ligge hos rådmannen.

En tilsvarende etablering bør skje på fylkesplanet. Sekretariatfunksjonen foreslås lagt hos fylkesrådmannen.

4. Felles utforming av årlig tiltaksplan.

Folkehelsekomiteen bør utforme lokale tiltaksplaner på bakgrunn av resultatene av den lokale kartleggingen. Tiltaksplanen bør omfatte aktuelle risikogrupper og miljøer.

5. Gjennomføring av tiltaksplanen.

Tiltaksplanen bør bestå av fire elementer og innsatsen bør rettes mot individ, nærmiljøet og samfunnet.

A. Informasjon og opplysning.

Et viktig mål er å stimulere befolkningen til økt engasjement i forebyggende virksomhet. Informasjonen bør rette seg mot ulike målgrupper. Gjennom media, utstillinger, brosjyrer og ulike besøk kan resultatene fra den lokale kartleggingen presenteres og befolkningen motiveres til å engasjere seg.

B. Utdanning.

Utdanningen bør rettes mot spesielle yrkesgrupper som berøres av problemene.

Også organisasjoner og individer bør få tilbud om opplæring.

Opplæringen bør gjøres på bred basis og organiseres både som videreutdanning, etterutdanning og folkeopplysning.

C. Kartlegging.

Dette bør gjøres på to måter:

1. Generelle risikofaktorer i nær- og arbeidsmiljøet må kartlegges.
2. Spesielle sjekklister bør brukes for å avdekke risikofaktorer i hjemmet.

D. Miljøforbedringer.

Miljøforbedringer kan være den beste måten å hindre at skader oppstår. Både fysiske og psyko-sosiale faktorer må vurderes.

6. Evaluering av tiltaksplanen.

En sammenlikning bør gjøres av data før og etter at tiltakene er gjennomført. Holdningene til det forebyggende arbeidet bør måles gjennom intervjuer. Resultatene må analyseres og vurderes.

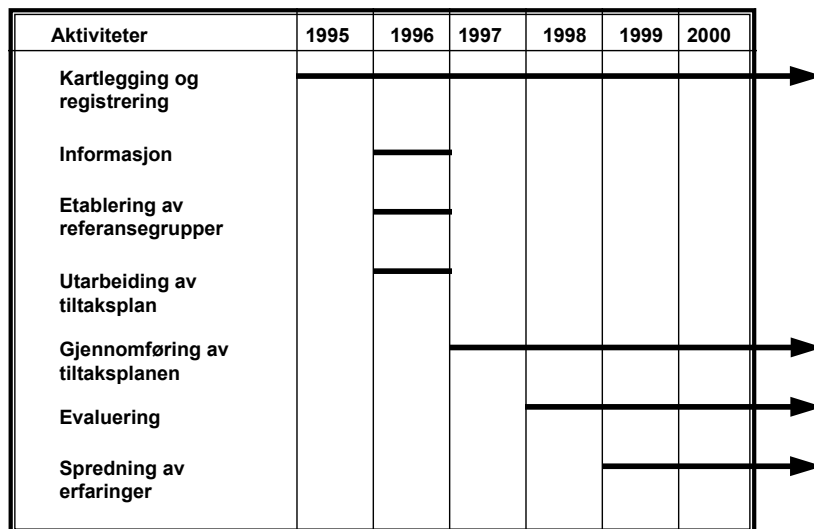
7. Justering av tiltaksplanen.

Om nødvendig må tiltaksplanen justeres på bakgrunn av resultatene fra evalueringen.

8. Overføring av erfaringer til andre.

Evalueringen må gjøres for å ta vare på erfaringene dels for spredning til andre fylker og kommuner, men også for å vurdere om det er nødvendig å utvide innsatsen til andre risikogrupper og miljøer.

De ulike aktivitetene skal gjennomføres i tiden 1996 - 99. Nødvendige forstudier og avklaringer i forbindelse med disse må gjøres i løpet av 1995. Den skrittvis framgangsmåten sett i sammenheng med tidsplanen er oppsummert i figur 2.



Metode og tidsplan for gjennomføringen

BELASTNINGSLIDELSER I NAKKE, SKULDER OG ARMER

Situasjonen

Belastningslidelser er en fellesbetegnelse på smerter eller ubehag i muskler - sener og / eller ledd som fører til nedsatt bevegelighet og redusert funksjonsevne. Belastningslidelser er et resultat av uheldige fysiske / psykososiale faktorer over tid. Dette er vårt største helseproblem i den betydning at det er slike lidelser de fleste i befolkningen sliter med.

De uheldige konsekvensene av belastningslidelsene er meget store både i form av redusert livskvalitet for den som rammes, kostnader for næringslivet og det offentlige og samfunnsmessige virkninger som følge av de mange som faller utenfor arbeidsliv og fellesskap. Trygdeutbetalingene har vist en kraftig økning de siste årene. Muskel- og skjelletlidelser var i 1991 den hyppigste årsak til uføretrygding i Norge. Trygdens utgifter til dette var 5,4 milliarder kroner.

Statistikker viser at 50% av alle belastningslidelser hos menn sitter i nakke, skulder og armer. For kvinner er tallet 65%.

Erfaringer viser at det å skape engasjement og gjøre bruk av systematiske arbeidsmetoder er en lønnsom investering for å redusere belastningslidelser knyttet til arbeidsforhold. På dette området gir holdningsendringer store gevinster. Kunnskap, samhandling og motivasjon er nøkkelford for innsatsen.

Mål

Gjennom «folkehelseprosjektet» er Østfold gitt en mulighet til å prøve ut ulike virkemidler for å redusere omfanget av belastningslidelsene i arbeidslivet.

Hensikten med innsatsen er *å utvikle en modell for et sunt arbeidsmiljø som i løpet av prosjektperioden kan minske belastningslidelsene og redusere sykefraværet med 20% for pilotbedriftene som deltar.*

Det kan gjøres ved å:

- ***Ansvarliggjøre ledelse og ansatte***
- ***Fokusere på arbeidsmiljøet / arbeidsmiljøloven***
- ***Skape engasjement***
- ***Gi opplæring***
- ***Lage konkrete mål- og samhandlingsplaner***
- ***Miljøforbedringer dokumenteres***

Tiltak

Det er i dag utprøvd og systematisert en lang rekke tiltak som i ulike situasjoner kan være nyttige for å gjennomføre og holde motivasjonen oppe i arbeidet med å skape et bedre arbeidsmiljø. Noen av disse er:

- *Tiltak som bedrer kommunikasjonen i organisasjonen og som sikrer at alle deltar i møter der arbeidsmiljøet er på dagsorden. AMU / utførelsesutvalgene må brukes aktivt.*
- *Et bredt samarbeid mellom ledelse, arbeidsmarkedsetaten, HMS / bedriftshelsetjenesten, utførelsesutvalgene og trygdeetaten når det gjelder langtidssykmeldte gir gode resultater.*
- *Tiltak som motiverer ansatte til ansvar, aktivitet og medvirkning til å forbedre eget arbeidsmiljø. F.eks. kan kvalitetssirkler, faste personalmøter og regelmessig skriftlig informasjon være nyttige hjelpemiddel.*
- *Tiltak som gir grunnlag for løpende registrering og vurdering av effekten av innsatsen. Dette krever et godt samarbeide med HMS- / bedriftshelsetjenesten.*
- *Tiltak som sikrer at arbeidsmiljøet i vid forstand inngår i planleggingen og prosjekteringen av ny virksomhet.*
- *Rutiner som sikrer en årlig gjennomgang av verne-, helse og miljøarbeidet for å se om målene som er oppsatt i virksomhetsplanene nås.*
- *Tiltak som går på opplæring og instruksjon av ledere og ansatte på alle nivåer. Opplæringen bør bl.a. knyttes til lederutviklingsprogrammer. Alle må få opplæring i arbeidsmiljøloven, hvordan organisering og ledelse også påvirker det psyko-sosiale arbeidsmiljøet, generell forebygging og hvordan de kan ivareta sin egen helse.*
- *Veiledning i gjennomføring av kampanjer for et bedre arbeidsmiljø i samarbeide med arbeidstilsynet og trygdeetaten.*
- *Prinsipper for premiering av verne- og miljøarbeid. Eksempelvis kan en avdeling / etat som kommer godt ut i en test kåres til årets arbeidsplass. Kåring av «Årets miljøbedrift».*

- *Holdningsbearbeiding for et tryggere og bedre arbeidsmiljø. Det er også viktig å synliggjøre økonomiske effekter og gevinster av innsatsen.*

Kommentar

Det er etterhvert utviklet og utprøvd mange virkemidler i sikkerhetsarbeidet i Norge. Relativt enkle virkemidler, tilpasset norske tradisjoner for samarbeid mellom ledelse og ansatte, gir god effekt. Man har opptil 20 - 30% reduksjon av sykefraværet. Styringsverktøyet har vært målfastlegging - handlingsplaner - gjennomføring - kontroll - oppfølging.

Et godt og sikkert arbeidsmiljø er snarere en ressurs enn en kostnad som sparer både den enkelte, bedriften og samfunnet for lidelser, skader og utgifter. Motiverte medarbeidere gir også en produktivitetstgevinst. For å lykkes må ledelsen engasjeres.

Det er positivt at det i dag er bygd opp et apparat og en struktur der både ansatte, politikere, HMS-personell og ledelse kan involveres i oppgaven med å fornye og forbedre arbeidsmiljøet og dermed minske belastningslidelsene. Forholdene ligger derfor vel til rette for en prøvemodel for et sunt arbeidsmiljø med utgangspunkt i «folkehelseprosjektets» mål og strategier.

Gjennomføringen foreslås lagt til to private bedrifter og tre offentlige virksomheter i Spydeberg, Sarpsborg og Østfold fylkeskommune. Bedriftene søkes rekruttert gjennom et samarbeide mellom arbeidslivets organisasjoner og HMS / Bedriftshelsetjenesen. Kriterier for deltakelse må være interesse for prosjektet og at man forplikter seg til å gjennomføre vedtatte tiltak.

FALLULYKKER I HJEMMET BLANT ELDRE

Situasjonen

Hvert år dør over 1000 personer over 65 år av ulykker i Norge. Fallulykker er den største årsaken til ulykker med dødelig utgang.

De fleste ulykker blant eldre skjer i hjemmet. Norske undersøkelser viser at flertallet av ulykkene skjer i stue og soverom, i hagen og rundt huset, i trapper innendørs og på kjøkkenet.

Det er nødvendig med et tverretattlig samarbeide for å lykkes med det forebyggende arbeidet. Kommunen har en nøkkelrolle i planleggingen og gjennomføringen av tiltak som kan minske risikoen for ulykker blant eldre. Samtidig må de eldre selv, det sosiale nettverket og frivillige organisasjoner delta.

Det er behov for ny kunnskap om eldreulykker og hvordan disse kan forebygges både blant de som kan påvirke de eldres handlinger og de som kan påvirke omgivelsene.

Et opplegg for lokal skaderegistrering er et nødvendig verktøy for å kunne se omfang og årsaker. Like viktig er det som instrument for å måle effekten av den innsatsen som gjøres.

Mål

Erfaringer fra Sverige og andre steder viser at en aktiv ulykkesforebyggende innsats kan redusere skadeomfanget med 20% over en periode på tre år. Det er et stort potensiale for helsegevinster på dette området.

Hensikten med innsatsen i prøveområdene er derfor å vise at et aktivt folkehelsearbeid blant eldre både kan bedre livskvaliteten og redusere omfanget av fallulykker med 20% i løpet av prosjektperioden.

Det kan gjøres ved å:

- ***Øke kompetansen i kommunene om forebygging av fallulykker blant eldre i hjemmet***
- ***Legge forholdene til rette for nødvendige endringer i bomiljøet***
- ***Mobilisere nærmiljøet til innsats***
- ***Samarbeide om løsningene***
- ***Dokumentere omfang og effekter***

Tiltak

Det er utprøvd ulike virkemidler som gir god effekt for å redusere fallulykkene i hjemmet blant eldre. Noen av disse er:

- ***Offentlige ansatte og frivillige som har med eldre å gjøre får tilbud om opplæring***
- ***Befolkningen opplyses om fallulykker i hjemmet gjennom en kampanje***

- *Gi opplysning til de eldre om hvordan man unngår skader i hjemmet*
- *Offentlige etater og frivillige organisasjoner må fordele ansvar, avklare roller og samarbeider*
- *Skader må registreres ved legevakt og sykehus*
- *Rutiner for rask tilbakemelding om omfang og utvikling av skadeprofil må etableres*
- *Gjennomføring av risikoanalyser og utbedring av mangler*
- *Man må ta hensyn til de eldres situasjon i planleggingen av nye boliger og bo-områder*
- *Eldre må mobiliseres til egenaktiviteter som forebygger fallulykker i hjemmet*

Kommentar

«Folkehelseprosjektets» innsats for eldre ønsker vi å kalle for «Fiin Gammel». Vi ønsker å synliggjøre at de eldre er en gruppe som beriker hverdagslivet i lokalsamfunnet. Vi ønsker at prosjektet skal oppleves som en invitasjon til samhandling.

Hva som er farlig og risikabelt i samfunnet er ikke et entydig spørsmål, det er gjenstand for fortolkning og debatt. Eldres synspunkter må derfor vektlegges sammen med ekspertenes mening. Tiltak må være ønsket og være utviklet i samarbeid med de eldre. Den overordnede målsettingen må være at de eldres livssituasjon skal bedres. Vårt arbeid må settes inn i en helsefremmende sammenheng der eldre selv trekkes aktivt inn i planleggingsprosessen, og i løsningen av problemene. Dette arbeidet vil også ha betydning for livskvaliteten til den nærmeste familie og venner.

Offentlige ansatte og frivillige som har med eldre å gjøre får tilbud om opplæring. Nærmiljøstrategier bør prøves ut i Svinndal, Borgen og Grålum.

BARN AV RUSMISBRUKERE

Situasjonen

Barn av rusmisbrukere er en oversett og forsømt gruppe i dagens samfunn. Dersom nasjonale tall legges til grunn for beregningen er det ca. 12.000 barn som er i denne situasjon i Østfold.

Erfaringer viser at barn av rusmisbrukere er sterkt overrepresentert i en rekke ulike behandlings- og hjelpetiltak i Norge. Manglende kunnskap om rusmisbruk, angst for og negative holdninger til rusmisbrukere er de viktigste hindere man møter i arbeidet med barn av rusmisbrukere.

Barn av rusmisbrukere går tidlig inn i ansvarsfulle roller i familien samtidig som de ofte går glipp av en oppvekst med normale kontaktmønstre og modningsprosesser. Virkningene av for stort ansvar i ung alder, aktiv deltakelse i å skjule familiens rusproblem og tap av egen barndom, kan for mange sidestilles med vold og overgrep. Den omsorgssvikt de utsettes for, gir ofte barna en stor sårbarhet i forhold til senere mestringer i livet. Barn av rusmisbrukere har fire ganger så stor risiko for selv å bli rusmisbruker som andre barn.

Mål

Fylkesplanen «Det Sunne Østfold» har satt dette temaet på dagsordenen. Utgangspunktet er at barn og ungdom i Østfold har rett til trygge og fullverdige liv på egne premisser uavhengig av foreldrenes rusproblemer. Gjennom «Folkehelseprosjektet» skal innsatsen konkretiseres.

Hensikten er å utvikle en samarbeidsmodell som bedrer livskvaliteten for barn som er skadelidende som følge av foreldrenes rusmisbruk.

Det kan gjøres ved å:

- *Bedre kunnskapen og bidra til å endre holdningene blant fagpersoner og i befolkningen*
- *Bedre kunnskapen blant barn og unge om normal sosial funksjon*
- *Samarbeide på tvers om å gjennomføre prøveprosjekter som kan føre til bedre forhold for barn av rusmisbrukere*
- *Lage et tiltak i Sarpsborg etter mønster av «Bona Via» i Gøteborg*
- *Sørge for at positive erfaringer fra prøveperioden får form av varige løsninger.*

Tiltak

Hovedpotensialet for forebygging ligger i en kombinasjon av befolknings- og høyrisikostراتيجier rettet mot barna selv og mot barnas nære omgivelser. Aktuelle virkemidler kan være:

- ***Kurspakker rettet mot helsesøstre, primærleger og lærere i før- og grunnskolen må utvikles***
- ***Vektlegging av helhetsperspektivet og nærmiljøets betydning for gode sosiale nettverk i all offentlig planegging***
- ***Risikogrupper må få informasjon om rusbruk og risiko for å utvikle avhengighet***
- ***Skape forståelse for at dette problemet gjelder mange og at innsatsen derfor må prioriteres***
- ***Lære voksne til å gjenkjenne problemet og etablere ordninger som gjør at man kan hanskles med det***
- ***Lære barn og unge som er i denne situasjonen at de ikke er alene og at det finnes voksne som ikke svikter***
- ***Lære barn og unge som er i denne situasjonen å mestre den bedre ved at de blir dyktigere til å ivareta egne behov og følelser***
- ***Legge forholdene til rette for en struktur som gjør det mulig å håndtere problemet uten at det medfører stigmatisering.***

Kommentar

I «Folkehelseprosjektet» vil innsatsen bli rettet mot barn i alderen 6 - 12 år, ungdom 13 - 18 år og barnas foreldre og andre voksenpersoner rundt barna.

Mulige aktiviteter kan være:

- Etablere selvhjelpsgrupper.
- Undervisningsopplegg for bruk i skolesammenheng.
- Samarbeid om egen kontakttelefon.
- Informasjon til foreldre om kurs- og behandlingsmuligheter.
- Fagfolk må gis nok kunnskap til at de tør bry seg og vite hvor man kan søke profesjonell hjelp.

I tråd med prinsippene for «folkehelseprosjektet» er det naturlig å fokusere på ressursmobilisering hos den enkelte og i nærmiljøet. Selvhjelpstanken bør stå sentralt basert på prinsippene til Anonyme Alkoholikere.

«Bona Via» i Gøteborg er et tiltak som retter seg spesielt mot barn i alderen 6 - 12 år hvor en eller begge foreldrene er rusmisbrukere. Hensikten er at:

- Barnet gjennom møte med andre i samme situasjon får kunnskaper og støtte.
- Barnet lærer å kjenne igjen sine følelser og akseptere disse.
- Barnet lærer å sette ord på sine følelser og gi uttrykk for sine behov.
- Det unike hos hvert enkelt barn blir framhevet.
- Barnet får faktiske kunnskaper om rusmidler og dets skadevirkninger.

Det er ikke prøvd ut liknende tiltak i Norge. Sarpsborg peker seg naturlig ut som arena for en slik utprøving pga. befolkningsmengden.

ASTMA, ALLERGI OG INNEKLIMASYKDOMMER

Situasjonen

I industrialiserte samfunn har forekomsten av astma og visse allergier vist en økende tendens. Dette gjelder særskilt barn.

Situasjonen i Norge kan beskrives slik:

- Allergi / overfølsomhet finnes hos 40% av barn og unge. Overført til Østfold-forhold, vil dette si ca. 23.500 barn og unge i alderen 0 -19 år.
- 3 - 7 % av barn og unge har legediagnostisert astma. For Østfold vil da tallene bli 1700 - 4100.
- Sykdommene viser en alarmerende økning. Sykelighet og dødelighet av astma er tredoblet på 30-40 år. Andre sykdommer med allergi / overfølsomhet har økt 25 - 50%.
- Økningen har bl.a. sammenheng med miljøforhold, og innemiljøet er svært viktig for dette. Innendørs tobakksrøyking er den viktigste kjente årsaken til dårlig inneluftkvalitet.

I løpet av de siste årene, blant annet gjennom lokale prosjekter støttet av sentrale myndigheter (Samlet Plan) er det utført mye kartleggingsarbeid når det gjelder kvaliteten på barn og unges innemiljøer. Mye arbeid gjenstår. Hovedårsakene til dette ligger i manglende ressurser (særlig økonomi) og prioriteringer.

Dessuten er formidling av kunnskap om betydningen av et godt inneklima, og informasjon om hvordan man kan forebygge inneklimaproblemer og intervensjon på et tidlig stadium, svært mangelfull mange steder.

Mål

I forbindelse med behandlingen av St.meld. 37 (forebyggingsmeldingen) uttalte Stortinget at samordnet planlegging og tiltak mot helseskadelig innemiljø skal, sammen med helsefremmende kunnskap og atferd og tidlig intervensjon overfor de som rammes, føre til stopp i økningen av forekomst av astma og allergi, og til mindre sykkelighet og bedre funksjon hos barn og unge.

I tråd med dette er hensikten med folkehelsesatsningen på dette området å *synliggjøre og dokumentere at forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer gir positive resultater.*

Det kan gjøres ved å:

- *Arbeide for at inneklimaet i skoler og barnehager tilfredstiller gjeldene krav og normer*
- *Fremskaffe best mulig kjennskap til og oversikt over forekomsten av astma og allergi hos barn og unge i Østfold*
- *Samordne informasjonen, rådgivingen og veiledningen fra primær,- kommune- og spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Dette arbeidet rettes mot de viktigste arenaene for forebygging og reduksjon av problemer knyttet til astma og allergi: skolen, barnehagen og hjemmet.*

Tiltak

De viktigste virkemidlene for å nå målene vil være tiltak mot risikofaktorer i innemiljøet og økt kunnskap om hvordan disse kan forebygges.

Noen av disse er:

- *Kvaliteten av inneklimaet i skoler og barnehager må kartlegges*
- *MEIS-programmet (Miljø-Energi-Inneklima i Skolen) bør prøves ut i grunnskolen*
- *Skoler og barnehager må stimuleres til røykfrihet gjennom holdningsskapende tiltak og ved oppfølging av sentrale handlingsplaner /regelverk*

- *Utarbeiding av informasjonsopplegg for teknisk personell med ansvar for drift og vedlikehold av installasjoner og utstyr i skoler og barnehager*
- *Utarbeiding og oppfølging av handlingsplaner i skoler og barnehager med prioritering av tiltak*
- *Optimalisering av eksisterende ventilasjonsanlegg, evt, installering av nytt i skoler og barnehager*
- *Forbedring av driftsmessige forhold og rutiner ved tekniske anlegg, renhold og vedlikehold i skoler og barnehager*
- *Etablere registreringsenheter og rutiner*
- *Etablere et tverrfaglig nettverk, en informasjonsbase, ved barneavdelingen på ØSS*
- *Opprette et tilbud om regelmessig konsulentbistand til skoler og barnehager.*
- *System for kartlegging av astma og allergi hos barn må utvikles*
- *Holde kurs om mestring / egenomsorg for foreldre, ansatte i skoler og barnehager og helsepersonell som har kontakt med målgruppen*
- *Samle og distribuere relevant informasjonsmateriell for småbarnsforeldre / pasienter*

Kommentar

Målgruppen for innsatsen er barn og unge i alderen 0 - 19år.

Tiltak mot årsaksfaktorene til dårlig inneklime i skoler og barnehager forutsettes lagt opp slik at dette arbeidet kan bidra til økt kunnskap både hos de ansatte og elevene / barna. Dette må føre til endrede holdninger og atferd som er overførbare til hjemmet og andre miljøer.

Det er nødvendig med en systematisk registrering av problemene. Da vil man over tid kunne få holdepunkter for å bedømme utviklingen av disse. Dette er også nødvendig for å dokumentere effekten av tiltak og virkemidler.

Mange av tiltakene forutsetter samarbeid mellom offentlige etater og frivillige organisasjoner, og vil i stor grad kunne baseres på erfaringer fra lokalt og sentralt utviklingsarbeide som har pågått de seneste årene.

Samtlige av de mål, virkemidler / tiltak som er listet opp her kan gjennomføres i prosjektperioden.

Organisering

«Det nye folkehelsearbeidet» slik det er beskrevet i fylkesplanen «Sammen om Det Sunne Østfold», er en nyskaping innenfor sitt felt i Norge. At innsatsområdet er nytt gjør også sitt til at arbeidet kan bli utsatt for ulike krefter som kan føre til at man ikke når målene. Det er derfor viktig å finne fram til en organisatorisk løsning der tverrsektoriell innsats kan fungere, og der de ulike aktørene utvikler en felles forståelse for handlingsplanens mål og prinsipper. Organiseringen er derfor et viktig utprøvingselement i «Folkehelseprosjektet». *Elementene som inngår i «Folkehelseprosjektet» fremgår av figur 3.*

Folkehelsenettet

«Samhandling på tvers» er fundamentet i «Sammen om Det Sunne Østfold».

I vår sammenheng kan samhandlingen betegnes for «Folkehelsenettet». Dette bør i prinsippet være åpent for fylkeskommunen, statsetatene i fylket, kommunene, arbeidslivets organisasjoner og de frivillige organisasjonene som vil gjøre en aktiv innsats i «det nye folkehelsearbeidet».

Hensikten med «Folkehelsenettet» er å skape et forum som i fellesskap skal:

- Gjennomføre «Det Sunne Østfold»'s mål og strategier for folkehelsearbeidet
- Utvikle praktiske metoder for gjennomføringen
- Støtte lokale initiativ for bedring av folkehelsen
- Utvikle og gjennomføre utdanningsprogrammer
- Samarbeide om datainnsamling og evalueringen av nettverket og de enkelte prosjekter
- Formidle erfaringene til andre.

«Folkehelsenettet» kan inndeles i fire nivåer: 1. Lokale folkehelsekomiteer, 2. Lokale nettverkskoordinatorer, 3. Folkehelseråd på fylkesplan, 4. Sekretariat for folkehelserådet.

Aktuelle forutsetninger for å delta kan være:

- Bindene vedtak må gjøres i fylkesting / kommunestyre / øverste myndighet i organisasjonene.
- Deltakerne må slutte seg til «folkehelsenettets» mål og strategier og arbeide for at disse forankres i berørte planer, aktiviteter og tiltak.
- Deltakerne må sikre at folkehelsearbeidet får prioritet og status ved at det forankres politisk, administrativt og faglig på høyt nivå. Dette må gjenspeile seg i oppnevningen av kontaktpersoner til nettverket.

Folkehelserådet

For å fremme samhandling på tvers av sektorgrenser og nivåer er det i fylkesplanen foreslått å etablere et folkehelseråd. Folkehelserådet bør være et felles forum for folkehelsenettet. Det møtes minst to ganger i året. Det ene møtet bør særskilt trekke opp retningslinjer og godkjenne virksomhetsplanen for neste års aktiviteter. Det andre møtet kan særskilt behandle årsrapporten og knytte anbefalinger til denne. Rådet kan selv definere innsatsområdene for sitt arbeide, men i begynnelsen er det naturlig at disse knyttes opp de valgte områdene i fylkesplanen. Det kan nedsette arbeidsgrupper for å belyse og følge opp særskilte temaer og saker.

I prøveperioden bør folkehelserådet være en referansegruppe for «Folkehelseprosjektet» som bl.a.:

- Stimulerer til helhetstenking der forebyggende strategier og aktiviteter inngår i all planlegging i den offentlige virksomheten som deltar i folkehelsenettet.
- Rullerer årlig virksomhetsplanen for folkehelseprosjektet og godkjenner årsrapporten.
- Gir støtte til prosjekter som fremmer folkehelsemålene
- Samordner innsatsen i folkehelsenettet
- Er idébank for andre og informere om de resultater som oppnås
- Gir tilbud om opplæring

I høringsutkastet til fylkesplanen «Sammen om Det Sunne Østfold» er det foreslått at «Samhandlingsforum», komiteene og koordineringsgruppa utvidet med komitelederene skal fortsette sitt arbeide i planperioden. Dersom dette blir vedtatt er det naturlig at folkehelserådet etableres innenfor

disse strukturene. Dette forutsetter at «folkehelseprosjektet» får de nødvendige fullmakter til å gjennomføre oppgaven.

«Folkehelsesenter»

Et effektivt sekretariat vil spille en nøkkelrolle i gjennomføringen av fylkesplanens folkehersedel og folkehelseprosjektet. Det er derfor viktig at dette bemannes tilstrekkelig med kvalifiserte medarbeidere. Enheten må være fleksibel og med klar ansvars plassering under fylkesrådmannen. Viktige oppgaver som må ivaretas er å koordinere og lede folkehelseprosjektet, være bindeledd mellom de ulike aktørene, arbeide for å økt forståelse for folkehelsearbeidet samt informere og dokumentere effekten av innsatsen.

I fylkesplanen «Sammen om Det Sunne Østfold» er det foreslått at koordineringen av skaderegistrering og andre undersøkelser legges til folkehelserådet. For å samle energien om gjennomføringen av handlingsplan og prosjekter, er det viktig å samle ressursene på ett sted. Sekretariatsfunksjonen, evalueringsarbeidet og kvalitetsutviklingen bør derfor samles under felles ledelse. I dette ligger også et ønske om å trekke veksler på den kompetansen som finnes i fylket. På den måten kan senteret bli en inspirator og katalysator for gode prosjekter som fremmer folkehelsemålene, samtidig som de ulike aktørene trekkes med. Senterfunksjonen vil derfor være viktig for formidlingen av erfaringer og forankringen av disse i berørte etater, virksomheter og organisasjoner.

I oppstartsfasen må energien rettes mot gjennomføringen av folkehelseprosjektet, tilretteleggelsen av ulike undersøkelser og informere i den hensikt å skape økt forståelse for folkehelsesatsningen i «Sammen om Det Sunne Østfold». Ansvarslinjen til fylkesrådmannen kan ivaretas ved at denne oppnevner en styringsgruppe og godkjenner retningslinjer og instruksjoner for virksomheten. Styringsgruppen må ikke være for stor. Aktuelle deltakere kan være bl.a. rådmennene i prøvekommunene og leder av fylkesplansekretariatet.

Organiseringen må gjenspeile behovet for oversikt og struktur, men den må likevel være åpen for kreativitet og nytenking. Ulike grupper kan sammensettes for å løse spesielle oppgaver. Enheten må få et klart mandat for gjennomføringen av folkehelseprosjektet og ha et selvstendig ansvar basert på prinsippene for mål og rammestyring.

En slik modell er ikke prøvd ut i Norge, den må evalueres særskilt og erfaringene som høstes får vise hvordan den endelige organiseringen kan bli.

Senteret kan benevnes «Folkehelsesenteret». Det bør fungere som sekretariat for folkehelserådet og skal bl.a.:

- Ha ansvaret for oppstarten av de aktivitetene i fylkesplanen som er foreslått lagt til folkehelserådet
- Gjennomføre «folkehelseprosjektets» mål og strategier
- Koordinere prosjektaktivitetene
- Lage ulike rapporter
- Vedlikeholde og følge opp det forebyggende kontaktnettet
- Utvikle helseprofiler
- Utvikle opplæringsprogrammer
- Informere om virksomheten.

Folkehelsekomiteer

Involvering og mobilisering av lokalbefolkningen i målrettede prosesser for å bevare miljø og helse er en nødvendig forutsetning for å lykkes.

Etter mønster av folkehelserådet bør det etableres en tverrsektoriell komite for folkehelsearbeid i prøvekommunene som bl.a. skal:

- Tilrettelegge, gjennomføre og evaluere den forebyggende innsatsen knyttet til lokale virksomhetsplaner i folkehelseprosjektet
- Være en møteplass mellom offentlige etater og frivillige organisasjoner som deltar i det lokale folkehelsearbeidet
- Stimulere til løsninger basert på lokale forhold og vurdere prosjektsøknader til folkehelserådet
- Delta i utviklingen av «Østfold Helseprofil» og opplæringsprogrammene
- Informere og rapportere om virksomheten.

Lokale nettverkskoordinatorer

Gjennomføringen av folkehelseprosjektet i prøvekommunene vil i stor grad medføre tiltak over etatsgrensene i prøvekommunene. Administrasjonen må

være innstilt på å finne fram til en organisatorisk forankring som sikrer gjennomføringen av de lokale tiltakene. Det er naturlig at sekretariatsfunksjonen for folkehelsekomiteen knyttes til rådmannen. Viktige oppgaver som må ivaretas er bl.a.:

- Koordinere og følge opp de lokale prosjektaktivitetene
- Delta i gjennomføringen av folkehelseprosjektets mål og strategier
- Anbefale prosjektsøknader til folkehelsekomiteen
- Sikre at forebyggende strategier inngår i all planlegging
- Være bindeledd mellom kommunen og den sentrale prosjektledelsen.

«Foldenprosjektet»

En styrking av folkehelsearbeidet forutsetter ny kunnskap, endring i holdninger og organisasjonsmessig tilrettelegging. Det må legges opp til en undervisning som må være tilpasset brukernes behov. Brukergruppen vil her være både profesjonsgrupper, ikke-fagutdannende, «ildsjeler» og representanter for de frivillige organisasjonene. Dette fordrer en fleksibel studiemodell (modulbasert: kurs / etter og videreutdanning) basert på en pedagogikk som tar vare på brukernes erfaringer og motiverer til egen innsats.

Praktisk folkehelsearbeid vil på mange måter bety nye arbeidsmåter og nye måter å tenke på.

Det er et nasjonalt behov for å lage et opplæringsprogram som sikter mot å overføre og utvikle kunnskap for det praktiske folkehelsearbeidet. På den bakgrunn har Østfold fylkeskommune, Høgskolene i Østfold og Vestfold og Kommunenes Sentralforbund inngått et samarbeide for å utvikle et nasjonalt opplæringsprogram i folkehelsearbeid. Arbeidet er organisert som et prosjekt og går under navnet «Foldenprosjektet». Planlagt oppstart er i 1996. Utdanningen skal dels være i form av kompetansegivende vektallskurs innenfor høgskolestudiet og i form av mindre kurspakker og åpne seminarer.

«Foldenprosjektet» vil danne grunnstammen i opplæringen i folkehelsearbeid i Østfold. Opplæringsprogrammet skal tilbys fylkeskommunen, kommunene og frivillige organisasjoner som vil satse på folkehelsearbeid. Det bør derfor foreligge forpliktende vedtak i organisasjonen før man setter i gang med opplæringstiltak.

Prøvekommunene har fortrinnsrett til det første opptaket. Prosjektet evalueres særskilt. Det tar utgangspunkt i et studietilbud som allerede er utviklet ved Høgskolen i Vestfold (Studium i forebyggende og helsefremmende arbeid).

Østfold Helseprofil

I forslaget til fylkesplan er betydningen av et godt datagrunnlag understreket som grunnlag for folkehelsesatsningen.

Det er et stort behov for å finne fram til et indikatorsett som kan måle befolkningens helsetilstand i Østfold. Dette er «upløyd mark», ikke minst fordi tilgjengelige data er av for dårlig kvalitet til å kunne brukes som grunnlag for analyser og beslutninger. Relevante data er heller ikke alltid tilgjengelige.

I regi av «Folkehelseprosjektet» bør det igangsettes et arbeide med å utvikle «Østfold Helseprofil» som består av indikatorer knyttet til registerdata, selvrapportert undersøkelse om egen helsetilstand og kvalitative studier for å forklare funn fra kvantitative data.

Dette er spørsmål som også har nasjonal interesse. Det er derfor naturlig å utvikle en slik helseprofil i samarbeide med f.eks. Statens Institutt for Folkehelse.

I Østfold gir Panda-systemet data av god kvalitet om demografiske forhold og arbeidsmarkedet med muligheter for prognoser. Sykehus og legevakt kan samarbeide om skaderegistrering og andre undersøkelser kan gjennomføres av «folkehelseprosjektet». Utviklingen av «Østfold Helseprofil» bør derfor gjøres som et samarbeide mellom fylkesplanssekretariatet, helsetjenesten og «folkehelseprosjektet».

Evaluering

Hensikten med evalueringen er å øke kunnskapen om hvordan folkehelsearbeidet bør gjennomføres. I sammenheng med kvalitetsutviklingen vil folkehelseprosjektet bli evaluert basert på seks forskjellige analyser som kompletterer hverandre.

1. Analyse av innsatsen. (Hvilken innsats ble gjort for å virkeliggjøre målene?)
2. Analyse av resultater. (Hvilken effekt har denne innsatsen gitt?)
3. Analyse av prosess. (Hvordan er resultatene blitt mulige?)

4. Analyse av måloppfyllelse. (I hvilken grad har målene blitt oppfylt?)

5. Analyse av deltagelse: (Hvilke faktorer fremmet eller hindret måloppfyllelse?)

6. Analyse av effektivitet. (Kunne målene vært oppfylt på en bedre måte?)

Under arbeidet med prosjektbeskrivelsen er det utarbeidet en kvalitetssikringsprotokoll som vil bli gjenstand for egen utprøving. Den har tatt utgangspunkt i forslagene til evalueringskriteriene som er foreslått i folkehelsedelen i fylkesplanen.

Økonomi

Hovedprosjektet foreslås gjennomført i tiden 1996 - 99. Det er forutsatt at fylkeskommunen bidrar med kr.2.5.mill.kroner årlig i denne perioden. Beløpet foreslås brukt til å bygge opp prosjektet og sikre gjennomføringen i forhold til struktur og faglig innsats innenfor de valgte temaområdene.

Det forutsettes at andre samarbeidspartnere bidrar med minst det samme beløpet årlig. Denne summen vil brukes til foreslåtte aktiviteter og tiltak innenfor temaområdene. Prosjektet planlegges derfor gjennomført innenfor *en årlig basisramme* på 5.mill.kroner.

Imidlertid kan dette beløpet variere noe fra år til år avhengig av aktivitetsnivået. Ikke disponerte midler det ene året må derfor kunne overføres til neste års budsjett.

Forebygging er et fellesansvar for mange. Det er viktig at dette ansvaret synliggjøres i de ulike aktørenes planer og budsjetter. I dette ansvaret ligger en vilje til omprioritering innenfor eksisterende økonomiske rammer. Slike omprioriteringer er ikke tatt med i *den årlige basisrammen*.

For å stimulere det lokale engasjementet og lage en kort vei fra ide til handling, er det viktig at folkehelsesenteret disponerer over mobile innsatsmidler som støtte til gode folkehelseprosjekter slik at disse raskt kan iverksettes.

LITTERATUR

Abramson J.H (1990): *Survey methods in community medicine*. London: Churchill Livingstone

Ader M. m.fl. (1992): *Kvalitetsindikatorer för primärpreventiva program på befolkningsnivå*. Folkehälsöenheten, rapport nr.26

Barne- og familiedepartementet (1993): *Barn har rett*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. FN-rapport

Berg Astrid (1994): *Ulykkesprosjektet i Harstad*. Harstad: Harstad kommune. Foredrag

Borgenhammar E. (1993): *Att vårda liv*. Stockholm: SNS-förlag

Brødholt Å, Lie Hansen A-M. og Lindhom K. (1993): *Tryggbo i Hobøl*. Hobøl: Hobøl kommune. Prosjektrapport

Calltorp J og Holmström S red. (1994): *Gränser för vården*. Huddinge: Huddinge sjukhus, Samhällsmedicinska enheten

Christie M. (1994): *Helsefremmende tiltak i kommunene - en kvalitativ undersøkelse om tverrsektorielt samarbeid*. Oslo: Statens Helsetilsyn

DIKE (1993): *Ideer til forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme i Danmark*. Kbn.havn: Dansk Institutt for Klinisk Epidemiologi

European Health for All series (1985): *Targets for health for all*. Kbn.havn: WHO Regional office for Europa

European Health for All series(1988): *Priority research for health for all*. Kbn.havn: WHO Reginal office for Europa

F-H.rapport:18 (1992): *Børn i familier med alkohol- og stofproblemer*. Kbn.havn: Sundhedsstyrelsen

Fagutviklingsgruppa (1994): *Sikkerhet for eldre*. Stavanger: Fylkeslegen i Rogaland. Undervisningsprogram

Falköping kommun (1994): *Local intervention program 1992 - 2010*. Foredrag presentert på 3.internasjonale konferanse om Safe Communities i Harstad, 6-8.juni 1994

FI-rapport:1 (1993): *Strategier som ger framgång*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet

Gustavsson B. og Svensson F. (1993): *Att nå, möta och hjälpa barn till alkoholister*. Göteborg: Bona Via. Prosjektrapport

Helsedirektoratet (1991): *Handlingsplan for barn og unge med allergi / overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste

Helsedirektoratet (1991): *Godt inneklima i Norge*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Prosjektrapport.

Helsedirektoratet (1992): *Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsförebyggende og helsefremmende arbeid (1989-94)* Oslo: Utgitt i samarbeide med Kommunens Sentralforbund. Prosjektkatalog

Helsedirektoratet (1994): *Prosjekt «Inneklimatelefonen» 1991 -1994*. Oslo: Utgitt i samarbeide med Teknisk Hygienisk Forum. Prosjektrapport.

Holstein B.E, Iversen L og Kristensen T.S (1994): *Medicinsk sociologi*. Kbn.havn: FADL's forlag

Høgskolen i Vestfold (1994): *Forebyggende- og helsefremmende arbeid*. Tønsberg. Studieplan

Inst.S.nr.18 (1994): *Sosialkomiteens behandling av St.meld.nr.37*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste

Jørgensen F.K og Almind G. red. (1986): *Forebyggende sundhetsarbejde*. Kbn.havn: Munksgaard

Klefbeck J m.fl. (1986): *Nätverksarbete i multiproblemfamiljer i kris*. Stockholm: Botkyrka Socialförvaltning. Prosjektrapport

Kojar B (1993): *Injuries among elderly people in Norway*. Oslo: Statens Institutt for Folkehelse

- Kommunenes Landsforening (1990): *Fra hovsa-løsning til handlingsplan*. Kbn.havn: Kommuneinformation
- Kommunenes Sentralforbund (1994): *Lokalt prioriterte satsningsområder for miljøvernarbeidet*. Oslo. Plandokument
- KS-forskning sammendrag:26 (1993): *Kommunal yrkesskadeforebygging - redusert sykefravær*. Oslo: Kommunalforlaget
- Lauridsen Ø. og Leknes E (1991): *Kommunal yrkesskadeforebygging*. Stavanger: Rogalandforskning. Forstudie
- Lehman O m.fl. (1984): *Alkoholism - en behandlingsbar sjukdom*. Stockholm: Promedicis
- Miljøverndepartementet (1992): *Det organiserte mangfold*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Prosjektrapport
- Miljøverndepartementet (1993): *Samvirke mellom lokale og offentlige ressurser*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Årsmelding
- Miljøverndepartementet m.fl. (1993): *Nærmiljø i by*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Prosjektrapport
- Nettverk av helse- og miljøkommuner (1993): *Grunnlag og vedtekter*. Sandnes: Sandnes kommune, Sund By-sekretariatet
- Normann R (1983): *Service Management*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag
- Norsk Sykepleierforbund (1992): *Sett «diagnose» på arbeidsmiljøet*. Oslo: Idebok
- NOU : 4 (1986): *Samordning i helse- og sosialtjenesten*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU:10 (1991): *Flere gode leveår for alle*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Rådet for belastningslidelser (1990): *Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser*. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen
- S-H.departementet (1994): *Fra belastning til utfordring og handling*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- SAFH-rapport:1 (1992): *Ulykker, vold og selvpåført skade*. Oslo: Statens Institutt for Folkehelse
- Senter for frivillig innsats (1994): *Ledelse av frivillige virksomheter*. Oslo: Diakonhjemmets Høgskole

- SoS-rapport:11 (1993): *Alkohol och narkotika under graviditet*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SoS-rapport:18 (1993): *Barn til alkoholmisbrukere*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SPRI-rapport (1988): *Att förebygga olycksfall*. Stockholm: Spri förlag
- St.meld.nr.16 (1993 -94): *Om videreføring av arbeidet med frivillighetsentraler*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- St.meld.nr.37 (1992-93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- St.meld.nr.69 (1991-92): *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Sund By Netværket (1994): *Årsrapport*. Kbn.Havn: Sundhedsstyrelsen
- Svanstrøm K og L (1989):*En sikker og trygg komun*. Sundbyberg: Eget forlag
- Svanstrøm L (1994): *Criteria for the Safe Community Network*. Sunbyberg: Karolinska Institutet
- Svedheim L m.fl. (1985): *Nätverksterapi*. Stockholm: Carlssons
- Telemark Fylkeskommune (1986): *Forebyggende helsearbeid i Telemark*. Skien. Plandokument
- Østfold fylkeskommune (1995): *Sammen om det Sunne Østfold*. Sarpsborg: Plandokument
- Øvretveit J (1994): *Improving the quality and effectiveness on Health Promotion programmes*. Gøteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan
- Ånstad H (1995): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Foredrag på konferanse om fylkeskommunenes rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid. 2-3.mars. Stjørdal.
- Aarø L.E. (1994): *Det helsefremmende og forebyggende arbeidet - nye utfordringer*. Oslo: Tidsk.Nor. Lægeforening nr.2; 217- 219.
- Aase A (1991): *Towards a methodology for regional welfare planning*. Oslo: Norsk geografisk Tidsskrift nr.45, 213-227.